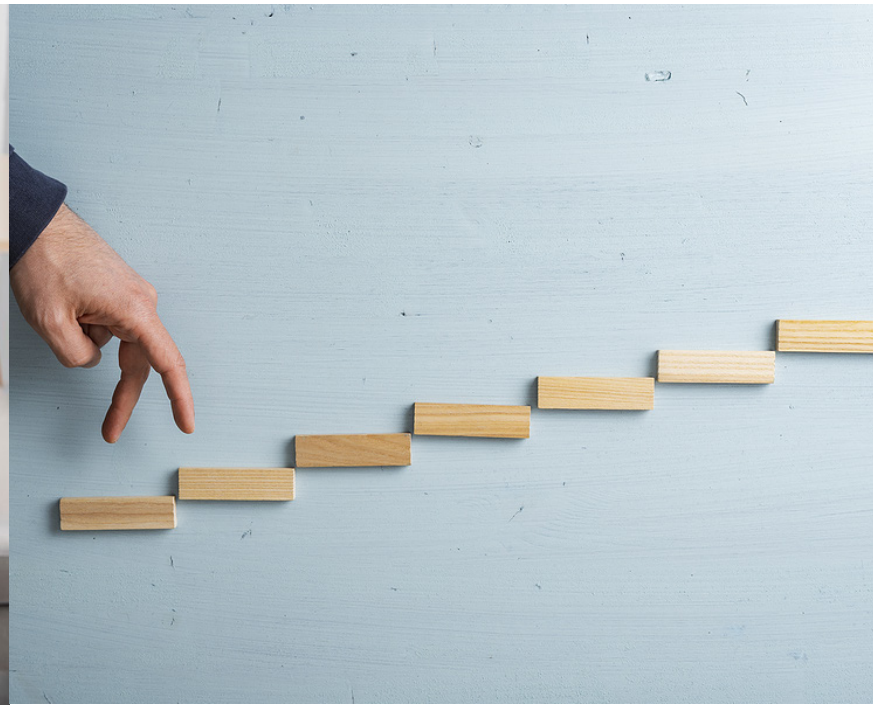
KCE REPORT 373As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES VOOR PATIËNTEN MET COMPLEXE AANDOENINGEN





KCE REPORT 373As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES VOOR PATIËNTEN MET COMPLEXE AANDOENINGEN

JENS DETOLLENAERE, MARIE DAUVRIN, MIEKE DESCHODT, MARIE CERULUS, FABIENNE DOBBELS, PIETER HEEREN, IMGARD VINCK, TOM GOFFIN, KOEN VAN DEN HEEDE

2023 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

De vergrijzing van onze bevolking gaat hand in hand met een toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, wat leidt tot een stijgende en complexer wordende zorgvraag. Reflectie over het zorgbeleid dringt zich dan ook op, en nieuwe zorgmodellen waarin een multidisciplinaire, geïntegreerde en holistische aanpak centraal komt te staan, trachten een antwoord te bieden op deze veranderende zorgnoden. Tegelijk creëert de groeiende zorgvraag druk op het gezondheidssysteem en ook ons land kampt met een toenemende krapte aan zorgpersoneel, zowel verpleegkundigen als artsen.

In het licht van dit alles is het nodig om in te zetten op multidisciplinaire samenwerking waarin de talenten van iedereen optimaal benut en zo efficiënt mogelijk ingezet worden. In tijden van schaarste denkt men dan vaak aan een verschuiving van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen. Maar dit rapport belicht het probleem vanuit een totaal andere invalshoek: diversificatie binnen het takenpakket van verpleegkundigen, zodat wie sterk is in aspecten als klinisch redeneren of bijkomende opleidingen volgde, een meer autonome rol kan opnemen tijdens verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe zorgnoden.

Kunnen verpleegkundigen een innovatieve, heel eigen rol spelen in een nieuw zorgmodel dat moet leiden tot een betere aanpak van complexe zorgvragen, en zo tot meer zorgkwaliteit? Bestaat er wetenschappelijke evidentie dat dit ook veilig en effectief is? Zo ja, voor welke types van consultaties en in welke zorgcontext? Hoe verhouden deze verpleegkundige consultaties zich dan tot de activiteiten van de arts? Wat is de plaats van dergelijke consultaties binnen het kader van een multidisciplinair team? Kunnen verpleegkundigen zo het takenpakket van artsen of andere zorgberoepen helpen verlichten? Waar staat de ontwikkeling van dit concept in België?

Dit zijn enkele van de vele vragen waar dit rapport op inzoomt, en niet voor alles is er reeds een kant-en-klaar antwoord. Maar uit de beschikbare wetenschappelijke evidentie blijkt wel dat verdere ontwikkeling van verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe zorgnood verantwoord is. Voor ons land is dit zelfs noodzakelijk, om tegemoet te komen aan de realiteit die reeds ontstaan is op het terrein.

Blijft nog de vraag of het introduceren van deze nieuwe rol de schaarste aan verpleegkundigen niet verder zal doen toenemen? De toekomst zal dit uitwijzen, maar meer diversificatie en betere mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling kunnen het beroep potentieel ook aantrekkelijker maken, wat misschien wel tot minder uitstroom zal leiden. Zo zou dit uiteindelijk een win-win situatie kunnen worden, zowel voor de patiënten als voor de verpleegkundigen en het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Marijke EYSSEN
Algemeen Directeur a.i.

INHOUDSOPGAVE

■ **VOORWOORD** **1**

1. INLEIDING **4**

1.1. NIEUWE BEHOEFTEN, NIEUW PARADIGMA 4

1.2. VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES VOOR PATIËNTEN MET COMPLEXE AANDOENINGEN 5

1.3. ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODOLOGIE 6

2. WAT IS DE POTENTIËLE MEERWAARDE VOOR PATIËNTEN EN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG? 7

2.1. EEN ALGEMEEN POSITIEVE IMPACT VOOR PATIËNTEN 7

2.2. FINANCIËLE EFFECTEN NOG TE BEVESTIGEN 7

2.3. TWEE CONCRETE VOORBEELDEN 7

3. VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES, IN BELGIË EN HET BUITENLAND 8

3.1. EEN BEPERKEND WETTELIJK KADER 8

3.2. ONDUIDELIJK GEDEFINIEERDE CONCEPTEN IN DE BELGISCHE CONTEXT 9

3.3. WELKE PROFIELEN? 10

3.3.1. In het buitenland 10

3.3.2. In België 10

3.4. IN WELKE CONTEXTEN? 11

3.5. POSITIE TEN OPZICHTE VAN DE ARTS 12

3.5.1. Substitutie, complementariteit of een mix van beide? 12

3.5.2. Op vraag van de arts… of niet 12

3.6. GEFORMALISEERDE SAMENWERKING 13

4. MOGELIJKHEDEN OM DE UITROL VAN VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES TE STIMULEREN 14

4.1. VERDERE IMPLEMENTATIE VAN FUNCTIE- EN COMPETENTIEPROFIELEN 14

4.1.1. Functiemodel 15
4.1.2. Algemene profielen, specifieke afspraken 15
4.2. OPLEIDINGEN HERZIEN 15
4.2.1. Programma's in volle verandering 15
4.2.2. Toelatingsvoorwaarden voor masteropleidingen bepalen 16
4.3. REGISTREREN EN DOCUMENTEREN 16
4.3.1. Kwaliteitswet 16
4.3.2. Register van praktijken 16
4.3.3. Permanente opleiding 17
4.4. SPECIFIEKE BUDGETTEN EN STIMULANSEN VOORZIEN 17
4.5. DE SCOPE OF PRACTICE AANPASSEN AAN DE VERANDERENDE BEHOEFTEN 18
4.5.1. Medische handelingen, onder bepaalde voorwaarden en in bepaalde contexten 18
4.5.2. Lijst van handelingen versus competentiegericht 19
4.6. PILOOTPROJECTEN 19
5. CONCLUSIE 20
■ **AANBEVELINGEN 21**
■ **REFERENTIES 27**

1. INLEIDING

Onze gezondheidssector staat voor aanzienlijke uitdagingen zoals een vergrijzende bevolking, de toename van chronische ziekten, en een groeiende en steeds complexere zorgvraag. Met de huidige personele en financiële middelen wordt het steeds moeilijker om deze uitdagingen effectief aan te pakken. Het is daarom belangrijker dan ooit om deze middelen optimaal te benutten en bestaande zorgmodellen te herzien om zowel de efficiëntie te verhogen als om methoden te ontwikkelen die beter afgestemd zijn op de nieuwe behoeften.

Dit heeft geleid tot ingrijpende veranderingen in de samenstelling en functies van gezondheidsberoepen in veel landen. In het bijzonder krijgen verpleegkundigen steeds meer verantwoordelijkheden vanwege hun toegenomen opleidingsniveau en competenties.

Het inzetten van hooggekwalificeerde verpleegkundigen kan een oplossing bieden voor zeer concrete problemen (zoals het verbeteren van de toegang tot gezondheidsdiensten, het verhelpen van tekorten in andere beroepsgroepen, enz.). Bovendien kan het ook bijdragen aan een verbetering van de zorgkwaliteit en de aantrekkelijkheid van het beroep vergroten.

In het kader van dit onderzoek richten we ons specifiek op **verpleegkundige consultaties** die in verschillende klinische omgevingen worden aangeboden.

1.1. Nieuwe behoeften, nieuw paradigma

Hoewel de invoering van verpleegkundige consultaties in sommige landen veel verder gevorderd is dan in andere, worden deze grotendeels ondersteund door een gemeenschappelijke motivatie: inspelen op de veranderende behoeften van patiënten met complexe (en vaak chronische) ziekten of aandoeningen.

Het traditionele model dat vooral gericht is op de acute behandeling van individuele pathologieën stoot namelijk steeds vaker op zijn beperkingen. De toename van complexe situaties vraagt immers om een aanpak die meer op de persoon en zijn specifieke noden is gericht. Dit impliceert onvermijdelijk een grotere **flexibiliteit** om zich aan te passen aan de evolutie van de problematiek van de persoon doorheen de tijd. Maar ook een meer **holistische** benadering is nodig om beter rekening te houden met niet strikt medische overwegingen, zoals (psycho)sociale behoeften (nood aan informatie, voorlichting, begeleiding, psychologische ondersteuning, hulp om zelfstandig te kunnen blijven, enz.). In deze context is het ook meer dan ooit noodzakelijk om te zorgen voor een goede **organisatie van de zorg** op het vlak van de coördinatie, continuïteit en multi- en interdisciplinaire samenwerking.

Op een meer pragmatische manier worden veel landen momenteel geconfronteerd met een tekort aan bepaalde zorgprofielen (zoals artsen, maar soms ook verpleegkundigen zelf), waardoor het moeilijk is om kwaliteitsvolle, veilige, efficiënte en gepaste zorg te blijven garanderen.

Innovatieve zorgmodellen om de efficiëntie, coördinatie, integratie en samenwerking in het gezondheidszorgsysteem te verbeteren, behoren tot de mogelijkheden die worden onderzocht om deze uitdagingen aan te pakken. Verpleegkundige consultaties passen binnen deze trend en kunnen andere zorgverleners – te beginnen bij de arts – ontlasten van bepaalde activiteiten (**substitutie**), of hun werk **aanvullen** om de zorgverlening te verbreden (zie punt 3.5.1). Het lijkt misschien paradoxaal om een beroepsgroep die zelf aan tekorten lijdt in te zetten voor nieuwe rollen en taken, maar deze ontwikkeling zou in de praktijk kunnen helpen om de aantrekkelijkheid van het beroep te versterken (door de instroom en retentie te vergroten), door nieuwe ontwikkelingskansen te bieden aan de beoefenaars van het beroep.

Kader 1 – *Advanced practice nursing*

Aangezien er geen specifiek theoretisch kader bestaat voor verpleegkundige consultaties en deze vaak gebruik maken van gespecialiseerde verpleegkundige rollen, zullen we in deze studie focussen op de "directe klinische praktijk" van *"advanced practice nursing (APN)"* en de betrokken verpleegkundige profielen bespreken.

Op internationaal niveau bestrijkt APN een breed (en groeiend) gebied van competenties, rollen en praktijken. Het bereidt ervaren en/of hooggekwalificeerde verpleegkundigen voor om de consultaties uit te voeren waar we het hier over hebben. Binnen dit kader kunnen ze, afhankelijk van de situatie, een breed scala aan zorgverlening bieden aan specifieke patiënten of populaties (waaronder beoordeling, diagnose, casemanagement) en specifieke expertise bieden in een domein waarin ze zich hebben gespecialiseerd, enz.

1.2. Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen

Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen hebben internationaal gezien **verschillende doelen.** Ze omvatten ook diverse activiteiten, variërend van diagnose, het aanvragen van tests en onderzoeken tot het voorschrijven van geneesmiddelen, het bieden van therapeutische voorlichting, het nemen van therapeutische beslissingen, doorverwijzing naar andere zorgverleners en meer. Dit veronderstelt ook een zekere mate van **autonomie** bij het nemen van beslissingen.

Deze diversiteit zien we ook in België, hoewel de prestaties die verpleegkundigen mogen verstrekken en de mate van autonomie momenteel nog beperkt worden door de wetgeving die de uitoefening van het beroep regelt.

Kader 2 – Definitie van de verpleegkundige consultatie in deze studie

Op basis van de criteria die werden toegepast tijdens ons onderzoek, kunnen we stellen dat verpleegkundige consultaties:

- als **doel** hebben informatie, advies, ondersteuning en/of follow-up te verstrekken aan patiënten en hun naasten, *evidence-based* en vanuit een holistisch perspectief.
- worden uitgevoerd door een **verpleegkundige** die over de nodige klinische expertise en gespecialiseerde competenties beschikt om de toevertrouwde patiënten autonoom te kunnen volgen (dit sluit nauwe samenwerking en/of met een breder zorgteam niet uit).
- kunnen worden **georganiseerd** op verzoek van artsen, andere zorgverleners, patiënten of hun omgeving, maar in sommige gevallen ook op initiatief van de verpleegkundige zelf. Ze kunnen gepland zijn of ad-hoc, eenmalig of herhaaldelijk.
- voorkomen in **verschillende zorgcontexten en specialisatiedomeinen** (bv. eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, thuiszorg, woonzorgcentra, geestelijke gezondheidszorg, enz.)
- verschillende **vormen** kunnen aannemen (*face-to-face*, telefonisch, via videoconferentie, elektronisch, enz.).

Deze studie richt zich met name op verpleegkundige consultaties die gericht zijn op gespecialiseerde zorg voor de noden van mensen met **complexe aandoeningen**. Deze complexiteit kan voortkomen uit **klinische** factoren (bv. ernst, mate van invaliditeit, omvang en complexiteit van formele of informele zorg, enz.), maar ook de **situatie** van de patiënt (bv. moeilijkheden in verband met de materiële, sociale, familiale of culturele omgeving, lage gezondheidsgeletterdheid, kwetsbare financiële situatie, enz.) of de **organisatie van de zorg zelf** (bv. veel betrokken actoren, gebrek aan coördinatie of integratie van diensten, enz.).

Het is belangrijk hier enerzijds te benadrukken dat een vanuit biologisch oogpunt relatief eenvoudige ziekte toch een complex probleem kan vormen en omgekeerd, en anderzijds dat eenzelfde probleem niet noodzakelijk

complex zal zijn voor alle patiënten die ermee te maken hebben, noch in alle stadia van de ziekte voor eenzelfde patiënt.

1.3. Onderzoeksvragen en methodologie

In deze studie hebben we een overzicht gemaakt van de huidige stand van zaken met betrekking tot verpleegkundige consultaties in België en hebben we gekeken naar mogelijkheden om hun ontwikkeling in de toekomst te verbeteren. Dit hebben we gedaan aan de hand van vijf onderzoeksvragen:

1. Hoe **doeltreffend** zijn verpleegkundige consultaties om de resultaten van patiënten en de resultaten op het vlak van de organisatie van de zorg bij mensen met complexe aandoeningen te verbeteren?
2. Welke manieren om verpleegkundige consultaties te organiseren worden in de **internationale goede praktijken** naar voren geschoven en wat zijn de belangrijkste elementen die een succesvolle uitvoering in de hand werken?
3. Op welke **wettelijke basis** zijn de verpleegkundige consultaties in België gebaseerd?
4. **Hoe, door wie en in welke context** worden de verpleegkundige consultaties momenteel georganiseerd in België (inclusief definitie van de taken, verdeling van verantwoordelijkheden, enz.)?
5. Wat zijn de **prioritaire behoeften** voor verpleegkundige consultaties die worden georganiseerd voor patiënten met complexe problemen? Wat zijn de obstakels en hefbomen voor de organisatie van deze consultaties in België?

Er werden verschillende benaderingen gebruikt om deze vragen te beantwoorden.

Om de concrete voordelen van verpleegkundige consultaties voor de patiënten en voor de organisatie van de zorg te bepalen (vraag 1), hebben wij een systematische literatuurstudie uitgevoerd (**"review van reviews"**). Dit aspect wordt behandeld in **hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport**.

Aan de hand van een **internationale vergelijking** op basis van onderzoek van de officiële documentatie en de grijze literatuur en interviews met experts uit vijf landen of regio's (Frankrijk, Finland, Ierland, Nederland en de provincie Ontario in Canada) konden wij vervolgens bepalen welke goede praktijken in het buitenland zijn ontwikkeld (vraag 2). Dit aspect wordt behandeld in **hoofdstuk 3 van het wetenschappelijke rapport**.

Om inzicht te krijgen in de wettelijke en reglementaire bepalingen die van toepassing zijn op de verpleegkundige consultaties in België en, in ruimere zin, op de beoefening van de verpleegkunde (vraag 3), onderzochten we **de wetteksten en de grijze literatuur**. Dit aspect wordt behandeld in **hoofdstuk 4 van het wetenschappelijke rapport**.

Voor het begrijpen van de huidige organisatie van verpleegkundige consultaties in ons land (vraag 4) en over de belangrijkste verbeterpunten die op het terrein worden waargenomen, hebben we een online **enquête** gehouden. Zo ontvingen we antwoorden van 638 verpleegkundigen (428 in Vlaanderen, 148 in Wallonië en 62 in Brussel), die rapporteerden dat ze verpleegkundige consultaties uitvoerden (cf. definitie hierboven). Dit aspect wordt behandeld in **hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport**.

Tot slot, om een beeld te krijgen van de obstakels en hefbomen voor een bredere toepassing van verpleegkundige consultaties in België (vraag 5), hebben we met vertegenwoordigers van verschillende instellingen negen **semigestructureerde interviews** gevoerd rond het thema verpleegkundige consultaties (ziekenhuisfederaties, verenigingen van huisartsen en specialisten, verzekeraars en gewestelijke gezondheidsadministraties). Dit aspect wordt behandeld in **hoofdstuk 6 van het wetenschappelijke rapport**.

De studie bevat geen gedetailleerde analyse van de specifieke nomenclatuurcode (429015) voor verpleegkundige consultaties in de thuiszorg.

2. WAT IS DE POTENTIËLE MEERWAARDE VOOR PATIËNTEN EN DE ORGANISATIE VAN DE ZORG?

Om de wetenschappelijke basis te bepalen voor de implementatie van verpleegkundige consultaties in nieuwe zorgmodellen voor patiënten met een complex aandoening, hebben wij een 'review van reviews' uitgevoerd. Dit omvatte de analyse van 50 systematische literatuurstudies, met in totaal 473 gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCTs) waarin verpleegkundige consultaties werden vergeleken met de standaardzorg of consultaties bij artsen.

We beperken ons hier tot het rapporteren van de belangrijkste conclusies van deze literatuurstudie. Voor meer gedetailleerde informatie over de gebruikte methodologie en de resultaten, verwijzen we naar hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport.

2.1. Een algemeen positieve impact voor patiënten

Onze literatuurstudie toont aan dat verpleegkundige consultaties minstens gelijkwaardig zijn aan standaardzorg en/of consultaties met artsen. In sommige gevallen kunnen verpleegkundige consultaties zelfs een toegevoegde waarde bieden naast of (deels) ter vervanging van de gebruikelijke zorg. Dit geldt met name voor aspecten zoals levenskwaliteit, gezondheidsgedrag (zoals stoppen met roken of het stimuleren van lichaamsbeweging), mortaliteit, patiënttevredenheid en therapietrouw.

2.2. Financiële effecten nog te bevestigen

De verpleegkundige consultaties lijken ook een positief effect te hebben op het zorggebruik, bijvoorbeeld door het verminderen van het aantal ziekenhuisopnames. Een gunstig effect op de kosten is niet uitgesloten, maar blijkt moeilijk met zekerheid te bevestigen vanwege methodologische beperkingen (bv. variaties in de soorten kosten die in verschillende studies worden geëvalueerd).

Ook hier lijken verpleegkundige consultaties op zijn minst vergelijkbaar met de standaardaanpak of een raadpleging bij een arts, zelf als het niet altijd duidelijk superieur is.

2.3. Twee concrete voorbeelden

Onze literatuurstudie omvatte een breed scala aan verpleegkundige consultaties die in uiteenlopende contexten werden georganiseerd (bv. eerstelijnszorg, gespecialiseerde ambulante zorg, ziekenhuiszorg, combinatie daarvan) en voor een brede waaier van patiënten met complexe pathologieën (bv. hart- en vaatziekten, endocrinologische of ademhalingsaandoeningen, chronische nierziekten, kankers, geestelijke gezondheidsproblemen, reumatoïde aandoeningen, HIV enz.). Deze grote diversiteit bleek ook te bestaan in de organisatie van deze consultaties en in de activiteiten die ze bestrijken. De twee voorbeelden hieronder illustreren hoe deze zich concreet kunnen voordoen op het terrein.

Kader 3 – Diabetesmanagement in de eerstelijn[1]

Een eerste voorbeeld uit Nederland betreft management van diabetes type 2 door praktijkverpleegkundigen in de eerstelijn. Deze verpleegkundigen kregen een verglijkbare opleiding als huisartsen op dit specifieke domein en hanteren een gestructureerd protocol op basis van richtlijnen van Het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Diabetes Federatie tijdens hun consultaties. Ze hebben de bevoegdheid om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven, de doseringen van specifieke behandelingen aan te passen en laboratoriumonderzoeken aan te vragen. Ze zijn daarentegen niet bevoegd om een insulinebehandeling op te starten, maar mogen wel de dosering aanpassen wanneer dat nodig is.

Kader 4 – COPD-patiënten begeleiden bij de terugkeer naar huis[2]

Het *John Hopkins Bayview Medical Center* in de Verenigde Staten heeft een programma ontwikkeld om patiënten met een chronische obstructieve longziekte (COPD) en hun naaste verzorgers. Dit programma heeft twee belangrijke doelen: ten eerste, patiënten helpen bij hun terugkeer naar huis na een ziekenhuisopname, en ten tweede, ondersteuning bieden voor langdurige zelfzorg bij de ziekte. Deze begeleiding wordt verzorgd door gespecialiseerde ziekenhuisverpleegkundigen die een aanvullende opleiding op het gebied van COPD hebben gevolgd. Ze ontmoeten de patiënten (en indien mogelijk hun naasten) zowel tijdens de initiële ziekenhuisopname als drie maanden na ontslag. Het programma omvat drie hoofdcomponenten:

- Begeleiding van de overgang van het ziekenhuis naar huis, om ervoor te zorgen dat de patiënten en hun naasten goed voorbereid zijn en begrijpen wat het zorgplan in dit stadium van hun traject omvat;
- Gepersonaliseerde ondersteuning voor zelfzorg bij de ziekte, om de patiënten te helpen hun behandelingen correct te volgen, tekenen van een verslechtering (exacerbatie) te herkennen en aan te pakken, ademhalingsoefeningen correct uit te voeren, een actieve levensstijl aan te nemen en vol te houden, en te stoppen met roken;
- Toegang tot de gemeenschappelijke therapeutische programma's en diensten.

3. VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES, IN BELGIË EN HET BUITENLAND

3.1. Een beperkend wettelijk kader

In België zijn autonome verpleegkundige consultaties tot op zekere hoogte mogelijk, binnen de grenzen van het bestaande wettelijke kader. Dit betekent dat het concept niet volledig kan worden uitgerold, zoals dat wel het geval is in andere landen. De handelingen die door Belgische verpleegkundigen mogen worden gesteld zijn namelijk duidelijk afgebakend (zie Kader 5) en veel beperkter dan wat toegelaten is voor verpleegkundigen in andere landen.

Sommige systemen, zoals groepsvoorschriften[a] of doorlopende opdrachten[b], maken het al mogelijk om de verpleegkundige een zekere autonomie te bieden bij de uitvoering van bepaalde handelingen. Bovendien suggereert de Kwaliteitswet dat zorgverleners alleen zorg mogen verlenen waarvoor ze de **benodigde en aantoonbare** competentie en ervaring hebben. Dit impliceert de mogelijkheid om de *scope of practice* te bepalen op basis van de werkelijke competenties van de individuele zorgverlener, in plaats van te worden beperkt door een voorgeschreven lijst van competenties die aan een beroepstitel zijn gekoppeld.[3]

De resultaten van onze enquête (hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport) wijzen er echter op dat Belgische verpleegkundigen die consultaties houden soms met de grenzen van het wettelijke kader flirten, wat aangeeft dat het bestaande model zijn beperkingen heeft bereikt.

[a] Een groepsvoorschrift biedt de arts de mogelijkheid bepaalde handelingen toe te vertrouwen aan andere zorgverleners in het kader van een partnerschap.

[b] Een doorlopende opdracht, opgesteld door een arts, biedt de verpleegkundige de mogelijkheid een bepaalde behandeling of procedure (bv. insulinetoediening) uit te voeren bij een bepaalde patiënt wanneer aan bepaalde vooraf gedefinieerde voorwaarden is voldaan.

Kader 5 – Drie categorieën verpleegkundige handelingen[4]

De handelingen die door verpleegkundigen mogen worden gesteld, worden ingedeeld in drie categorieën. Voor bepaalde handelingen van de categorieën B en C kunnen aanvullende voorwaarden of gespecialiseerde kwalificaties en competenties vereist zijn.

- **Categorie A** omvat algemene verstrekkingen die verpleegkundigen zelfstandig mogen uitvoeren, zoals observatie, identificatie en vaststelling van de geestelijke, lichamelijke of sociale gezondheidstoestand, informatieverstrekking, ondersteuning en adviserende opdrachten, enz.
- **Categorie B** omvat technische verstrekkingen die verpleegkundigen zelfstandig (B1) of op voorschrift (B2) mogen uitvoeren in het kader van een diagnose of behandeling die is vastgesteld door een arts of tandarts, of in het kader van preventieve geneeskunde.
- **Categorie C** omvat handelingen die door een arts of tandarts kunnen worden toevertrouwd (gedelegeerd) aan de verpleegkundige, bv. het voorbereiden of toedienen van bepaalde (o.a. oncologische) behandelingen of de uitvoering van bepaalde onderzoeken of analyses.

3.2. Onduidelijk gedefinieerde concepten in de Belgische context

In België begonnen verpleegkundige consultaties voor zowel gehospitaliseerde of ambulante patiënten zich te ontwikkelen in de jaren negentig. Dit gebeurde voornamelijk door lokale initiatieven die inspeelden op concrete behoeften. Zoals blijkt uit onze enquête, resulteert het grote variabiliteit in hun concrete modaliteiten (organisatie, financiering, toegankelijkheid, beschikbaarheid, taken van de verpleegkundige enz.).

Bovendien blijkt uit interviews met andere Belgische stakeholders (hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport) dan hun visie op deze consultaties soms aanzienlijk verschilt. Dit geldt voor zaken zoals de taken die ze omvatten, hun positie ten opzichte van de interventie van de arts (een aspect dat wordt uitgelegd in punt 3.5) of de mate van autonomie die aan de verpleegkundige wordt toegekend.

De bevoegdheden van hooggekwalificeerde verpleegkundigen in België blijven eveneens onduidelijk. De wet op de uitoefening van gezondheidszorgberoepen, die het concept verpleegkundig specialist (VS – zie Kader 6) introduceert, bepaalt dat deze laatste bevoegd is om "medische handelingen" uit te voeren bij "een welbepaalde patiënten doelgroep", en dit "in nauwe afstemming met de arts en eventuele andere gezondheidszorgberoepsbeoefenaars".[4] De wet specificeert echter niet de aard van de relatie met de arts (hiërarchisch of niet), de mate van autonomie die aan de verpleegkundige wordt verleend of welke medische handelingen en patiëntengroepen hieronder vallen.

Ook hier versterken onze interviews met de Belgische stakeholders de indruk dat de wetgeving onduidelijk is: ten minste een deel van onze stakeholders lijkt nauwelijks of slecht geïnformeerd te zijn over de verschillende profielen (VS, gespecialiseerde verpleegkundige enz.) die in ons land bestaan en over de rollen die ze op zich zouden kunnen spelen in de zorg voor patiënten met stabiele maar complexe behoeften. Om doeltreffend interdisciplinair samen te werken is een goede kennis van de competenties en troeven van de verschillende professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt essentieel.

Kader 6 – De verpleegkundig specialist (VS)

In de internationale wetenschappelijke literatuur bestaan verschillende definities van verpleegkundig specialist en *advanced practice nursing*. In essentie kan een verpleegkundig specialist worden omschreven als een **ervaren** professional met een **gespecialiseerde opleiding** (ten minste een masterdiploma). Deze opleiding stelt hen in staat om **gespecialiseerde kennis, klinische vaardigheden en competenties** te verwerven die nodig zijn om **uitgebreide verantwoordelijkheden** op zich te nemen en **autonome complexe beslissingen** te nemen.

Daarnaast moeten verpleegkundig specialisten over een breed scala aan menselijke en professionele competenties beschikken die hen in staat stellen **rollen en verantwoordelijkheden op zich te nemen die verder gaan dan klinische taken in de strikte zin van het woord**. Van hen

wordt bijvoorbeeld verwacht dat ze, afhankelijk van de context, efficiënt kunnen communiceren, patiënten en collega's kunnen trainen, opleiden en **coachen**, efficiënt kunnen samenwerken binnen een team, een **leidende** rol opnemen, de zorg plannen en de gezondheid van een bepaalde patiëntenpopulatie beheren enz. Verpleegkundig specialisten moeten ook de wetenschappelijke ingesteldheid en professionaliteit bezitten die hen in staat zullen stellen om een *evidence-based* en ethische manier van werken te ontwikkelen, maar ook om na te denken over deze manier van werken.

3.3. Welke profielen?

3.3.1. In het buitenland

Uit onze internationale vergelijking en literatuurstudie (hoofdstukken 2 en 3 van het wetenschappelijk rapport) blijkt dat verschillende soorten profielen verpleegkundige consultaties kunnen uitvoeren. In sommige contexten, vooral in de eerstelijnszorg, kunnen deze consultaties worden uitgevoerd door verpleegkundigen met een bacheloropleiding, zonder verdere gespecialiseerde opleiding. Echter, de meest voorkomende profielen die aan deze consultaties worden gekoppeld, zijn die van gespecialiseerd verpleegkundige (met een bachelordiploma en aanvullende opleiding of expertise) en die van verpleegkundig specialist (VS) (met een masterdiploma).

Over het algemeen heeft de VS vaak een hogere mate van autonomie en een uitgebreider praktijkgebied. Ze zijn doorgaans meer betrokken met klinisch leiderschap, onderwijs/opleiding van andere zorgverleners, nadenken over de organisatie van de praktijk enz. In regio's waar *advanced practice nursing* al geruime tijd bestaat, zien we dat VS'en vaak worden opgeleid om klinisch leiderschap op te nemen en sterk bijdragen aan het definiëren van de organisatie van de verpleegkundige consultaties. In sommige landen en onder bepaalde voorwaarden kunnen ze zelfs verantwoordelijk zijn voor het beheer en de coördinatie van het volledige zorgproces voor bepaalde patiëntengroepen, inclusief diagnose, evaluatie, therapeutische besluitvorming, enz.

Het lijkt vanzelfsprekend dat deze opdrachten een bepaald niveau van opleiding en ervaring vereisen. Desalniettemin, wat specifiek betreft de uitvoering van verpleegkundige consultaties, hebben we op basis van onze analyses geen concrete gegevens gevonden die aantonen dat deze taak uitsluitend aan verpleegkundig specialisten moet worden toevertrouwd.

3.3.2. In België

3.3.2.1. Opleiding

In België zijn er twee hoofdtrajecten die toegang geven tot het beroep van verpleegkundige:

- Een opleiding van de vierde graad van het secundair beroepsonderwijs (**HBO5**), toegankelijk voor afgestudeerden van het secundair onderwijs. Oorspronkelijk duurde deze opleiding in heel België drie jaar, maar in de Franse Gemeenschap is deze duur met 6 maanden verlengd, in overeenstemming met de bepalingen van de Europese Richtlijn 2005/36/EG. In Vlaanderen is deze verlenging nog niet van kracht.
- Een **bacheloropleiding in de verpleegkunde**, aangeboden door instellingen voor hoger onderwijs. Deze vierjarige opleiding omvat in totaal 240 studiepunten, wat overeenkomt met 4 600 uur aan les, waarvan 2 300 uur praktijkopleiding omvat.

Verpleegkundigen uit beide trajecten hebben lange tijd grotendeels vergelijkbare functies in de praktijk uitgeoefend. Recentelijk is er echter onderscheid geïntroduceerd in de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgzorgberoepen (zie de sectie over functieprofielen hiernaast) in het kader van de omzetting van de bovengenoemde Europese richtlijn in Belgisch recht.

Naast deze basisopleidingen bestaan er verschillende gespecialiseerde **aanvullende opleidingen** (bv. postgraduaatsopleidingen, bijkomende bachelors), certificaten en permanente vormingen, evenals **master-** en **doctoraatsopleidingen**.

- In onze enquête gaf de meerderheid van de respondenten aan dat ze een bachelor **diploma** in de verpleegkunde hadden (84,5%) en 4,9% een bachelor in de vroedkunde. Daarnaast was 10,2% van de respondenten HBO5-verpleegkundige.
- 72,1% van de respondenten had een **aanvullende opleiding** gevolgd en 14,3% volgde momenteel een opleiding. Deze aanvullende opleidingen waren meestal gericht op specialisatiegebieden zoals diabeteszorg, oncologie, stoma- en/of wondzorg, zorgmanagement, intensieve en spoedgevallenzorg.

3.3.2.2. Functieprofielen

Er zijn momenteel hervormingen gaande op federaal niveau om een nieuw functiemodel in te voeren, grotendeels gebaseerd op het model dat in mei 2018 werd voorgesteld door de Federale Raad voor Verpleegkunde[5]. Dit nieuwe model beoogt de rol van verschillende verpleegkundige profielen binnen het zorglandschap te verduidelijken. De functies **basisverpleegkundige** (HBO5), **verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg** (bachelor) en **klinisch verpleegkundig onderzoeker** (met doctoraat) werden onlangs toegevoegd aan de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen; terwijl de functie van **verpleegkundig specialist** (die minimaal een masterdiploma vereist) al sinds april 2019 werd opgenomen.[6]

Het profiel van **gespecialiseerde verpleegkundige** verwijst naar verpleegkundigen met een bachelordiploma die aanvullende kennis hebben verworven op een specifiek vakgebied via gespecialiseerde aanvullende opleiding (bachelor, postgraduaat, enz.). Dit kunnen verpleegkundigen zijn met een bijzondere beroepstitel en/of bijzondere beroepsbekwaamheid. De functie van gespecialiseerde verpleegkundige is echter niet opgenomen in de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen.

De wildgroei van andere titels die we momenteel in ons land zien op het terrein stemmen niet overeen met beroepstitels of functies die door de beleidsmaker worden voorzien. De titel verpleegkundig consulent – een Belgisch begrip dat op internationaal niveau niet echt een equivalent lijkt te hebben – werd oorspronkelijk opgenomen in het functiemodel van de Federale Raad voor Verpleegkunde, maar werd niet opgenomen in de latere strategische documenten en lijkt te verdwijnen. Ons eigen onderzoek ondersteunt deze bevinding: er zijn te onvoldoende argumenten om dit concept als afzonderlijke functie te behouden, en de bijbehorende taken kunnen beter geïntegreerd worden in de rollen van verpleegkundigen of gespecialiseerde verpleegkundigen.

- Onder de respondenten van onze enquête stelden 107 verpleegkundigen zich voor als **verpleegkundig specialist** (16,8%), 162 als verpleegkundig **consulent** (25,8%), 222 als **gespecialiseerde verpleegkundige** met of zonder beroepstitel (34,8%) en 147 onder een andere titel (23,2%).
- Hun belangrijkste **specialisatiegebieden** waren wondzorg, eerstelijnszorg, oncologie en diabetes (elk ongeveer 20%).
- Gemiddeld hadden ze 11,6 jaar **ervaring** in hun specialisatiegebied en 7,9 jaar ervaring in het uitvoeren van verpleegkundige consultaties.

3.4. In welke contexten?

In de vijf landen of regio's die we hebben vergeleken in onze internationale vergelijking (hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport), worden verpleegkundige consultaties toegepast in een breed scala van zorgcontexten, van welzijnszorg (bv. in een instelling) tot ziekenhuizen of ambulante zorg en rust- en verzorgingstehuizen. In veel van deze landen vervullen verpleegkundigen zeer uiteenlopende rollen in de eerstelijnszorg.

In België hebben we via onze enquête (hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport) vastgesteld dat verpleegkundige consultaties ook hier in diverse zorgomgevingen worden aangeboden.

Bij ons zien we echter een duidelijk overwicht van de ziekenhuisomgeving: de overgrote meerderheid van onze respondenten was actief in een (groot) algemeen (42,2%) of universitair (26,5%) ziekenhuis. Iets minder dan een kwart werkte in de eerstelijnszorg (wijkgezondheidscentrum,

huisartsenpraktijk, thuiszorgorganisatie[c] enz.) en een kleine minderheid in de arbeidsgeneeskunde of in andere zorgstructuren (psychiatrische ziekenhuizen, revalidatiecentra enz.). Rust- en verzorgingstehuizen waren niet vertegenwoordigd onder onze respondenten. Dit overwicht van de ziekenhuisomgeving zou kunnen worden verklaard doordat grotere instellingen gemakkelijker dit soort innovatieve initiatieven kunnen ontwikkelen. Het zou echter interessant zijn om te onderzoeken of de verpleegkundige consultaties ook in deze andere zorgcontexten nuttig kan zijn.

Wat betreft de functietitels van Belgische verpleegkundigen die consultaties in ziekenhuizen uitvoerden, werden vooral de titels van "verpleegkundig specialist", "gespecialiseerde verpleegkundige", en "verpleegkundig consulent" genoemd. In de eerstelijnszorg en arbeidsgeneeskunde was de meest voorkomende titel die van "verpleegkundige."

3.5. Positie ten opzichte van de arts

De verpleegkundige consultaties kunnen nauw of van ver verbonden zijn met een artsenconsult of de tussenkomst van een arts (in de vorm van een voorschrift, het delegeren van bepaalde taken, enz.). In sommige landen of regio's en in bepaalde contexten geniet de VS of andere hooggekwalificeerde verpleegkundigen echter een ruime autonomie binnen de grenzen van hun bevoegdheden. Deze autonomie lijkt overigens essentieel te zijn voor de organisatie van verpleegkundige consultaties.

3.5.1. Substitutie, complementariteit of een mix van beide?

De activiteiten van de verpleegkundige kunnen op twee manieren gepositioneerd zijn ten opzichte van die van de arts. Deze twee scenario's komen overeen met de twee uitersten van een continuüm, waarbij de realiteit op het terrein meestal een mix van de twee is:

- De verpleegkundige kan bepaalde activiteiten overnemen **(substitutie)** die voorheen door de arts werden uitgevoerd (bv. risicobeoordeling, behandeling van stabiele patiënten met chronische aandoeningen). Dit kan de arts ontlasten van een deel van de opvolging, de uitvoering van bepaalde handelingen enz.
- Daarnaast kan de verpleegkundige aanvullende diensten leveren die nog niet elders werden aangeboden (**aanvulling of complementariteit**), met als doel de kwaliteit of continuïteit van de zorg te verbeteren (bv. diepgaandere informatieverstrekking of nauwere begeleiding, meer aandacht voor niet-medische behoeften, enz.).

Uit ons onderzoek blijkt dat er geen eenduidig antwoord is op welke van deze benaderingen beter is. De mate van substitutie en complementariteit zal vermoedelijk sterk afhangen van de specifieke behoeften en omstandigheden op het terrein, en kan ook een meer of minder uitgesproken variabiliteit vertonen bij patiënten met stabiele of onstabiele complexe pathologieën. We benadrukken ook dat, zelfs wanneer de verpleegkundige bepaalde activiteiten overneemt, de verpleegkundige de arts nooit volledig vervangt.

3.5.2. Op vraag van de arts… of niet

Een ander belangrijk aspect van de relatie tussen verpleegkundige en arts is de mate waarin de tussenkomst van de verpleegkundige afhangt van een beslissing van de arts. Is het de arts die doorverwijst naar de verpleegkundige consultatie? Wordt het voorgeschreven door verpleegkundigen zelf? Of nemen verpleegkundige consultaties een onafhankelijke plaats in het zorgtraject?

Ons veldonderzoek (hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport) geeft aan dat in België het merendeel van de verpleegkundige consultaties op de een of andere manier een tussenkomst van een arts vergen.

[c] Momenteel de enige context waar er een specifieke nomenclatuurcode (429015) bestaat voor verpleegkundige consultaties.

Zo melden onze respondenten dat patiënten meestal naar hen worden doorverwezen door artsen (aangegeven door 81% van de ondervraagde verpleegkundigen), maar soms ook door andere verpleegkundigen of zorgverleners. De verpleegkundige consultatie kan echter ook plaatsvinden op initiatief van de patiënt.

Het is ook interessant te zien dat bijna een kwart van onze respondenten hun verpleegkundig consultatie vóór dat van de arts inplande; een vergelijkbaar deel hield het erna. Bij ongeveer een derde van hen (meer dan de helft in de eerstelijnszorg) was de verpleegkundige consultatie niet rechtstreeks verbonden met een artsenconsult en iets meer dan 10% (17% in de eerstelijnszorg) gaf aan al deze gevallen tegen te komen. Net zoals in onze buitenlandse voorbeelden, situeerde het zich doorgaans in een interprofessioneel kader waarin de rollen van iedereen duidelijk zijn afgebakend (zie punt 3.6).

Kader 7 – Positie ten opzichte van de arts: Belgische stakeholders zijn verdeeld

Inzake **de autonomie van de verpleegkundige** bestaat er geen consensus onder de Belgische stakeholders die we bevroegen (hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport). Sommigen beschouwen autonomie als inherent aan het verpleegkundig beroep en willen dit verder ontwikkelen, terwijl anderen vinden dat de rol van de verpleegkundige altijd in relatie tot de arts moet worden gezien, waarbij deze laatste de eindverantwoordelijkheid behoudt.

Voorts wordt de verpleegkundige consultatie nooit als volledig onafhankelijk van het artsenconsult gezien, ongeacht of het een aanvulling biedt, de arts ontlast van bepaalde taken of 'een brug slaat' tussen twee contacten met laatstgenoemde.

3.6. Geformaliseerde samenwerking

Voor een duurzame implementatie en toepassing van verpleegkundige consultaties, benadrukken zowel de buitenlandse voorbeelden (hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport) als de ondervraagde Belgische stakeholders (hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport) het belang van een **gestructureerde en geformaliseerde samenwerking** met de artsen en eventueel met andere professionals die betrokken zijn bij multidisciplinaire samenwerking. Dergelijke expliciete samenwerkings-afspraken helpen wederzijds vertrouwen op te bouwen, de samenwerking te vergemakkelijken, verantwoordelijkheden af te bakenen of om de eventuele terughoudendheid bij artsen ten opzichte van een grotere autonomie van verpleegkundigen weg te nemen.

Op internationaal niveau worden hiervoor verschillende strategieën gebruikt. In sommige gevallen bestaan er nationale protocollen, die in hun geheel vrij generiek zijn, en kunnen worden aangepast aan de lokale omstandigheden. Ze kunnen bijvoorbeeld helpen bij het definiëren van de taken die aan verpleegkundigen mogen worden gedelegeerd, de aanvullende opdrachten die zij binnen een team mogen uitvoeren en de voorwaarden die vervuld moeten zijn (bijvoorbeeld op het gebied van opleiding).

Op een meer individueel niveau worden vaak samenwerking-overeenkomsten gebruikt om de relatie tussen een verpleegkundige en een onafhankelijke zorgverstrekker, meestal een arts, te organiseren. Deze overeenkomsten beschrijven bijvoorbeeld de aard van de professionele relatie tussen beide partijen of de concrete modaliteiten van de taken die aan de verpleegkundige worden gedelegeerd.

Uit ons veldonderzoek (zie hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport) blijkt dat **de verpleegkundige vaak zelf beslist over het verloop van zijn/haar consultatie**, op basis van de instructies van een arts (mondeling of telefonisch contact, voorschrift, doorlopende opdracht...) of op basis van richtlijnen voor de klinische praktijk of een zorgtraject. Omdat ze vaak binnen een interprofessioneel team werken, kan het echter moeilijk zijn om hun individuele bijdrage te onderscheiden van wat voortvloeit uit een gezamenlijke denkoefening.

Over het algemeen gaven onze respondenten aan dat ze een matige tot hoge **mate van autonomie** ervoeren, met een gemiddelde score van 7,60 op een schaal van 10 punten. Deze score was het hoogst bij de verpleegkundig specialisten (7,85), gevolgd door de gespecialiseerde verpleegkundigen (7,70), verpleegkundige consulenten (7,51) en de categorie "overige" (7,33).

4. MOGELIJKHEDEN OM DE UITROL VAN VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES TE STIMULEREN

De verpleegkundige consultaties die momenteel in ons land bestaan, zijn bij gebrek aan een officieel kader, grotendeels bottom-up initiatieven die ontstaan zijn om tegemoet te komen aan concrete patiëntenbehoeften. Het bieden van een expliciet wettelijk kader hiervoor wordt door veel ondervraagde actoren op het terrein en stakeholders als een absolute prioriteit beschouwd om de verdere ontwikkeling van deze consultaties te vergemakkelijken.

Een dergelijk kader moet specifiek de delegatie en overdracht van taken duidelijk aflijnen en een juridische basis bieden voor de verantwoordelijkheden die veel verpleegkundigen reeds informeel ervaren met betrekking tot de consultaties die zij uitvoeren. Ook de reikwijdte van deze consultaties moet duidelijk worden vastgelegd (met inbegrip van de medische of technische prestaties die mogen worden toevertrouwd aan verpleegkundigen buiten de A-B-C-handelingen), net als de bijbehorende vereisten op het gebied van opleiding en competentieprofiel.

4.1. Verdere implementatie van functie- en competentieprofielen

Net zoals de verpleegkundige consultaties zelf, zijn de verpleegkundige functies en beroepstitels die in ons land worden gebruikt (bv. verpleegkundig consulent, referentieverpleegkundige, enz.) vaak ontstaan op basis van de omstandigheden op het terrein en steunen ze niet altijd op een wettelijke basis. Zoals wordt bevestigd door onze gesprekken met de stakeholders, leidt deze situatie tot verwarring met betrekking tot de specifieke competenties van deze professionals, de rollen die ze vaak op zich moeten nemen en de bijdragen die ze zouden kunnen leveren, vooral binnen het kader van verpleegkundige consultaties.

4.1.1. Functiemodel

Zoals hierboven vermeld, zijn er momenteel hervormingen gaande om de soorten verpleegkundige profielen die in ons land naast elkaar bestaan te verduidelijken (zie punt 3.3.2.2). Naast het model voorgesteld door de Federale Raad voor Verpleegkunde zijn er verschillende voorbereidende documenten die bijdragen aan deze denkoefening. Deze omvatten de gezamenlijke adviezen van de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde over de nieuwe functies van gespecialiseerde verpleegkundige en verpleegkundig specialist, een rapport van de federale werkgroep "taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving" en een advies van de Hoge Raad voor Artsen-specialisten en Huisartsen over de nieuwe functie van verpleegkundig specialist.[7-9]

Internationaal zien we dat sommige verpleegkundige consultaties worden uitgevoerd door bachelor-verpleegkundigen, maar meestal door verpleegkundig specialisten en/of gespecialiseerde verpleegkundigen. Deze trend is ook in België waarneembaar.

4.1.2. Algemene profielen, specifieke afspraken

Verdere wettelijke aanpassingen zijn noodzakelijk om het functiemodel op het terrein te implementeren. Internationale experts benadrukken met name het belang van het duidelijk definiëren van de *scope of practice*, de rechten en verantwoordelijkheden van elk verpleegkundig profiel. Desalniettemin rijst de vraag of het realistisch zou zijn om te streven naar zeer gedetailleerde profielen van functies of competenties, gezien de behoeften en verwachtingen waarschijnlijk zullen verschillen van de ene klinische omgeving en structuur tot de andere.

Daarom zou het wellicht beter zijn om **relatief algemene profielen** te definiëren, en deze aan te vullen met **meer specifieke afspraken** op het niveau van de organisatie of instelling, afhankelijk van de beoogde rol. Dergelijke afspraken tussen verschillende zorgprofessionals zouden ook bijdragen aan vormgeven van een gemeenschappelijke visie op verpleegkundige consultaties op het niveau van de organisatie, en zo de uitvoering ervan vergemakkelijken. In sommige landen zijn dergelijke formele akkoorden verplicht.

4.2. Opleidingen herzien

De ondervraagde experts in het kader van de internationale vergelijking (hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport) benadrukken het belang van het **afstemmen van de opleidingsprogramma's voor verpleegkundigen op de verantwoordelijkheden die ze in de praktijk zullen dragen**. Idealiter zouden alle relevante stakeholders (waaronder verpleegkundigen in de praktijk, onderwijsinstellingen, overheden, artsen, enz.) moeten worden betrokken bij hun ontwikkeling om tot een **gemeenschappelijke visie** te komen.

4.2.1. Programma's in volle verandering

De recente verlenging van de bacheloropleidingen in de verpleegkunde (van 3 naar 4 jaar in heel België) heeft ook gevolgen voor de specialisatieprogramma's, aangezien in de Franse Gemeenschap nog steeds de banaba's bestaan, terwijl deze in Vlaanderen zijn vervangen door aanvullende diploma's ("*postgraduaatsopleidingen*").

Een ander aandachtspunt is de rol van gegradueerde verpleegkundigen (HBO5) die consultaties uitvoeren, al gaat het maar om een kleine minderheid. Gezien de lopende hervorming van de verpleegkundige profielen (zie punt 3.3.2.2), is het noodzakelijk om na te denken over de gespecialiseerde opleidingen die voor hen toegankelijk zijn en de impact die ze kunnen hebben op hun competentieprofiel en hun *scope of practice*.

Het zal echter niet eenvoudig zijn om deze gespecialiseerde opleidingen af te stemmen op de verwachtingen en eisen van de praktijk.

4.2.2. Toelatingsvoorwaarden voor masteropleidingen bepalen

Hetzelfde geldt voor de masteropleiding. Na de introductie van het concept VS in de Belgische wetgeving, hebben zowel Vlaanderen (in 2019-2020) als de Franse Gemeenschap (in 2021-2022) gespecialiseerde programma's ontwikkeld om studenten voor te bereiden op de gespecialiseerde verpleegkundige rollen. Deze programma's omvatten onder andere training in klinische beoordeling, klinisch redeneren en farmacologie, evenals praktijkstages in een specialisatiegebied naar keuze. Deze opleidingen blijven echter vrij algemeen, en het is waarschijnlijk dat de afgestudeerde de verpleegkundigen niet onmiddellijk geschikt zijn voor directe inzet als VS, aangezien dit een zekere mate van praktische ervaring vereist.

Het lijkt daarom aangewezen om de toelatingsvoorwaarden tot de masteropleiding, en meer in het algemeen de ervaringsvereisten om een functie als VS op zich te nemen, te heroverwegen. In de andere landen en regio's die in het kader van dit rapport werden bestudeerd (zie hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport) wordt vaak twee tot drie jaar **gespecialiseerde werkervaring** vereist voordat men kan starten aan een masteropleiding tot verpleegkundig specialist. In sommige landen moeten kandidaten ook een stageplaats of ander praktijkproject hebben voordat ze kunnen inschrijven, zodat ze de opgedane kennis direct kunnen toepassen in de praktijk.

In België wordt momenteel aanbevolen om beroepservaring op te doen vóór of naast deze geavanceerde opleiding, maar het is niet verplicht: momenteel is de enige vereiste een bachelordiploma in de verpleegkunde. Een mogelijke aanpak zou kunnen zijn om verplichte stageplaatsen te voorzien die het mogelijk zouden maken de verpleegkundige consultaties snel in te zetten in verschillende contexten en verpleegkundigen 'op maat' op te leiden. Er zou echter ook rekening moeten worden gehouden met de uitdagingen van het aanpassen aan vergelijkbare functies in verschillende contexten bij deze aanpak. Een andere optie zou kunnen zijn om de titel van VS pas toe te kennen na enkele jaren beroepservaring na het afstuderen.

4.3. Registreren en documenteren

4.3.1. Kwaliteitswet

De wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg of "Kwaliteitswet", goedgekeurd door het parlement in 2019 en van kracht sinds 1 juli 2022, stelt een reeks voorwaarden vast om de kwaliteit van de praktijkvoering van alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, ongeacht hun discipline, te waarborgen.[3] Deze wet omvat bepalingen met betrekking tot de voorwaarden voor het uitoefenen van het beroep (visum), de concrete modaliteiten van de praktijk of bepaalde verplichtingen ten aanzien van de patiënten. Bovendien vereist de wet de oprichting van een register van praktijken en een portfolio waarin zorgverleners hun competenties (opleidingen, enz.) en ervaring moeten registreren.

4.3.2. Register van praktijken

In alle landen die in het kader van onze internationale vergelijking werden onderzocht, is een of andere vorm van **registratie** in een register of bij een beroepsorganisatie verplicht om verpleegkunde te mogen uitoefenen. De specifieke registratiemodaliteiten (zoals frequentie van hernieuwing, voorwaarden waaraan moet worden voldaan, min of meer gedetailleerde registratie van activiteiten of specialisaties, verplichting tot bijscholing, enz.) verschillen sterk van land tot land.

De internationale experts die we hebben bevraagd, waren het erover eens dat een **periodieke hernieuwing** van de registratie op basis van criteria zoals het **activiteitsvolume** of **voortgezette opleiding** om de veiligheid, efficiëntie en de *evidence-based* praktijk van de zorg te waarborgen.

Ze benadrukten echter ook de noodzaak om voldoende middelen te voorzien om de opvolging van de gegevens in de registers te verzekeren.

Momenteel wordt in België het visum voor de uitoefening van het verpleegkundig beroep (een zuiver administratief visum) uitgegeven door de FOD Volksgezondheid en heeft het in de praktijk een **onbeperkte geldigheid**. Sommige gespecialiseerde verpleegkundigen zijn ook houder van een speciale beroepstitel of een speciale beroepskwalificatie die is goedgekeurd door hun Gemeenschap. Deze verpleegkundigen dienen aan bepaalde voorwaarden (zoals het volgen van een bepaald aantal uur permanente vorming en een minimum aantal uur in de praktijk staan) te voldoen om hun beroepstitel of -kwalificatie te behouden.

De Kwaliteitswet vereist ook dat elke zorgverlener een algemene beschrijving verstrekt van de aangeboden zorg, samenwerkingen met andere zorgverleners en de locatie van deze zorg.[3]

Dit **register van praktijken** bestaat momenteel nog niet in de praktijk, maar zou waardevol zijn om een overzicht te hebben van de actieve verpleegkundigen, van de plaats waar ze werken, competenties, kwalificaties en activiteiten die ze uitvoeren. Bij de invoering ervan zal het ook essentieel zijn om na te denken over de periodieke vernieuwing het visum tot uitoefening, inclusief de vereiste voorwaarden en gevolgen bij niet-naleving.

4.3.3. Permanente opleiding

Het is essentieel voor alle zorgverleners, inclusief verpleegkundigen die complexe taken zoals consultaties uitvoeren, om gedurende hun hele carrière te blijven bijscholen en competenties te blijven ontwikkelen. In sommige landen is voortgezette opleiding zelfs een **vereiste** om het beroep te mogen blijven uitoefenen.

De Belgische Kwaliteitswet verplicht zorgverleners om een **portfolio** bij te houden dat aantoont ze over de vereiste competenties en ervaring beschikken voor de uitoefening van hun beroep (Artikel 8).[3] In haar rapport legt de federale werkgroep "Taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving" grote nadruk op het belang van dit portfolio voor het aantonen van de vereiste competenties om bepaalde door de arts gedelegeerde taken uit te voeren.[10] Het portfolio kan ook een waardevol hulpmiddel zijn bij het sluiten van interprofessionele akkoorden, omdat het hierdoor bijvoorbeeld mogelijk zou zijn de competenties van de verpleegkundigen concreet te documenteren zonder noodzakelijk te moeten verwijzen naar een specifiek niveau van het functiemodel dat in de wet is vastgelegd.

De wet legt niet de concrete modaliteiten of de inhoud van dit portfolio vast[d] en bij gebrek aan expliciete wettelijke bepalingen worden deze aspecten grotendeels overgelaten aan de beoordeling van individuele beroepsgroepen. Voor een VS zou men bijvoorbeeld kunnen overwegen om informatie op te nemen zoals diploma's, ervaring, voortgezette opleiding, onderwijs- of onderzoeksactiviteiten, deelname aan kwaliteitsinitiatieven, enz.

4.4. Specifieke budgetten en stimulansen voorzien

Om een bredere uitrol van verpleegkundige consultaties in diverse contexten in België te stimuleren, met name in kleinere structuren zoals wijkgezondheidscentra, huisartsenpraktijken enz., is het noodzakelijk dat er (financiële) stimulansen beschikbaar zijn – en **universeel toegankelijk** zijn. Dit zal helpen bij de rekrutering van geschikte profielen die aan de behoeften van de doelgroep kunnen voldoen en die passen bij de specifieke kenmerken van de organisatie. Het risico zou namelijk kunnen bestaan dat deze consultaties grotendeels beperkt blijven tot universitaire ziekenhuizen en grote algemene ziekenhuizen, die gemakkelijker middelen kunnen vrijmaken.

Hoewel ons literatuuronderzoek en onze analyse van internationale beste praktijken (hoofdstukken 2 en 3 van het wetenschappelijk rapport) geen ideaal financieringsmodel voor verpleegkundige consultaties konden

[d] Het commentaar op de verschillende artikelen in de voorbereidende werkzaamheden bepaalt echter dat het portfolio naast een bepaalde hoeveelheid informatie moet bevatten naast die welke door de overheden wordt bewaard, zoals onder meer de bewijsstukken waarmee de zorgverlener kan aantonen "dat men zich voldoende bijschoolt om up-to-date te blijven met de geldende technieken om aldus kwaliteitsvolle gezondheidszorg te kunnen aanbieden" – De Kamer, doc 54 3441/001

identificeren, zijn er in België reeds bestaande mechanismen die in deze context kunnen worden toegepast, zoals forfaits of vaste vergoedingen in de eerstelijnszorg, de New Deal voor de huisartsgeneeskunde (die onder andere een premie biedt voor de aanwerving van een verpleegkundige voor de huisartsenpraktijk) of de conventies die er bestaan voor verschillende chronische ziekten.

Dit onderzoek had niet tot doel om de verschillende financieringsmodellen voor verpleegkundige consultaties te onderzoeken, maar het is belangrijk om eerst te overwegen of we de verpleegkundige consultaties als afzonderlijke prestaties willen financieren of meer algemeen, de functie waarin ze plaatsvinden, of de zorgverlener (bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundige) die ervoor verantwoordelijk is.

4.5. De scope of practice aanpassen aan de veranderende behoeften

Verpleegkundige consultaties in de betekenis van deze studie zijn tot op zekere hoogte zeker mogelijk binnen de grenzen van de huidige Belgische wetgeving, maar ons analyse van de internationale beste praktijken en ons veldonderzoek (hoofdstukken 3 en 5 van het wetenschappelijk rapport) geven aan dat ze alleen verder kunnen worden uitgebouwd als het wettelijk kader wordt herzien om de activiteiten die openstaan voor het beroep aan te passen, maar ook om de mate van autonomie ervan te vergroten.

4.5.1. Medische handelingen, onder bepaalde voorwaarden en in bepaalde contexten

Meer of minder uitgebreide bevoegdheden met betrekking tot het **voorschrijven** van geneesmiddelen, hulpmiddelen, onderzoeken of analyses is één aspect van verpleegkundige consultaties dat vaak terugkomt in de andere landen en regio's die we hebben bestudeerd. Daarnaast komen ook andere taken voor zoals het interpreteren van tests, het uitvoeren van technische procedures, het doorverwijzen naar andere actoren, het recht om toestemming te geven voor ontslag uit het ziekenhuis of zelfs het stellen van diagnoses.

De autonomie bij het uitvoeren van deze handelingen neemt toe met het opleidingsniveau; over het algemeen zal een bachelor in de verpleegkunde niet dezelfde bevoegdheden hebben als een VS. Als België een wettelijk kader zou ontwikkelen om bepaalde verpleegkundige zorgverleners de mogelijkheid te bieden om voorschriften te schrijven, moet worden nagedacht over de gewenste mate van autonomie (volledig onafhankelijk voorschrift of omkaderd door een samenwerkingsakkoord, een protocol, enz.).

Het is ook belangrijk om hier te benadrukken dat internationaal, wanneer bepaalde medische handelingen zoals voorschrijven worden toegestaan voor verpleegkundigen, deze vaak beperkt zijn tot een duidelijk gedefinieerd **competentie- of specialisatiegebied** en onderhevig zijn aan naleving van de geldende klinische richtlijnen. Bovendien worden de delegatie of overdracht van taken vaak omkaderd door **afspraken** op zowel nationaal als lokaal niveau (zie punt 4.1.2).

Er bestaat echter al een precedent in de Belgische context, waar vroedvrouwen bepaalde handelingen mogen uitvoeren die doorgaans zijn voorbehouden aan artsen, zolang deze deel uitmaken van de opvolging van zwangerschappen met een laag risico (zie Kader 1).

Kader 8 – Het voorbeeld van vroedvrouwen

In België mogen vroedvrouwen met een RIZIV-nummer:

- zelfstandig een aantal **geneesmiddelen** voorschrijven die passen binnen de opvolging van zwangerschappen met een laag risico, de bevalling of de verzorging van gezonde pasgeboren baby's (binnen of buiten het ziekenhuis).
- **echografieën** en **laboratoriumtests** voorschrijven aan zwangere vrouwen of vrouwen met een vermoedelijke zwangerschap.
- bepaalde **medische handelingen** uitvoeren tijdens de bevalling, zoals een amniotomie (kunstmatig breken van het vliezen) of episiotomie (inknippen van het perineum om scheuren te voorkomen).[6]

4.5.2. *Lijst van handelingen versus competentiegericht*

Er kunnen verschillende benaderingen worden overwogen om de *scope of practice* van het beroep te verruimen.

Een eerste benadering omvat het gedetailleerd definiëren van wat verpleegkundigen mogen doen en onder welke voorwaarden (opleiding, supervisie, enz.). Dit komt overeen met wat al in België gebeurt met de **lijst van A-B-C-handelingen** (zie punt 3.1), die dus moet worden herzien en bijgewerkt om nieuwe taken op te nemen. Het nadeel van deze benadering is dat de wetgeving snel kan achterlopen op veranderingen in de praktijk in een snel evoluerend veld. Bovendien kan een te strikte afbakening van de *scope of practice* leiden tot een zeker **protectionisme** tussen beroepsgroepen, wat in strijd is met het streven naar meer interprofessionele samenwerking.

Een andere benadering, die al wordt toegepast in sommige landen die in onze internationale vergelijking werden onderzocht (hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport), houdt in dat zorgverleners hun beroep **uitoefenen op basis van hun competenties** ("*compentent to practice*"). Zij beoordelen zelf of zij in staat zijn om bepaalde taken uit te voeren op basis van hun klinische beoordeling. In België wordt dit principe al genoemd in de Kwaliteitswet, die bepaalt dat zorgverleners enkel zorgen mogen verstrekken waarvoor zij over de vereiste en aantoonbare competenties en ervaring beschikken (Artikel 8). Bij gebrek aan het **portfolio** waar de bewijsstukken van de noodzakelijke competenties moeten worden verzameld, blijft deze aanpak vooralsnog moeilijk toe te passen in ons land.

4.6. Pilootprojecten

Onze literatuurstudie bevestigt dat verpleegkundige consultaties in de meeste gevallen, niet inferieur zijn aan de klassieke zorgverlening en in sommige gevallen zelfs een toegevoegde waarde kunnen bieden. De internationale experts die we hebben geraadpleegd, benadrukken echter dat het cruciaal is om de **kwaliteit, veiligheid, efficiëntie en de praktische voordelen ervan, ook op financieel vlak**, concreter aan te tonen om de implementatie ervan te faciliteren.

Een mogelijkheid om dit te doen, vooral in contexten waar verpleegkundige consultaties nog minder gangbaar zijn, zou zijn om **pilootprojecten op** te starten. Deze projecten hebben het voordeel dat ze relatief snel concrete resultaten en lessen opleveren die een eventuele latere uitrol kunnen vergemakkelijken. Ze bevorderen ook het opbouwen van vertrouwen tussen de betrokken zorgverleners en bieden de mogelijkheid tot vroegtijdige aanpassingen indien nodig. In de Belgische context, waar een aantal voorwaarden nog moeten worden vervuld, kunnen deze projecten dienen als tussenstap in de geleidelijke ontwikkeling van verpleegkundige consultaties.

Het is echter belangrijk op te merken dat verpleegkundige consultaties vaak deel uitmaken van een bredere interprofessionele samenwerking waarin verschillende expertisegebieden elkaar aanvullen. Hierdoor is het soms **moeilijk** om de impact van een specifiek element **te isoleren**. Daarom is het waarschijnlijk raadzaam om bij een evaluatie gebruik te maken van verschillende onderzoeksmethoden waarmee het proces verder kan worden verfijnd voor een specifieke context of populatie, terwijl tegelijkertijd de effecten ervan worden geëvalueerd.

De federale werkgroep "Taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving" suggereert een vergelijkbare experimentele aanpak (de "*regulatory sandboxes*" of regelluwe kaders) om wetsaanpassingen te testen. Dit systeem maakt het mogelijk om gedurende een welbepaalde periode en binnen een welbepaald kader nieuwe regelgevingsmechanismen te testen voordat deze definitief worden ingevoerd als ze waardevol en relevant blijken te zijn. In dit geval zouden ze bijvoorbeeld in het kader van een interprofessioneel samenwerkingsakkoord en voor een beperkte duur uitgebreide competenties kunnen toekennen aan bepaalde verpleegkundige profielen om te beoordelen of deze verandering voordelen oplevert voor de patiënten en voor de organisatie van de zorg.

Bovenal moet echter een behoefteanalyse worden uitgevoerd om te bepalen in welke contexten deze pilootprojecten prioritair moeten krijgen om de wijzigingen in het wettelijke kader en de financiering te beoordelen.

5. CONCLUSIE

De verpleegkundige consultaties die we vandaag vanuit het werkveld in ons land zien ontstaan, om aan te sluiten bij de nieuwe behoeften van patiënten, passen min of meer binnen het bestaande regelgevingskader. Echter, deze initiatieven lijken niet goed op elkaar afgestemd te zijn, en soms lijken verpleegkundigen die deze consultaties uitvoeren zich op de grenzen van hun bevoegdheden te begeven. Op juridisch, organisatorisch en financieel vlak moeten er nog heel wat hiaten worden opgevuld. Toch zijn er de afgelopen jaren wel veranderingen ingezet, met initiatieven zoals het nieuwe functiemodel, de nieuwe maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde (die de aanwerving van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk kunnen vergemakkelijken) of aanpassingen aan de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen.

De Belgische wetgeving biedt reeds enkele mechanismen die zouden kunnen worden gebruikt voor de verdere ontwikkeling van verpleegkundige consultaties. Maar het is de vraag of deze benadering nog steeds de meest geschikte is. Bijvoorbeeld, een update van de lijst met A-B-C-handelingen die door verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd, kan al snel achterhaald raken. Daarom zou het wellicht beter zijn om te kiezen voor een flexibeler systeem waarbij de toegang tot bepaalde prestaties afhankelijk is van de verworven en aantoonbare competenties in plaats van een beroepstitel. Als het portfolio waar zorgverleners hun competenties moeten documenteren uiteindelijk werkelijkheid wordt, is een dergelijke aanpak wellicht haalbaar.

Hoe dan ook, de implementatie van verpleegkundige consultaties in ons land zal niet van de ene op de andere dag plaatsvinden, en waarschijnlijk niet in één enkele stap. Ten eerste moeten verschillende aspecten heroverwogen worden, niet alleen binnen de wetgeving, maar ook binnen de opleidingen en de financiering van ons complexe gezondheidssysteem. Ten tweede betekent deze evolutie in zekere zin een kleine revolutie, waarvoor vertrouwen moet worden opgebouwd bij andere zorgverleners *en* verpleegkundigen zelf, met betrekking tot hun vermogen om nieuwe rollen en verantwoordelijkheden op zich te nemen.

Pilootprojecten zouden kunnen helpen om verschillende mogelijkheden te onderzoeken en hun effecten, voordelen en nadelen op het terrein te beoordelen, terwijl ze tegelijkertijd verder worden verfijnd. Deze aanpak heeft als voordeel dat ze snel concrete en bruikbare resultaten oplevert zonder de betrokken partijen al te zeer te forceren, aangezien deze initiatieven per definitie beperkt zijn in de tijd en duidelijk zijn afgebakend.

In een tijd waarin multidisciplinaire samenwerking en geïntegreerde zorg in volle expansie zijn, lijkt de context gunstig te zijn. Op beleidsniveau worden de verschillende verpleegkundige profielen die in ons land bestaan verduidelijkt; en we kunnen alleen maar hopen dat onze beleidsmakers er alles aan zullen doen om in één moeite het nodig kader te creëren voor de verdere ontwikkeling van verpleegkundige consultaties.

AANBEVELINGEN[e]

PREAMBULE

Op basis van het wetenschappelijk rapport blijkt dat er een wetenschappelijke basis is voor de verdere implementatie van verpleegkundige consultaties. Deze kunnen helpen een antwoord te bieden op de huidige en toekomstige uitdagingen in ons gezondheidszorgsysteem. Als onderdeel van innovatieve zorgmodellen kunnen verpleegkundige consultaties effectief inspelen op de in de tijd fluctuerende noden van patiënten met complexe aandoeningen in samenwerking met andere beroepsgroepen. Naast medische zorgnoden worden deze patiënten ook vaak geconfronteerd met psychosociale, zorgcoördinatie-gerelateerde, maatschappelijke en spirituele noden. Dit alles moet worden gerealiseerd binnen een arbeidsmarkt die gekenmerkt wordt door een schaarste aan zorgverleners.

Om dit te realiseren, formuleert het KCE de volgende aanbevelingen:

ALGEMENE PRINCIPES

Aan de ministers bevoegd binnen het domein van gezondheidszorg bevelen we aan om

1. Bij het verder uitbouwen en ontwikkelen van een zorgaanbod of -model voor patiënten met complexe zorgnoden, de integratie van verpleegkundige consultaties grondig te overwegen.

   Dit moet gebeuren met aandacht voor de specifieke noden van de beoogde patiëntenpopulatie en de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van verpleegkundige consultaties (bv. benodigd aantal verpleegkundigen voor de doelgroep met specificatie van de vereiste expertise en opleidingsniveau). Bovendien is het belangrijk om de vereiste verpleegkundige profielen voor het uitvoeren van deze consultaties (cfr. infra) op te nemen in bestaande beleidsinstrumenten (bv. RIZIV-conventies, zorgprogramma's, personeelsbezetting in woonzorgcentra, etc.).

2. Bij de uitwerking van verpleegkundige consultaties:

   2.1. te vertrekken van een analyse van de noden van de desbetreffende patiëntenpopulatie in relatie tot het beschikbare zorgaanbod. Hierbij moet, naast de uitwerking van verpleegkundige consultaties binnen de ziekenhuissetting (waar de meerderheid van de huidige initiatieven bottom-up ontstaan), extra aandacht besteed worden aan zorgomgevingen waar deze tot nu toe minder gangbaar zijn (bv. residentiële ouderenzorg, thuiszorg, eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg).

[e] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

2.2. naast het streven naar samenwerking en complementariteit tussen verschillende zorgberoepen, ook uit te gaan van het subsidiariteitsprincipe.

2.3. een analyse te maken van de impact die de integratie van verpleegkundige consultaties in zorgmodellen heeft op de rolverdeling, werkbelasting, aantrekkelijkheid en inkomen van de betrokken beroepsgroepen.

2.4. de betrokken beroeps- en patiëntengroepen actief te betrekken, in het bijzonder bij het uittekenen van interprofessionele afsprakenkaders (cfr. aanbeveling 9 en 10)

3. Een generiek wettelijk kader te creëren dat flexibele implementatie van verpleegkundige consultaties mogelijk maakt, gekoppeld aan het *'competent to practice'* principe (cfr. Kwaliteitswet).

KLINISCHE VERPLEEGKUNDIGE LADDER

Aan de Minister van Volksgezondheid bevelen we aan om

4. Met betrekking tot de lopende implementatie van de klinisch verpleegkundige ladder:

4.1. Het uitvoeren van verpleegkundige consultaties ook open te stellen voor verpleegkundigen met ten minste een bachelor diploma, en niet enkel te beperken tot verpleegkundig specialisten. Er moet worden nagedacht over de randvoorwaarden waaraan een verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg moet voldoen om verpleegkundige consultaties uit te voeren (bv. minimum aantal jaar ervaring, voortgezette opleiding, …). Deze randvoorwaarden moeten verder worden gedefinieerd, binnen een interprofessioneel afsprakenkader en aangetoond worden via het portfolio (cfr. aanbeveling 11). Het zou ideaal zijn om specifieke beleids- en financieringsmechanismen te creëren om deze randvoorwaarden te reguleren, (bv. criteria zorgprogramma, conventie, etc.).

4.2. De functies die momenteel opgenomen zijn in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (i.e. basisverpleegkundige, verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg, verpleegkundig specialist en verpleegkundig klinisch onderzoeker) volstaan om verpleegkundige consultaties verder uit te bouwen of te ontwikkelen.

Het is echter belangrijk om het functiemodel duidelijker en transparanter te maken voor de verpleegkundige beroepsgroep, andere zorgprofessionals, patiënten en het brede publiek.

4.3. In het licht van de huidige activiteiten van het opstellen van de benodigde uitvoeringsbesluiten om de functie van verpleegkundig specialist verder uit te rollen, dient ervoor gezorgd te worden dat deze besluiten de uitvoering van verpleegkundige consultaties faciliteren.

INTERPROFESSIONELE AFSPRAKENKADERS

Aan de Minister van Volksgezondheid in samenwerking met de respectievelijke adviescommissies binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en patiëntenverenigingen bevelen we aan om

5. een interprofessioneel afsprakenkader op te stellen voor welomschreven zorgomgevingen en/of patiëntengroepen waarbij verpleegkundige consultaties worden overwogen. Dit kader dient duidelijk aan te geven welke verpleegkundige profielen gemachtigd zijn om de consultaties uit te voeren, wat hun bevoegdheden zijn, wie de verpleegkundige consultatie initieert, wie welke verantwoordelijkheid draagt, etc.
6. Kaders op te zetten voor een periodieke evaluatie en herziening van deze interprofessionele afsprakenkaders, om zo toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg (bv. nieuwe behandelingen) te integreren.

Aan de zorgverleners of zorgorganisaties op het werkveld bevelen we aan om

7. Om deze interprofessionele afsprakenkaders verder te concretiseren en af te stemmen tot lokale of intra-organisatorische afspraken.

SCOPE OF PRACTICE

Aan de Minister van Volksgezondheid bevelen we aan om

8. Om op lange termijn een duurzame flexibele inzet te voorzien van verpleegkundigen bij verpleegkundige consultaties in interprofessionele zorgmodellen. Hierbij is het essentieel om de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) te herdenken, waarbij de focus verschuift van individuele verpleegkundige handelingen naar het principe van ‘competent to practice’ (cfr. Kwaliteitswet).
9. In afwachting van deze grondige hervorming nader te bepalen welke aanpassingen er nodig zijn om bestaande barrières bij het uitvoeren van verpleegkundige consultaties weg te werken (bv. voorschrijven medicatie, verwijsvoorschrift, interpretatie medische beeldvorming en laboresultaten). Dit vereist:

9.1. Een evaluatie van de bestaande A-B-C handelingen (zoals vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts [of een tandarts] aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd) en de uitvoeringsbesluiten van de verpleegkundig specialist om te bepalen welke aanpassingen nodig zijn.

9.2. Het koppelen van deze aanpassingen aan de implementatie van de bovenvermelde interprofessionele afsprakenkaders die voor verpleegkundige consultaties worden uitgewerkt. Hierbij moeten ook de randvoorwaarden worden vastgelegd (bv. wie de verpleegkundige consultatie initieert en wie verantwoordelijk is, evenals de aard van de handelingen).

9.3. Het verzekeren van gedetailleerde specificaties in de interprofessionele afsprakenkaders met betrekking tot opleidings- en ervaringsvereisten, zodat deze kunnen worden geïntegreerd in het portfolio van verpleegkundigen.

10. De scope of practice af te stemmen op de klinische ladder, waarbij verpleegkundig specialisten meer bevoegdheden kunnen toegekend krijgen dan verpleegkundigen verantwoordelijk voor de algemene zorg.

WET VAN 22 APRIL 2019 INZAKE DE KWALITEITSVOLLE PRAKTIJKVOERING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Aan de Minister van Volksgezondheid, na advies van de bevoegde instanties bevelen we aan om

11. Het portfolio, zoals beschreven in Artikel 8 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, te benutten als instrument om ervoor te zorgen dat de vereisten met betrekking tot bekwaamheid, opleiding en competentie voor verpleegkundige profielen die zijn vastgelegd in de WUG van 10 mei 2015 en/of interprofessionele afsprakenkaders worden nageleefd (bv. het volgen van voortgezette opleidingen).

Aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bevelen we aan om

12. Het register van praktijken, zoals voorzien in Artikel 42 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, te implementeren zodat het mogelijk is om te identificeren welke verpleegkundige profielen verpleegkundige consultaties aanbieden op welke locatie(s) (specifieke context en/of regio).
13. Een koppeling te maken tussen het register van praktijken en de federale databank van gezondheidszorgberoepen (of kortweg het kadaster). Dit zal de mogelijkheid bieden om deze gegevens als een prospectief planningsinstrument te gebruiken voor de inzet van verpleegkundigen volgens bepaalde targets.

Aan de Minister van Volksgezondheid, na advies van de bevoegde instanties bevelen we aan om

14. Op basis van de gekoppelde data (cfr. aanbeveling 13) en een behoefteanalyse specifieke targets vast te leggen voor verpleegkundige profielen die nodig zijn in bepaalde zorgcontexten om verpleegkundige consultaties te realiseren (bv. verpleegkundig specialisten in de thuiszorg, eerstelijnszorg, etc.). Deze targets kunnen als basis dienen voor het ontwikkelen van een gerichte beleidsagenda.

OPLEIDING

Aan de gefedereerde entiteiten die bevoegd zijn voor onderwijs, in samenwerking met de onderwijsinstellingen die een opleiding verpleegkunde aanbieden, bevelen we aan om

15. De bacheloropleiding verpleegkunde en voortgezette opleidingen te versterken, zodat studenten de vereiste competenties en vaardigheden verwerven voor het uitvoeren van de verschillende activiteiten en rollen tijdens verpleegkundige consultaties en interprofessionele samenwerking. Hierbij is het belangrijk om te vertrekken vanuit een competentiegerichte benadering en flexibiliteit toe te laten. Dit zou kunnen via het aanbieden van modulaire vervolgopleidingen, waarmee studenten hun vervolgopleiding kunnen afstemmen op de specifieke bekwaamheden die nodig zijn voor een bepaald specialisatiedomein.

IMPLEMENTATIE VIA PILOOTPROJECTEN EN/OF EEN REGELLUW KADER

Aan de gezondheidszorgsector in het algemeen bevelen we aan om

16. De mogelijkheid en noodzaak te onderzoeken om verpleegkundige consultaties te (blijven) organiseren voor patiënten met complexe zorgnoden, waarbij de desbetreffende patiëntenpopulatie en zorgverleners actief worden betrokken.

Aan de ministers bevoegd voor gezondheidszorg en de desbetreffende gezondheidszorgadministraties bevelen we aan om

17. Pilootprojecten op te starten in verschillende zorgcontexten (bv. eerstelijnszorg, residentiële ouderenzorg, etc.) voor patiënten met complexe aandoeningen waarvoor het uitbouwen van verpleegkundige consultaties een prioriteit is. Deze pilootprojecten dienen:

    17.1. Een evaluatie uit te voeren gebaseerd op de Quintuple Aim met behulp van wetenschappelijk multi-methodenonderzoek, die transparante criteria en indicatoren hanteert. Het is daarbij belangrijk om specifieke aandacht te besteden aan de onderlinge communicatie tussen zorgverleners en het actief betrekken van patiënten bij de verschillende fasen van het onderzoek.

    17.2. Gedurende een bepaalde periode een flexibel regelluw kader aan te bieden, waarin wordt onderzocht welke aanpassingen aan het wettelijk kader nodig zijn of welke elementen moeten worden opgenomen in het interprofessioneel afsprakenkader, portfolio en toekomstige beleidsinstrumenten (bv. in conventies, zorgprogramma's).

18. Een vergoedingssysteem uit te werken dat verpleegkundige consultaties stimuleert binnen een interprofessioneel kader.

REFERENTIES

1. Houweling ST, Kleefstra N, van Hateren KJJ, Groenier KH, Meyboom-de Jong B, Bilo HJG. Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial J Clin Nurs. 2011;20(9-10):1264-72.
2. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, Chaudhry H, Kim SW, Saunders J, et al. Effect of a program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. JAMA. 2018;320(22):2335-43.
3. Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg - Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. B.S. 14/05/2019.
4. Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts [of een tandarts] aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen - Arrêté royal du 18 Juin 1990 portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou un dentiste] à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre. B.S. 26/07/1990.
5. Federale Raad voor Verpleegkunde - Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. Functiemodel voor de verpleegkundige zorg van de toekomst - Modèle de fonctions pour les soins infirmiers du futur. 2017
6. Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen - Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. B.S. 18/06/2015.

7. Federale Raad voor Verpleegkunde en Technische Commissie voor Verpleegkunde - Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et Commission Technique de l'Art Infirmier. Gezamenlijk advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde en van de Technische Commissie voor Verpleegkunde betreffende de zorgladder: verpleegkundig specialist - Avis consolidé du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et de la Commission Technique de l'Art Infirmier concernant l'echelle de fonctions: l'infirmier de pratique avancé. FOD Volksgezondheid - SPF Santé Publique; 2023.

8. Federale Raad voor Verpleegkunde en Technische Commissie voor Verpleegkunde - Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et Commission Technique de l'Art Infirmier. Gezamenlijk advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde en van de Technische Commissie voor Verpleegkunde betreffende de zorgladder: gespecialiseerde verpleegkundige - Avis consolidé du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier et de la Commission Technique de l'Art Infirmier concernant l'echelle de fonctions: l'infirmier spécialisé. FOD Volksgezondheid - SPF Santé Publique; 2023.

9. Hoge raad van artsen-specialisten en van huisartsen - Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. De verpleegkundig specialist - advies Hoge Raad Artsen. FOD Volksgezondheid - SPF Santé Publique, ; 2023.

10. Werkgroep Taakdifferentiatie Taakdelegatie en Taakverschuiving. Eindrapport: taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving - Rapport final Différenciation des tâches, Délégation de tâches et Transfert de tâches. Brussels: Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment; 2023.

COLOFON

Titel:	Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen – Synthese
Auteurs:	Jens Detollenaere (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Mieke Deschodt (KU Leuven), Marie Cerulus (KU Leuven), Fabienne Dobbels (KU Leuven), Pieter Heeren (KU Leuven), Imgard Vinck (KCE), Tom Goffin (UGent), Koen Van den Heede (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Informatiespecialist:	Nicolas Fairon (KCE)
Redactie synthese:	Emily Van Coolput (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Isabelle Savoye (KCE), Bénédicte Vos (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Externe experten:	Eva Goossens (UAntwerpen), Ellen Vlaeyen (UHasselt), Annelies Courtens (AZ Groeninge), Susan Broekmans (UZ Leuven), Ann Van Hecke (UGent), Elsie Decoene (UZ Gent), Thérèse Van Durme (UCLouvain)
Stakeholders:	Benjamin Bels (LUSS – Ligue des Usagers des Services de Santé), Sofie Croenen (Domus medica), Wilfried De Backer (Universiteit Antwerpen, ASGB – Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen België), Vera De Troyer (Zorgnet Icuro), Ellen De Wandeler (NVKVV – Netwerk verpleegkunde), Elsie Decoene (BVVS – Belgische Vereniging Verpleegkundige Specialisten), Martinus Desmet (Nationale MS-Liga van België), Jacques Devulder (BVAS – Belgische vereniging van artsensyndicaten), Laurens Dobbels (Imelda ziekenhuis), Adrien Dufour (Clinique Saint Luc, Bouge), Aline Hotterbeex (Unessa – UNion En Soins de Santé), Emy Kool (Domus medica), Barbara Melard (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Marit Mellaerts (Vlaams Patiëntenplatform), Patricia Menti (UGIB – Union Générale des infirmier(e)s de Belgique), Ilke Montag (Solidaris), Françoise Noel (AVIQ), Edgard Peters (UGIB), Dominique Putzeys (UGIB), Stefan Teughels (Domus medica), Nathalie Thomas (Santhea), Jeroen van den Brandt (Domus medica), Hendrik Van Gansbeke (Wit-Gele Kruis Vlaanderen, NVKVV), Ludo Van op den Bosch (AZ Sint-Jan, Brugge), Hanne Vandewiele (UZ Gent), Jos Vanhoof (BVAS)
Internationale vergelijking:	**Frankrijk:** Valérie Ertel-Pau (Haute Autorité de Santé), Cécile Fournier (Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)), Sandrine Lefebvre (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Lise Mantisi (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Marie-Charlotte Druart (Henri-Mondor University Hospital), Armelle Duchenne (Hôpital de la Pitié Salpêtrière), Brigitte Feuillebois (Ministère de la Santé et de la Prévention), Samira Ahayan (Cabinet de Médecine Générale Rouen) **Nederland:** Jaap Kappert (Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen), Jeroen Peters (HAN University of Applied Sciences), Marieke Schuurmans (Universitair Medisch Centrum Utrecht, Hogeschool Utrecht and Nederlandse Zorgautoriteit) **Ierland:** Catherine McCabe (School of Nursing and Midwifery Trinity College Dublin), Mary Cassey (University College Dublin), Anne-Marie Brady (Trinity College Dublin), Lisa Glynn (National University of Ireland)

Finland: Virpi Sulosaari (Turku University of Applied Sciences and University of Turku), Johanna Heikkila (JAMK School of Health and Social Studies and Åbo Academi University), Maria Ameel (Helsinki University Hospital and University of Turku), Heljä Lundgren-Laine (University of Turku)

Canada: Tammy O'Rourke (Athabasca University), Sharon Kaasalainen (McMaster University), Elizabeth Wojtowicz (HNHB LHIN Nurse-Led Outreach Team), Shirin Vellani (Toronto Rehabilitation Institute), Erin Tilley (College of Nurses of Ontario)

Externe validatoren: Filip Haegdorens (Centre for Research and Innovation in Care – CRIC, Universiteit Antwerpen), Marlène Karam (Université de Montréal, Canada), Marieke Schuurmans (Nederlandse Zorg autoriteit, Universiteit Utrecht, The Nederlands)

Acknowledgements: Wij bedanken Jacinthe Dancot (ULiège), Stephanie Decock (HOWest Hogeschool), Annelies Courtens (AZ Groeninge), Elsie Decoene (UZ Gent), Ann Van Hecke (UGent), Lieve Goossens (UZ Leuven) en Nathalie Duerinckx (UZ Leuven) voor hun feedback op de voorlopige versie van de enquête. Verder willen we onze KCE-collega's bedanken die de online versie van de cross-sectionele enquête hebben getest of input hebben geleverd voor de aanbevelingen. Speciale dank aan Justien Cornelis, Jef Adriaenssens, Nicolas Bouckaert, Mélanie Lefèvre, Laurence Kohn, Kelly Sabbe, Sabine Stordeur en Céline Pouppez voor hun bijdragen.

Belangen KCE experten: Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.

Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.

Gemelde belangen: Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie 'verpleging'. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.

Layout: Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Project nummer:	2021-05-HSR
Publicatiedatum:	9 november 2023
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Nursing, Advanced Practice Nursing, Nurse Practitioner, “Practice Patterns, Nurses”, Nurse Clinicians
NLM classificatie:	WY 128
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2023/10.273/31
ISSN:	2466-6432
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties. https://doi.org/10.57598/R373AS 
Hoe refereren naar dit document?	Detollenaere J (KCE), Dauvrin M (KCE), Deschodt M(KU Leuven), Cerulus M (KU Leuven), Dobbels F (KU Leuven), Heeren P (KU Leuven), Vinck I (KCE), Goffin T (UGent), Van den Heede K (KCE). Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 373As. D/2023/10.273/31. Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.