



**ALGEMENE UNIE DER VERPLEEGKUNDIGEN VAN BELGIË vzw.**  
**UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl.**  
**ALLGEMEINER KRANKENPFLEGEVERBAND BELGIENS vog.**

---

Brussel, 22 augustus 2016

**Verslag Nederlandstalige Kamer van de AUVB-UGIB-AKVB van 29 juni 2016**

**Aanwezig**

<b>AUVB:</b>	Dhr. W. Decat
<b>BELSECT</b>	Dhr. F. De Somer
<b>BVNV:</b>	Dhr. G. Aerts
<b>BVPV/SBIB:</b>	Mevr. A. Schoonis
<b>FNBV:</b>	Mevr. K. Duthoo, Mevr. M. Quelhadj, Mevr. H. Driessens, Dhr. S. Martinez
<b>NVKVV:</b>	Mevr. L. Huysmans, Dhr. Mevr. E. De Wandeler, Dhr. K. Vaneerdewegh,
<b>MEDERI:</b>	Mevr. C. Van Cante,
<b>UROBEL:</b>	Dhr. M. Vandewinkel
<b>VBVK:</b>	Dhr. P. Vanmeenen
<b>VBZV:</b>	dhr K. Sleenckx,
<b>VVIZV:</b>	dhr. J. De Wolf, Mevr C. Peeters
<b>VVOV:</b>	Mevr. M. Van Hiel
<b>VVRO:</b>	Mevr. E. Decoene
<b>VVVS:</b>	Dhr. D. Lauwaert

**Verontschuldigd:**

<b>BEFOHN</b>	Dhr. G. De Kesel
<b>BVRV:</b>	Dhr. K. Giesberts, Dhr. M. Celis
<b>FNBV:</b>	Mevr. J. Van Hoek, Dhr. W. Vertongen
<b>NVKVV:</b>	H. Van Gansbeke Mevr. H. Vanheusden, Mevr. M. Vermeulen, Dhr. D. Bacaert, Dhr. K. Balcaen, dhr. K. Op de Beeck
<b>ORPADT:</b>	Dhr. Danny Droessaert
<b>VBVK:</b>	Dhr. J. Libbrecht
<b>VBZV:</b>	Dhr. L. Speeckaert
<b>VLAS:</b>	Mevr. A. Van den Bosch, Mevr. V. Hanssens, Mevr. C. Thielemans
<b>VOGV:</b>	Dhr. J. Pauwels, Dhr. J. De Bent
<b>VVIZV:</b>	Mevr. B. Claes, Mevr C. Peeters
<b>VVOV:</b>	Dhr. P. De Gang
<b>VVRO:</b>	Dhr. S. D'Haese, Mevr. E. Decoene
<b>VVVS:</b>	Dhr. C. Gilot
<b>WCS:</b>	Mevr. H. Heymans

## **Agenda:**

De AUVB-UGIB-AKVB wenst een alternatief te formuleren voor het bestaande attractiviteitsplan omwille van:

- het besluit van de Vlaamse Gemeenschap waardoor de toekenning van nieuwe BBT' en BBK's waar de Vlaamse Gemeenschap voor bevoegd is, worden geschorst.
- de initiatieven van de Federale overheid in het kader van het herschrijven van de WUG-wet van 10 mei 2015

## **Verwerking overleg Nederlandstalige Kamer 29 juni 2016 mbt een nieuw attractiviteitsplan voor verpleegkundigen**

Bij het voorstel wordt rekening gehouden met de volgende **uitgangspunten en doelstellingen**.  
Waarbij het nieuwe attractiviteitsplan dient om:

- een systeem te creëren die het beroep van verpleegkunde op een hoger niveau tilt
- elke verpleegkundige ervaart de meerwaarde van het attractiviteitsplan
- de mobiliteit van de verpleegkundigen te verhogen
  - mobiliteit in functie van verandering van werkinhoud
  - mobiliteit in functie van werkplaats/dienst (vb wondzorg op verschillende afdelingen)
- verpleegkundigen uit te dagen tot verandering
- verpleegkundigen de mogelijkheid te bieden tot loopbaanontwikkeling
- verpleegkundigen zo lang mogelijk aan het bed van de patiënt te laten werken
- te voorzien in een eerlijke en billijke verloning voor verpleegkundigen
- de verpleegkundigen te stimuleren tot levenslang leren
- een logisch en transparant systeem en algemeen geldend systeem aan te bieden
- een voor alle verpleegkundigen identiek en uniform systeem aan te bieden
- een systeem aan te bieden die ook rekening houdt met de eindloopbaan-problematiek
- een systeem te bieden waarbij de verloning gekoppeld is aan de functie en niet aan de plaats van de tewerkstelling

**Uitwerking van een voorstel** zoals besproken en via adviezen aangeleverd tijdens het overleg van de extra vergadering van de Nederlandstalige Kamer van de AUVB van 29 juni 2016.

- a) Idee van het Margriet model:  
Binnen het Margriet model kan elke zorgverlener/zorgberoep een aantal basishandelingen uitvoeren. Zo kan bvb een kinesist ook een aantal handelingen uitvoeren. Verpleegkundigen hebben een rol en functie net zoals andere zorgverleners. Elk zorgberoep verschilt van een ander omwille van haar specifiek karakter, opleiding en invalshoek. De specificiteit als verpleegkundige wordt beschreven in de tekst: 'Visie op een duurzame en zorgzame toekomst'
- b) De beroepsloopbaan van een verpleegkundige kan worden uitgebouwd via een hiërarchische wijze (vb hoofdverpleegkundige) of via een klinische wijze (vb: referentieverpleegkundige). Beide wijzen zijn te onderscheiden van elkaar.

- c) De klinische ladder is op te delen in een aantal klinische functies en klinische titels.  
De volgende functies zijn te onderscheiden:
- Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg: Met de basisopleiding van vier jaar, kan je werken; iemand die van de schoolbanken komt, is niet gespecialiseerd. Ze moeten eerst op de werkvloer hebben gestaan en dan pas kunnen ze zich specialiseren
  - Referentieverpleegkundige in diverse domeinen
  - Verpleegkundig consulent
  - Verpleegkundig specialist
- De volgende klinische titels als gespecialiseerde verpleegkundige zijn te onderscheiden:
- GGZ
  - Chronische zorg (oncologie, geriatrie,...),
  - Pediatrie
  - chirurgie,
  - acute (spoed, intensieve)
  - 2 transversale specialismen: thuiszorg en palliatieve zijn
- d) Elke functie en titel wordt duidelijk omschreven: opleiding - opdrachten - verantwoordelijkheden en takenpakket. Deze functieprofielen worden opgesteld in consensus met het werkveld. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de expertiseontwikkeling volgens Benner.
- e) Er dient een accreditatiesysteem opgezet en bijgehouden te worden waarbij aan elke verpleegkundige accreditatiepunten worden toegekend. Deze accreditatie wordt opgebouwd in functie van de opleiding, ervaring en specialistische kennis. (Triade EBV: Kennis, expertise en patiënt).
- Principe is dat je levenslang accreditatiepunten kunt opbouwen
  - Accreditatie wordt toegekend naargelang:
    - de werkervaring
    - de opleiding
- opmerking: naast klinische ladder ook mogelijk voor extra accreditaties (via: hiërarchie, onderwijs, verschillende opgebouwde referenties)
- Per functie kan accreditatie worden opgebouwd.
  - Per titel (specialisatie) kan accreditatie worden opgebouwd
  - Eénmaal een vastgelegd aantal accreditatiepunten bereikt in een bepaald domein, kan men een functie of titel aanvragen.
- f) Er is nood aan een kadaster/register waarbij elke verpleegkundige zijn specialisatie en ervaringen kan terugvinden. Deze ervaringen worden weergegeven in accreditatiepunten. Doel is om te komen tot een portfolio voor elke verpleegkundige. Via kadaster registreren en via een aantal credits, die anciënniteit vervangen
- g) Verloning:
- Principe: In plaats van met anciënniteit te werken, werken met opleiding en functie via accreditatie
- Een verpleegkundige 'verantwoordelijk voor algemene zorg' krijgt een basisbarema

- De verdere verloning is in functie van het aantal accreditatie punten
- Hoe hoger het aantal accreditatiepunten, hoe hoger het barema
- Elk jaar werkervaring levert accreditatiepunten op
- Elke opleiding levert accreditatiepunten op
- Telkens bvb 5 accreditatiepunten zijn verzameld, wordt dit gehonoreerd in een baremaverhoging (vb + 2%)  
Deze baremaverhoging behoudt de werkende verpleegkundige voor de rest van zijn carrière.
- Wil een verpleegkundige een hoger barema, dan dienen er extra accreditaties behaald te worden.
- Accreditaties kunnen behaald worden in de functie of in de specialisatie (= domein) waarin je werkt. Bij het behalen van een x aantal accreditatiepunten in een bepaald domein, wordt een functie of een titel behaald. Deze functie of titel biedt de mogelijkheid tot een extra barematoeslag. Echter is er de voorwaarde dat men om deze titel of functietoeslag te behouden, elke y jaar extra accreditatiepunten moet verzamelen: = titelaccreditaties of functieaccreditaties

h) Schakelen van functie of werkterrein

Belangrijk dat als je iets anders wilt doen, dat je de kans ook hebt om te schakelen en te behouden wat je hebt behaald (mobiel).

- Een verpleegkundige die schakelt behoudt zijn loon en accreditatiepunten gedurende x jaar
- Een verpleegkundige die in een nieuwe functie of titel start, begint vanaf 'nul' op niveau van 'starter' en dient volgens de stappen volgens Benner terug op te bouwen tot het niveau van expert. Logischerwijs kan men aannemen dat dit sneller gebeurt als men al over een zekere werkervaring beschikt in vergelijking met een startende verpleegkundige.
- Gedurende deze periode van x jaar kan deze verpleegkundige zich opnieuw bijscholen in deze functie of titel. Slaagt de verpleegkundige er in om de nodige accreditaties te behalen, behoudt de verpleegkundige ook na deze x jaar zijn barema (anders valt hij terug op het barema opgebouwd door anciënniteitsaccreditaties)
- Gedurende deze periode van x jaar wordt anciënniteitsaccreditaties verder opgebouwd

i) Opvang en re-integratie van verpleegkundigen die voordien een aantal jaar niet als verpleegkundige hebben gewerkt

- Eenzelfde systeem als bij het schakelen
- Een verpleegkundige die na een periode van niet-verpleegkundige activiteit terug als verpleegkundige wenst te werken behoudt het loon en accreditatiepunten gedurende x aantal jaar. Er dienen terug een aantal accreditatiepunten te worden gehaald. Via opleidingen. Het aantal te behalen accreditatiepunten is afhankelijk van het aantal jaar dat men geen verpleegkundige activiteit heeft uitgevoerd.
- Een verpleegkundige die in een nieuwe functie of titel start, begint vanaf 'nul' op niveau van 'starter' en dient volgens de stappen volgens Benner terug op te bouwen tot het niveau van expert. Logischerwijs kan men aannemen dat dit sneller gebeurt als men al over een zekere werkervaring beschikt in vergelijking met een startende verpleegkundige.
- Gedurende deze periode van x jaar kan deze verpleegkundige zich opnieuw bijscholen in deze functie of titel. Slaagt de verpleegkundige er in om de nodige accreditaties te

- behalen, behoudt de verpleegkundige ook na deze x jaar zijn barema (anders valt hij terug op het barema opgebouwd door anciënniteitsaccreditaties)
- Gedurende deze periode van x jaar wordt anciënniteitsaccreditaties verder opgebouwd

### **Bijkomende bedenkingen**

- a) Vorming (verder uit te werken)
  - Specialisatie opleiding op basisafdeling, daarna naar een 'specifieke afdeling'
  - Ondersteuning referentiedomeinen door vormingsbudget
  - Groepen van specialisaties
  - Knelpunt:
    - o motivatie voor investering zonder opbrengst
    - o Identificeren specialisaties en basiskennis
  - Vorming naar resultaatsverbintenis
  - Wat met stagemeesters (cfr artsen?)
  -
- b) Hoe zorg dragen voor de oudere verpleegkundige?
  - Niet enkel vertrekken van de jongeren van 25 jaar
  - Maar ook voor de ouderen van 50 jaar: hoe de job voor hen ook attractief houden?
  - ⇒ Eindeloopbaanproblematiek op te lossen door wie? Voor vakbond?
- c) Samenstelling van de zorgteams?
  - Gecombineerde zorgteams
  - Een teamleider aangevuld met verpleegkundige en zorgkundigen
  - moet elke VK aan een werkplaats gebonden zijn, of stuur je deze uit naar andere plaatsen? Werkplek bv Intensieve zorgen = ?  
(vb: pijnkliniek, IZ, OP kwartier, VPA,SIT, Wondzorg door wondzorgspecialist,...)
- d) Opletten dat men geen waardeoordeel velt naar type-diensten -functies -titels
- e) Zaken bekijken in vormingsbudgetten
- f) Naast inspanningsverbintenis ook een resultaatsverbintenis (model van punten, enz.)
- g) Nood aan een goede functieomschrijving per functie en titel
- h) Functies en titels worden op eenzelfde niveau geplaatst
- i) Taakuitzuivering: Zuivere verpleegkundige taken versus bijkomende niet verpleegkundige taken: vb de vuilbakken in een verpleegafdeling leegmaken, ...
  - Duidelijk omschrijven van rollen en domeinen en veel meer dan het omschrijven van verpleegkundige actes
  - Een duidelijk onderscheid met andere beroepsgroepen
  - autonomie van de verpleegkundigen
  - meer wetenschappelijk onderzoek (door verpleegkundigen uitgevoerd, voor verpleegkunde en vertaling naar de praktijk)
  - Inter - universitaire samenwerking / uitwisseling
  - meer regulering
  - duidelijke kwalificatiestructuren
  - individuele ontwikkeling en ontplooiing
  - ...

- j) Moeten we geen acties claimen – wat is de meerwaarde van de verpleegkundige, buiten de technieken: meer omschrijven van rollen en domeinen, Maar ook opletten voor gevaar en valkuilen: in die zin, wat zeggen andere beroepen hierover?

-----

## **Stellingen gebruikt tijdens het overleg van 29 juni 2016 - STELLINGEN: modellen verpleegkunde**

### **Stelling 1:**

In het kader van de uitwerking van de nieuwe WUG-wet, wordt er gedacht aan het omschrijven van drie soorten kwalificaties van verpleegkundigen in functie van opleiding, ervaring en specialistische kennis

- Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg
- Gespecialiseerde verpleegkundige (Clinical nurse specialist)
- Verpleegkundig specialist (Advanced Nurse specialist)

Akkoord?

Er dient een accreditatiesysteem opgezet en bijgehouden te worden waarbij aan elke verpleegkundige accreditatiepunten worden toegekend in functie van de opleiding, ervaring en specialistische kennis. Een maal een aantal accreditatiepunten bereikt, kan men deze extra titel aanvragen.

### **Stelling 2:**

Het profiel, de ervaringsvereisten, de opleiding en de werkvereisten (vb plaats van tewerkstelling) om tot een gespecialiseerde verpleegkundige te komen dienen duidelijk omschreven te zijn en moeten identiek zijn voor alle specialisaties.

Of zijn er alternatieven?

### **Stelling 3:**

Het profiel, de ervaringsvereisten, de opleiding en de werkvereisten (vb aantal uur effectief aanwezig aan bed van een patiënt) om tot een verpleegkundig specialist te komen dienen duidelijk omschreven te zijn en moeten identiek zijn voor alle verpleegkundig specialisten.

Of zijn er alternatieven?

### **Stelling 4**

De opdeling van verpleegkundigen in generalistische verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten is de enige wijze om de attractiviteit van verpleegkundigen te verhogen.

### **Stelling 5**

De verloning van verpleegkundigen dient te gebeuren via vaste barema's in functie van opleiding, functie en anciënniteit. Of zijn er andere systemen hiervoor?

### **Stelling 6**

Is het niet beter om de uitoefening van de verpleegkunde vast te leggen via het omschrijven van rollen en domeinen in plaats van dit te omschrijven aan de hand van de gereglementeerde en protectieve verpleegkundige aktes.

### **Stelling 7**

Betekent professionalisering van het verpleegkundig beroep dat we meer moeten ijveren voor:

- Een duidelijk onderscheid met andere beroepsgroepen
- autonomie van de verpleegkundigen
- meer wetenschappelijk onderzoek (door verpleegkundigen uitgevoerd, voor verpleegkunde en vertaling naar de praktijk)
- meer regulering
- duidelijke kwalificatiestructuren
- individuele ontwikkeling en ontpooiing
- ...

### **Stelling 8**

Van een verpleegkundige worden een aantal eigenschappen verwacht (en geëist) als daar zijn:

flexibiliteit, aanpassingsvermogen, observatie vaardigheden, luisteren, analytische ingesteldheid, interpersoonlijke vaardigheden, initiatief, organisatie, verantwoordelijkheid, fysieke kracht, veiligheid, flexibiliteit, handigheid, efficiëntie, autonomie, het vermogen om te werken in multidisciplinaire teams, beschikbaarheid, alsook een goede feeling voor het management, ....

jullie mening hierover: Correct of niet? Te veel of zijn er nog eigenschappen te kort enz.

### **Stelling 9**

De evolutie van de verpleegkunde vereist dat een aantal verpleegkundige opdrachten evolueren en veranderen

- Verpleegkundigen zijn een onmisbare schakel in de medische zorg
- Verpleegkundigen coördineren de zorg van de patiënt 24u/24u.
- vele verpleegkundigen voeren routinematige handelingen uit.
- Wetenschappelijk onderzoek wordt door de verpleegkundigen zelf uitgevoerd en vertaald naar de praktijk.
- Verpleegkundigen dragen bij tot het psychosociaal welzijn van de patiënt