

1.

WERKGROEP

**Taakdifferentiatie, taakdelegatie en
taakverschuiving**

GROUPE DE TRAVAIL

**Différenciation des tâches, délégation de tâches
et transfert de tâches**

MAART/MARS 2023

Leden van de werkgroep/Membres du groupe de travail

Voorzitter/Présidente : Ann Van Hecke

Ondersteuning vanuit beleidscel FOD/Soutien de la cellule politique du SPF : Katrien Vervoort

Petra Archie, Anne-Marie Baudewyns, Paul Cappelier, Jacinthe Dancot, Elsie Decoene, Paul Demunck, Kristel De Vlieghe, Ellen De Wandeler, Olivier Gendebien, Patricia Ghilbert, Paul Herijgers, Meike Horn, Irina Hulak, Edgard Peters, Dominique Putzeys, Theo van Achterberg, Marc Van Bouwelen, Thérèse Van Durme, Tom Vanherck, Patrick Waterbley

<p>De leden van de werkgroep namen op nominatieve basis en op basis van hun expertise en achtergrond deel aan de werkgroep. Ze vertegenwoordigden niet een eventuele beroepsorganisaties.</p> <p>Volgende beroepsgroepen maakten deel uit van de werkgroep: verpleegkundigen (HBO5, bachelor, verpleegkundig specialisten), zorgkundigen en artsen.</p>	<p>Les experts participent au groupe de travail sur une base nominative. Ils ont été invités à participer en fonction de leur expertise et de leur expérience. Ils ne représentaient pas d'éventuelles organisations professionnelles.</p> <p>Les groupes professionnels suivants faisaient partie du groupe de travail : infirmiers (brevetés, bacheliers, IPA), aides-soignants et médecins.</p>
---	--

Inhoud/ Table des matières

Leden van de werkgroep/Membres du groupe de travail	2
Opdracht	4
Werkwijze van de Werkgroep / Méthode de travail du groupe de travail	6
Opbouw van het rapport/Structure du rapport	10
DEEL 1. Uitzuivering van niet-verpleegkundige taken en verpleegkundige handelingen.....	11
PARTIE 1. Décharge des tâches non-infirmiers et des actes infirmiers	11
1.1. BIJKOMEND INZETTEN OP ONDERSTEUNING EN ONDERSTEUNENDE FUNCTIES VOOR HET UITVOEREN VAN NIET-VERPLEEGKUNDIGE TAKEN/DÉPLOIEMENT SUPPLÉMENTAIRE DE FONCTIONS DE SOUTIEN ET D'APPUI POUR EFFECTUER DES TÂCHES NON-INFIRMIERS	11
1.2. ADL/BIJSTAND	18
1.3. VOORSTEL VAN TE VERWIJDEREN VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN UIT DE LIJST/PROPOSITION POUR SUPPRESSION DE CERTAINES ACTES DE SOINS INFIRMIERS	32
DEEL 2. Het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen / de verpleegkundige handelingen.....	34
PARTIE 2. L'équipe de soins structurée avec l'IRSG responsable de la coordination des soins infirmiers/Les actes de soins infirmiers	34
2.1. GESTRUCTUREERD ZORGTEAM MET DE VVAZ VERANTWOORDELIJK VOOR DE COÖRDINATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORGEN/D'ÉQUIPE DE SOINS STRUCTURÉE AVEC L'IRSG RESPONSABLE DE LA COORDINATION DES SOINS INFIRMIERS	34
2.2. VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN DOOR BEVOEGDE GEZONDHEIDSZORGBEOEFENAARS, DELEGEERBARE EN NIET-DELEGEERBARE VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN BUITEN HET FUNCTIEMODEL/LES ACTES INFIRMIERS PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI SONT COMPÉTENTS, ACTES INFIRMIERS DÉLÉGABLES ET NON DÉLÉGABLES EN DEHORS DU MODÈLE DE FONCTION	39
DEEL 3. Versterken/Verbreden van de <i>Scope of practice</i> binnen het verpleegkundig functiemodel43	43
PARTIE 3. Renforcement/élargissement du <i>Scope of practice</i> dans le cadre du modèle de fonction d'infirmier.....	43
3.1. VOORSTELLEN DOOR DE FRV/TCV 2023-02 - PROPOSITION PAR LA CFAI/CTAI 2023-02	46
3.2. VOORSTEL BIJKOMENDE VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN - PROPOSITION DES ACTES DE SOINS INFIRMIERS SUPPLEMENTAIRES	47
3.3. VOORSTEL VOOR TAAKVERSCHUIVING VAN MEDISCHE HANDELINGEN NAAR VERPLEEGKUNDIGEN (B2 -> B1)	49
/PROPOSITION POUR LE TRANSFERT DES ACTES MEDICAUX VERS LES INFIRMIERS (B2 -> B1)	49
3.4. DISCUSSIEPUNTEN MBT DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST / POINT DE DISCUSSION SUR L'IPA50	
3.5. PRIVILEGING	57
TERUGBLIK EN TOEKOMST / RETROSPECTIVE ET FUTUR	59

Opdracht/Mission

<p>De werkgroep kreeg de opdracht van het kabinet Frank Vandebroucke om samen met experts na te denken welke aanpassingen op de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen en bijhorende uitvoeringsbesluiten noodzakelijk en wenselijk zijn om tot een passende taakverschuiving¹, taakdifferentiatie² en taakdelegatie³ met betrekking tot de verpleegkundige zorg te komen, zowel naar andere zorgverstrekkers toe als naar niet-zorgverstrekkers alsook van mogelijke taakverschuiving/taakdelegatie van artsen of andere gezondheidszorgbeoefenaars naar verpleegkundigen.</p> <p>Deze oefening past binnen een visie voor een kwaliteitsvolle, toegankelijke, werkbare, efficiënte en leefbare zorg, die rekening houdt met de huidige context van tekorten in bepaalde gezondheidszorgberoepen, waaronder verpleegkundigen.</p>	<p>Le groupe de travail a été chargé par le cabinet de Frank Vandebroucke de réfléchir avec des experts à la question de savoir quelles adaptations de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé et des arrêtés d'exécution correspondants sont nécessaires et souhaitables pour parvenir à un transfert de tâches⁴, à une différenciation des tâches⁵ et à une délégation de tâches⁶ appropriés en matière de soins infirmiers, tant vers d'autres prestataires de soins que vers des non-prestataires de soins, ainsi qu'à un éventuel transfert/une éventuelle délégation de tâches des médecins ou d'autres praticiens des soins de santé vers les infirmiers.</p> <p>Cet exercice s'inscrit dans une vision de soins de qualité, accessibles, réalisables, efficaces et vivables, qui tient compte du contexte actuel de pénurie de certaines professions de santé, dont les infirmiers.</p>
<p>Het kabinet omschreef de opdracht als volgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De identificatie van taken die momenteel vaak door verpleegkundigen worden uitgevoerd, maar die ook of beter door anderen kunnen worden uitgevoerd. Denk aan administratie, huishoudelijke taken, hygiënische basiszorgen,... Identificatie van personen die deze taken best zouden uitvoeren + identificatie van noodzakelijke acties om deze 	<p>Le cabinet a décrit la mission comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des tâches qui, actuellement, sont souvent effectuées par les infirmiers, mais qui pourraient également ou mieux être effectuées par d'autres profils. On peut citer l'administration, les tâches ménagères, les soins hygiéniques de base. - Identification des personnes qui pourraient le mieux accomplir ces tâches + identification des actions

¹ Taakverschuiving: het structureel herschikken/herverdelen/verschuiven van taken/handelingen tussen beroepsgroepen (bestaande/nieuwe), die vervolgens zelfstandig bevoegd worden voor het uitvoeren van en tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn voor de betreffende handelingen.

² Taakdifferentiatie: het creëren van functies met verschillende te onderscheiden taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen dezelfde beroepsgroep

³ Taakdelegatie: het in opdracht van een bevoegde beroepsbeoefenaar uitvoeren van taken door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals. Hierbij dienen beide partijen overtuigd te zijn van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en is er de mogelijkheid van toezicht (supervisie) en eventuele tussenkomst van de opdrachtgever

⁴ Transfert de tâches : redistribution structurelle des tâches (y compris des compétences et responsabilités) entre groupes professionnels (existants/nouveaux). Les groupes professionnels sont autorisés de manière indépendante à accomplir les actes et sont soumis à une responsabilité disciplinaire

⁵ La différenciation des tâches est la création de fonctions ayant des tâches, des responsabilités et des compétences distinctes au sein d'un même groupe professionnel.

⁶ Délégation de tâches : exécution de tâches par des professionnels de la santé non autorisés à les exercer de manière indépendante, sur les instructions d'un professionnel qualifié . Dans ce cas, les deux parties doivent être convaincues de la compétence de l'exécutant et il existe une possibilité de contrôle (supervision) et d'intervention éventuelle du donneur d'ordre.

<p>taakverschuiving effectief te verwezenlijken (Zie Deel 1 van het rapport).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificatie van handelingen die momenteel zijn voorbehouden voor verpleegkundigen maar die eigenlijk niet meer of niet meer in alle omstandigheden voorbehouden zouden moeten zijn (cfr KB 1990, paracetamol, temperatuur meten, crème aanbrengen,...) (Zie Deel 1 van het rapport). - De identificatie van handelingen die momenteel voorbehouden zijn voor verpleegkundigen en die ook of beter door een andere gezondheidswerker gedaan zouden kunnen worden. Identificatie van de andere gezondheidswerkers naar wie delegatie mogelijk zou zijn + voorwaarden (Zie Deel 2 van het rapport). - Identificatie van handelingen die verpleegkundigen extra kunnen opnemen, cfr taakverschuiving en taakdelegatie van artsen naar verpleegkundigen + voorwaarden (Zie Deel 3 van het rapport). 	<p>nécessaires pour réaliser efficacement ce transfert de tâches (cf. Partie 1 du rapport).</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification d'actes qui sont actuellement réservés aux infirmiers mais qui en réalité ne devraient plus être réservés ou plus en toutes circonstances (cf. AR 1990, administrer du paracétamol, mesurer la température, appliquer une crème...) (cf. Partie 1 du rapport). - L'identification d'actes actuellement réservés aux infirmiers qui pourraient également ou mieux être exécutés par un autre professionnel de la santé. L'identification des autres professionnels de santé auxquels la délégation serait possible et dans quelles conditions (cf. Partie 2 du rapport). - Identification d'actes que les infirmiers pourraient assumer en plus, cf. transfert de tâches et délégation de tâches des médecins/autres professionnels des soins de santé aux infirmiers + conditions (cf. Partie 3 du rapport).
<p>Het kabinet verwachtte volgende resultaten :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opstelling van matrix van mogelijkheden van taakverschuiving, taakdifferentiatie en taakdelegatie, naar wie, onder welke omstandigheden, met prioritaire acties; - Identificatie van de wetswijzigingen die nodig zijn om dit mogelijk te maken; - Identificatie van andere aanpassingen die nodig zijn om dit verder mogelijk te maken (financiering, vorming/opleiding van gezondheidsprofessionals,...); - Identificatie van andere maatregelen die genomen kunnen worden om verdere taakverschuiving, taakdifferentiatie en taakdelegatie te stimuleren 	<p>Le cabinet attend les résultats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'une matrice des possibilités de transfert de tâches, de différenciation des tâches et de délégation de tâches, à qui, dans quelles circonstances, avec des actions prioritaires ; - Identification des changements législatifs nécessaires pour que ce soit possible ; - Identification d'autres adaptations nécessaires pour permettre cette évolution (financement, formation(s) des professionnels de la santé...); - Identification d'autres mesures pouvant être prises pour encourager le transfert de tâches, la différenciation des tâches et la délégation de tâches.

Werkwijze van de Werkgroep / Méthode de travail du groupe de travail

<p>Twaalf vergaderingen werden ingepland met de leden van de werkgroep. Na discussie in de werkgroep werd beslist om in deze fase - omwille van tijdsgebrek - geen vertegenwoordigers van de andere gezondheidszorgberoepen op de vergaderingen uit te nodigen. Evenwel is het essentieel dit in de toekomst wel te doen.</p>	<p>Douze réunions ont été programmées avec les membres du groupe de travail. Après discussion au sein du groupe de travail, il a été décidé - par manque de temps - de ne pas inviter les représentants des autres professions de santé aux réunions à ce stade. Toutefois, il est essentiel de le faire à l'avenir.</p>
<p>In de eerste vergadering werden enkele begrippen gedefinieerd (taakdifferentiatie, taakverschuiving en taakdelegatie) en was er een interactief werkmoment waarin de leden twee vragen dienden te beantwoorden:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Wat moet er volgens u zeker aan bod komen/wat mag er niet ontbreken in de aanbevelingen van de werkgroep? (2) Wat zijn inhoudelijke punten die u nu al wilt meegeven over taakverschuiving, taakdifferentiatie en het delegeren van taken die uitgevoerd kunnen worden door andere personen binnen een visie voor kwaliteitsvolle, toegankelijke, werkbare en leefbare zorg? <p>Volgende principes werden afgesproken met de leden van de werkgroep als basis voor de verdere discussies:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integratie van beschikbare evidentie uit wetenschappelijke literatuur (indien beschikbaar) ▪ Principe van proportionaliteit in gedachten: vrijheid van ondernemen onder voorwaarde van aantonen van kwaliteit en veiligheid ▪ Optimaal inzetten van "beschikbaar potentieel" ▪ Rekening houdend met wat verankerd zit in andere gezondheidszorgbeoefenaars qua bevoegdheden (gedeelde handelingen) ▪ Kijken met een open blik, toekomstgericht en 'out of the box'. 	<p>Lors de la première réunion, certains concepts ont été définis (différenciation des tâches, transfert de tâches et délégation de tâches) et une rencontre de travail interactive a eu lieu au cours de laquelle les membres ont dû répondre à deux questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Selon vous, qu'est-ce qui doit absolument être abordé/ne peut pas manquer dans les recommandations du groupe de travail ? (2) Quels sont les points de contenu que vous aimeriez communiquer maintenant sur le transfert des tâches, la différenciation des tâches et la délégation des tâches qui peuvent être accomplies par d'autres personnes dans le cadre d'une vision pour des soins de qualité, accessibles, réalisables et vivables ? <p>Les principes suivants ont été convenus avec les membres du groupe de travail comme base des discussions futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration des preuves disponibles dans la littérature scientifique (le cas échéant) ▪ Principe de proportionnalité : la liberté d'entreprendre à condition de démontrer la qualité et la sécurité ▪ Utilisation optimale du « potentiel disponible » ▪ Prise en compte de ce qui est intégré chez les autres professionnels de la santé en termes de compétences (actes partagés) ▪ Ouverture d'esprit, vision tournée vers l'avenir et « <i>out of the box</i> »

<p>In de twee volgende vergaderingen werd relevante informatie gedeeld met betrekking tot de gestructureerde equipe (Wet November 2020), <i>privileging</i> en <i>regulatory sandboxes</i>.</p>	<p>Lors des deux réunions suivantes, des informations pertinentes ont été partagées concernant l'équipe structurée (loi de novembre 2020), le système de <i>privileging</i> et les <i>regulatory sandboxes</i>.</p>
<p>Om input vanuit de andere gezondheidszorgberoepen te integreren in de denkoefening werden de secretarissen van de raden van de verschillende beroepsgroepen gecontacteerd (dus niet via het bestuur). Zij ontvingen een overzicht van de lijst met verpleegkundige handelingen. Twee vragen werden aan hen gesteld:</p> <p>(1) Valt deze handeling momenteel reeds geheel of gedeeltelijk onder de bevoegdheid van een andere zorgprofessional? Zo ja, welke en onder welke voorwaarden?</p> <p>(2) Is het opportuun om de bevoegdheid van een bepaalde zorgprofessional uit te breiden met deze handeling? Welke zorgberoep en onder welke voorwaarden?</p> <p>Antwoorden werden ontvangen van vroedvrouwen, psychologen, kinesisten en paramedici (ergotherapeuten, logopedisten, ambulanciers niet urgent transport, medisch laboratorium technoloog, technoloog medische beeldvorming, bandagist - orthesist - prothesist, podologen, orthoptist-optometrist). In het huidig tijds kader was het niet haalbaar om de aangeleverde informatie door de secretarissen door het bestuur te laten valideren. Deze stap dient nadien nog te gebeuren om de juistheid van de informatie te verzekeren.</p>	<p>Pour intégrer les contributions des autres professions de santé dans l'exercice de réflexion, les secrétaires des conseils des différentes professions ont été contactés (donc sans passer par le bureau du conseil). Ils ont reçu un aperçu de la liste des prestations techniques infirmières. Deux questions leur ont été posées :</p> <p>(1) Cet acte est-il actuellement déjà partiellement ou totalement couvert par la compétence d'un autre professionnel des soins ? Si oui, lequel et dans quelles conditions ?</p> <p>(2) Est-il opportun d'étendre la compétence d'un professionnel de santé particulier à cet acte ? Quelle profession de soins et dans quelles conditions ?</p> <p>Des réponses ont été reçues des sages-femmes, psychologues, kinésithérapeutes et paramédicaux (ergothérapeutes, logopèdes, ambulanciers transport non urgent, technologues de laboratoire médical, technologues en imagerie médicale, bandagistes - orthésistes - prothésistes, podologues, orthoptistes – optométristes). Dans les délais impartis, il n'était pas possible de faire valider par chaque conseil les informations fournies par les secrétaires. Cette étape devra être réalisée ultérieurement afin de garantir l'exactitude des informations.</p>
<p>De leden van werkgroep ontvingen eveneens de lijst met verpleegkundige handelingen in een Excel tabel. Drie vragen werden aan hen gesteld:</p> <p>(1) Mag de handeling verricht worden door personen buiten het functiemodel voor de verpleegkundige zorg? Volgende antwoordopties waren mogelijk:</p>	<p>Les membres du groupe de travail ont également reçu la liste des prestations techniques infirmières. Trois questions leur ont été posées (13 membres du groupe de travail ont répondu) :</p> <p>(1) L'acte peut-il être exécuté par des personnes extérieures à l'échelle des fonctions de soins infirmiers ? Les options de réponse suivantes étaient possibles :</p>

<p>- Ja, door eenieder zonder voorwaarden - Is niet langer een verpleegkundige handeling;</p> <p>- Ja, door gezondheidszorgbeoefenaars;</p> <p>- Ja, door belendende beroepen;</p> <p>- Ja, door bekwame helper;</p> <p>- Ja, door nieuw zorgberoep;</p> <p>- Neen, mag niet verricht worden door personen buiten het functiemodel.</p> <p>(2) Moeten er bijkomende handelingen toegevoegd worden aan de lijst, naast deze reeds toegevoegd op basis Advies FRV/TCV 2020, rekening houdende met nieuwe maatschappelijke en technologische ontwikkelingen?</p> <p>(3) Is het wenselijk om bepaalde B2-handelingen te verschuiven naar B1-handelingen?</p> <p>In de instructiemail werd aangegeven deze vragen te beantwoorden vanuit het perspectief van de verpleegkundige beroepsgroep (dus zorgkundigen niet meegenomen). 13 leden van de werkgroep antwoordden. Evenwel gaven enkele leden van de werkgroep aan dat de opdracht niet geheel helder was, waardoor sommigen deze oefening ook niet uitgevoerd hebben.</p> <p>De werkgroep stemde in om drie subwerkgroepen op te starten, waarin een selectie van leden van de werkgroep op basis van interesse en expertise voorbereidend werk zouden verrichten. Volgende thema's werden bepaald:</p> <p>(1) Thema: wat is gezondheidszorg/ADL/bijstand</p> <p>(2) Thema: hoe definiëren we het gestructureerd zorgteam</p> <p>(3) Thema: Taakherschikking - Taakdelegatie van artsen naar Verpleegkundigen (<i>Scope of practice</i>)</p> <p>De subwerkgroepen bereidden een concepttekst voor die besproken werd in de werkgroep. Omwille van het groot aantal leden dat interesse toonde in het thema rond</p>	<p>- Oui, par toute personne sans conditions - N'est plus un acte infirmier ;</p> <p>- Oui, par des professionnels des soins de santé ;</p> <p>- Oui, par des professions avoisinantes ;</p> <p>- Oui, par un aidant qualifié ;</p> <p>- Oui, par une nouvelle profession de soins ;</p> <p>- Non, ne peut être exécuté par des personnes en dehors du modèle de fonctions.</p> <p>(2) Faut-il ajouter des actes à la liste, en plus de ceux déjà ajoutés sur la base de l'avis CFAI/CTAI 2020, compte tenu des nouvelles évolutions sociales et technologiques ?</p> <p>(3) Est-il souhaitable de transférer certains actes B2 vers des actes B1 ?</p> <p>Le courriel d'instruction indiquait de répondre à ces questions du point de vue de la profession infirmière (c'est-à-dire que les aides-soignants n'étaient pas inclus). Treize membres du groupe de travail ont répondu. Toutefois, d'autres membres du groupe de travail ont indiqué que la mission n'était pas tout à fait claire, de sorte que certains n'ont pas effectué cet exercice.</p> <p>Le groupe de travail a décidé de créer trois sous-groupes de travail, dont les membres ont été sélectionnés en fonction de leur intérêt et de leur expertise, pour effectuer des travaux préparatoires sur les points suivants :</p> <p>(1) Thème : Que sont les soins de santé, l'AVQ et l'assistance ?</p> <p>(2) Thème : Comment définir l'équipe de soins structurée chargée de coordonner les soins infirmiers ?</p> <p>(3) Thème : Transfert de tâches - Délégation de tâches des médecins aux infirmiers (<i>Scope of practice</i>)</p> <p>Les sous-groupes ont préparé un texte préparatoire qui a été discuté au sein du groupe de travail. En raison du grand nombre de membres qui ont manifesté un intérêt pour le thème transfert de tâches - Délégation de tâches, il a été décidé</p>
--	---

<p>Taakherschikking - Taakdelegatie werd gezamenlijk beslist de discussie rond dit thema in de voltallige werkgroep te voeren. Om deze discussie te voeden bereidde de voorzitter van de werkgroep een discussienota voor op basis van de internationale literatuur en praktijkvoeringen. In deze discussienota werd ook de input van de 13 leden die de Excel file invulden verwerkt.</p>	<p>conjointement de mener la discussion sur ce thème au sein du groupe de travail plénier. Pour alimenter cette discussion, la présidente du groupe de travail a préparé un document de travail basé sur la littérature et les pratiques internationales. Ce document de travail a également intégré les contributions des 13 membres qui avaient rempli le tableau Excel.</p>
<p>Doorheen het proces werden de voorbereidende conceptteksten en de discussienota schriftelijk en/of mondeling becommentarieerd / bediscussieerd. De beschikbare tijd voor het bediscussiëren van de discussienota was beperkt. Gereviseerde teksten werden doorgestuurd waarop nog bijkomende feedback mogelijk was. Indien nodig werden de teksten nogmaals aangepast. Deze teksten werden opgenomen in een geïntegreerd conceptrapport. Dit conceptrapport werd becommentarieerd door de leden van de werkgroep. Het conceptrapport werd aangepast op basis van de commentaren. De leden kregen de optie om ten persoonlijke titel bijkomende opmerkingen door te sturen op het eindrapport. Het korte tijdsbestek voor het uitvoeren van de opdracht maakte dat de tijd om feedback te geven op tussentijdse teksten nipt was en de tussentijdse Franstalige teksten niet officieel gevalideerd konden worden, wat de begrijpbaarheid voor de Franstalige collega's van de teksten mogelijks bemoeilijkte. Ook kan de afwezigheid van simultaan vertaling tijdens de vergaderingen discussies bemoeilijkt hebben voor enkele Vlaamse en Franstalige leden.</p>	<p>Tout au long du processus, des textes conceptuels préparatoires ont été élaborés et ont fait l'objet de commentaires/discussions par écrit et/ou oralement. Le temps disponible pour discuter des documents préparatoires était limité. Des textes révisés ont été transmis et ont pu faire l'objet d'une rétroaction supplémentaire. Le cas échéant, les textes ont été à nouveau modifiés. Ces textes ont été inclus dans un rapport conceptuel intégré. Ce rapport conceptuel a été commenté par les membres du groupe de travail. Le projet de rapport a été modifié sur la base des commentaires. Les membres ont eu la possibilité de transmettre des commentaires supplémentaires à titre personnel. En raison de la brièveté du délai imparti pour la réalisation de la mission, le temps laissé pour fournir une rétroaction sur les textes provisoires était court et les textes provisoires en français n'ont pas pu être officiellement validés, ce qui a pu compliquer la compréhension des textes par les collègues francophones. De même, l'absence de traduction simultanée lors des réunions a pu compliquer les discussions pour certains membres flamands et francophones.</p>

Opbouw van het rapport/Structure du rapport

<p>Het rapport omvat van drie grote delen:</p> <p>Deel 1 beschrijft de redenen waarom verpleegkundigen nog te vaak niet-verpleegkundige taken opnemen en suggereert enkele oplossingen met bijkomende randvoorwaarden om de uitzuivering van niet-verpleegkundige taken te faciliteren en zo beschikbare expertise van verpleegkundigen efficiënt in te zetten. Bijkomend worden ADL/Bijstand-handelingen met bijkomende randvoorwaarden geformuleerd (Tabel 1) en wordt een voorstel geformuleerd van te verwijderen verpleegkundige handelingen uit de lijst.</p> <p>Deel 2 beschrijft het gestructureerd zorgteam waarbij de VVAZ verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen en rapporteert de verpleegkundige handelingen (1) waarvoor andere gezondheidszorgbeoefenaars bevoegd zijn of waarvoor bevoegdheid van andere gezondheidszorgbeoefenaars opportuun zou kunnen zijn in de toekomst, (2) die delegerbaar zijn naar anderen buiten het functiemodel, en (3) die niet delegerbaar zijn naar anderen buiten het functiemodel (Tabel 2).</p> <p>Deel 3 beschrijft de voorstellen die bediscussieerd werden binnen de werkgroep over hoe de taakverschuiving tussen verpleegkundigen en artsen er uit kan zien en onder welke voorwaarden.</p> <p>Over een aantal zaken was er binnen de werkgroep geen consensus, dit omwille van verschillende standpunten bij de werkgroep leden en mogelijks ook omwille de korte tijdslijn van de werkzaamheden van de werkgroep. Het rapport beschrijft waar relevant deze verschillende standpunten en integreert wetenschappelijke bronnen en evidentie.</p> <p>Terugblik en toekomst: Op het einde van het rapport wordt teruggeblikt op de opdracht en worden een aantal randvoorwaarden geformuleerd die doorheen de verschillende vergaderingen aan bod kwamen.</p>	<p>Le rapport comprend trois grandes parties :</p> <p>La première partie décrit les raisons pour lesquelles les infirmiers assument encore trop souvent des tâches non-infirmières et propose des solutions assorties de conditions préalables supplémentaires pour faciliter la suppression des tâches non-infirmières et, de cette manière, utiliser efficacement l'expertise disponible des infirmiers. En outre, des actes d'AVQ/d'assistance assortis de conditions préalables supplémentaires sont formulés (Tableau 1), ainsi qu'une proposition d'actes à supprimer de la liste des prestations techniques infirmières.</p> <p>La partie 2 décrit l'équipe de soins structurée au sein de laquelle un IRSG est responsable de la coordination des soins infirmiers, et indique les actes infirmiers (1) pour lesquels d'autres professionnels de la santé sont compétents ou pour lesquels ils pourraient être utiles à l'avenir, (2) qui peuvent être délégués à d'autres personnes en dehors de l'échelle des fonctions infirmières et (3) qui ne peuvent pas être délégués à d'autres personnes en dehors de cette échelle (Tableau 2).</p> <p>La partie 3 décrit les propositions qui ont été discutées au sein du groupe de travail sur ce que pourrait être le transfert de tâches entre les infirmiers et les médecins et dans quelles conditions.</p> <p>Sur un certain nombre de points, il n'y a pas eu de consensus au sein du groupe de travail, en raison de divergences de vues entre les membres du groupe d'étude et peut-être aussi de la brièveté du délai imparti pour les travaux du groupe de travail. Le rapport décrit, le cas échéant, ces différents points de vue et intègre les sources et les résultats scientifiques.</p> <p>Rétrospective et avenir : La fin du rapport revient sur la mission et formule un certain nombre de conditions préalables qui sont apparues au cours des différentes réunions.</p>
---	--

DEEL 1. Uitzuivering van niet-verpleegkundige taken en verpleegkundige handelingen

PARTIE 1. Suppression des tâches non-infirmières et tri des actes infirmiers

LINK MET OPDRACHT VANUIT HET KABINET:	LIEN VERS LA MISSION DU CABINET :
<ul style="list-style-type: none"> - De identificatie van taken die momenteel vaak door verpleegkundigen worden uitgevoerd, maar die ook of beter door anderen kunnen worden uitgevoerd. Denk aan administratie, huishoudelijke taken, hygiënische basiszorgen,... Identificatie van personen die deze taken best zouden uitvoeren + identificatie van noodzakelijke acties om deze taakverschuiving effectief te verwezenlijken. - Identificatie van handelingen die momenteel zijn voorbehouden voor verpleegkundigen maar die eigenlijk niet meer of niet meer in alle omstandigheden voorbehouden zouden moeten zijn (cfr KB 1990, paracetamol, temperatuur meten, crème aanbrengen,...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des tâches qui sont souvent effectuées aujourd’hui par les infirmiers mais qui pourraient aussi être effectuées de la même manière ou même mieux par d'autres personnes. On pense, par exemple, à l'administration, aux tâches ménagères, aux soins d'hygiène de base... Identification des personnes qui seraient les plus à même d'accomplir ces tâches + identification des actions nécessaires pour réaliser efficacement ce transfert de tâches. - Identification des actes qui sont actuellement réservés aux infirmiers, mais qui ne devraient plus leur être réservés ou plus en toutes circonstances (cf. AR 1990, paracétamol, prise de température, application de crème...)

1.1. BIJKOMEND INZETTEN OP ONDERSTEUNING EN ONDERSTEUNENDE FUNCTIES VOOR HET UITVOEREN VAN NIET-VERPLEEGKUNDIGE TAKEN/ DÉPLOIEMENT SUPPLÉMENTAIRE DE FONCTIONS DE SOUTIEN ET D'APPUI POUR EFFECTUER DES TÂCHES NON-INFIRMIÈRES

<p>De werkgroep is van mening dat er werk moet gemaakt worden van het uitzuiveren van niet-verpleegkundige taken zodat beschikbare expertise van verpleegkundigen zo efficiënt mogelijk ingezet kan worden. Zorgkundigen en verpleegkundigen moeten ontlast worden van niet-verpleegkundige taken waardoor ze meer tijd hebben voor de zorg waarvoor ze opgeleid en deskundig zijn.</p>	<p>Le groupe de travail estime qu'il faut s'efforcer d'évacuer les tâches non-infirmières afin que l'expertise disponible des infirmiers puisse être utilisée le plus efficacement possible. Les professionnels de santé et les infirmiers devraient être déchargés des tâches non-infirmières, ce qui leur laisserait plus de temps pour les soins pour lesquels ils sont formés et experts.</p>
<p>De werkgroep identificeert meerdere redenen waarom verpleegkundigen momenteel nog te vaak niet-verpleegkundige taken opnemen.</p>	<p>Le groupe de travail identifie plusieurs raisons pour lesquelles les infirmiers assument encore</p>

<p>Leden van de werkgroep benoemen de veelal 24/7 aanwezigheid van verpleegkundigen als één van de belangrijkste redenen. Dit maakt dat heel wat taken ten onrechte aan hen worden gevraagd om de continuïteit op verschillende gebieden te waarborgen (bv. organisatorisch, administratief,...). Onderstaand sommen we bijkomend de redenen op die door de leden van de werkgroep aangehaald werden voor het opnemen van niet-verpleegkundige taken:</p>	<p>trop souvent des tâches non-infirmières aujourd'hui.</p> <p>Des membres du groupe de travail ont cité comme l'une des principales raisons la présence des infirmiers 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cela signifie qu'un grand nombre de tâches leur sont attribuées à tort pour assurer la continuité dans différents domaines (par exemple, organisationnel, administratif, ...). Ci-dessous, nous énumérons également les raisons citées par les membres du groupe de travail pour la prise en charge de tâches non-infirmières :</p>
<p><i>Evoluties in de zorg en gewijzigde contexten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De aard van de zorg is veranderd door o.a. een gewijzigde demografie, technologische veranderingen, verkorte ligdagduur, meer dagopnames en zwaardere poliklinische activiteiten, complexere zorg thuis (o.a. door thuishospitalisatie). Dit kan gepaard gaan met meer tijd die besteed wordt aan administratie en logistiek en tegelijkertijd omwille van de korte ligdagduur ook meer aan zorg. - Medische overconsumptie in onze maatschappij waardoor extra verpleegkundigen dienen te worden ingezet. 	<p><i>Évolution des soins et des contextes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La nature des soins a évolué en raison, entre autres, de l'évolution démographique, des changements technologiques, du raccourcissement des durées d'hospitalisation, de l'augmentation des hospitalisations de jour et des activités ambulatoires plus lourdes, de la complexification des soins à domicile (par exemple, en raison de l'hospitalisation à domicile). Cela peut être associé à une augmentation du temps consacré à l'administration et à la logistique et, en même temps, en raison de la courte durée d'hospitalisation, à une augmentation du temps consacré aux soins. - La surconsommation médicale dans notre société nécessite des infirmiers supplémentaires.
<p><i>Op vlak van (financieel) beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doorgevoerde bezuinigingen in de niet-overheid gefinancierde diensten zoals voor logistiek/ondersteunend personeel waardoor taken doorgeschoven werden naar verpleegkundigen die 24/7 aanwezig zijn. - Normering die universeel 24/7-aanwezigheid van een verpleegkundige verplicht, maar ontbrekende verplichting voor ondersteunende functies, waardoor bijvoorbeeld nachten weekenddiensten ingevuld worden met andere taken. - Te weinig gedifferentieerde financieringsmogelijkheden 	<p><i>En termes de gestion (financière)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des économies ont été faites par le passé au niveau du personnel logistique/de soutien, transférant des tâches aux infirmiers qui sont souvent présents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. - Des normes qui imposent universellement la présence d'un infirmier 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, mais l'absence d'une telle obligation pour les fonctions de soutien, ce qui laisse, par exemple, les équipes de nuit et de week-end occupées à d'autres tâches. - Pas assez de possibilités de financement différenciées (p. ex. le

<p>bijvoorbeeld op federaal niveau wordt betaald om verpleegkundigen aan te werven, niet voor ondersteunend personeel - In Vlaamse WZC meer gedifferentieerd sinds 2022. Bijkomend laat de fee-for-service financiering in de thuiszorg weinig experimenteeruimte met zorgorganisatie modellen die delegatie en een andere taakverdeling bevorderen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bestaande financiële principes zorgen ervoor dat bepaalde niet-strikt verpleegkundige handelingen blijven uitgevoerd worden door verpleegkundigen (bijv. het uitvoeren van de toiletzorg, die evengoed door de gezinshulp kan uitgevoerd worden). - Thuisverpleging is 'gratis' voor de patiënt versus andere diensten (zoals bv. gezinshulp) zijn betalend. - Grote planlast met invullen van scoresystemen voor o.a. overheden die (betrokkenheid bij) kwaliteit willen bewijzen. 	<p>niveau fédéral paie pour recruter des infirmiers, pas pour le personnel de soutien – c'est plus différencié dans les MRS flamandes depuis 2022). En outre, au niveau des soins à domicile, le financement majoritairement à l'acte laisse peu de latitude à l'expérimentation d'organisations de soins favorisant la délégation ou le partage des tâches.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principes financiers existants font que certains actes non strictement infirmiers continuent d'être effectués par les infirmiers (p. ex. les soins d'hygiène, qui pourraient tout aussi bien être effectués par l'aide familiale). - Les soins infirmiers à domicile sont « gratuits » pour le patient alors que d'autres services (par exemple, l'aide familiale) sont payants. - La mise en place de systèmes de notation représente une charge importante pour les autorités qui veulent prouver leur (engagement en matière de) qualité.
<p><i>Op vlak van de organisatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan management dat af en toe ook een bedrijfsmatige bril op durft zetten. Hoewel er voorbeelden zijn van o.a. ziekenhuizen die er in slagen om beschikbare middelen en personeel gedifferentieerd in te zetten waardoor een doorgedreven differentiatie in taken mogelijk is met voldoende en permanente ondersteuning, zien we dit vandaag veel te weinig. Er wordt te weinig nagedacht over het garanderen van logistieke en administratieve permanentie via het afdelingsoverschrijdend inzetten van personeel. - Verpleegkundigen werken nu vaak in zorgorganisaties die op managementniveau deze nieuwe invulling van de verpleegkundige opdracht (nog) niet mogelijk maken of stimuleren en waarin soms een gebrek aan kennis en visie over de competenties van de verpleegkundige aanwezig is (zowel bij de verpleegkundige beroepsgroep als bij andere zorgbeoefenaars). 	<p><i>En ce qui concerne l'organisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'une direction qui ose de temps en temps réfléchir comme une entreprise. Bien qu'il existe des exemples d'hôpitaux, entre autres, qui parviennent à déployer les ressources et le personnel disponibles de manière différenciée, ce qui permet une grande différenciation des tâches avec un soutien suffisant et permanent, nous en voyons beaucoup trop peu aujourd'hui. On ne pense pas assez à garantir la permanence logistique et administrative en déployant un même personnel dans plusieurs services. - Aujourd'hui, les infirmiers travaillent souvent dans des organisations de soins de santé qui ne permettent pas (encore) ou n'encouragent pas cette nouvelle interprétation de la tâche infirmière au niveau de la direction et dans lesquelles il y a parfois un manque de connaissances et de vision sur les compétences des infirmiers (à la fois au sein de la profession infirmière et des

<ul style="list-style-type: none"> - Werkregelingen worden vaak opgemaakt door en voor efficiëntie van andere diensten bijv. schoonmaak, laboronden, maaltijdbedeling omwille van de niet 24/7 uur permanentie van deze diensten. - Te weinig flexibele werkroosters - Te weinig inspanningen om vacatures voor ondersteunende functies ingevuld te krijgen binnen de zorgsectoren 	<p>autres professionnels des soins de santé).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les horaires de travail sont souvent établis par et pour l'efficacité d'autres services, par exemple le nettoyage, les techniciens de laboratoire, la distribution des repas en raison de l'absence de permanence de ces services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. - Trop peu d'horaires de travail flexibles - Trop peu d'efforts pour pourvoir les postes de soutien vacants dans les secteurs de soins
<p><i>Op vlak van de zorgverlener</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verpleegkundigen geven zaken niet makkelijk uit handen, veelal omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor het bieden van holistische totaalzorg. - Verpleegkundigen hebben mogelijks te weinig geleerd hoe zorgen te delegeren en te coördineren. - In de thuiszorg context komt de verpleegkundige vaak als enige langs. Dit maakt dat het appel op de verpleegkundige groot is om zaken te doen die niet tot het takenpakket behoren. 	<p><i>En ce qui concerne le personnel soignant</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmiers ne délèguent pas volontiers des tâches, principalement parce qu'ils se sentent responsables de dispenser des soins holistiques complets. - Peut-être les infirmiers n'ont-ils pas suffisamment appris à déléguer et à coordonner les soins. - Dans le contexte des soins à domicile, l'infirmier est souvent le seul à être présent. Cela l'incite à réaliser des choses qui ne font pas partie de sa description de fonction.
<p>De werkgroep is van mening dat er geen nood is aan een geheel nieuw gezondheidszorgberoep met focus op ondersteuning in de zorg. Het aanpakken van bovenstaande factoren vergt een aanpak op meerdere terreinen die buiten de opdracht van deze werkgroep valt. De werkgroep besprak meer diepgaand volgende mogelijkheden met bijkomende randvoorwaarden om de uitzuivering van niet-verpleegkundige taken te faciliteren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Van logistiek assistent naar zorgondersteuner: uitbreiding van de taken van de logistiek assistent waarbij ondersteuning op drie domeinen mogelijk is: hulp bij basis hygiënische zorgen/hulp bij ADL (in risicoloze situaties en waarbij het helder moet zijn wat tot de taken van dit zorgondersteunend profiel behoort en wat de bevoegdheid en taken van de 	<p>Le groupe de travail estime qu'il n'est pas nécessaire de créer une profession soins de santé axée sur l'aide aux soins entièrement nouvelle. La prise en compte des facteurs ci-dessus nécessite une approche dans plusieurs domaines, qui dépasse les attributions de ce groupe de travail. Le groupe de travail a examiné de manière plus approfondie les options suivantes, assorties de conditions préalables supplémentaires, pour faciliter la suppression des tâches non-infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De l'assistant logistique à le professionnel de soutien aux soins: élargissement des tâches de l'assistant logistique, avec un soutien possible dans trois domaines : assistance aux soins d'hygiène de base/assistance aux AVQ (dans les situations sans risque et où ce qui fait partie des tâches de ce profil de soutien aux soins doit être clair, ainsi que les autorisations et les

<p>zorgkundigen zijn), logistieke ondersteuning en administratieve ondersteuning. De opdracht van een dergelijk profiel kan bestaan uit o.a. vervoer, maaltijden in risicoloze situaties, hulp bij ADL in risicoloze situaties, logistieke taken, voorraadbeheer.</p> <p>Belangrijk hierbij is om:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ een patiënt/verpleegkundige ratio te bewaken die de kwaliteit en de veiligheid van de zorg waarborgt en het inzetten van zorgondersteunende profielen/logistieke assistenten niet te gebruiken om deze verhouding te verhogen⁷. ○ een afsprakenkader op te maken waarin omschreven wordt wat deze profielen wel en niet mogen doen; evenwel met voldoende vrijheidsruimte voor de individuele zorginstelling om te bepalen op welke manier men deze profielen inzet als ondersteuning. ○ logistieke assistenten met een zorgondersteunende opdracht te benoemen als 'zorgondersteuner' en deze helder te differentiëren van 	<p>tâches des aides-soignants), soutien logistique et soutien administratif. Les tâches d'un tel profil peuvent inclure le transport, les repas dans des situations sans risque, l'aide aux AVQ dans les situations sans risques, les tâches logistiques, la gestion des stocks, entre autres.</p> <p>L'important en l'occurrence est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ d'assurer un ratio patient/infirmier garantissant la qualité et la sécurité des soins, et de ne pas utiliser les professionnels de soutien aux soins /assistants logistiques pour relever ce ratio⁸. ○ d'élaborer un cadre d'accord définissant clairement ce que ces profils peuvent et ne peuvent pas faire, tout en laissant suffisamment de liberté à chaque établissement de soins pour décider de la manière dont ces profils sont utilisés. ○ de nommer les assistants logistiques chargés d'une mission de soutien aux soins comme « le professionnel de soutien aux soins» et de les
---	--

⁷ Er is weinig onderzoek verricht naar wat een ideale skill mix is tussen het aantal verpleegkundigen en het aantal zorgondersteunende medewerkers. De vraag is waar dit kantelpunt ligt en dit verschilt waarschijnlijk van context tot context. Globaal neemt men aan dat dit in ziekenhuizen een verhouding van 80/20 is. Griffiths et al. (2018) concludeert dat meer zorgpersoneel (*healthcare assistant - support workers*) in eerste instantie aanleiding geeft tot betere patiënten uitkomsten (wellicht omdat verpleegkundigen zich dan kunnen richten op hun basisopdracht), maar indien het % zorgpersoneel verder stijgt, dan daalt de kwaliteit (meer complicaties, hogere mortaliteit), wellicht doordat zij dan taken van verpleegkundigen overnemen met de nodige risico's. Griffiths et al. (2018). *Nursing staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. BMJ Qual Saf, 28, 609-617.*

⁸ Peu de recherches ont été menées sur ce qui constitue un mélange idéal de compétences entre le nombre d'infirmières et le nombre de personnels de soutien aux soins. La question est de savoir où se situe ce point de basculement et cela varie probablement d'un contexte à l'autre. De manière générale, on suppose que, dans les hôpitaux, il s'agit d'un ratio de 80/20. Griffiths et al. (2018) conclut que l'augmentation du nombre de personnels soignant de soutien (assistant de soins - personnel de soutien) donne initialement lieu à de meilleurs résultats pour les patients (peut-être parce que les infirmiers peuvent alors se concentrer sur leurs tâches de base) mais que, si la proportion de personnel soignant de soutien augmente encore, alors la qualité diminue (plus de complications, mortalité plus élevée), peut-être parce qu'ils reprennent alors des tâches des infirmiers avec les risques qui y sont reliés. Griffiths et al (2018). *Nursing staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. BMJ Qual Saf, 28, 609-617.*

<p>meer technisch georiënteerde logistieke assistenten die geen zorgondersteunende opdracht hebben. Het benoemen als 'zorgondersteuner' kan de aantrekkelijkheid om te kiezen voor een dergelijk profiel verhogen met een verhoogde instroom als gevolg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ logistieke assistenten met een zorgondersteunende opdracht en meer technisch georiënteerde logistieke assistenten zo in te plannen dat er permanentie is doorheen de dag (en dus niet alleen op kantooruren) en over afdelingen heen. ○ de vorming voor logistieke assistenten met een zorgondersteunende opdracht niet 'te zwaar' te maken en om volgende aspecten te overwegen o.a. ergonomie en manutentie, klantgerichtheid, communicatie, professionele samenwerking, basiskennis van ziekenhuishygiëne, basiskennis van wetgeving (bijv. beroepsgeheim, patiëntenrechten) ○ een profiel voor logistieke assistenten met een zorgondersteunende opdracht uit te werken dat niet setting-specifiek is. Logistiek assistenten met een zorgondersteunende opdracht zijn makkelijk inzetbaar in ziekenhuizen en thuisvervangende settings zoals WZC. De vertaling naar de thuiszorgcontext is minder evident (bijv. dergelijk profiel dat helpt bij de zorg aan een zwaar bedlegerige patiënt). Hier kan een meer flexibele inzet van bijv. een gezinshulp die de verpleegkundige ondersteunt 	<p>différencier clairement des assistants logistiques plus techniques qui n'ont pas de mission de soutien aux soins. Le fait de les nommer comme « le professionnel de soutien aux soins » peut augmenter l'attrait du choix d'un tel profil, ce qui se traduit par une augmentation du nombre de candidats.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de programmer les assistants logistiques ayant une mission de soutien aux soins et les assistants logistiques plus orientés sur les interventions techniques de manière à ce qu'il y ait une permanence tout au long de la journée (et donc pas seulement aux heures de bureau) et entre les services. ○ de ne pas rendre la formation des assistants logistiques ayant une mission de soutien aux soins « trop lourde », et de prendre en compte les aspects suivants : l'ergonomie et la manutention, l'orientation client, la communication, la coopération professionnelle, les connaissances de base en matière d'hygiène hospitalière, une connaissance élémentaire de la législation (p.ex. secret professionnel, droits du patient). ○ de développer un profil pour les assistants logistiques avec une mission de soutien aux soins qui ne soit pas spécifique à un contexte. Les assistants logistiques ayant une mission de soutien aux soins sont facilement déployables dans les hôpitaux et les structures alternatives au domicile comme les MRS. La transposition au contexte des soins à domicile est moins évidente (par ex. un tel profil qui aide à prendre soin d'un patient lourdement grabataire). Dans ce cas, on
---	--

<p>overwogen worden. Dit vereist evenwel organisatorisch-planmatige aanpassingen (niet meer in blokken ingepland) en financiële aanpassingen, alsook interfederale afspraken en afspraken op lokaal niveau.</p> <p>- <i>Gedifferentieerde financieringsmogelijkheden</i> waarbij:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ het helder is wat besteed kan worden aan ondersteunende profielen en wat aan verpleegkundigen, zowel binnen de organisatie (bijv. via verschuivingen van B1- naar B2-middelen in de ziekenhuizen) als op (inter)federaal niveau (bijv. besteding van het zorgpersoneelsfonds). ○ er voldoende flexibiliteit is op organisatieniveau om te differentiëren welk type ondersteuning nodig is (bijv. meer nood aan een technisch logistiek profiel of eerder een zorgondersteunend profiel). ○ het voorzien van remgeld in de thuisverpleging een optie KAN zijn om te komen tot taakdifferentiatie, cfr het feit dat gezinszorg ook niet gratis is. Evenwel vergt dit bijkomende discussie. ○ Zorginstellingen meer vrijheid moeten krijgen over hoe ze de middelen inzetten. De overheden kunnen hierover onvoldoende tegemoetkomende beslissingen nemen, net omdat elke zorgcontext anders is. 	<p>pourrait envisager un déploiement plus flexible, par exemple une aide familiale pour soutenir l'infirmière. Toutefois, cela nécessite des ajustements en termes d'organisation et de planification (par exemple, organisation plus flexible, plus exclusivement en blocs de plusieurs heures) et des ajustements financiers, ainsi que des accords interfédéraux et des accords au niveau local.</p> <p>- <i>Des options de financement différenciées</i> où :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ce qui peut être affecté aux profils de soutien et ce qui peut être affecté aux infirmiers est clair, à la fois au sein de l'organisation (par ex. via les transferts de moyens B1 vers B2 dans les hôpitaux) et au niveau (inter)fédéral (p. ex. les dépenses du Fonds blouses blanches). ○ Il y a suffisamment de flexibilité au niveau de l'organisation pour différencier quel type de soutien est nécessaire (p. ex. davantage de besoins pour un profil de logistique technique ou plutôt un profil du professionnel de soutien aux soins). ○ L'option du ticket modérateur dans les soins à domicile pourrait être envisagée pour réaliser la différenciation des tâches, l'aide familiale n'étant pas gratuite non plus. Toutefois, cette question doit faire l'objet d'une discussion plus approfondie. ○ Les établissements de soins de santé devraient bénéficier d'une plus grande liberté dans l'utilisation des ressources. Les gouvernements ne peuvent pas prendre de décisions suffisamment appropriées à ce sujet, précisément parce que chaque contexte de soins est différent.
--	---

1.2. ADL/BIJSTAND - AVQ/ASSISTANCE

<p>De werkgroep discussieerde over</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) de moeilijkheid om “hulp bij dagelijkse activiteiten (ADL)” en “gezondheidszorg” te herdefiniëren; (2) de huidige lijst van verpleegtechnische handelingen die vandaag de dag te breed gedefinieerd/geformuleerd is waardoor bepaalde eenvoudige handelingen enkel kunnen worden verricht mits attestering (wat administratieve overlast genereert); (3) de mogelijkheid om bepaalde verpleegkundige handelingen, al dan niet mits een verfijnde formulering, te beschouwen als ADL/Bijstand en dus niet meer te beschouwen als voorbehouden handelingen (en dus niet meer op de lijst van verpleegkundige handelingen te zetten). Immers, het behouden van deze ADL/Bijstand ‘handelingen’ op de lijst van verpleegkundige handelingen impliceert dat het steeds de verpleegkundige of arts is die moet beslissen of de handeling gedelegeerd kan worden aan een ander. <p>De discussie over wat is ADL/Bijstand en wat is gezondheidszorg verliep eerder moeizaam. Binnen de werkgroep verschilden de meningen geregeld over wat wel of niet als ADL/Bijstand beschouwd kan worden. Tabel 1 rapporteert wat als ADL/Bijstand te overwegen valt volgens meerdere leden van de werkgroep en welke reflecties hierrond gemaakt werden.</p>	<p>Le groupe de travail a discuté de</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) la difficulté de redéfinir les notions « d'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ) » et de « soins de santé » ; (2) la liste actuelle des prestations techniques infirmières, qui est définie/formulée aujourd'hui de manière trop large, ce qui fait que certains actes simples ne peuvent être réalisés que moyennant une attestation (ce qui génère une surcharge administrative) ; (3) la possibilité de considérer certains actes infirmiers, avec ou sans formulation affinée, comme des actes d'AVQ/assistance et donc de ne plus les considérer comme des actes réservés et ne plus les faire figurer dans la liste des prestations techniques infirmières. En effet, le maintien de ces actes dans la liste des prestations infirmières implique que c'est toujours l'infirmier ou le médecin qui doit décider si l'acte peut être délégué à une autre personne. <p>La discussion sur ce que sont les AVQ/l'assistance et les soins de santé a été assez difficile. Au sein du groupe de travail, les avis divergeaient régulièrement sur ce qui pouvait ou ne pouvait pas être considéré comme une AVQ/de l'assistance. Le Tableau 1 indique ce qui pourrait être considéré comme une AVQ/assistance selon plusieurs membres du groupe de travail et quelles réflexions ont été formulées par des membres du groupe de travail.</p>
<p>De huidige definities van “ADL” en “gezondheidszorg” zijn momenteel onvoldoende scherp om een duidelijk onderscheid te maken. Ook ADL is een term met een grijze zone. In de thuiszorg en thuisvervangende of residentiële sectoren (zoals woonzorgcentra, gehandicaptensector) maken verpleegtechnische handelingen deel uit van de</p>	<p>Les définitions actuelles des termes « AVQ » et « soins de santé » ne sont pas suffisamment précises pour pouvoir faire une distinction claire. La notion d'AVQ comporte également une zone d'ombre. Dans les secteurs des soins à domicile et d'alternative au domicile ou dans les secteurs résidentiels (tels que les maisons de repos, le secteur du handicap), des prestations</p>

dagelijkse activiteit van een persoon. In dit kader is 'bijstand' een betere term. Meer dan de handeling op zich om te bepalen of iets "ADL" of "gezondheidszorg" is, is **de setting en de finaliteit belangrijk** (bijv. een toilet in het ziekenhuis, onmiddellijk na een operatie of beroerte, met het oog op persoonlijke hygiëne en observatie van drukpunten/wonden/restverschijnselen van de persoon versus een toilet thuis of in een zorginstelling voor een persoon met "gestabiliseerde" fysieke of cognitieve beperkingen). Een bepaalde handeling kan in verschillende settings ook andere competenties vereisen en meer of minder binnen de definitie van gezondheidszorg vallen. Bijkomende is het bij bepaalde locaties duidelijk (bijv. in de ziekenhuizen en de medische praktijken buiten de ziekenhuizen die bij uitstek bedoeld zijn voor diagnose en therapie) dat het om gezondheidszorg gaat en dus per definitie gezondheidszorgbeoefenaars nodig zijn. De nood aan aflijning situeert zich vooral in de thuiszorg en de residentiële sector waar verpleegtechnische handelingen deel uitmaken van de dagelijkse routine van de residenten. Wat de finaliteit betreft situeert een activiteit die primair tot doel heeft een fysieke of psychische pathologie of complicaties te voorkomen of te behandelen zich binnen de gezondheidszorg en een activiteit die vooral tot doel heeft de minder valide persoon te helpen bij activiteiten die hij in het dagelijks leven zelf stelt zich binnen de context van ADL/bijstand.

De werkgroep suggereerde volgende definities van ADL/gezondheidszorg, ook al blijft het strikt scheiden van de twee begrippen moeilijk:

- **Gezondheidszorg** richt zich voornamelijk op preventie / gezondheidspromotie, diagnose en therapie van ziekte of pathologie in de brede zin en de ondersteunende zorgen aan het einde van het leven (zowel voor patiënten en voor hun omgeving).

techniques infirmières font partie de l'activité quotidienne d'une personne. Dans ce contexte, le terme « assistance » est plus approprié. Pour déterminer si quelque chose est une « AVQ » ou un « soin de santé », plus que l'acte en soi, ce sont **le contexte et la finalité qui sont importants**. (p.ex. immédiatement après une intervention chirurgicale ou un accident vasculaire cérébral, à des fins d'hygiène personnelle et d'observation des points de pression/plaies/syndrome d'immobilisation de la personne, par opposition à des toilettes à domicile ou dans un établissement de soins pour une personne souffrant de handicaps physiques ou cognitifs « stabilisés »). En effet, un acte donné peut nécessiter des compétences différentes dans des contextes différents et, dès lors, relever plus ou moins de la définition des soins de santé.. En outre, dans certains endroits (par exemple dans les hôpitaux et les cabinets médicaux extrahospitaliers qui sont destinés par excellence au diagnostic et à la thérapie), il est clair qu'il s'agit de soins de santé et qu'il faut, par définition, des praticiens de soins de santé. Le besoin de délimitation se situe principalement dans les soins à domicile et le secteur résidentiel, où les actes infirmiers font partie de la routine quotidienne des résidents. En termes de finalité, une activité dont l'objectif principal est de prévenir ou de traiter une pathologie physique ou psychologique ou d'en prévenir les complications se situe dans le cadre des soins de santé, et une activité dont l'objectif principal est d'aider les personnes moins valides dans les activités qu'elles accompliraient elles-mêmes dans la vie quotidienne si elles en avaient la capacité, se situe dans le contexte de l'AVQ/l'assistance.

Le groupe de travail a proposé les définitions suivantes des AVQ/soins de santé, même si la séparation stricte des deux concepts reste difficile :

- **Les soins de santé** concernent principalement la prévention/la promotion de santé, le diagnostic et le traitement de la maladie ou de la pathologie au sens large et les soins de

<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADL en bijstand is de hulp bij de activiteiten voor de eigen zorg, buiten gezondheidszorg, die de persoon omwille van fysieke of psychische beperking niet (meer) zelf kan uitvoeren. 	<p>support ou l'accompagnement de la fin de vie (tant pour les patients que pour leur environnement).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les AVQ et l'assistance sont l'aide aux activités pour ses soins personnels, en dehors des soins de santé, que la personne ne peut pas (plus) accomplir par elle-même en raison d'une limitation physique ou psychologique.
<p>Federaal werd reeds een opening gemaakt door een toevoeging aan art.23 §1 WUG om bepaalde handelingen vast te leggen die tot ADL/Bijstand behoren:</p> <p><i>De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad na advies van de Koninklijke Academiën voor Geneeskunde en na advies, elk wat hen betreft, van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, de Federale Raad voor Verpleegkunde, de Federale Raad voor de Kinesitherapie en de Federale raad voor paramedische beroepen, de lijst van activiteiten vaststellen die tot het dagelijkse leven behoren en die niet tot de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de kinesitherapie of een paramedisch beroep behoren. Hij kan daarenboven de voorwaarden vaststellen waaraan deze activiteiten moeten beantwoorden om als dusdanig te worden beschouwd.</i></p>	<p>Pour que ce soit possible, une ouverture a été faite au niveau fédéral sous la forme d'un ajout à l'art.23 §1er de la LEPS pour définir certains actes relevant des actes l'AVQ/Assistance :</p> <p><i>« Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, après avis des Académies royales de médecine et après avis, chacun en ce qui le concerne, du Conseil fédéral des Sages-femmes, du Conseil fédéral de l'art infirmier, du Conseil fédéral de la Kinésithérapie et du Conseil fédéral des professions paramédicales, la liste des activités qui ont trait à la vie quotidienne et qui ne relèvent pas de l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, de la kinésithérapie ou d'une profession paramédicale. Il peut, en outre, fixer les conditions auxquelles ces activités doivent répondre pour être considérées comme telles. »</i></p>
<p>De werkgroep discussieerde over verpleegkundige handelingen die, mits verdere uitzuivering qua formulering, te beschouwen kunnen zijn als ADL/Bijstand activiteiten, en dit mits bepaalde voorwaarden en in achtneming van het volgend principe:</p> <p><i>Mits toestemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan en mag een persoon onderstaande activiteiten verrichten. De persoon die beslist om deze activiteit te verrichten, draagt de verantwoordelijkheid voor deze activiteit die hij verricht bij een patiënt. Onder deze verantwoordelijkheid wordt ook verstaan dat de persoon tijdig en bij twijfel advies inwint van een gezondheidszorgbeoefenaar of de patiënt doorverwijst naar een gezondheidszorgbeoefenaar (zoals bv. de arts of een verpleegkundige) en bijgevolg deze activiteit niet uitvoert. De patiënt kan zich in deze beslissing laten bijstaan door de persoon</i></p>	<p>Le groupe de travail a discuté des actes infirmiers qui, sous réserve d'une clarification de la formulation, pourraient être considérés comme AVQ/Assistance, et ce sous certaines conditions et dans le respect du principe suivant :</p> <p><i>Avec le consentement du patient ou de son représentant légal, une personne peut effectuer les activités suivantes. La personne qui décide d'effectuer cet acte porte l'entière responsabilité de cette activité qu'elle effectue sur le patient. Cette responsabilité implique que, en cas de doute, la personne demande en temps utile l'avis d'un professionnel de la santé ou oriente le patient vers un professionnel de la santé (tel qu'un médecin ou un infirmier) et n'effectue pas cet acte. Le patient peut être aidé dans cette décision par la personne qui l'assiste dans son fonctionnement quotidien normal.</i></p>

<p><i>die de patiënt bijstaat in zijn normaal dagelijks functioneren.</i></p> <p>Bij twijfel, moet wat tot ‘gezondheidszorg’ behoort, ingeschat worden door een gezondheidszorgbeoefenaar (WUG).</p>	<p>En cas de doute, ce qui appartient aux « soins de santé » doit être évalué par un professionnel de la santé (LEPS).</p>
<p>Op basis van de discussie in de werkgroep zijn enkele verpleegtechnische handelingen te overwegen als ADL/bijstand activiteiten (zie Tabel 1). Bijkomend werden volgende aandachtspunten geformuleerd: (1) het belang van een voldoende heldere omschrijving van de handeling/activiteit en de voorwaarden waaronder deze activiteit niet kan worden verricht, (2) waar relevant een instructie/informatie aanwezig (en waar relevant een bijkomend opleiding) om deze activiteit te kunnen verrichten en (3) overweging van integratie in de opleiding van groepen van niet-verpleegkundigen die deze ADL activiteiten frequent uitvoeren in de praktijk (bijv. medicatie toediening).</p> <p>Technisch betekent dit dat het aan de activiteiten verbonden risico van ADL/bijstand activiteiten niet meer door een gezondheidszorgbeoefenaar moeten worden ingeschat, tenzij bij twijfel. Bij twijfel dient een gezondheidszorgbeoefenaar ingeschakeld te worden voor het onderkennen van risico’s en toestanden waar professionele preventie of beginnende behandeling nodig zijn. In concreto zal dit in de thuis- of thuisvervangende situatie/residentiële settings de arts of verpleegkundige zijn waar mogelijk in multidisciplinair teamverband.</p> <p>Enkele leden van de werkgroep geven aan dat niet-zorgprofessionals mogelijks moeilijk de inschatting kunnen maken of er moet doorverwezen worden of niet omwille van het niet opgeleid zijn hiervoor. Ze geven ook aan dat de setting en de finaliteit om te bepalen of iets “ADL” of “gezondheidszorg” is, niet éénduidig te bepalen is in de wet. Zij zijn van mening dat elke situatie afzonderlijk moet worden geanalyseerd door een VVAZ of een arts.</p> <p>Tabel 1 rapporteert wat als ADL/Bijstand te overwegen valt volgens meerdere leden van de</p>	<p>Sur la base de la discussion du groupe de travail, certains actes infirmiers peuvent être considérés comme des activités d'AVQ/d'assistance (voir Tableau 1). En outre, les points d'intérêt suivants ont été formulés : (1) l'importance d'une description suffisamment claire de l'acte/activité et des conditions dans lesquelles cette activité ne peut être exercée, (2) le cas échéant, la présence d'instructions/informations (et si nécessaire une formation supplémentaire) pour pouvoir effectuer cette activité, et (3) une réflexion sur l'intégration de ces activités dans la formation de groupes de non-infirmiers qui effectuent fréquemment ces activités d'AVQ dans la pratique (par exemple, l'administration de médicaments).</p> <p>Techniquement, cela signifie que ces risques liés aux activités d'AVQ/Assistance ne devraient plus être évalués par un professionnel de la santé, sauf en cas de doute. En cas de doute, il convient de faire appel à un professionnel des soins de santé pour reconnaître les risques et les conditions nécessitant une prévention professionnelle ou un traitement initial. Plus concrètement, dans la situation du domicile ou les secteurs de l’alternative au domicile/ les secteurs résidentiels, il s'agira généralement d'un médecin ou d'une infirmière, si possible dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Certains membres du groupe de travail indiquent que les professionnels non-soignants peuvent avoir des difficultés à évaluer si une orientation doit être faite ou non, car ils ne sont pas formés à cet effet. Ils indiquent également que le cadre et la finalité pour déterminer si quelque chose est une « AVQ » ou un « soins de santé » n'est pas clairement défini dans la loi. Ils estiment que chaque situation devrait être analysée individuellement par un IRSG ou un médecin.</p> <p>Le Tableau 1 indique ce qui peut être considéré comme AVQ/soins de santé selon plusieurs</p>

wergroep en welke reflecties hierrond gemaakt werden.	membres du groupe de travail et les réflexions qui ont été exprimées à ce sujet.
---	--

TABEL 1 - TABLEAU 1. ADL/BIJSTAND - AVQ/Assistance	OPMERKINGEN/REMARQUES - VOORWAARDEN/CONDITIONS
<p>* Gebruik van en toezicht op toestellen voor gecontroleerde en geassisteerde niet-invasieve beademing (bv. CPAP, thuisventilatie) in kader van het continueren van de behandeling en dus niet het opstarten van de behandeling/Manipulation et surveillance d'appareils non-invasifs de respiration contrôlée et assistée (par ex. CPAP, ventilation @home) dans le cadre de la poursuite d'un traitement et pas dans le cadre de l'instauration d'un traitement = ADL/AVQ</p> <p>* Gebruik van en toezicht op toestellen voor gecontroleerde en geassisteerde niet-invasieve beademing (bv. CPAP, thuisventilatie) in kader van het opstarten van de behandeling/Manipulation et surveillance d'appareils non-invasifs de respiration contrôlée et assistée (par ex. CPAP, ventilation @home) dans le cadre de l'instauration d'un traitement = Verpleegkundige verstrekking - Kolom 4/Prestation technique infirmière - Colonne 4 du Tableau 2</p>	<p>Het opstarten van deze handeling is steeds medisch geïndiceerd en vereist een voorschrift waardoor het tot de gezondheidszorg behoort. In kader van goede praktijkvoering is de voorwaarde dat hierbij minstens instructie/informatie gegeven wordt hoe de activiteit te verrichten en wat op te volgen.</p> <p>Leden van de werkgroep geven aan een onderscheid te maken tussen het opstarten en het continueren van de behandeling. Bij opstarten is steeds een arts of een verpleegkundige noodzakelijk.</p> <p>L'instauration de cet acte est toujours liée à une indication médicale et nécessite une prescription, ce qui signifie que cette instauration appartient aux soins de santé. Dans le cadre des bonnes pratiques, la condition est qu'au moins des instructions/informations soient données sur la manière de réaliser l'acte et sur la suite à donner.</p> <p>Des membres du groupe de travail indiquent qu'ils font une distinction entre l'initiation et la poursuite du traitement. Au démarrage, un médecin ou un infirmier est toujours nécessaire.</p>
<p>* Manuele verwijdering van fecalomen/Enlèvement manuel de fécalome = Behouden als verpleegkundige verstrekking/Prestation technique infirmière</p>	<p>Meerdere leden van de werkgroep geven aan dat dit een te risicovolle handeling is om als ADL te beschouwen. Wordt ook niet routinematig uitgevoerd. De werkgroep verschilt in mening of deze verpleegkundige handeling wel of niet delegerbaar is naar gezondheidszorgbeoefenaars buiten het functiemodel (zie Tabel 2).</p> <p>Plusieurs membres du groupe de travail indiquent qu'il s'agit d'un acte trop risqué pour être considéré comme une AVQ. Il n'est pas non plus effectué de manière routinière. Le groupe de travail a des avis divergents sur la possibilité ou non de déléguer cet acte infirmier à des professionnels en soins en dehors de l'échelle des fonctions infirmières (voir Tableau 2).</p>
<p>* voorbereiding, uitvoering en toezicht op toedienen van een micro lavement (bv microlax)/Préparation, réalisation et surveillance d'un micro-lavement (par ex. Microlax)</p>	<p>Micro lavement wordt beschouwd als het rectaal toedienen van niet-voorschriftplichtige medicatie.</p> <p>Le micro-lavement est considéré comme l'administration rectale d'un médicament non soumis à prescription médicale.</p>

<p>* Aseptische vulvazorgen/ Soins vulvaires aseptiques = Verpleegkundige verstrekking - /Prestation technique infirmière</p>	<p>Meerdere leden van de werkgroep geven aan dat dit een te risicovolle handeling is om als ADL te beschouwen. Wordt ook niet routinematig uitgevoerd. De werkgroep verschilt in mening of deze verpleegkundige handeling wel of niet delegerbaar is naar gezondheidszorgbeoefenaars buiten het functiemodel. Leden geven aan dat dit momenteel gebeurt in de praktijk door anderen mits heldere instructies (zie Tabel 2).</p> <p>Plusieurs membres du groupe de travail indiquent qu'il s'agit d'un acte trop risqué pour être considéré comme une AVQ. Il n'est pas non plus effectué de manière routinière. Le groupe de travail a des avis divergents sur la possibilité ou non de déléguer cet acte infirmier à des professionnelles en soins en dehors de l'échelle des fonctions infirmières. Des membres indiquent que cela se fait actuellement dans la pratique par d'autres personnes qui reçoivent des instructions claires (voir Tableau 2).</p>
<p>* Voorbereiding, uitvoering en toezicht op een geheelde stoma (dus geen wondzorg noodzakelijk) /* Préparation, réalisation et surveillance de soins aux stomies cicatrisées (sans nécessité de soins de plaies) = ADL/AVQ</p>	
<p>*Spoeling van neus, ogen en oren, therapeutische baden, warmte-en koudetherapie (niet medisch geïndiceerd)/Lavage du nez, des oreilles et des yeux ; thérapie utilisant la chaleur et le froid ; bains thérapeutiques (sans indication médicale) = ADL/AVQ</p> <p>*Spoeling van neus, ogen en oren, therapeutische baden, warmte-en koudetherapie (medisch geïndiceerd)/Lavage du nez, des oreilles et des yeux ; thérapie utilisant la chaleur et la froid ; bains thérapeutiques (prescrits par le médecin) = Verpleegkundige verstrekking - Kolom 3/Prestation technique infirmière - Colonne 3</p>	<p>Leden van de werkgroep geven aan dit eerder te beperken tot niet-medisch geïndiceerde situaties. Vooral de warmte- en koude therapie wordt als het meest risicovol gezien bij groepen met een hoog risico op hypo- of hyperthermie (zoals zuigelingen, jonge kinderen en kwetsbare ouderen). In de context van ADL/Bijstand is de verwijzing naar 'therapeutisch' en 'therapie' in de formulering van de activiteit niet ideaal gezien deze termen gelinkt zijn aan de gezondheidszorg.</p> <p>FRV/TCV Advies 2019: In het kader van de basis hygiënische zorg wordt het spoelen van neus, oren of ogen met fysiologische zoutoplossing niet beschouwd als een technische verpleegkundige handeling in de lijn van het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990. Hetzelfde geldt voor het gebruik van een neuspeper bij kinderen.</p> <p>Des membres du groupe de travail indiquent de limiter cet acte à des situations non médicales. La thérapie utilisant la chaleur et le froid, en particulier, est considérée comme la plus risquée auprès de population à risque élevé d'hypo-ou d'hyperthermie (comme les nourrissons, les jeunes enfants et les personnes âgées fragiles). Dans le contexte de l'AVQ/Assistance, la référence aux termes "thérapeutique" et "thérapie"</p>

	<p>dans le libellé de l'activité n'est pas idéale étant donné que ces termes sont liés aux soins de santé.</p> <p><i>Avis CFAI/CTAI 2019 : Dans le cadre des soins d'hygiène de base, les lavages de nez, des oreilles ou des yeux avec du sérum physiologique ne sont pas considérés comme des prestations techniques de l'art infirmier au sens de l'AR du 18 juin 1990, il en est de même pour l'utilisation d'un mouche bébé chez les enfants</i></p>
<p>Onderstaand voorstel werd opgemaakt in samenspraak met een aantal experts rond medicatie. Dit voorstel werd besproken in de werkgroep.</p> <p>Bij niet-voorschriftplichtige medicatie</p> <p>Gelet op het feit dat niet-voorschriftplichtige medicatie voor iedereen toegankelijk is;</p> <p>Gelet op het feit dat continuïteit van zorg en patiëntveiligheid belangrijk zijn;</p> <p>kan volgend principe gehanteerd worden bij het gebruik van niet-voorschriftplichtige medicatie:</p> <p>Mits toestemming van de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger, kan en mag een persoon niet-voorschriftplichtige medicatie geven aan de patiënt. De persoon die beslist om de medicatie toe te dienen, draagt de verantwoordelijkheid voor deze activiteit die hij verricht bij een patiënt. Onder deze verantwoordelijkheid wordt ook verstaan dat de persoon tijdig en bij twijfel advies inwint van een gezondheidszorgbeoefenaar of de patiënt doorverwijst naar een gezondheidszorgbeoefenaar (zoals bijv. een arts, een verpleegkundige of een apotheker) en bijgevolg deze activiteit niet uitvoert. De patiënt kan zich in deze beslissing laten bijstaan door de persoon die de patiënt bijstaat in zijn normaal dagelijks functioneren. Indien mogelijk, evalueert de arts de noodzaak aan een vooraf door de verpleegkundige of apotheker klaargemaakt en gepersonaliseerd toedieningssysteem.</p> <p>Enkel van toepassing op het voorbereiden en toedienen van medicatie via volgende toedieningswegen: oraal (inbegrepen inhalatie), rectaal,</p>	<p>Meerdere leden van de werkgroep zijn van mening dat de optie van niet-voorschriftplichtige medicatie als ADL te overwegen valt, onder het principe zoals nu geformuleerd. Enkele leden gaven aan dat elke medicatie een risico kan inhouden. In kader van ADL/Bijstand moet best de term 'patiënt' nog gewijzigd worden.</p> <p>Plusieurs membres du groupe de travail estiment que l'option des médicaments non soumis à prescription médicale en tant qu'AVQ pourrait être envisagée, selon le principe tel qu'il est formulé actuellement. Certains membres ont mentionné que tout médicament peut présenter un risque. Dans le contexte de l'ADL/Assistance, il est préférable de modifier le terme "patient".</p>

vaginaal, oogindruppelings, oorindruppelings, percutane (=transdermale) weg (bv. aanbrengen van zalven en crèmes, patches).

La proposition ci-dessous a été préparée en concertation avec un certain nombre d'experts en matière de médicaments. Cette proposition a été discutée au sein du groupe de travail.

Pour des médicaments non soumis à prescription médicale

Considérant que les médicaments non soumis à prescription médicale sont accessibles à tous ;

Considérant que la continuité des soins et la sécurité des patients sont importantes ;

le principe suivant peut être appliqué lors de l'utilisation de médicaments non soumis à prescription médicale :

Avec le consentement du patient ou de son représentant légal, une personne peut administrer au patient des médicaments non soumis à prescription médicale. La personne qui décide d'administrer le médicament porte la responsabilité de ce geste qu'elle pose à l'égard d'un patient. Cette responsabilité implique que, en cas de doute, la personne demande en temps utile l'avis d'un professionnel de la santé ou oriente le patient vers un professionnel de la santé (tel *qu'un médecin ou un infirmier ou un pharmacien*) et n'effectue pas cet acte.

Le patient peut être aidé dans cette décision par la personne qui l'assiste dans son fonctionnement quotidien normal. Si possible, le médecin évalue la nécessité d'un système d'administration préétabli et personnalisé, préparé par l'infirmier ou le pharmacien.

Applicable uniquement à la préparation et à l'administration de médicaments par les voies d'administration suivantes : orale (y compris l'inhalation), rectale, vaginale, collyre, goutte auriculaire, voie percutanée (par exemple, application de pommades, de crèmes et patches)

<p>Onderstaand voorstel werd opgemaakt in samenspraak met een aantal experts rond medicatie. Dit voorstel werd besproken in de werkgroep.</p> <p>Bij voorschriftplichtige medicatie Gelet op het feit dat continuïteit van zorg en patiëntveiligheid belangrijk zijn, kan volgend principe gehanteerd worden bij voorschriftplichtige medicatie: Mits toestemming van de patiënt kan en mag een persoon voorschriftplichtige medicatie geven aan de patiënt op voorwaarde van strikte opvolging van de heldere en eenduidige instructies op de afgeleverde medicatie verpakking door de apotheker: naam van de patiënt, naam en contactgegevens van de voorschrijvende arts, instructies over dosis, manier van innemen, frequentie van inname en eventuele vermelde einddatum of duur van de behandeling en bijzondere aandachtspunten bij inname of monitoring. De persoon die beslist om de medicatie toe te dienen, draagt de verantwoordelijkheid voor deze activiteit die hij verricht bij een patiënt. Onder deze verantwoordelijkheid wordt ook verstaan dat de persoon tijdig en bij twijfel advies inwint van een gezondheidszorgbeoefenaar of de patiënt doorverwijst naar een gezondheidszorgbeoefenaar (zoals bijv. een arts, een verpleegkundige of een apotheker) en bijgevolg deze activiteit niet uitvoert. De patiënt kan zich in deze beslissing laten bijstaan door de persoon die de patiënt bijstaat in zijn normaal dagelijks functioneren.</p>	<p>De leden van de werkgroep bediscussieerden het voorstel rond voorschriftplichtige medicatie. Meerdere leden zijn erg terughoudend om dit voorstel als ADL te beschouwen. Bijkomend wordt de vraag gesteld of het registeren (<i>'aanvinken - aftekenen'</i>) van de toediening van voorschriftplichtige medicatie niet noodzakelijk is. Algemeen uitten de leden van de werkgroep hun bezorgdheid over het risico op medicatie fouten (cfr. berichtgevingen omtrent fouten in het medicatiegebeuren in woonzorgcentra). Zeker bij polyfarmacie waarbij interactie effecten mogelijk zijn dient het medicatiegebeuren van nabij gevolgd te worden. Naast het toedienen van medicatie is ook de monitoring achteraf belangrijk. Leden van de werkgroep benadrukken dat de rol van de apotheker vandaag de dag versterkt kan worden o.a. in woonzorgcentra. Leden formuleren hun bezorgdheden omtrent de rol van de apotheker in het volledige medicatiegebeuren en eventuele commerciële belangen. Leden van de werkgroep zijn van mening dat, zeker bij voorschriftplichtige medicatie, een 'kwaliteitskader' vereist is. Uit reviews⁹ rond het medicatiegebeuren in <i>community care</i> context waarbij het medicatiegebeuren o.a. door de patient, zijn mantelzorger en ondersteunende (zorg)profielen opgenomen wordt, worden volgende aanbevelingen geformuleerd om medicatiefouten te reduceren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het gebruik van dispensers/medicatieverdeeldozen bij meerdere geneesmiddelen; - Heldere informatie en instructies, vooral belangrijk bij transitie in de zorg, eventueel gepaard gaande met opleiding aan de persoon die medicatie toedient; - Een grotere rol geven aan de apotheker in het volledige medicatiegebeuren¹⁰;
---	--

⁹ De korte tijdspanne van de werkzaamheden van de werkgroep maakte dat een grondige literatuurverkenning niet mogelijk was. Volgende bronnen werden geconsulteerd / La brièveté des travaux du groupe de travail n'a pas permis de procéder à une analyse documentaire approfondie. Les sources suivantes ont été consultées : Joaquin et al. (2015). A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opin Drug Saf*, 14, 815-838 ; Lopez-Pineda et al. (2022). A systematic review on pediatric medication errors by parents or caregivers at home. *Expert Opin Drug Saf*; 21, 95-105 ; Dionisi et al. (2022). Medication errors' causes analysis in home care settings: a systematic review. *Public Health Nurs*, 39:876-897 ; Shore et al. (2022). Delegation of medication administration from registered nurses to non-registered support workers in community care settings: a systematic review with critical interpretive synthesis. *Int J Nurs Stud*, 126.

¹⁰ Er is heel wat evidentie die aantoont dat apothekers een grotere rol kunnen spelen in het medicatie gebeuren dan vandaag de dag het geval is, in het bijzonder bij ouderen, chronisch zieken en bij polyfarmacie.

<p>Bij de opstart van voorschriftplichtige medicatie evalueert de arts de noodzaak aan een vooraf door de verpleegkundige of apotheker klaargemaakt en gepersonaliseerd toedieningssysteem.</p> <p>Enkel van toepassing op het voorbereiden en toedienen van medicatie via volgende toedieningswegen: oraal (inbegrepen inhalatie), rectaal, vaginaal, subcutaan (enkel bij voor-geprepareerde spuitjes/applicaties), oogindruppeling, oorindruppeling, percutane (=transdermale) weg (bv. aanbrengen van zalven, crèmes, patches).</p> <p>Aan de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (CGH) van FAGG kan gevraagd een lijst van medicatie die hiervoor <u>niet</u> in aanmerking komt uit te werken.</p> <p>La proposition ci-dessous a été préparée en concertation avec un certain nombre d'experts en matière de médicaments. Cette proposition a été discutée au sein du groupe de travail.</p> <p>Pour les médicaments sur prescription médicale Compte tenu de l'importance de la continuité des soins et de la sécurité des patients, le principe suivant peut être appliqué pour les médicaments sur ordonnance :</p> <p>Avec l'accord du patient, une personne peut administrer un médicament sur ordonnance au patient à condition qu'il respecte scrupuleusement les instructions claires et non équivoques figurant sur l'emballage du médicament délivré, fait par le pharmacien : nom du patient, nom et coordonnées du médecin prescripteur , des instructions sur la dose, la méthode d'administration, la fréquence d'administration et toute date de fin ou durée de traitement indiquée et les points d'attention particuliers lors de la prise ou de la surveillance. La personne qui décide d'administrer le médicament porte l'entière responsabilité de ce geste qu'elle pose à l'égard d'un patient. Cette</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij delegatie aan anderen: <i>Delegation of medication administration is more acceptable within a framework that adequately supports the process, backed by appropriate policy, skills, training and supervisory arrangements (Shore et al. 2022)</i>. Deze aanbeveling sluit aan bij het belang dat meerdere leden van de werkgroep aangeven om dit mogelijk te maken binnen een gestructureerd verband / gestructureerd zorgteam (zie Deel 2). <p>Les membres du groupe de travail ont discuté de la proposition concernant les médicaments soumis à prescription obligatoire et sont très réticents à l'idée de considérer cette proposition comme une AVQ. En outre, la question se pose de savoir s'il n'est pas nécessaire d'enregistrer (« cocher - signer ») l'administration des médicaments prescrits.</p> <p>D'une manière générale, plusieurs membres du groupe de travail ont exprimé leur inquiétude quant au risque d'erreurs de médication (cf. les rapports sur les erreurs de médication dans les maisons de repos). Les médicaments doivent être étroitement surveillés, en particulier dans les cas de polymédication où des effets d'interaction sont possibles. Outre l'administration des médicaments, le suivi ultérieur est également important. Des membres du groupe de travail soulignent que le rôle du pharmacien peut être renforcé aujourd'hui, y compris dans les maisons de repos. Des membres expriment leurs préoccupations concernant le rôle du pharmacien dans l'ensemble du processus de médication et les éventuels intérêts commerciaux.</p> <p>Des membres du groupe de travail estiment qu'un « cadre de qualité » est nécessaire, en particulier dans le cas des médicaments délivrés sur ordonnance.</p> <p>Les recommandations suivantes pour réduire les erreurs de médication sont formulées sur base d'une revue de la littérature⁹ sur l'événement médicamenteux enregistré par le patient, son aidant proche et les profils (de soins) de soutien dans le contexte « <i>community care</i> » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de distributeurs/boîtes de distribution de médicaments en cas de médication multiple ; - Des informations et des instructions claires, particulièrement importantes lors des transitions dans les soins, éventuellement accompagnées d'une formation pour la personne qui administre les médicaments ;
--	--

<p>responsabilité implique certainement aussi l'obligation de ne pas entreprendre cette action au moindre doute sur le diagnostic et/ou le traitement et d'orienter le patient vers un médecin ou un infirmier. Le patient peut être aidé dans cette décision par la personne qui l'assiste dans son fonctionnement quotidien normal. Lors de la mise en route d'une prescription médicamenteuse, le médecin évalue la nécessité d'un système d'administration préétabli et personnalisé, préparé par l'infirmier ou le pharmacien.</p> <p>Applicable uniquement à la préparation et à l'administration de médicaments par les voies d'administration suivantes : orale (y compris l'inhalation), rectale, vaginale, sous-cutanée (uniquement avec des seringues/applications pré-préparées), collyre, goutte auriculaire, voie percutanée (par exemple, application d'onguents, crèmes, patches).</p> <p>Il peut être demandé à la Commission pour les médicaments à usage humain (CMH) de l'AFMPS d'établir une liste des médicaments qui n'y sont <u>pas</u> éligibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'attribution d'un rôle plus important au pharmacien dans l'ensemble du processus de médication¹¹ ; <p>Lors d'une délégation à d'autres personnes : la délégation de l'administration des médicaments est plus acceptable dans un cadre qui soutient adéquatement le processus, via une politique, des compétences, une formation et des dispositions de supervision appropriées (Shore et al. 2022). Cette recommandation s'aligne sur l'importance indiquée par plusieurs membres du groupe de travail de permettre cela dans un contexte structuré/une équipe de soins structurée (voir Partie 2).</p>
<p>* De vocht- en voedseltoediening bij een patiënt/bewoner zonder slikstoornissen langs orale weg helpen verrichten/ Aide à l'alimentation et l'hydratation aux patients sans trouble de la déglutition = ADL/AVQ</p>	<p>Enkele leden van de werkgroep zijn van mening dat, na advies en instructies (bv. rond indikking van dranken/aangepaste voeding) van een logopedist, vocht- en voedseltoediening bij een patiënt/bewoner met slikstoornissen ook door anderen verricht kan worden.</p> <p>Certains membres du groupe de travail sont d'avis que, suite aux conseils et instructions d'un logopède (par exemple concernant l'épaississement des boissons/l'alimentation adaptée), l'administration des liquides et des aliments à un patient/résident souffrant de troubles de la déglutition peut également être effectuée par d'autres personnes.</p>
<p>* enterale vocht- en voedseltoediening bij stabiele (zodra de hoeveelheid, type voeding en de toedieningssnelheid zijn</p>	<p>Het opstarten van deze handeling is medisch geïndiceerd waardoor het tot de gezondheidszorg behoort.</p>

¹¹ De nombreux résultats scientifiques montrent que les pharmaciens peuvent jouer un rôle plus important dans l'administration des médicaments que ce n'est le cas aujourd'hui, en particulier pour les personnes âgées, les malades chroniques et les personnes polymédiquées (e.a. Dionisi et al. 2022 ; Maier et al. (2021) Skill mix innovation, effectiveness and implementation. Improving primary care and chronic care).

<p>gestabiliseerd)/geheelde percutane gastrostomiesonde in het kader van het continueren van de voeding/Alimentation et hydratation entérales chez un patient avec un sonde gastrique percutanée guérie/stabilisée (une fois le contenu, le type d'alimentation et le débit de l'administration stabilisés) dans le cadre de la poursuite de l'alimentation = ADL/AVQ</p> <p>* enterale vocht- en voedseltoediening bij percutane gastrostomiesonde in het kader van het opstarten van de voeding/Alimentation et hydratation entérales chez un patient avec un sonde gastrique percutanée dans le cadre de l'instauration de l'alimentation = Verpleegkundige verstreking - Kolom 4/Prestation technique infirmière - Colonne 4</p>	<p>Leden van de werkgroep maken een onderscheid tussen het opstarten en het continueren van de enterale vocht- en voedseltoediening. Bij opstarten is steeds een arts of een verpleegkundige noodzakelijk. Instructie/informatie moet - volgens noodzaak - voorhanden zijn hoe de activiteit te verrichten.</p> <p>L'initiation de cet acte est médicalement indiquée et fait donc partie des soins de santé. Des membres du groupe de travail ont établi une distinction entre le démarrage et la poursuite de l'administration entérale de liquides et d'aliments. Au début, un médecin ou un infirmier est toujours nécessaire. Des instructions/informations doivent être disponibles - en fonction des besoins - sur la manière de réaliser l'acte.</p>
<p>* Hygiënische zorgen bij patiënten met <i>beperkte</i> ADL-dysfunctie/* Soins d'hygiène chez les patients souffrants de dysfonction limitée de l'A.V.Q. = ADL/AVQ</p>	<p>Bij ADL gaat het om situaties waarin er een 'gebruikelijke' functionele beperking is en er geen bijzondere kwetsbaarheid is. C'est lorsqu'il y a une limitation fonctionnelle « habituelle », sans qu'il y ait une vulnérabilité particulière, qu'il peut s'agir d'une AVQ.</p>
<p>* Meting van de parameters behorende tot een beperkt aantal biologische functiestelsels: temperatuur, hartslag, bloeddruk, gewicht, saturatie/ Mesure de paramètres concernant un nombre limité de fonctions biologiques : température, rythme cardiaque, pression sanguine, poids, saturation en oxygène = ADL/AVQ</p>	
<p>* Meting van de parameters behorende tot een beperkt aantal biologische functiestelsels: <i>meting van glycemie door capillaire bloedafname (enkel bij gestabiliseerde diabetici)</i>/ Mesure de paramètres concernant un nombre limité de fonctions biologiques : <i>Mesures de la glycémie par prise de sang capillaire (uniquement chez les diabétiques stabilisés)</i> = ADL/AVQ</p>	<p>Instructie/informatie moet - volgens noodzaak - voorhanden zijn hoe de handeling te verstrekken en enkel in context van gestabiliseerde diabetes patiënten. Momenteel maakt de TCV weinig onderscheid in de formulering van de verpleegkundige verstrekkingen tussen het uitvoeren of meten van de parameters en de interpretatie van de resultaten.</p> <p>Des instructions/informations doivent être disponibles - en fonction des besoins - sur la manière d'exécuter l'acte, qui peut se faire uniquement dans le contexte de patients diabétiques stabilisés.</p>

	<p>Actuellement, le CTAI fait peu de distinction dans la formulation des prestations infirmières entre la réalisation ou la mesure des paramètres et l'interprétation des résultats.</p>
--	--

1.3. VOORSTEL VAN TE VERWIJDEREN VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN UIT DE LIJST/PROPOSITION DE SUPPRESSION DE CERTAINES ACTES DE LA LISTE DES PRESTATIONS TECHNIQUES INFIRMIÈRES

<p>Rationale voor het verwijderen van onderstaande handelingen, gebaseerd op antwoorden van de leden van de werkgroep: afwezigheid van een zorgcomponent; leden die aangeven de desbetreffende handeling niet als een verpleegkundige handeling te beschouwen; huidige praktijkvoorbeelden waarin nu reeds deze handelingen door niet-verpleegkundigen gecoördineerd en uitgevoerd worden; <i>handelingen die ook in eerdere adviezen voorgesteld werden om te verwijderen.</i></p>	<p>Justification de la suppression des actes ci-dessous, sur base des réponses des membres du groupe de travail : absence d'une composante de soins ; membres indiquant qu'ils ne considèrent pas l'acte en question comme un acte infirmier ; exemples de pratiques actuelles où ces actes sont déjà entièrement coordonnés et réalisés par des non-infirmiers ; <i>actes dont la suppression a également été proposée dans des avis précédents.</i></p>
<p>B1 - Cardiopulmonaire resuscitatie met niet-invasieve middelen Leden van de werkgroep maken een onderscheid tussen het soort niet-invasieve middelen (bijv. mondmasker, beademingsballon, mayocanule). Voorstel is om de cardiopulmonaire resuscitatie met niet-invasieve middelen zoals een mondmasker uit de lijst met verpleegkundige handelingen te verwijderen omdat elke persoon dit zou moeten kunnen. Adequaat gebruik van bijv. een beademingsballon en mayocanule vereist de nodige competenties (Tabel 2 Kolom 4).</p>	<p>B1 - Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non-invasifs Des membres du groupe de travail font une distinction entre les types de moyens non invasifs (par ex. masque buccal, ballon de ventilation, canule oropharyngée). Il est proposé de supprimer la réanimation cardio-pulmonaire par des moyens non invasifs tels que le masque buccal de la liste des actes infirmiers, car toute personne devrait être en mesure de le faire. L'utilisation adéquate, par exemple, d'un ballon de ventilation et d'une canule oropharyngée requiert les compétences nécessaires (Tableau 2 Colonne 4).</p>
<p>B1 – Toezicht op de voorbereiding van te steriliseren materialen en op het sterilisatieproces Momenteel gebeurt de coördinatie van deze handeling in de praktijk door verschillende personen bijv. apotheker in samenwerking met ingenieurs, ziekenhuishygiënisten en ook door verpleegkundigen. Leden van de werkgroep zijn van mening dat dit een 'gedeelde handeling' kan zijn voor andere gezondheidszorgprofessionals (zoals bijv. de apotheker). Deze handeling moet (1) wel in de lijst van verpleegkundige handelingen blijven o.a. voor kleinere zorgpraktijken die alleen verpleegkundigen in hun team hebben en (2) delegerbaar zijn naar anderen door verpleegkundigen (Tabel 2 Kolom 3). De werkgroep is zich voldoende bewust van het aantal verpleegkundigen dat op heden deze coördinatie van deze handeling op zich neemt, in het bijzonder in Wallonië.</p>	<p>B1 – Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation Actuellement, la coordination de cet acte dans la pratique est assurée par différentes personnes, par exemple le pharmacien en collaboration avec les ingénieurs, les hygiénistes hospitaliers et également les infirmières. Des membres du groupe de travail estiment qu'il peut s'agir d'un « acte partagé » pour d'autres professionnels de la santé (comme le pharmacien). Cet acte doit (1) néanmoins rester dans la liste des actes infirmiers entre autres pour les petits cabinets de soins qui n'ont que des infirmiers dans leur équipe et (2) pouvoir être délégué à d'autres par les infirmiers (Tableau 2, colonne 3). Le groupe de travail est suffisamment conscient du nombre d'infirmiers qui coordonnent actuellement cet acte, en particulier en Wallonie.</p>

<p><i>B1 – Behandeling, verwerking, analyse en archivering van de gegevens van medische onderzoeken</i></p> <p><i>B1 – Beheer en onderhoud van materieel en producten in medische onderzoeks- en behandel diensten</i></p> <p><i>B1 – Deelname aan de kwaliteitscontrole en -borging en toepassen van de beschermingsmaatregelen in onderzoeks- en behandel diensten en –functies</i></p>	<p><i>B1 – Traitement, élaboration, analyse et archivage des données d'examens médicaux</i></p> <p><i>B1 – Gestion et entretien du matériel et des produits au sein des services d'examens et de traitements médicaux</i></p> <p><i>B1 – Participation au contrôle et à l'assurance de la qualité et application des règles de protection au sein des services et fonctions d'examens et de traitements</i></p>
<p>B1 – Beheer van de chirurgische en anesthesiologische uitrusting</p> <p>Er werd gediscussieerd over het technisch onderhoud van de uitrusting en het gebruiksklaar maken van de uitrusting binnen het operatiekwartier. Vandaag de dag gebeurt dit in sommige ziekenhuizen reeds door o.a. biotechnisch profielen. Leden van de werkgroep zijn wel van mening dat dit een 'gedeelde handeling' kan zijn. Deze handeling moet (1) wel in de lijst van verpleegkundige handelingen blijven o.a. voor kleinere zorginstellingen die alleen verpleegkundigen in hun team hebben en (2) delegerbaar zijn naar anderen door verpleegkundigen (Tabel 2 Kolom 3).</p>	<p>B1 – Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie</p> <p>La maintenance technique de l'équipement, qui consiste à rendre l'équipement prêt à l'emploi dans le bloc opératoire, a été abordée. Aujourd'hui, cela est déjà fait dans certains hôpitaux par des profils biotechnologiques, entre autres. Des membres du groupe de travail estiment qu'il peut s'agir d'un « acte partagé ». Cet acte doit (1) néanmoins rester dans la liste des actes infirmiers entre autres pour les petits cabinets de soins qui n'ont que des infirmiers dans leur équipe et (2) pouvoir être délégué à d'autres par les infirmiers (Tableau 2 Colonne 3).</p>
<p>* Verwijderen van losse vreemde voorwerpen uit de ogen</p> <p>Werkgroep leden suggereren om deze handeling te verwijderen uit de lijst (EHBO context)</p>	<p>* Enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux</p> <p>Les membres du groupe de travail suggèrent de retirer cet acte de la liste (contexte des premiers secours).</p>
<p>* Manipulatie van radioactieve producten</p> <p>Werkgroep leden suggereren om deze handeling te verwijderen uit de lijst. Gaat over manipulatie en niet over het toedienen.</p>	<p>* Manipulation de produits radioactifs</p> <p>Les membres du groupe de travail suggèrent de retirer cet acte de la liste. Il s'agit de manipulation et non d'administration.</p>

DEEL 2. Het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen / de verpleegkundige handelingen

PARTIE 2. L'équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG/Les prestations techniques infirmières

LINK MET OPDRACHT VANUIT HET KABINET:	LIEN VERS LA MISSION DU CABINET :
De identificatie van handelingen die momenteel voorbehouden zijn voor verpleegkundigen en die ook of beter door een andere gezondheidswerker gedaan zouden kunnen worden. Identificatie van de andere gezondheidswerkers naar wie delegatie mogelijk zou zijn + voorwaarden	Identification des actes actuellement réservés aux infirmiers qui pourraient être effectués de la même manière ou même mieux par un autre professionnel de santé. Identification des autres professionnels de santé auxquels la délégation serait possible + conditions

2.1. GESTRUCTUREERD ZORGTEAM MET DE VVAZ VERANTWOORDELIJK VOOR DE COÖRDINATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORGEN/D'ÉQUIPE DE SOINS STRUCTURÉE DONT LA COORDINATION DES SOINS INFIRMIERS EST ASSURÉE PAR UN IRSG

INTRODUCTIE	INTRODUCTION
<p>Naar aanleiding van de gecommuniceerde beslissing door de Ministerraad 24/3/2023 omtrent de basisverpleegkundige benadrukten leden van de werkgroep het belang dat de inschatting van de complexiteit steeds door een VVAZ of (wanneer er geen VVAZ deel uitmaakt van zorgteam) een arts dient te gebeuren. Bijkomend stelden verschillende leden dat de verpleegkundige diagnostiek, het bepalen van de te verstrekken verpleegkundige handelingen en zorg, het voorschrijven van verpleegkundige zorg, het coördineren van verpleegkundige zorg, het delegeren van technisch verpleegkundige handelingen en het toezicht op de uitvoering van gedelegeerde handelingen door een VVAZ zou moeten gebeuren, zonder onderscheid te maken in complexe en minder complexe situaties.</p> <p>In onderstaande tekst en in de denkoefening van Tabel 2 werd de genomen beslissing op de Ministerraad 24/3/2023 niet in rekening genomen. In dit rapport wordt verslag</p>	<p>Suite à la décision communiquée par le Conseil des ministres du 24/3/2023 concernant l'assistant en soins infirmiers, des membres du groupe de travail soulignent l'importance que l'évaluation de la complexité soit toujours réalisée par un IRSG ou un médecin (lorsque l'équipe de soins ne comprend aucun IRSG). En outre, des plusieurs membres ont soutenu que le diagnostic infirmier, la détermination des actes infirmiers et des soins à prodiguer, la prescription des soins infirmiers, la coordination des soins infirmiers, la délégation des actes techniques infirmiers et le contrôle de l'exécution des actes délégués devraient être effectués par une IRSG, sans faire de distinction entre les situations complexes et les situations moins complexes.</p> <p>La décision prise au Conseil des ministres du 24/3/2023 n'a pas été prise en compte dans le texte ci-dessous et dans l'exercice de réflexion du Tableau 2. Le présent rapport rend compte</p>

<p>uitgebracht over de discussies die gevoerd werden (periode januari - maart) en waarbij in Tabel 2 uitgegaan werd van een gestructureerd zorgteam waarin de VVAZ de coördinatie van de verpleegkundige zorgen opneemt.</p> <p>De werkgroep is van mening dat het concept van het gestructureerd zorgteam een belangrijk antwoord is op de huidige uitdagingen in de gezondheidszorg. Het gestructureerd zorgteam maakt het mogelijk dat ook anderen, buiten het verpleegkundig functiemodel, bepaalde verpleegkundige handelingen kunnen stellen binnen een correct juridisch kader voor alle betrokkenen. Binnen dit zorgteam is het de VVAZ die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige. Het is essentieel om kwaliteitsvolle zorg te garanderen voor patiënten en patiëntengroepen, om op korte termijn aan de tekorten in de zorg tegemoet te komen en om de huidige en toekomstige mankracht in de verpleegkundige zorg te ondersteunen en te ontlasten.</p> <p>Het gestructureerd zorgteam kan gecoördineerd worden door een arts (bij afwezigheid van een VVAZ) of een VVAZ¹². Het is de VVAZ die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen.</p> <p>De wettelijke verankering van het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen dient afgestemd te worden met Artikel 32 (Structuur en organisatie van de praktijkvoering) van de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg zodat het daar niet mee in strijd is.</p>	<p>des discussions qui ont été menées (période de janvier à mars), étant entendu que le Tableau 2 est basé sur une équipe de soins structurée dans laquelle l'IRSG assume la coordination des soins infirmiers.</p> <p>Le groupe de travail estime que le concept d'équipe de soins structurée est une réponse importante aux défis actuels dans le domaine des soins de santé. L'équipe de soins structurée permet à d'autres personnes, en dehors de l'échelle des fonctions infirmières, d'effectuer certains actes infirmiers dans un cadre juridique correct pour toutes les parties concernées. Au sein de cette équipe de soins, c'est l'infirmier responsable des soins généraux (IRSG) qui est responsable pour la coordination des soins infirmiers. Il est essentiel de garantir des soins de qualité aux patients et aux groupes de patients, d'apporter une réponse aux pénuries dans les soins à court terme et de soutenir et d'alléger la tâche de la main-d'œuvre actuelle et future dans les soins infirmiers.</p> <p>L'équipe de soins structurée peut être coordonnée par un médecin (en l'absence de IRSG) ou un IRSG¹². C'est l'IRSG qui est responsable de la coordination des soins infirmiers.</p> <p>L'ancrage légal de l'équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG doit être aligné sur l'article 32 (Structure et organisation de la pratique) de la loi relative à la qualité de la pratique dans les soins de santé afin qu'elle n'entre pas en conflit avec celle-ci.</p>
<p>WETTELIJKE VERANKERING VAN HET GESTRUCTUREERD ZORGTEAM MET DE VVAZ VERANTWOORDELIJK VOOR DE COÖRDINATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORGEN</p>	<p>ANCRAGE LEGAL DE L'ÉQUIPE DE SOINS STRUCTURÉE DONT LA COORDINATION DES SOINS INFIRMIERS EST ASSURÉE PAR UN IRSG</p>

¹² Het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen staat los van de conceptuele oefening die momenteel wordt uitgevoerd binnen het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg, en dus ook m.b.t. de concepten zorgcoördinatie, casemanagement en interdisciplinaire equipes.

L'équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG est distincte de l'exercice conceptuel actuellement mené dans le cadre du plan interfédéral de soins intégrés, et donc également des concepts de coordination des soins, de *case management* et d'équipes interdisciplinaires

<p>Verschillende basisprincipes ter verankering in wetgeving worden ge(her)introduceerd. De basis voor deze principes wordt gevonden in reeds bestaande wetgeving, adviezen en precedenten.</p> <p>Volgende voorstellen worden geponeerd:</p> <p>Het wettelijk verankeren van wat strikt voorbehouden is aan de VVAZ: de verpleegkundige diagnostiek en het bepalen van de te verstrekken verpleegkundige handelingen en zorg; het voorschrijven van verpleegkundige zorg; het coördineren van verpleegkundige zorg; het uitvoeren en /of delegeren van technisch verpleegkundige handelingen; het toezicht op de uitvoering van gedelegeerde handelingen en zorg.</p> <p>Een opsplitsing van de huidige handelingen van de VVAZ in wat delegerbaar is en in wat niet-delegerbaar is aan andere gezondheidszorgbeoefenaars als ook aan beroepsbeoefenaars die binnen een zorgvoorziening werken. Hierbij ageert de VVAZ niet vanuit een hiërarchische functie.</p> <p>Het wettelijk verankeren van het gestructureerd zorgteam dat gecoördineerd wordt door een arts (indien geen VVAZ aanwezig is) of een VVAZ die de verpleegkundige handelingen delegeert aan een op voorhand bepaalde groep zorgverleners (of andere gezondheidszorg)-beroepsbeoefenaars) en tevens toezicht houdt op het uitvoeren van deze verpleegkundige handelingen (cfr. Wet 6 november 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De toepassing en de invulling van het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen zal afhankelijk zijn van de behoefte aan verpleegkundig personeel in functie van de complexiteit van de te verstrekken verpleegkundige en medische zorg en de noden van de patiënt; en wordt toegepast op een bepaalde groep patiënten in overeenstemming met de huidige standaarden van de verpleegkunde. De complexiteit van de 	<p>Plusieurs principes de base à inscrire dans la législation sont (ré)introduits. La base de ces principes se trouve dans la législation, les avis et les précédents existants.</p> <p>Les propositions suivantes sont formulées :</p> <p>Inscrire dans la loi ce qui est strictement réservé à l'IRSG : le diagnostic infirmier et la détermination des actes infirmiers et des soins à prodiguer ; la prescription des soins infirmiers ; la coordination des soins infirmiers ; l'exécution et/ou la délégation des prestations techniques infirmières ; le contrôle de l'exécution des actes et des soins délégués.</p> <p>L'IRSG répartit les actes et soins infirmiers entre ce qui est délégable et ce qui est non délégable à d'autres praticiens des soins de santé ainsi qu'à des praticiens non-soignants travaillant professionnellement à l'intérieur des établissements de soins actuellement définis. Ce faisant, l'IRSG n'agit pas à partir d'une position hiérarchique.</p> <p>Ancrage légal de l'équipe de soins structurée coordonnée par un médecin (en l'absence d'IRSG) ou un IRSG qui délègue des actes infirmiers à un groupe prédéterminé de prestataires de soins (ou d'autres professionnels de santé) et supervise également l'exécution de ces actes infirmiers (cf. Loi 6 novembre 2020) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La mise en œuvre et la composition de l'équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG dépendront du besoin en personnel infirmier en fonction de la complexité des soins infirmiers et médicaux à fournir et des besoins du patient ; et seront appliquées à un groupe particulier de patients conformément aux normes actuelles en matière de soins infirmiers. La complexité de la situation de soins est déterminée par l'IRSG et/ou le médecin.
--	---

<p>zorgsituatie wordt bepaald door de VVAZ en/of de arts.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De VVAZ die de verpleegkundige zorgen coördineert bepaalt de activiteiten die hij toevertrouwt en de personen van het team aan wie hij deze toevertrouwt, rekening houdend met hun expertise en hun bekwaamheden, de beschikbare evidentie wie het best geplaatst is om de activiteit uit te voeren, de voorkeuren en beschikbare middelen van de patiënt en van de organisatie/het team. Deze beroepsbeoefenaar verricht deze verpleegkundige handelingen op een bijkomende wijze en enkel binnen de setting waar zijn normale beroepsactiviteit wordt uitgevoerd. Deze beroepsbeoefenaar rapporteert aan de VVAZ die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen. Bij de formulering 'op bijkomstige wijze' en 'enkel binnen de setting waar zijn normale beroepsactiviteit wordt uitgevoerd' werden volgende reflecties door leden van de werkgroep gemaakt: geldt dit principe ook voor handelingen waar een gezondheidszorgbeoefenaar bevoegd is om deze uit te voeren? Zodra iemand bevoegd is, heeft deze persoon toegang tot bepaalde activiteiten en kunnen hier geen bijkomende voorwaarden aan gesteld worden bv. dat deze handelingen enkel mogen uitgevoerd worden binnen een bepaalde context. Dit kan enkel tenzij dit nodig zou zijn voor het algemeen belang en de kwaliteit van de zorg. Bijgevolg kan er geen beperking gesteld worden qua toegang tot een economische activiteit waardoor de proportionaliteitsreglementering van kracht wordt. De formulering 'op bijkomstige wijze' dient mogelijks nog verder verduidelijkt te worden in de toekomst. ○ Voorafgaand aan het uitoefenen van de verpleegkundige handelingen door anderen schat de VVAZ in of opleiding noodzakelijk is of dat eventueel een instructie volstaat. De opleiding wordt aangepast aan de kennis en de 	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'IRSG qui coordonne les soins infirmiers détermine les activités qu'il confie et les personnes de l'équipe à qui il les confie, en tenant compte de leur expertise et de leurs capacités, des données disponibles sur la personne la mieux placée pour exercer l'activité, des préférences et des ressources disponibles du patient et de l'organisation/de l'équipe. Le praticien non-infirmier accomplit ces actes infirmiers à titre accessoire et uniquement dans le cadre où s'exerce son activité professionnelle normale. Ce professionnel rend compte à l'IRSG qui coordonne ces soins. <i>Les réflexions suivantes ont été faites par des membres du groupe de travail sur la formulation « à titre accessoire » et « uniquement dans le cadre où s'exerce son activité professionnelle normale » . Ce principe s'applique-t-il également aux actes qu'un professionnel de la santé est autorisé à accomplir ? Une fois qu'une personne est autorisée, cette personne a accès à certaines activités et aucune condition supplémentaire ne peut lui être imposée, par exemple que ces actes ne pourraient être effectués que dans un certain contexte. Une telle limitation ne peut être instaurée que si elle est nécessaire à l'intérêt public et à la qualité des soins. Par conséquent, il ne peut y avoir de restriction en termes d'accès à une activité économique qui aurait pour conséquence que le règlement sur la proportionnalité soit applicable. La formulation « à titre accessoire » a principalement pour but d'indiquer que, si un infirmier est présent, cet acte est de préférence effectué par l'infirmier. La formulation « de manière complémentaire » pourrait nécessiter des éclaircissements à l'avenir.</i> ○ Préalablement à l'exécution d'actes infirmiers et de soins infirmiers par un non-praticien de l'art infirmier, l'IRSG évalue si une formation est nécessaire ou si une instruction est éventuellement suffisante. La formation est adaptée aux
---	--

<p>vaardigheden van de personen die op grond van deze wet gemachtigd worden. Deze opleiding wordt gegeven door een beoefenaar van de verpleegkunde, arts of een ander gezondheidszorgberoep met unieke expertise in het aan te leren domein (bv. apotheker, psycholoog of tandarts), zowel wat de uitoefening van de handeling betreft als inzake de maatregelen ter bescherming van de gezondheid die nodig zijn om de handeling uit te oefenen. De inhoud van de opleiding wordt beschreven door de persoon die de opleiding gaf en wordt bevestigd via het portfolio/visum of het personeelsdossier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De activiteiten worden uitgeoefend onder het toezicht van de VVAZ die coördineert en die bereikbaar moet zijn. De fysieke aanwezigheid van de VVAZ is afhankelijk van de context. De noodzaak hiertoe wordt bepaald door de VVAZ. <p>Aanvullend werd gesteld dat alles duidelijk in het patiëntendossier moet gerapporteerd worden en dat er regelmatig overleg en patiëntenbesprekingen binnen het gestructureerd zorgteam moeten georganiseerd worden. Leden van de werkgroep zijn eerder van mening dat deze randvoorwaarden reeds vervat zitten in de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.</p>	<p>connaissances et aux compétences des personnes qui sont autorisées en vertu de la présente loi. Cette formation est dispensée par un praticien de l'art infirmier, par un médecin ou par un autre professionnel des soins de santé disposant d'une expertise unique dans le domaine à enseigner (par exemple pharmacien, psychologue ou dentiste), en ce qui concerne tant l'exécution de l'acte que les mesures de protection de la santé qui sont nécessaires à l'exécution de l'acte. Le contenu de la formation est décrit par la personne qui a dispensé la formation et confirmé par le portfolio/visa ou le dossier personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les activités sont réalisées sous la supervision de l'IRSG qui coordonne et qui doit être accessible. La présence physique de l'IRSG dépend du contexte. La nécessité en est déterminée par l'IRSG. <p>En outre, il a été indiqué que tout devait être clairement indiqué dans le dossier du patient et que des concertations régulières et des discussions de patients devaient être organisées au sein de l'équipe de soins structurée. Des membres du groupe de travail estiment plutôt que ces conditions préalables sont déjà contenues dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé.</p>
--	--

2.2. VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN DOOR BEVOEGDE
 GEZONDHEIDSZORGBEOEFENAARS, DELEGEERBARE EN NIET-DELEGEERBARE
 VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN **BUITEN HET FUNCTIEMODEL/** ACTES INFIRMIERS
 PAR DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI SONT COMPÉTENTS, PRESTATIONS
 TECHNIQUES INFIRMIÈRES DÉLÉGABLES ET NON DÉLÉGABLES **EN DEHORS DE
 L'ÉCHELLE DES FONCTIONS INFIRMIÈRES**

<p>Dit deel beschrijft de verpleegkundige handelingen (1) waarvoor andere gezondheidszorgbeoefenaars bevoegd zijn of waarvoor bevoegdheid van andere gezondheidszorgbeoefenaars opportuun zou kunnen zijn in de toekomst, (2) die delegeerbaar zijn naar anderen buiten het functiemodel, en (3) die niet delegeerbaar zijn naar anderen buiten het functiemodel</p>	<p>Cette partie décrit les prestations techniques infirmières (1) pour lesquelles d'autres professionnels des soins de santé sont compétents ou pour lesquelles ce pourrait être utile à l'avenir, (2) qui peuvent être déléguées à d'autres personnes en dehors du modèle de fonctions et (3) qui ne peuvent pas être déléguées à d'autres personnes en dehors du modèle de fonctions.</p>
<p>HOE TABEL 2 TE LEZEN (BIJLAGE)?</p>	<p>COMMENT LIRE LE TABLEAU 2 (ANNEXE) ?</p>
<p>In Tabel 2 werd de genomen beslissing op de Ministerraad 24/3/2023 niet in rekening genomen. In Tabel 2 werd uitgegaan van een gestructureerd zorgteam waarin de VVAZ de coördinatie van de verpleegkundige zorgen opneemt.</p> <p>Algemeen: Formuleringen uit de huidige lijst van verpleegkundige handelingen werden, waar relevant, geherformuleerd of opgesplitst in meerdere deelhandelingen om het onderscheid beter te kunnen maken tussen ADL/Bijstand, delegeerbare en niet-delegeerbare handelingen</p>	<p>Dans le Tableau 2, la décision prise en Conseil des ministres du 24/3/2023 n'a pas été prise en compte. Le tableau 2 suppose une équipe de soins structurée dans laquelle l'IRSG assure la coordination des soins infirmiers.</p> <p>Généralités : Les formulations de la liste actuelle des prestations techniques infirmières ont été, le cas échéant, reformulées ou divisées en plusieurs sous-actes afin de mieux pouvoir faire la distinction entre AVQ/assistance, actes déléguables et non déléguables.</p>
<p>Kolom 1: De ADL/Bijstand activiteiten waar de leden van de werkgroep het over eens waren, met een herformulering of uitzuivering van de formulering van de handeling/activiteit waar nodig.</p>	<p>Colonne 1 : Les activités AVQ/assistance sur lesquelles les membres du groupe de travail se sont mis d'accord, en reformulant ou en supprimant le libellé de l'acte si nécessaire.</p>

Kolom 2:

- Groen: Op basis van de input van de secretarissen van de raden van de vroedvrouwen, psychologen, kinesisten en paramedici werd opgelijst welke verpleegkundige handelingen momenteel reeds geheel of gedeeltelijk onder de bevoegdheid van de vermelde gezondheidszorgbeoefenaar valt. Deze informatie werd niet gevalideerd door de raden van de desbetreffende beroepsgroep.
- Rood: Op basis van de input van de secretarissen van de raden van de vroedvrouwen, psychologen, kinesisten en paramedici werd aangegeven voor welke verpleegkundige handelingen het opportuun zou zijn om de bevoegdheid van de vermelde gezondheidszorgbeoefenaar in de toekomst uit te breiden met deze handeling, en eventueel onder welke voorwaarden. Deze informatie werd niet gevalideerd door de raden van de desbetreffende beroepsgroep.
- Blauw: op basis van de input van leden van de werkgroep (bij het invullen van de Excel file en / of tijdens de vergaderingen) werd aangegeven voor welke verpleegkundige handelingen het opportuun zou zijn om de bevoegdheid van de vermelde (gezondheidszorg)beroepsbeoefenaar in de toekomst uit te breiden met deze handeling. De beroepsbeoefenaars die door één of meerdere leden werden gesuggereerd werden opgesomd in kolom 2.

Voor verpleegkundige handelingen die in het wetgevend kader of via bijkomende verworven bekwaamheden van andere gezondheidszorgbeoefenaars (GZB) zijn verankerd, binnen de context van een gestructureerd zorgteam waarbij de VVAZ verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen geldt **volgens principe**, hetgeen voldoende garantie zou kunnen bieden voor de VVAZ om de globale visie op en coördinatie van de verpleegkundige zorgen te garanderen:

Colonne 2 :

- En vert, Sur la base des contributions des secrétaires des conseils des sages-femmes, des psychologues, des kinésithérapeutes et des paramédicaux, une liste a été établie des actes infirmiers qui relèvent actuellement déjà partiellement ou totalement de la compétence du professionnel de santé mentionné. Ces informations n'ont pas été validées par les conseils des groupes professionnels concernés.
- En rouge : Sur la base des informations fournies par les secrétaires des conseils des sages-femmes, des psychologues, des kinésithérapeutes et des paramédicaux, il a été indiqué pour quels actes infirmiers il serait approprié d'étendre à l'avenir la compétence du professionnel des soins de santé mentionné à cet acte, et éventuellement dans quelles conditions. Ces informations n'ont pas été validées par les conseils des groupes professionnels concernés.
- En bleu : sur la base des contributions de certains membres du groupe de travail (lors du remplissage du tableau Excel et/ou lors des réunions), il a été indiqué pour quels actes infirmiers il serait approprié d'étendre la compétence du professionnel des soins de santé mentionné afin d'inclure cet acte à l'avenir. Les professionnels suggérés par un ou plusieurs membres ont été listés dans la colonne 2.

Pour les actes infirmiers inscrits dans le cadre législatif ou par le biais de compétences supplémentaires acquises par d'autres professionnels des soins de santé, dans le cadre d'une équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG, le **principe suivant** s'applique, ce qui pourrait constituer une garantie suffisante à l'IRSG pour assurer la vision d'ensemble et la coordination des soins infirmiers de l'équipe de soins structurée responsable des soins infirmiers :

- *de gezondheidszorgbeoefenaar (GZB) mag de handeling zelfstandig - autonoom initiëren en draagt de volledige verantwoordelijkheid voor de handelingen die hij stelt bij een patiënt. Onder deze verantwoordelijkheid wordt ook verstaan*
 - *dat op hem de verplichting rust om bij de minste twijfel over diagnose/behandeling en de gevolgen ervan/de te verrichten handeling, de handeling te staken en de patiënt door te verwijzen naar een verpleegkundige of een arts;*
 - *dat de GZB de nodige competenties (bevoegd en bekwaam) kan aantonen om deze handelingen (autonoom) te kunnen stellen en tevens kan aantonen dat hij de nodige opleidingen volgt om zich wat deze competenties betreft, permanent bijschoolt;*
- *de GZB dient een kwaliteitsvol patiëntendossier bij te houden en/of de nodige verslaggeving te doen omtrent de verrichte handelingen, toegankelijk voor de verpleegkundige en/of de arts, zodat de verpleegkundige het globale beeld en coördinatie van de verpleegkundige zorgen kan behouden en de integratie/interpretatie van de resultaten voortkomend uit deze handelingen kan integreren in het verpleegplan en dit indien nodig kan bijsturen. Bij voorkeur gebeurt er ook een actieve notificatie over de verrichte handeling door de GZB aan de verpleegkundige en/of arts, verplichtend indien er geen gedeeld patiëntendossier aanwezig is.*

De werkgroep is van mening dat het delegeren van deze handeling door de bevoegde persoon naar iemand anders niet mogelijk is. Het is weinig logisch dat de VVAZ de inschatting maakt of een verpleegkundige handeling naar iemand anders kan of niet en dat een niet-verpleegkundige ook die inschatting zou kunnen maken.

- *le professionnel de santé peut initier l'acte de manière indépendante - autonome et porte l'entière responsabilité des actes qu'il effectue pour un patient. Cette responsabilité signifie également*
 - *qu'il a l'obligation, en cas du moindre doute sur le diagnostic/le traitement/l'acte à réaliser et ses conséquences, d'arrêter l'acte et d'orienter le patient vers un infirmier ou un médecin ;*
 - *que le professionnel puisse démontrer les compétences (autorisation et qualification) nécessaires pour pouvoir réaliser ces actes (de manière autonome) et qu'il puisse également démontrer qu'il suit les formations nécessaires pour se mettre à jour en permanence par rapport à ces compétences ;*
- *le professionnel de santé doit tenir à jour un dossier patient de qualité et/ou conserver les enregistrements nécessaires des actes réalisés, accessibles à l'infirmier et/ou à d'autres professionnels de la santé, afin que (le cas échéant) l'infirmier puisse conserver l'image globale des soins infirmiers, intégrer/interpréter les résultats de ces actes dans le plan de soins infirmiers et l'adapter si nécessaire. De préférence, une notification active de l'acte exécuté par le professionnel de la santé à l'infirmier et/ou à un autre professionnel de la santé a également lieu, obligatoire s'il n'y a pas de dossier patient partagé.*

Le groupe de travail estime que la délégation de cet acte par la personne autorisée à quelqu'un d'autre n'est pas possible. Il n'est pas logique que le IRSG évalue si un acte infirmier peut être délégué à quelqu'un d'autre et qu'un non-infirmier puisse également réaliser cette évaluation.

<p>Binnen de werkgroep zijn er verschillende meningen: (1) deze handelingen opnemen in een aparte lijst van 'gedeelde handelingen' waarbij dan opgesomd wordt welke GZB allemaal bevoegd zijn om deze handelingen uit te voeren?; OF (2) deze handelingen behouden in de huidige lijst van verpleegkundige handelingen en expliciet vermelden welke GZB de desbetreffende handeling ook mag uitvoeren. De werkgroep geeft aan dat het de verantwoordelijkheid is van de desbetreffende raden om adviesvragen te formuleren indien ze voor bepaalde verpleegkundige handelingen bevoegd willen worden.</p>	<p>Les avis divergent au sein du groupe de travail : (1) inclure ces actes dans une liste distincte d'« actes partagés » qui indiquerait alors quels sont les professionnels de santé autorisés à effectuer ces actes ; OU (2) conserver ces actes dans la liste actuelle des prestations techniques infirmières et indiquer explicitement quels sont les professionnels de santé autorisés à effectuer l'acte en question. Le groupe de travail indique qu'il appartient aux conseils concernés de formuler des demandes d'avis s'ils souhaitent devenir autorisés pour certains actes de soins infirmiers.</p>
<p>Kolom 3/Kolom 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De lijst van wel of niet delegerbare verpleegkundige handelingen aan andere (gezondheidszorg)-beroepsbeoefenaars, binnen de context van het gestructureerd zorgteam met de VVAZ verantwoordelijk voor de coördinatie van de verpleegkundige zorgen werd gebaseerd op de ontvangen antwoorden van 13 leden van de werkgroep (Excel file) en aansluitend een discussie met de voltallige werkgroep. - Bijkomend werd de discussie/argumentatie/verschil in mening vanuit de leden van de werkgroep voor het wel of niet delegerbaar zijn van een verpleegkundige handeling onder de desbetreffende verpleegkundige handeling beknopt vermeld (groene tekst). 	<p>Colonne 3/Colonne 4 :</p> <p>La liste des actes infirmiers déléguables ou non déléguables à d'autres professions (des soins de santé), dans le contexte de l'équipe de soins structurée dont la coordination des soins infirmiers est assurée par un IRSG, a été établie sur la base des réponses reçues de 13 membres du groupe de travail (fichier Excel) et de la discussion qui s'en est suivie avec l'ensemble du groupe de travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En outre, la discussion/argumentation/différence d'opinion des membres du groupe de travail sur le caractère déléguable ou non d'un acte infirmier a été brièvement reprise sous l'acte infirmier en question (texte vert).

DEEL 3. Versterken/Verbreden van de *Scope of practice* binnen het verpleegkundig functiemodel

PARTIE 3. Renforcement/élargissement du *Scope of practice* au sein de l'échelle des fonctions infirmières

LINK MET OPDRACHT VANUIT HET KABINET:	LIEN VERS LA MISSION DU CABINET :
Identificatie van handelingen die verpleegkundigen extra kunnen opnemen, cfr taakverschuiving en taakdelegatie van artsen naar verpleegkundigen + voorwaarden	Identification des actes que les infirmiers peuvent assumer en plus, cf. transfert de tâches et délégation de tâches des médecins aux infirmiers + conditions.

SITUERING	CONTEXTUALISATION
<p>De gezondheidssector wordt vandaag geconfronteerd met heel wat uitdagingen (o.a. toename van het aantal chronisch zieken en patiënten met multi-morbiditeit, complexere zorg, invloed van technologische mogelijkheden, korte ligduur, schaarste en uitval van gezondheidszorgpersoneel, financiële aspecten) waardoor het nadenken over andere manieren van zorgverlening en zorgorganisatie volop lopende is. Deze denkoefeningen zijn essentieel om een zo toegankelijke, veilige, efficiënte en kwaliteitsvolle zorg te (blijven) bieden en continuïteit van zorg te (blijven) garanderen.</p> <p>In deze oefeningen wordt nagedacht over de 'skill mix approach' en nieuwe zorgmodellen waarin ruimte is voor taakverschuiving, flexibiliteit en groei in de klinische loopbaan en situationeel klinisch leiderschap. Ook wordt nagedacht hoe de interprofessionele samenwerking binnen deze 'skill mix approach' geformaliseerd kan worden bv. d.m.v. samenwerkingsverbanden tussen gezondheidszorgbeoefenaars en door het aanpassen van regulering. Deze formalisering zal noodzakelijk zijn om de introductie van nieuwe zorgmodellen en-teams te verankeren en het versterken/verbreden van de <i>scope of practice</i> van gezondheidszorgbeoefenaars mogelijk te maken, met aandacht voor het dynamische aspect van de <i>scope of practice</i>. Vandaag de dag wordt dit situationeel klinisch leiderschap ook mogelijk gemaakt door reeds</p>	<p>Le secteur de la santé est actuellement confronté à de nombreux défis (entre autres, l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de multimorbidité, des soins plus complexes, l'influence des possibilités technologiques, la courte durée d'hospitalisation, la pénurie et la perte de personnel de soins de santé, des aspects financiers), ce qui signifie que la réflexion sur d'autres manières d'offrir des soins et d'organiser les soins bat son plein. Ces réflexions sont essentielles pour (continuer à) dispenser des soins accessibles, sûrs, efficaces et de qualité et pour (continuer à) garantir la continuité des soins.</p> <p>Ces exercices de réflexion portent sur le « <i>skill mix approach</i> » et de nouveaux modèles de soins, qui laisse une place à la réattribution des tâches, à la flexibilité et à l'évolution au cours de la carrière clinique, ainsi qu'au leadership clinique situationnel. Ils touchent également à la manière dont la coopération dans le cadre de cette approche peut être formalisée, par exemple, par le biais de partenariats entre les professionnels de la santé et par l'adaptation de la réglementation. Cette formalisation sera nécessaire pour ancrer l'introduction de nouveaux modèles de soins dans les soins de santé et permettre le renforcement/l'élargissement du champ d'action des professionnels de la santé, en prêtant attention à l'aspect dynamique du <i>scope of practice</i>. Aujourd'hui, ce leadership clinique situationnel est également rendu</p>

<p>bestaande en hervormde opleidingstrajecten en door een duidelijke toewijzing van bevoegdheden en bekwaamheden bij gezondheidszorgbeoefenaars.</p> <p>De leden van de werkgroep reflecteerden over een geactualiseerde samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, het differentiëren in bevoegdheden tussen de verpleegkundige profielen in het functiemodel en de verdere differentiatie vanaf niveau 6.</p>	<p>possible par les parcours de formation existants et réformés et par une attribution claire des qualifications et des compétences chez les professionnels des soins de santé.</p> <p>Les membres du groupe de travail ont réfléchi à une collaboration actualisée entre médecins et infirmiers, à la différenciation des compétences entre les profils infirmiers dans l'échelle des fonctions infirmières et à une différenciation plus poussée à partir du niveau 6.</p>
<p>WERKWIJZE</p> <p>In voorbereiding op de discussies in de werkgroep hoe de taakverschuiving tussen verpleegkundigen en artsen er uit kan zien en onder welke voorwaarden werd een discussienota uitgewerkt door de voorzitter voor taakverschuiving/taakdelegatie van medische gerelateerde handelingen¹³ naar de verschillende verpleegkundige profielen binnen het functiemodel. Hoewel bepaalde verpleegkundige functieprofielen ook andere rollen opnemen waardoor ze van elkaar differentiëren (bv. Rol van opleider en ondersteuning bieden aan het zorgteam wat betreft klinische activiteiten, innovator van zorg, facilitator voor de implementatie van richtlijnen, initiator van wetenschappelijk onderzoek, ...), focuste deze discussienota enkel op de differentiatie in de klinische handelingen. De parallelle gemengde werkgroep FRV/TCV (differentiatie tussen de verpleegkundige profielen binnen het functiemodel) doet evenwel voorstellen van differentiatie tussen de andere rollen die verpleegkundige functies opnemen binnen het functiemodel. Deze discussienota werd ook ter info doorgestuurd naar de parallelle gemengde werkgroep FRV/TCV gezien de gedeeltelijke overlapping in de opdracht.</p> <p>De discussienota baseerde zich op (inter)nationale voorbeelden en wetenschappelijke evidentie, praktijkvoeringen in de huidige situatie maar nog niet juridisch verankerd, voorstellen vanuit de parallelle</p>	<p>METHODE DE TRAVAIL</p> <p>En préparation des discussions du groupe de travail sur les propositions concernant la forme et les conditions des transferts de tâches entre les infirmiers et les médecins, un document de travail a été élaboré par la présidente pour le transfert de tâches/la délégation d'actes à caractère médical¹⁴ à des profils infirmiers dans l'échelle des fonctions infirmières. Bien que certains profils de fonctions infirmières assument également d'autres rôles par lesquels ils se différencient les uns des autres (comme le rôle d'éducateur, le soutien à l'équipe de soins en termes d'activités cliniques, l'innovation en matière de soins, la facilitation de la mise en œuvre des lignes directrices, l'initiation de recherches scientifiques...), ce document de travail s'est concentré uniquement sur la différenciation dans les actes cliniques. Le groupe de travail mixte parallèle CFAI/CTAI (différenciation entre les profils infirmiers au sein de l'échelle des fonctions infirmières) formule toutefois des propositions de différenciation entre les autres rôles que les profils d'infirmiers assument au sein du modèle de fonctions. Ce document de travail a également été transmise au groupe de travail mixte CFAI/CTAI pour information, compte tenu du chevauchement partiel dans la mission.</p> <p>Le document de travail s'appuie sur des exemples (inter)nationaux et des preuves scientifiques, des pratiques actuelles mais qui ne sont pas encore ancrées dans la loi, des propositions du groupe de travail mixte</p>

¹³ In de huidige praktijkvoering en ook internationaal zijn er voorbeelden van taakverschuiving/taakdelegatie in kader van psychologisch gerelateerde handelingen.

¹⁴ Dans la pratique actuelle et au niveau international, il existe des exemples de transfert de tâches ou de délégation de tâches dans le cadre d'actes liés à la psychologie.

<p>werkgroep gemengde FRV / TCV, lopende discussies en discussies in het verleden in werkgroepen, raden en commissies en geformuleerde suggesties van de leden van de werkgroep bij het invullen van de Exceltabel.</p>	<p>CFAI/CTAI, des discussions en cours et passées au sein de groupes de travail, de conseils et de comités, et des suggestions formulées par les membres des groupes de travail lors du remplissage du tableau Excel.</p>
<p>OPBOUW DEEL 3 VAN HET RAPPORT</p> <p>In onderstaand Deel 3 van het rapport wordt een overzicht gegeven van de gevoerde discussies op basis van deze discussienota. De voorstellen door de FRV / TCV 2023-02 (zie 3.1.), de voorstellen voor bijkomende verpleegkundige handelingen op basis van suggesties van leden van de werkgroep (zie 3.2.), het voorstel voor verschuiving van medische handelingen naar verpleegkundige profielen binnen het functiemodel (B2→B1) (zie 3.3.) die geformuleerd werden in de discussienota werden bediscussieerd in de werkgroep.</p> <p>Het deel van de discussienota waarin de functie van de verpleegkundig specialist op basis van de literatuur beschreven werd, werd mondeling toegelicht op een vergadering en werd enkel in grote lijnen besproken, mede omwille van de korte tijdspanne van de werkzaamheden van de werkgroep. Ter volledigheid wordt dit literatuur deel van de discussienota in bijlage van het rapport ingevoegd, mede omwille van de onduidelijkheden die er waren bij leden van de werkgroep omtrent deze functie (Bijlage 1). De belangrijkste discussiepunten m.b.t. dit deel van het rapport worden beschreven in Deel 3 (zie 3.4.).</p> <p>De werkgroep bediscussieerde ook in welke mate <i>privileging</i> een optie kan zijn om de <i>scope of practice</i> te verbreden. De belangrijkste bezorgdheden m.b.t. <i>privileging</i> worden besproken in Deel 3 (zie 3.5).</p>	<p>STRUCTURE DE LA PARTIE 3 DU RAPPORT</p> <p>La Partie 3 du rapport qui suit résume les discussions qui ont eu lieu sur la base de ce document de travail.</p> <p>Les propositions de la CFAI / CTAI 2023-02 (voir 3.1.), les propositions pour des actes infirmiers supplémentaires basées sur les suggestions des membres du groupe de travail (voir 3.2.), la proposition de transfert d'actes médicaux vers des profils infirmiers dans le modèle de fonction (B2→B1) (voir 3.3.) qui ont été formulées dans le document de travail ont été discutées au sein du groupe de travail.</p> <p>La partie du document de travail décrivant la fonction de l'IPA sur la base de la littérature a été expliquée oralement lors d'une réunion et n'a été discutée que dans les grandes lignes, notamment en raison de la brièveté des travaux du groupe de travail. Par souci d'exhaustivité, cette partie littérature du document de discussion est annexée au rapport, notamment en raison du manque de clarté chez des membres du groupe de travail concernant cette fonction (annexe 1). Les principaux points de discussion concernant cette partie du rapport sont décrits dans la partie 3 (voir 3.4.).</p> <p>Le groupe de travail a également discuté de la question de savoir dans quelle mesure le <i>privileging</i> pourrait être une option pour élargir le <i>scope of practice</i>. Les principales préoccupations concernant le <i>privileging</i> sont discutées dans la partie 3 (voir 3.5.).</p>

3.1. VOORSTELLEN DOOR DE FRV/TCV 2023-02 - PROPOSITION PAR LES CFAI/CTAI 2023-02

<p>In haar advies van 2023-02 stelt de FRV/TCV voor om volgende verpleegkundige verstrekkingen toe te voegen aan de lijst voor de VVAZ, deels via het wijzigen van een B2 naar een B1-handeling. In onderstaande tekst worden deze wijzigingen opgesomd. In het desbetreffende advies wordt bijkomende motivatie en randvoorwaarden beschreven.</p>	<p>Dans leur avis 2023-02, les CFAI/CTAI proposent d'ajouter les prestations infirmières suivantes à la liste de l'IRSG, en partie par la transformation d'un acte B2 en un acte B1. Le texte ci-dessous énumère ces modifications. Les motivations supplémentaires et les conditions préalables sont décrites dans l'avis concerné.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wanneer de zorgvrager hierin niet zelf kan voorzien, moet de verpleegkundige de mogelijkheid hebben deze dagelijkse niet-voorschriftplichtige geneesmiddelen zelf toe te dienen (met ondersteuning vanuit de bevoegde instanties (FAGG, BCFI) via een bundel of vademecum met overzichtelijke richtlijnen of aandachtspunten voor een veilig gebruik van courante medicatie (indicaties, tegenindicaties, voorzorgen, interacties met andere medicatie...). ▪ Mogelijkheid hebben tot het aanvragen van klinische (labo-)onderzoeken. ▪ In kader van collectieve vaccinatieprogramma's zelf de vaccinatie kunnen uitvoeren op basis van een gevalideerde vragenlijst. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsque le demandeur de soins ne peut pas le faire lui-même, l'infirmier doit avoir la possibilité de lui administrer les médicaments quotidiens non soumis à prescription (avec le soutien des organismes compétents (AFMPS, CBIP) sous la forme d'un recueil ou d'un vademecum contenant des directives ou des points d'attention clairs pour une utilisation sûre des médicaments courants (indications, contre-indications, précautions, interactions avec d'autres médicaments, etc.)). ▪ L'infirmier doit pouvoir demander des examens cliniques (de laboratoire). ▪ Dans le cadre des programmes de vaccination collective, les infirmiers doivent donc pouvoir exécuter eux-mêmes la vaccination sur base d'un questionnaire validé.
<p>De werkgroep ondersteunt de geformuleerde voorstellen door de FRV/TCV 2023-02. Enkele leden gaven aan om de klinische (labo) onderzoeken te verduidelijken en toe te voegen op basis van afspraken bepaald in de samenwerkingsovereenkomst art 32 Wet 2019 en dat deze vooral verricht kunnen worden binnen de context van de follow-up van chronische patiënten met wie de verpleegkundige een therapeutische relatie heeft.</p>	<p>Le groupe de travail soutient les propositions formulées par le CFAI/CTAI 2023-02. Certains membres ont indiqué de clarifier et d'ajouter les examens cliniques (labos) sur base des accords stipulés dans la convention de coopération art 32 loi 2019 et que ceux-ci peuvent être réalisés notamment dans le cadre du suivi des patients chroniques avec lesquels l'infirmier a une relation thérapeutique.</p>

3.2. VOORSTEL BIJKOMENDE VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN - PROPOSITION D'ACTES DE SOINS INFIRMIERS SUPPLEMENTAIRES

<p>Op basis van de besprekingen in de werkgroep werden enkele bijkomende verpleegkundige handelingen geformuleerd om de <i>scope of practice</i> van verpleegkundigen, opgeleid vanaf niveau 6 te versterken. De leden van de werkgroep geven aan dat voor deze handelingen geen differentiatie tussen de functieprofielen binnen het verpleegkundig functiemodel wenselijk is:</p>	<p>Sur la base des discussions du groupe de travail, certaines prestations infirmières supplémentaires ont été formulées afin de renforcer le <i>scope of practice</i> des infirmiers, formés à partir du niveau 6. Les membres du groupe de travail ont indiqué que, pour ces prestations, une différenciation entre les profils de fonctions au sein de l'échelle des fonctions infirmières n'était pas souhaitable :</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het initiëren, uitvoeren en opvolgen van screenings in kader van primaire, secundaire en tertiaire preventie, en waar van toepassing zoals aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad of de gewesten bv. darmkanker (stoelgangtest), neus- of keeluitstrijkje in geval van een seizoensgebonden epidemie of pandemie; <i>De werkgroep is van mening dat het uitvoeren en de opvolging van screenings bij individuele patiënten tot de verpleegkundige opdracht kan behoren. Het initiëren van screenings bij individuele patiënten is eerder enkel mogelijk conform collectieve / overheidsscreeningsprogramma's¹⁵.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • L'initiation, la réalisation et le suivi des dépistages dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire et, le cas échéant, selon les recommandations du Conseil supérieur de la Santé ou des Régions : p.ex. cancer du côlon (test des selles), prélèvement nasal ou pharyngé en cas d'épidémie saisonnière ou de pandémie ; <i>Le groupe de travail estime que la réalisation et le suivi des dépistages chez les patients individuels peuvent faire partie des tâches infirmières. En revanche, le fait d'initier des dépistages chez des patients individuels est uniquement possible conformément à des programmes collectifs / de dépistage par les autorités¹⁶.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mogelijkheid dat verpleegkundigen kunnen doorverwijzen naar een paramedicus steeds na overleg met de arts of als afspraken m.b.t. doorverwijzing welomschreven worden in een interprofessioneel afsprakenkader (zie verder discussie over verpleegkundig specialisten) (bv. het kunnen doorverwijzen naar fysiotherapeut of ergotherapeut voor een persoon in geval van verlies van zelfstandigheid) <i>Artsen in de werkgroep formuleren de bezorgdheid van overconsumptie in de zorg, de potentiële desorganisatie van het zorgtraject en benadrukken de</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité pour les infirmiers d'orienter vers un autre professionnel paramédical, toujours après concertation avec le médecin ou si les accords concernant l'orientation sont bien définis dans un cadre d'accord interprofessionnel (voir plus loin la discussion sur l'IPA) (par exemple, pouvoir orienter une personne vers un kinésithérapeute ou un ergothérapeute dans le cas d'une perte d'autonomie). <i>Des médecins du groupe de travail expriment leur inquiétude quant à la surconsommation dans les soins et à la désorganisation potentielle du trajet de soins et ils soulignent la nécessité</i>

¹⁵ Evidentie laat zien dat verpleegkundige profielen en apothekers screenings in hun takenpakket veilig kunnen opnemen

¹⁶ Les données probantes montrent que les profils infirmiers et les pharmaciens peuvent intégrer les dépistages dans leurs tâches en toute sécurité (Maier et al. (2021) Skill mix innovation, effectiveness and implementation. Improving primary care and chronic care)

<p><i>noodzaak van het advies van een behandelend arts. De toevoeging dat deze handeling steeds in samenwerking met de arts is of binnen interprofessioneel samenwerkingsverband komt volgens leden van de werkgroep aan deze bezorgdheden tegemoet. Andere leden van de werkgroep suggereren dat het toevoegen van deze handeling te overwegen valt. Als argument wordt gegeven dat verpleegkundigen vaak de noodzaak tot doorverwijzen naar bijv. paramedici beter kunnen inschatten omwille van het frequentere contact die ze hebben met patiënten, waardoor ze meer zicht hebben op hun functioneren. Volgende randvoorwaarden voor doorverwijzing door verpleegkundigen zijn hierbij belangrijk: (1) steeds in samenwerking met de arts of als afspraken m.b.t. doorverwijzing welomschreven worden in een interprofessioneel afsprakenkader en (2) met een systematische melding zodat de behandelende arts automatisch kennis krijgt van de doorverwijzing zodat de arts de doorverwijzing kan opvolgen.</i></p>	<p><i>de l'avis d'un médecin traitant. L'ajout de la mention que cet acte se fait toujours en collaboration avec le médecin ou dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle répond à ces préoccupations, selon des membres du groupe de travail. D'autres membres du groupe de travail suggèrent que l'ajout de cet acte est envisageable. L'argument avancé est que les infirmiers sont souvent mieux à même d'évaluer la nécessité d'orienter les patients vers le personnel paramédical, par exemple, en raison des contacts plus fréquents qu'ils ont avec les patients qui leur donne une plus grande visibilité sur leur fonctionnement. Les conditions préalables suivantes pour l'orientation par les infirmiers sont importantes : (1) toujours en collaboration avec le médecin ou si les accords concernant l'orientation sont bien définis dans un cadre d'accord interprofessionnel et (2) avec une notification systématique de sorte que le médecin traitant soit automatiquement informé de l'orientation afin qu'il puisse assurer un suivi.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Attestering door verpleegkundigen na overleg met de arts of als afspraken m.b.t. attestering welomschreven worden in een interprofessioneel afsprakenkader met aangepaste nomenclatuur</i> <i>De werkgroep discussieerde over attestering door verpleegkundigen met een aanpassing van de nomenclatuur. Volgens leden van de werkgroep kan dit de zorgorganisatie optimaliseren (bijv. door het vermijden van onnodige wachttijden op goedkeuring/handtekening van de arts). Attestering (bijv. attest prothese, pruik, terugbetaling medicatie, ...) gebeurt nu vaak door verpleegkundigen (Type attestering is afhankelijk van het specialisatiedomein waarin de verpleegkundige werkzaam is). Leden van de werkgroep zijn van mening dat een aanpassing van de nomenclatuur te</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rédaction d'attestations par des infirmiers après concertation avec le médecin ou si des accords concernant ces attestations sont bien définis dans un cadre d'accord interprofessionnel avec nomenclature adaptée</i> <i>Le groupe de travail a discuté de la rédaction d'attestations par les infirmiers avec une nomenclature adaptée. Selon des membres du groupe de travail, cela pourrait optimiser l'organisation des soins (par exemple en évitant des temps d'attente inutiles pour l'approbation/la signature du médecin). L'attestation (p.ex. attestation prothèse, perruque, remboursement de médicaments...) est maintenant souvent faite par les infirmiers (le type d'attestation dépend du domaine de spécialisation de soins dans lequel l'infirmier travaille). Des membres du groupe de travail estiment qu'une adaptation de la nomenclature est envisageable, par le biais d'un alignement</i>

<p><i>overwogen is, door het in overeenstemming brengen met de wet en de praktijk. Op die manier kan attestering door verpleegkundigen ook terugbetaald worden. Immers, vandaag de dag heeft de patiënt voor de terugbetaling nog steeds de goedkeuring en een handtekening van een arts nodig. De attestering zoals in deze rubriek beschreven gaat niet over attestering in kader van werkonbekwaamheid.</i></p>	<p><i>entre la loi et la pratique. De cette manière, l'attestation par des infirmiers peut également être remboursée. En effet, aujourd'hui, le patient a toujours besoin de l'approbation et de la signature d'un médecin pour être remboursé. L'attestation telle que décrite dans cette section ne concerne pas l'attestation dans le cadre de l'incapacité de travail.</i></p>
--	--

3.3. VOORSTEL VOOR TAAKVERSCHUIVING VAN MEDISCHE HANDELINGEN NAAR VERPLEEGKUNDIGEN (B2 -> B1)

/PROPOSITION POUR LE TRANSFERT DES ACTES MEDICAUX VERS LES INFIRMIERS (B2 -> B1)

<p>Aan de leden van de werkgroep werd de vraag gesteld of het wenselijk is om bepaalde B2-handelingen te verschuiven naar B1-handelingen. De werkgroep is van mening dat het niet wenselijk is om hierin een onderscheid te maken voor de verschillende verpleegkundige functieprofielen in het functiemodel.</p> <p>Op basis van de ingevulde tabel geven meerdere leden van de werkgroep aan dat verschillende B2-handelingen, aanvullend aan de reeds geformuleerde handelingen door de FRV/TCV 2023-02, verschoven konden worden naar een B1-handeling, mits het al dan niet voldoen aan bepaalde voorwaarden.</p> <p>Ter volledigheid lijsten we hieronder de 5 handelingen op waarvan (1) meer dan de helft - van de 13 leden die de vragenlijst invulden - akkoord ging met deze verschuiving of onderdelen van de handeling die verschoven konden worden en (2) de minderheid aangaf dat dit enkel kon onder bepaalde voorwaarden.</p> <p>Na discussie met de leden van de werkgroep was er unanimité om enkel de verschuivingen van B2 naar B1 zoals reeds geformuleerd in het advies FRV/TCV 2023-02 te behouden en geen verdere opsplitsing te doen voor deze handelingen binnen het verpleegkundig functiemodel.</p>	<p>Les membres du groupe de travail ont été interrogés sur l'opportunité de transférer certains actes B2 vers la liste B1. Le groupe de travail est d'avis qu'il n'est pas souhaitable d'établir une telle distinction pour les différents profils professionnels infirmiers dans l'échelle des fonctions infirmières.</p> <p>Sur base du tableau complété, plusieurs membres du groupe de travail ont indiqué que différents actes B2, en plus de ceux déjà formulés par le CFAI/CTAI 2023-02, pouvaient être transférés vers un acte B1, sous réserve qu'ils satisfassent à certaines conditions.</p> <p>Par souci d'exhaustivité, nous énumérons ci-dessous les 5 actes pour lesquels (1) plus de la moitié - des 13 membres qui ont répondu au questionnaire - ont accepté ce transfert ou le transfert de parties de l'acte, et (2) la minorité a indiqué que cela ne pouvait se faire que sous certaines conditions.</p> <p>Après discussion avec les membres du groupe de travail, l'unanimité s'est faite pour ne conserver que les transferts de B2 vers B1 tels qu'ils sont déjà formulés dans l'avis CFAI/CTAI 2023-02 et pour ne pas procéder à d'autres scissions pour ces actes dans le cadre de l'échelle des fonctions infirmières.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de percutane gastrostomiesonde met ballon ▪ Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de supra-pubische blaassonde met ballon ▪ Voorbereiding, uitvoering van en toezicht op: verwijderen van cutaan hechtingsmateriaal, cutane wicken en drains en cutane katheters; spoeling van neus, ogen en oren; warmte- en koudetherapie; therapeutische baden; verwijderen van een epidurale katheter; toepassen van therapeutische lichtbronnen; het plaatsen van kopglazen, bloedzuigers en larven ▪ In evenwicht houden van de vochtbalans ▪ Bloedafneming: door veneuze en capillaire punctie; langs aanwezige arteriële katheter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet ▪ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de vésicale sus-pubienne à ballonnet ▪ Préparation, réalisation et surveillance de : enlèvement de matériels de suture cutanée, de mèches et de drains et de cathéters cutanés ; lavage du nez, des oreilles et des yeux ; thérapie utilisant la chaleur et le froid ; bains thérapeutiques ; enlèvement d'un cathéter épidural ; application thérapeutique d'une source de lumière ; application de ventouses, sangsues et larves ▪ Maintien du bilan hydrique ▪ Prélèvement de sang : par ponction veineuse ou capillaire ; par cathéter artériel en place
---	--

3.4. DISCUSSIEPUNTEN MBT DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST / POINTS DE DISCUSSION SUR L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE

<p>Gezien de discussienota waarin de functie van de verpleegkundig specialist op basis van de literatuur beschreven werd enkel in grote lijnen werd besproken - mede omwille van de korte tijdspanne van de werkzaamheden van de werkgroep - rapporteren we hieronder de belangrijkste discussiepunten:</p>	<p>Le document de travail décrivant la fonction de l'IPA sur la base de la littérature n'ayant été discuté que dans les grandes lignes - notamment en raison de la brièveté des travaux du groupe de travail - nous reprenons ci-dessous les principaux points de discussion :</p>
<p>VERDUIDELIJING VAN DE KLINISCHE HANDELINGEN VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST</p>	<p>CLARIFICATION DES ACTES CLINIQUES DE L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCÉE</p>
<p>Tijdens discussies tussen de leden van de werkgroep bleek er onduidelijkheid omtrent de verpleegkundige en medische handelingen die een verpleegkundig specialist zou kunnen opnemen in bepaalde fases van het zorgtraject of in een bepaalde zorgcontext. Verduidelijkingen omtrent de klinische rol van de verpleegkundig specialist die aangereikt werden tijdens de vergadering werden toegevoegd en voorbeelden die kort aangehaald werden tijdens de vergadering</p>	<p>Lors des discussions entre les membres du groupe de travail, un manque de clarté est apparu quant aux actes infirmiers et médicaux qu'un infirmier de pratique avancée pourrait assumer à certains stades du trajet de soins ou dans un contexte de soins particulier. Des clarifications concernant le rôle clinique de l'IPA proposées au cours de la réunion ont été ajoutées et les exemples brièvement cités au cours de la réunion ont donc été discutés plus en détail dans le présent rapport.</p>

werden daarom uitvoeriger besproken in dit rapport.

De klinische handelingen van de verpleegkundige specialist worden in dit rapport verduidelijkt aan de hand van **enkele voorbeelden**. Deze handelingen worden altijd uitgevoerd binnen interprofessionele samenwerkingsafspraken en in nauwe samenwerking met de betrokken artsen. Vandaag de dag verricht de verpleegkundig specialist haar klinische handelingen vooral in kader van de zorg aan patiënten met chronische aandoeningen, bij wie de primaire diagnose gesteld werd door een arts. Het is in deze populatie van chronische patiënten waar de minder complexe en/of afgebakende medische handelingen en de complexe verpleegkundige handelingen uitgevoerd door een verpleegkundig specialist het best tot hun recht komen voor een betere kwaliteit van zorg. De drie onderstaande voorbeelden illustreren deze context.

Voorbeeld 1: Een verpleegkundig specialist oncologie volgt autonoom patiënten op tijdens hun kankerbehandeling. Na diagnosestelling en MOC-overleg, indiceert de oncoloog bv een perorale antitumorale behandeling. Voor de verdere opvolging tijdens de behandeling verwijst de oncoloog de patiënt door naar een verpleegkundig specialist, die werkzaam kan zijn binnen een nurse-led zorgmodel. De periodieke evaluatie van de behandeling (labo, beeldvorming) blijft bij de oncoloog (bespreking onderzoeksresultaten). De meerwaarde van de opvolging door een verpleegkundig specialist zit hem niet in de beperkte uitvoering van medische handelingen maar wel net in het monitoren van de patiënt, het verhogen van de zelfredzaamheid van de patiënt, het behoud van therapietrouw, het anticiperen op 'serious adverse events', instaan voor een vlotte zorgcoördinatie en het aanbieden van laagdrempelige psychosociale zorg. In kader van continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg, het verminderen van wachttijden bij de artsen en het beogen van een efficiënte zorgverlening, is het wenselijk de *scope of practice* van de verpleegkundig specialist uit te breiden, steeds binnen een interprofessioneel samenwerkingsverband. Dit

Ces actes cliniques de l'infirmier de pratique avancée sont clarifiés dans le présent rapport au moyen de **quelques exemples**. Ils sont toujours réalisés dans le cadre d'accords de coopération interprofessionnels et en étroite collaboration avec les médecins concernés.

Aujourd'hui, l'IPA exerce ses actes cliniques principalement dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, dont le diagnostic principal a été posé par un médecin. C'est dans cette population de patients chroniques que les actes médicaux moins complexes et/ou délimités et les actes infirmiers complexes de l'IPA prennent tout leur sens pour une meilleure qualité des soins. Les trois exemples ci-dessous illustrent ce contexte.

Exemple 1 : un infirmier de pratique avancée en oncologie assure de manière autonome le suivi des patients pendant leur traitement oncologique. Après le diagnostic et la consultation oncologique multidisciplinaire, l'oncologue indique, par exemple, un traitement antitumoral par voie orale. Pour la suite du suivi pendant le traitement, l'oncologue oriente le patient vers l'infirmier de pratique avancée, qui peut travailler dans un modèle de *nurse-led clinic*. L'évaluation périodique du traitement (laboratoire, imagerie) reste chez l'oncologue (discussion des résultats d'examen). La valeur ajoutée du suivi par un infirmier de pratique avancée ne réside pas dans l'exécution limitée d'actes médicaux, mais plutôt dans le suivi du patient, le renforcement de son autonomie, le maintien de l'observance thérapeutique, l'anticipation des événements indésirables graves, la bonne coordination des soins et l'accessibilité de la prise en charge psychosociale. Dans le contexte de la continuité des soins, de la qualité des soins, de la réduction des temps d'attente chez les médecins et de l'efficacité des soins, il est souhaitable d'élargir le *scope of practice* de l'infirmier de pratique avancée. Cela inclut,

omvat o.a. de mogelijkheden tot het nemen van autonome initiatieven in kader van diagnostiek van toxiciteiten ten gevolge van de behandeling, het kunnen aanvragen van bijkomende onderzoeken en het kunnen tijdig opstarten van randmedicatie (bijv. het opvangen van een hand-voet huidreactie, nausea en braken).

Voorbeeld 2. Naar aanleiding van de huidige wachttijden binnen de GGZ en het beperkt aantal opnames mogelijk in psychiatrische instellingen is er nood aan toegankelijke ambulante zorgverlening binnen deze sector. Een nurse-led zorgmodel met een verpleegkundig specialist kan hier o.a. een oplossing bieden. Zo kan er binnen een ambulante verpleegkundig consult een eerste uitgebreide screening gebeuren door de verpleegkundig specialist na een eerste aanmelding, dit bijv. na doorverwijzing van de huisarts naar het zorgteam. De arts-specialist kan op basis van de intake gegevens de diagnose en behandeling stellen, bv. bij patiënten met eetstoornissen, angst- of stemmingsstoornissen. Afwisselend met de artsconsultaties wordt de patiënt mee opgevolgd door de verpleegkundig specialist en wordt de samenwerking met de huisarts en de psycholoog in de eerstelijns gecoördineerd. Binnen een ziekenhuissetting kan zorg door de verpleegkundig specialist ook betekenisvol zijn voor bv. patiënten met klachten van depressie, angst of een post traumatisch stress syndroom na een langdurige opname op intensieve zorg. In samenwerking met het interprofessioneel psychiatrisch team volgt de verpleegkundig specialist de patiënt op na de ICU opname en dit doorheen zijn volledig zorgtraject in het ziekenhuis. Verpleegkundig specialisten nemen vaak de leidende en coördinerende rol op van een psychiatrisch liaisonsteam binnen een ziekenhuiscontext.

Voorbeeld 3: Incontinentiecliniek
Een nurse-led zorgmodel voor patiënten met incontinentieklachten waarin o.a. een verpleegkundig specialist werkzaam en deze zorgen coördineert is, kan een meerwaarde betekenen voor de kwaliteit en continuïteit van

entre autres, la possibilité de prendre des initiatives autonomes dans le cadre du diagnostic des toxicités à la suite du traitement, la possibilité de demander des examens complémentaires et la possibilité d'initier un traitement médicamenteux de soutien en temps opportun (par exemple, la prise en charge d'une réaction cutanée main-pied, de nausées et de vomissements).

Exemple 2. En raison des délais d'attente actuels dans les soins de santé mentale et du nombre limité d'admissions dans les établissements psychiatriques, il est nécessaire de mettre en place des soins ambulatoires accessibles dans ce secteur. Un modèle de soins *nurse-led* avec un IPA peut offrir une solution. Dans le cadre d'une consultation infirmière ambulatoire, un premier examen approfondi par l'IPA peut avoir lieu après une première inscription, par exemple sur recommandation d'un médecin généraliste à l'équipe de soins. Sur la base des données d'admission, le médecin spécialiste peut établir un diagnostic et un traitement, par exemple pour les patients souffrant de troubles de l'alimentation, d'anxiété ou de troubles de l'humeur. En alternance avec les consultations médicales, l'infirmier de pratique avancée assure conjointement le suivi du patient et coordonne la coopération avec le médecin généraliste et le psychologue de première ligne. En contexte hospitalier, les soins *nurse-led* peuvent également s'avérer utiles pour les patients présentant des symptômes de dépression, d'anxiété ou de syndrome de stress post-traumatique après un séjour prolongé aux soins intensifs, par exemple. En collaboration avec l'équipe psychiatrique interprofessionnelle, l'IPA assure le suivi du patient après son admission en USI et tout au long de son trajet de soins à l'hôpital. Les IPA assument souvent le rôle de direction et de coordination d'une équipe de liaison psychiatrique dans un contexte hospitalier.

Exemple 3 : Clinique de l'incontinence
Un modèle de soins *nurse-led* dirigés par un IPA pour les patients souffrant d'incontinence peut apporter une valeur ajoutée à la qualité et à la continuité des soins, à la coopération et à la coordination des soins entre la première et la

<p>zorg, de samenwerking en coördinatie van zorg tussen de eerste en tweede lijn en het vermogen tot zelfzorg bij de patiënt. Zo kan de verpleegkundig specialist een first point of contact zijn voor de huisarts of de thuisverpleegkundige om patiënten door te verwijzen voor diagnosestelling en behandeling. De verpleegkundig specialist voert een aantal gestandaardiseerde functionele onderzoeken uit in kader van de differentiaal diagnose. Na de diagnosestelling door de arts kan de verpleegkundig specialist de patiënt bv. voorlichten en begeleiden bij het plaatsen van een pessarium. In afstemming met de eerstelijns zorgverleners en de uroloog kan de verpleegkundig specialist de verdere opvolging van de patiënt coördineren.</p>	<p>deuxième lignes et à la capacité du patient à se soigner lui-même. Par exemple, l'IPA peut être le premier point de contact du médecin généraliste ou de l'infirmière à domicile pour l'orientation des patients vers un diagnostic et un traitement. L'IPA effectue un certain nombre d'examens fonctionnels standardisés dans le cadre du diagnostic différentiel. Après le diagnostic du médecin, l'IPA peut, par exemple, éduquer et guider la patiente dans la mise en place d'un pessaire. En coordination avec les prestataires de soins de première ligne et l'urologue, l'IPA peut coordonner le suivi ultérieur de la patiente.</p>
<p>DIFFERENTIATIE TUSSEN NIVEAU 6 EN 7</p>	<p>DIFFERENTIATION ENTRE NIVEAUX 6 ET 7</p>
<p>Leden van de werkgroep gaven aan dat de differentiatie tussen VVAZ (niveau 6) en de gespecialiseerde verpleegkundige (niveau 6 plus) vooral tot uiting kan komen op basis van het portfolio en de toevertrouwde handelingen. Dit ligt in lijn met het advies 2022 van de FRV en TCV waar de optie van medisch toevertrouwde handelingen werd toegevoegd: <i>De handelingen die door een arts of tandarts kunnen worden toevertrouwd aan een verpleegkundige vanaf niveau 6.</i></p> <p>Hoewel leden van de werkgroep benadrukten dat de VVAZ moet geëmancipeerd worden (zeker gezien de huidige 4 jarige opleiding met bijkomende competenties), leek er ook een draagvlak te zijn voor een differentiatie tussen niveau 6 en niveau 7, naar analogie met de toekomstige differentiatie in bevoegdheden tussen niveau 5 en niveau 6.</p> <p>Hieromtrent hadden enkele leden een verschillende mening. Enerzijds werd gesteld dat de differentiatie in de klinische rol niet mag betekenen dat bepaalde taken/handelingen enkel voorbehouden worden aan niveau 7 (o.a. omdat de aanwezigheid van niveau 7 niet in elke sector vereist is en de continuïteit van zorg verzekerd moet blijven). Anderzijds werd gesteld dat profielen met niveau 7, waarbij er een uitbreiding van de <i>scope of practice</i> is,</p>	<p>Des membres du groupe de travail ont indiqué que la différenciation entre l'IRSG (niveau 6) et l'infirmier spécialisé (niveau 6 plus) pouvait s'exprimer principalement sur la base du portefeuille et des actes confiés. Ceci est conforme à l'avis 2022 des CFAI et CTAI qui ont ajouté l'option des actes médicalement confiés : les actes qui peuvent être confiés à un infirmier par un médecin ou un dentiste à partir du niveau 6.</p> <p>Bien que les membres du groupe de travail aient insisté sur le fait que l'IRSG devrait être émancipé (en particulier compte tenu de la formation actuelle de 4 ans avec des compétences supplémentaires), il semble également y avoir un soutien pour une différenciation plus poussée entre le niveau 6 et le niveau 7, par analogie avec la différenciation future des autorisations entre le niveau 5 et le niveau 6.</p> <p>Certains membres avaient des points de vue différents à ce sujet. D'une part, il a été dit que la différenciation du rôle clinique ne doit pas signifier que certains tâches/actes sont réservés seulement au niveau 7 (notamment parce que la présence du niveau 7 n'est pas requise dans tous les secteurs et que la continuité des soins doit rester assurée). D'autre part, il a été dit que les profils de niveau 7 où il y a une extension du <i>scope of practice</i> sont</p>

<p>wenselijk zijn en er wordt ook gesteld dat er momenteel sectoren zijn waar een verpleegkundig specialist in de toekomst van betekenis zou kunnen zijn. Er was wel eensgezindheid dat deze differentiatie niet mag impliceren dat bepaalde taken/handelingen afgenomen zouden worden van de verpleegkundige niveau 6.</p> <p>Er is evenwel groeiende evidentie dat differentiërende klinische ladders waarbinnen het inzetten van verpleegkundig specialisten - naast de uitvoerige evidentie met positieve effecten op patiënten niveau - de team effectiviteit vergroot en de groei van andere verpleegkundige profielen ten goede komt (o.a. verhoogde aantrekkelijkheid om te kiezen voor het verpleegkundig beroep, hoger retentiebeleid en hogere tevredenheid bij verpleegkundigen omwille van coaching, mentoring door de verpleegkundig specialist binnen het specialisatie domein (o.a. Capaciteitsorgaan, 2022. Capaciteitsplan 2024-2027).</p> <p>Bijkomend verwezen leden van de werkgroep ook naar de grondige hervorming, zowel in het Franstalig als het Vlaams onderwijs, m.b.t. de academische masteropleidingen met een gerichtheid op het profiel van de verpleegkundig specialist. Dit maakt de differentiatie tussen niveau 6 en 7 in de klinische rol ook mogelijk. In Vlaanderen heeft men nu ook sedert 3 jaar de specifieke afstudeerrichting Verpleegkundig Specialist. Hierin worden studenten meer doorgedreven vaardigheden rond klinisch assessment, klinisch redeneren en farmacologie/voorschrijven aangeleerd. Dit dienen ze verder binnen hun gekozen specialisatie domein (stage) in te oefenen. Ook in het Franstalig onderwijs werd de masteropleiding sedert 2022 hervormd die voorbereid op het profiel van de verpleegkundig specialist. In beide opleidingen worden de basiscompetenties gelegd om deze verder te verdiepen in het gekozen specialisatie domein na het afronden van hun opleiding. Om dan na bijkomende mentoring door de (huis)arts (en registratie van de inhoud van deze mentoring in het portfolio) en ervaring opgedaan te hebben de rol van verpleegkundig specialist ook als klinisch expert en behandelaar op te nemen.</p>	<p>souhaitables et qu'il y a actuellement des secteurs où un IPA pourrait être important à l'avenir. Il a toutefois été convenu que cette différenciation ne pouvait pas impliquer que certains tâches/actions soient retirés à un infirmier de niveau 6.</p> <p>Cependant, il est de plus en plus évident que la différenciation des échelons cliniques au sein desquels le déploiement d'IPA's - en plus des nombreuses preuves d'effets positifs au niveau du patient - augmente l'efficacité de l'équipe et profite à la croissance d'autres profils infirmiers (notamment l'attrait accru pour la profession d'infirmier, des taux de rétention plus élevés et une plus grande satisfaction parmi les infirmiers en raison du coaching, du mentorat par l'IPA dans le domaine de spécialisation (notamment Conseil des Capacités, 2022. Plan de capacité 2024-2027)).</p> <p>En outre, des membres du groupe de travail ont également fait référence à la réforme approfondie, tant dans l'enseignement francophone que dans l'enseignement flamand, concernant les programmes de master axés sur le profil de l'infirmière spécialisée. Cela permet également de différencier les niveaux 6 et 7 dans le rôle clinique.</p> <p>La Flandre dispose, depuis 3 ans, d'une orientation spécifique Infirmier de pratique avancée. Cette orientation enseigne aux étudiants des compétences plus approfondies en matière d'évaluation clinique, de raisonnement clinique et de pharmacologie/prescription. Ils doivent ensuite les mettre en pratique dans le domaine de spécialisation qu'ils ont choisi (stage). Dans l'enseignement francophone également, le programme de master qui prépare au profil de l'IPA a été réformé en 2022. Dans les deux formations, les compétences de base sont posées pour être approfondies dans le domaine de spécialisation choisi à l'issue de la formation. Pour ensuite, après un mentorat supplémentaire par le médecin (généraliste) (et l'enregistrement du contenu de ce mentorat dans le portfolio) et après avoir acquis suffisamment d'expérience, assumer le rôle</p>
---	--

	d'IPA également en tant qu'expert clinique et praticien.
SITUATIONEEL KLINISCH LEIDERSCHAP	LE LEADERSHIP CLINIQUE SITUATIONNEL
<p>De werkgroep is van mening dat er ruimte moet zijn voor situationeel klinisch leiderschap waarbij in een bepaalde fase van het zorgtraject of in een bepaalde zorgcontext (bijv. bij opvolging van patiënten met chronische aandoeningen, bij zorg voor een patiëntenpopulatie met een verwacht en voorspeld verloop) een verpleegkundige vanaf niveau 6 de leiding en verantwoordelijkheid kan nemen over een deel van het zorgtraject waar de expertise van een arts niet nodig is en waarbij het voor bepaalde verpleegkundige functieprofielen verder kan gaan dan de verpleegkundige diagnostiek en verpleegkundige behandelplannen. Gezien de specifieke medische expertise van de arts voor het stellen van een (differentieel) diagnose, medische beslissonderzoek (met risico-inschatting) en het opstellen van een behandelplan dat kan afwijken van standaarden en protocollen, zal deze beroepsgroep een centrale rol hebben in het mee coördineren van deze taakverschuiving.</p> <p>Deze werkwijze maakt het mogelijk dat (1) meer holistische zorg aan de patiënt geboden kan worden met aandacht voor de continuïteit van de zorg, (2) dat verpleegkundigen op basis van hun competenties optimaal kunnen ingezet worden en (3) dat artsen zich kunnen concentreren op hun kerntaken en niet alle verantwoordelijkheid moeten dragen. Het is evident dat verpleegkundigen die dit situationeel klinisch leiderschap opnemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) de vereiste opleiding, permanente vorming en ervaring binnen het (specialisatie)zorgdomein moeten hebben die ze ook, conform de Kwaliteitswet, in het portfolio moeten (blijvend) aantonen. (2) dit steeds doen binnen de context van een interprofessioneel team waarin afspraken m.b.t. samenwerking, doorverwijzing en opvolging gemaakt worden. 	<p>Le groupe de travail est d'avis qu'il devrait y avoir une place pour un leadership clinique situationnel où, à un certain stade du parcours de soins ou dans un certain contexte de soins (par exemple, le suivi des patients atteints de maladies chroniques, lors de la prise en charge d'une population de patients dont l'évolution est attendue et prévue), un infirmier à partir de niveau 6, peut prendre la responsabilité d'une partie du processus de soins où l'expertise d'un médecin n'est pas nécessaire et où, pour certains profils professionnels d'infirmiers, cela peut aller au-delà des diagnostics infirmiers et des plans de traitement infirmiers. Étant donné l'expertise médicale spécifique du médecin en matière de diagnostic, de diagnostic différentiel, de prise de décision médicale (avec évaluation des risques) et de préparation d'un plan de traitement qui peut s'écarter des normes et des protocoles, cette profession aura un rôle central dans la coordination de ce transfert de tâches.</p> <p>Cette méthode de travail permet (1) de fournir des soins plus holistiques aux patients en veillant à la continuité des soins, (2) d'utiliser les infirmières de manière optimale en fonction de leurs compétences, et permet également (3) au médecin de se concentrer sur ses tâches principales et de ne pas avoir à assumer toutes les responsabilités. Il est évident que les infirmiers qui assument ce leadership clinique situationnel :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) doivent disposer de l'éducation, de la formation tout au long de la vie et de l'expérience requises dans le domaine des soins (spécialisation), qu'ils doivent également, conformément à la loi sur la qualité, être en mesure de démontrer (en permanence) dans le portefeuille. (2) toujours le faire dans le cadre d'une équipe interprofessionnelle au sein de laquelle des accords de coopération, d'orientation et de suivi sont conclus.

OPTIE VAN REGULATORY SANDBOXES	L'OPTION DES REGULATORY SANDBOXES
<p>Naar analogie met het bestaan van regulatory sandboxes (zie Bijlage 1) in andere landen bediscussieerden de leden van de werkgroep deze optie voor verpleegkundig specialisten om binnen een specialisatie domein en binnen een interprofessionele samenwerkingsafspraken autonome initiatieven inzake de eerder vermelde acht bevoegdheden mogelijk te maken. Leden gaven aan dat dergelijke sandboxes belangrijk kunnen zijn voor verpleegkundig specialisten. Het kan de mogelijkheid bieden om (1) verpleegkundig specialisten te beschermen die momenteel reeds, al dan niet in een onderzoek context, taken uit de acht bevoegdheden opnemen (kan een veilig kader bieden voor verpleegkundig specialisten vandaag de dag) en (2) nieuwe evoluties qua <i>scope of practice</i> op een meer natuurlijke manier mogelijk te maken.</p> <p>Toegepast op de verpleegkundig specialist zou in een <i>regulatory sandbox</i> of een experimenteerartikel de verpleegkundig specialist autonome handelingen inzake de eerder vermelde acht bevoegdheden kunnen nemen, binnen een afgebakend tijds kader. Binnen dit tijds kader zou deze 'nieuwe' manier van werken geëvalueerd kunnen worden. Als uit het evaluatieonderzoek blijkt dat het toekennen van een wettelijke bevoegdheid (of het verbreden van de <i>scope of practice</i>) bijdraagt aan de zorg en de zorgorganisatie en dat deze verpleegkundig specialisten op zorgvuldige wijze omgaan met de bevoegdheden die zij toegekend hebben gekregen, kan besloten worden om deze tijdelijke experimenten om te zetten in definitieve regelgeving en kan dit leiden tot het definitief verankeren van het kunnen nemen van autonomie initiatieven inzake de eerder vermelde acht bevoegdheden voor de verpleegkundig specialist, met bijhorende eindverantwoordelijkheid voor deze verrichte handelingen.</p> <p>De optie van <i>regulatory sandboxes</i> werd ook afgetoetst met een juridisch expert. Deze sandboxes kunnen een optie (hoewel deze initieel bedoeld zijn om met nieuwe gezondheidszorgberoepen te experimenteren). Het uitwerken van de uitvoeringsbesluiten voor de verpleegkundig specialisten, waarin de</p>	<p>Par analogie avec l'existence des regulatory sandboxes (voir Annexe 1) dans d'autres pays, les membres du groupe de travail ont discuté de l'option des regulatory sandboxes pour infirmiers de pratique avancée afin de permettre des initiatives autonomes dans les huit compétences susmentionnés au sein d'un domaine de spécialisation et dans le cadre d'un accord de collaboration interprofessionnelle. Des membres ont indiqué que ces <i>sandboxes</i> pourraient être importants pour l'IPA. En effet, ils peuvent (1) permettre de protéger les IPA qui assument déjà actuellement des tâches relevant des huit compétences, que ce soit dans un contexte expérimental ou non (ce qui fournira un cadre sûr pour de nombreuses IPA aujourd'hui) et (2) permettre de nouvelles évolutions en termes de <i>scope of practice</i> d'une manière plus naturelle.</p> <p>Appliqué à l'IPA, un <i>regulatory sandbox</i> ou un article d'expérimentation permettrait à l'IPA de prendre des initiatives autonomes dans les huit compétences susmentionnés, dans un délai défini. Dans ce délai, cette « nouvelle » façon de travailler pourrait être évaluée. Si l'étude d'évaluation montre que l'octroi d'une compétence statutaire (ou l'élargissement du <i>scope of practice</i>) contribue aux soins/à l'organisation des soins et à ce que ces IPA gèrent avec soin les compétences qui leur ont été accordées, il peut être décidé de traduire ces expériences temporaires en réglementations définitives, ce qui peut conduire à l'ancrage permanent de la capacité de l'IPA à prendre des initiatives autonomes concernant les huit compétences susmentionnées, accompagnées de la responsabilité finale des actes exécutés.</p> <p>L'option des <i>regulatory sandboxes</i> a également été soumise à un juriste. Ces <i>regulatory sandboxes</i> pourraient être une option (bien qu'ils soient initialement conçus pour expérimenter de nouvelles professions de soins de santé). L'élaboration des arrêtés d'exécution</p>

<p>autonome initiatieven op het vlak van de acht bevoegdheden binnen interprofessionele samenwerkingsverbanden geïntegreerd kunnen worden is ook een optie, gezien de verpleegkundig specialist als gezondheidszorgbeoefenaar reeds verankerd is in de WUG.</p> <p>Enkele leden van de werkgroep zijn ook van mening dat het werken met regulatory sandboxes ook voor andere beroepsgroepen en andere verpleegkundige profielen een optie kan zijn en dus niet alleen voor de verpleegkundig specialisten.</p>	<p>pour les IPA, dans lesquels des initiatives autonomes dans les huit compétences dans des accords de coopération interprofessionnelle peuvent être intégrés, est également une option, étant donné que l'IPA en tant que professionnel des soins de santé est déjà ancré dans la LEPSS.</p> <p>Certains membres du groupe de travail estiment que le travail avec les <i>regulatory sandboxes</i> pourrait également être une option pour d'autres groupes professionnels et d'autres profils infirmiers, et donc pas seulement pour les IPA.</p>
<p>OPTIE VAN INTERPROFESSIELE SAMENWERKINGSAFSRPAKEN</p>	<p>L'OPTION DES ACCORDS DE COOPERATION INTERPROFESSIELE</p>
<p>Bij de opmaak van de interprofessionele samenwerkingsafspraken (zie Bijlage 1) dient juridisch-technisch nagegaan te worden hoe deze samenwerkingsafspraken zich verhouden tot het artikel 32 (Afdeling 10. Structuur en organisatie van de praktijkvoering, Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg).</p>	<p>Lors de l'élaboration d'accords de coopération interprofessionnelle (Voir Annexe 1), il convient de vérifier, d'un point de vue juridico-technique, comment ces accords de coopération s'inscrivent dans le cadre de l'article 32 (section 10. Structure et organisation de la pratique, loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique de soins de santé).</p>

3.5. PRIVILEGING

<p>In de werkgroep werd het concept van privileging of machtiging toegelicht. Dit houdt in dat individuele zorgverleners toestemming krijgen om bv. specifieke procedures en diensten te kunnen verrichten, op basis van een beoordeling van hun feitelijke beroepscompetenties. De leden formuleerden hieromtrent heel wat bezorgdheden (o.a. bureaucratische en administratieve overlast, niet vlot toepasbaar in alle sectoren, het risico 'gedwongen' te worden om taken op te nemen die niet opportuun zijn gezien de schaarste aan verpleegkundigen, de eerder sterke focus op vooral technisch medische handelingen die dan mogelijks eerder door bv. medisch ondersteunende beroepen kunnen verricht worden, de potentiële beperking in handelingen die mogen uitgevoerd in kader van privileging). Om die reden achten de leden van de werkgroep deze optie momenteel niet opportuun om verder te exploreren. Immers, via het portfolio kan bekwaamheid aangetoond worden om bepaalde handelingen onder delegatie uit te voeren; daarin kunnen ook de</p>	<p>Le groupe de travail a expliqué le concept de privileging ou d'habilitation. Il s'agit d'autoriser des prestataires de soins de santé individuels à effectuer, par exemple, des procédures et des services spécifiques sur la base d'une évaluation de leurs compétences professionnelles réelles. Les membres ont exprimé de nombreuses préoccupations à ce sujet (par exemple, les tracas bureaucratiques et administratifs, le fait que ce ne soit pas facilement applicable dans tous les secteurs, le risque d'être « forcé » à assumer des tâches qui ne sont pas appropriées compte tenu de la pénurie d'infirmiers, l'accent plutôt fort qui est mis sur les actes médicaux principalement techniques qui pourraient alors éventuellement être effectués par des professions de soutien médical, la limitation potentielle des actes pouvant être effectués que le <i>privileging</i> pourrait entraîner). C'est pourquoi les membres du groupe de travail ne considèrent pas qu'il soit opportun d'explorer davantage cette option pour l'instant, notamment en raison du portfolio qui peut démontrer la compétence pour effectuer</p>
---	--

micro-credentials of andere opleidingen worden beschreven die bevestigd worden door de gezondheidszorgbeoefenaar met de wettelijke competentie. Ook het advies 2022 van de FRV en TCV m.b.t. het toevoegen van de medisch toevertrouwde handelingen kan in dit kader waardevol zijn.

certaines actes dans le cadre d'une délégation et dans lequel des *micro-credentials* ou d'autres formations peuvent également être décrits et confirmés par le professionnel des soins de santé ayant la compétence légale.
L'avis 2022 des CFAI et CTAI sur l'ajout d'actes confiés par des médecins peut également être utile dans ce contexte.

TERUGBLIK EN TOEKOMST / RETROSPECTIVE ET FUTUR

<p>De denkoefening die de werkgroep Taakdifferentiatie, taakdelegatie en taakverschuiving startte is niet afgerond, mede omwille van de omvangrijke opdracht en het korte tijds kader van de werkzaamheden van de werkgroep. Bijgevolg werd de geformuleerde opdracht en verwachte outcomes vanuit het kabinet, gedeeltelijk gerealiseerd. Dit maakt dat bepaalde delen van dit rapport als ‘work in progress’ moeten beschouwd worden.</p>	<p>L'exercice de réflexion lancé par le groupe de travail sur la différenciation, la délégation et la réorientation des tâches n'a pas été achevé, en partie à cause de l'étendue du mandat et de la brièveté du délai imparti au groupe de travail. Par conséquent, la mission formulée et les résultats attendus par le cabinet ont été partiellement réalisés. Cela signifie que certaines parties de ce rapport doivent être considérées comme des "travaux en cours".</p>
<p>Tijdens de discussie in de werkgroep werden een aantal voorwaarden en aandachtspunten geformuleerd om bepaalde voorstellen die in dit rapport beschreven worden mogelijk te maken. Deze worden hieronder beknopt opgesomd.</p>	<p>Au cours des discussions du groupe de travail, un certain nombre de conditions préalables ont été formulées pour rendre possibles certaines des propositions décrites dans le présent rapport. Ces conditions sont brièvement énumérées ci-dessous.</p>
<p>Op niveau van samenwerking tussen professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Het hebben van vertrouwen in competenties en het potentieel van zorgprofessionals. Leden benadrukken een teambenadering. Enkel leden van de werkgroep geven ook aan dat deze teambenadering en het gestructureerd zorgteam verder moet uitgeklaard en gedefinieerd worden. Hierbij moet er aandacht zijn voor het vermijden van een hiërarchische benadering in de teams en moet er ruimte zijn dat het team kan bepalen welke bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar de handeling kan stellen. ▪ Hoewel sommige leden van de werkgroep de vraag stelden of het behouden van een lijst van verpleegkundige handelingen toekomstgericht wenselijk blijft, kwam regelmatig het belang van de (verdere) uitwerking van heldere omschrijvingen van de inhoudelijke aspecten van de verpleegtechnische handelingen door de Technische Commissie voor Verpleegkunde aan bod. Dit kan mogelijks helderheid geven voor zorgprofessionals om te weten wie wat wat kan en mag doen. 	<p>Au niveau de la coopération entre professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir confiance dans les compétences et le potentiel des professionnels de santé. Des membres mettent l'accent sur une approche d'équipe. Certains membres du groupe de travail indiquent également que cette approche d'équipe et l'équipe de soins structurée devraient être davantage clarifiées et définies. Il convient de veiller à éviter une approche hiérarchique au sein des équipes et de laisser à l'équipe la possibilité de déterminer quel professionnel de la santé autorisé peut accomplir l'acte. ▪ Bien que certains membres du groupe de travail se demandaient si le maintien d'une liste de prestations techniques infirmières restait souhaitable à l'avenir, (la poursuite de) l'élaboration de descriptions claires du contenu des actes infirmiers par la CTAI afin que les professionnels de la santé sachent clairement et sans ambiguïté qui peut faire quoi.
<p>Op niveau van toegankelijkheid van data</p>	<p>Au niveau de l'accessibilité des données</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ De nood aan een gedeeld patiëntendossier zodat en waarbij gegevens, rapporteringen toegankelijk zijn voor de verschillende leden van het multidisciplinair team om de continuïteit van de zorg te organiseren. ▪ Toegang tot e-health platformen voor o.a. verpleegkundige profielen voor de handelingen waarvoor ze bevoegd zijn ▪ Toegankelijkheid van gegevens voor (zelf)evaluatie van de kwaliteit van de zorg (van het zorgteam, van de verpleegkunde). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité d'un dossier patient partagé pour que les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire puissent accéder aux données et aux rapports. ▪ Accès aux plateformes d'<i>e-health</i> pour, entre autres, les profils infirmiers pour les actes pour lesquels ils sont autorisés. ▪ Accessibilité des données pour l'(auto)évaluation de la qualité des soins (de l'équipe de soins, des soins infirmiers).
<p>Op financieel niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De nood aan gedifferentieerde en aangepaste financiering om ook ondersteunende functies mogelijk te maken (bv. gedifferentieerd inzetten van het zorgpersoneelsfonds) en een financieringssysteem dat meer faciliterend is voor het werken met en inzetten op multidisciplinaire praktijken bijv. financiering van interprofessioneel overleg om taakverdeling/delegatie en interorganisatorische samenwerking te organiseren. ▪ Aanpassingen in RIZIV reglementering / nomenclatuur (momenteel vooral gebaseerd op losstaande verpleegkundige handelingen, een herziening in functie van o.a. algemene gezondheidsdoelstellingen is wenselijk) 	<p>Au niveau financier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité d'un financement différencié et adapté pour permettre également les fonctions de soutien (par exemple, utilisation différenciée du Fonds Blouses blanches) et d'un système de financement qui facilite davantage le recours aux pratiques multidisciplinaires, par exemple le financement de la consultation interprofessionnelle pour organiser le partage/la délégation des tâches et la coopération interorganisationnelle. ▪ Ajustements de la réglementation/nomenclature INAMI (actuellement basée principalement sur des actes infirmiers isolés, une révision en fonction, entre autres, d'objectifs de santé globaux, est souhaitable)
<p>Op niveau van opleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventueel integreren van frequent uitgevoerde verpleegkundige handelingen door anderen in hun opleiding ▪ Versterken van de opleiding van VVAZ om de coördinatie van de verpleegkundige zorgen op te kunnen nemen ▪ Optie van meer interprofessioneel op te leiden zodat de verschillende professionals elkaars potentieel en competenties beter leren kennen 	<p>Au niveau de la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration éventuelle dans leur formation d'actes infirmiers fréquemment effectués par d'autres personnes ▪ Renforcement de la formation des IRSG pour inclure la coordination des soins infirmiers ▪ Possibilité d'une formation plus interprofessionnelle afin que les différents professionnels apprennent à mieux connaître le potentiel et les compétences de chacun.