

Toekomstagenda voor het werken in de zorg
“Het aantrekken, ondersteunen en behouden van
zorgpersoneel”

Toekomstagenda voor het werken in de zorg
“Het aantrekken, ondersteunen en behouden van
zorgpersoneel”

EXECUTIVE SUMMARY

Voorliggend rapport is het resultaat van een participatief traject met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties in navolging van een uitnodiging van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid om te komen tot een Toekomstagenda voor het werken in de zorg. Het rapport geeft een globaal en breed overzicht van de aspecten die raken aan de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg, en omvat drie luiken: een omschrijving van vaststellingen op het terrein, de reeds genomen maatregelen en mogelijke pistes van oplossingen. Er is daarbij in de eerste plaats vertrokken vanuit de beleving van het zorgpersoneel zelf. Het zijn zij die in de eerste plaats de problemen verbonden aan het werken in de zorg ervaren. Werkgevers die de zorg moeten organiseren worden echter ook voor grote uitdagingen geplaatst en botsen daarbij op zeer specifieke moeilijkheden.

Het rapport is op te vatten als een referentie- en inspiratiebron dat een overzicht biedt van vaststellingen en mogelijke oplossingen. Wel geven de sociale partners aan dat dit rapport noch als een akkoord over alle elementen uit het rapport, noch als een onderhandeld akkoord kan worden beschouwd.

Het rapport is het resultaat van ruime uitwisselingen en besprekingen en is in die zin een niet eerder geziene, zinvolle, nuttige en zelfs noodzakelijke denkoefening over de sector die kan helpen om verdere discussies binnen eenzelfde algemeen overzicht te voeren.

Samenvattend concludeert het rapport dat de zorg – in het kader van deze oefening ruim op te vatten (ziekenhuizen, thuiszorg, ...) - geconfronteerd wordt met grote uitdagingen en zowel op vlak van organisatie, leiderschap, innovatie, digitalisering te maken krijgt met grote veranderingen. De investeringen van de afgelopen jaren betekenden een noodzakelijke maar nog niet voldoende inhaalbeweging. De investeringen dienen dan ook verder gezet te worden. Daarnaast zijn ook hervormingen noodzakelijk willen we onze gezondheidszorg ook voor de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol houden voor de patiënt en werkbaar en kwaliteitsvol voor het zorgpersoneel.

De uitdagingen voor de zorg zijn multipel en complex. De antwoorden zijn dat ook. Eén magische oplossing die het geheel voor de toekomst op de rails kan houden, bestaat niet.

Bovendien is de zorg een systeem. Sleutelen aan één component, betekent vaak, en meestal zelfs, ook een effect op andere componenten. De hervormingen dienen dan ook doordacht te gebeuren, en vergen dus tijd. Tijd die er weinig of niet lijkt te zijn. Gelukkig starten we niet van een wit blad. Er zijn reeds belangrijke acties gebeurd, investeringen gedaan, meerdere hervormingen zijn lopende waarin in kleine maar wel gestage stappen noodzakelijke aanpassingen doorgevoerd worden.

I. DESCRIPTIEF OVERZICHT VAN DE PROBLEMEN EN VASTSTELLINGEN OP HET TERREIN

De aantrekkelijkheid van het werken in de zorg is een complex gegeven. Zeer veel verschillende factoren, van verschillende aard, dragen ertoe bij. De zorgsector is ook zeer breed en omvat zeer veel verschillende subsectoren, elk met hun eigen karakteristieken en bijzonderheden. Er zijn ook heel wat actoren betrokken. De problemen en vaststellingen die in het rapport worden omschreven, vertrekken in de eerste plaats vanuit de individuele beleving van het zorgpersoneel zelf (in de eerste plaats verpleegkundigen en zorgkundigen). Maar ook de werkgevers die de zorg moeten organiseren, worden voor grote uitdagingen geplaatst en botsen op specifieke moeilijkheden. De situaties en/of problemen die geschetst worden, dienen als descriptief beschouwd te worden en vertrekken vanuit de beleving op het terrein. Hierdoor hebben alle opgenomen elementen wel degelijk hun waarde omdat ze aangehaald zijn door één of meerdere van de partijen, maar niet alle elementen worden door de verschillende partijen als (even) problematisch beschouwd. Ze komen ook niet allemaal op dezelfde plaatsen in dezelfde mate voor en kunnen ook niet allemaal als structureel of veralgemeend beschouwd worden. Algemeen dient ook vastgesteld te worden dat weinig cijfermateriaal voorhanden is om de vaststellingen van het terrein te objectiveren.

Wanneer het zorgpersoneel gevraagd wordt naar de problemen van het werken in de zorg, geven velen aan het gevoel te hebben niet langer te kunnen werken zoals nodig is om een kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden.

Naar hun zeggen en aanvoelen is er te weinig personeel om het werk kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren. Tegelijkertijd geven de meeste verpleegkundigen ook aan taken uit te voeren waarvoor hun expertise niet vereist is. Ook de tijd die aan niet-verpleegkundige taken wordt besteed, vermindert de tijd aan het bed van de patiënt. Ook geven velen aan dat ze (te) veel zaken moeten registreren waardoor ze over minder tijd beschikken om zich over hun patiënten te ontfermen. Registratie an sich wordt niet als zinloos aanzien – dit is immers ook belangrijk in het kader van een kwaliteitsvolle zorg – maar vooral het gebrek aan performantie en interoperabiliteit van de registratiesystemen, de dubbele registraties en de registraties zonder doelstelling of verdere exploitatie worden aangeklaagd.

Daarnaast blijkt er te weinig tijd en ruimte voor implementatie van innovatie en voor een reflectieve praktijk en toetsing van de beroepspraktijk welke als belangrijk worden gevoeld voor een kwaliteitsvolle zorg. Overleg met collega's, en ook andere zorgprofessionals, zowel zorginhoudelijk als wat de beleids- en beheersmatige aspecten betreft, blijken belangrijk voor de werking van de diensten, de aantrekkelijkheid van het werk en de kwaliteit van de zorg.

Technologie – hoewel van grote waarde voor de zorg – wordt niet altijd als gebruiksvriendelijk en ondersteunend ervaren. Het leidt mogelijks tot extra taken en men voelt zich niet altijd voldoende bekwaamd om met de nieuwe technologie om te gaan. Tegelijkertijd blijken zorgverleners zich ook niet altijd voldoende bewust of zijn niet altijd voldoende op de hoogte van de meerwaarde die technologische ontwikkelingen kunnen bieden.

Globaal genomen is er ook sprake van een toenemende intensifiëring van de zorg die bovendien complexer geworden is en ook kwantitatief is toegenomen. In dat laatste verband verwijzen sommigen ook op het zogenaamde overgebruik aan verpleegkundige handelingen die de diensten en het personeel overbelasten (bv. activiteiten op basis van traditie in plaats van evident, bv. het regelmatig spoelen van een porth-a-cath bij bewoners in een woonzorgcentrum die hiervoor naar een ziekenhuis worden overgebracht).

Deze factoren leiden ertoe dat heel wat zorgpersoneel het gevoel heeft niet langer een kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt te kunnen garanderen en dit leidt op meerdere plaatsen tot

een belangrijke toename van de psychosociale druk en een gevoel van uitputting dat het zorgpersoneel doet uitvallen of de sector doet verlaten.

Velen werkzaam in de zorg geven ook aan zich niet voldoende erkend en gevaloriseerd te voelen. Daarbij worden factoren vermeld die zowel betrekking hebben op het functioneren als op de loon- en arbeidsvoorwaarden.

Het verpleegkundig beroep heeft een enorme evolutie doorgemaakt. Verpleegkundigen en zorgkundigen zijn volwaardige zorgprofessionals. Verpleegkundigen hebben in veel gevallen kennis van geavanceerde technieken, complexe behandelingen, zorgvuldig toezicht, klinisch inzicht en een snelle reactie op noodsituaties. Maatschappelijk leeft echter nog geregeld de idee dat de verpleegkundige er enkel is om te verzorgen. Ook binnen de context van de zorg zelf leeft soms nog zo een idee. Hetzelfde gaat ook op voor de zorgkundige. In de opleiding en ook vanuit maatschappelijk oogpunt wordt nog altijd veel de nadruk gelegd op de huishoudkundige en logistieke taken van zorgkundigen, eerder dan op hun verzorgende capaciteiten.

Het zorgpersoneel ervaart bovendien op veel plaatsen nog te weinig medezeggenschap in en transparantie over het beheer van de organisaties waarvan ze deel uit maken. Ook in het overleg dat georganiseerd wordt op teamniveau ervaart men op meerdere plaatsen te weinig veiligheid opdat men zijn zeg zou durven doen. Bovendien wordt deze "teamtijd" niet gefinancierd. Ook waar er een gebrek aan vertegenwoordiging op het directieniveau wordt ervaren, wordt dit aangehaald als een gemis. Weliswaar bestaat er in de sector van de ziekenhuizen vaak reeds een vertegenwoordiging via de verpleegkundig directeur op het niveau van de directie en wordt het personeel in het algemeen voor wat betreft loon- en arbeidsvoorwaarden vertegenwoordigd door de syndicale vertegenwoordiging, toch wordt er aangegeven dat er voor wat betreft aspecten die raken aan de beroepsuitoefening en het verplegend en paramedisch kader niet voldoende vertegenwoordiging voorzien is voor en door deze betreffende beroepsgroepen zelf.

Naast de verpleegkundigen en zorgkundigen maken ook nog heel wat andere profielen deel uit van de verzorgende en zorgondersteunende context van de patiënt. Heel wat handelingen die geen verpleegkundig karakter hebben, worden niet of niet voldoende erkend. Zo bestaan er geen duidelijke profielen voor niet-verpleegkundige functies of voor ondersteunende functies voor verpleegkundigen of zorgkundigen.

De zorg is een continu gebeuren. Dit betekent 24/7, 365 dagen per jaar, elk jaar. Een gezonde work-life balance is in deze context zeer moeilijk. Tegenover de noodzakelijke flexibiliteit die de zorgsector met zich brengt, ervaren velen te weinig valorisering en is er tegelijk ook sprake van beleidsmatige belemmeringen die verhinderen oplossingen te vinden. In dit verband wordt onder meer verwezen naar de financiering en de normering.

Qua verloning zouden volgens een rapport van de OESO de lonen voor verpleegkundigen in België tot de hoogste in Europa behoren; ditzelfde is niet het geval voor de zorgkundigen. Dat betekent echter niet dat de lonen van het zorgpersoneel niet verder zouden moeten evolueren. Voor wat betreft IFIC – het nieuwe functieclassificatiemodel in de zorg – worden een aantal problemen gesignaleerd.

Qua management en leiderschap worden meerdere zaken aangekaart. Het gaat hier niet om veralgemeende problematieken – dit is afhankelijk van plaatselijke factoren, maar management en leiderschapsstijl hebben wel een grote impact op het welbevinden van het personeel en de werking van de diensten.

Op meerdere plaatsen worden problemen inzake interne organisatie en planning waargenomen. Middelen en mensen worden niet altijd ingezet waar ze het best kunnen worden gebruikt.

Ook wordt aangegeven dat er niet altijd voldoende ingezet wordt op de cohesie binnen de teams. Vaak ontbreekt de tijd om hierop te kunnen inzetten. De hoofdverpleegkundige beschikt vaak over te weinig marge. Zo wordt bijvoorbeeld vaak een grote hap van zijn of haar tijdsbesteding ingenomen voor het inplannen van de uurroosters. Of is zijn of haar inzet nodig voor basiszorg wegens tekorten op andere vlakken. Opgemerkt wordt dat reeds getracht is om

hieraan te verhelpen via de investeringen van het Zorgpersoneelfonds, maar op het terrein wordt de impact hiervan als eerder beperkt ervaren. En ook de impact van het (steeds vaker) werken met tijdelijke of flexibele medewerkers mag niet onderschat worden. Wanneer het vaste team door aanhoudende tekorten continu wordt aangevuld met mobiele equipes, studenten, interimpersoneel, projectverpleegkundigen, zelfstandigen ... dan heeft dit ook gevolgen voor de cohesie in een team.

Ondanks de financiering voor begeleidingsverpleegkundigen, wordt ook verwezen naar het gebrek aan tijd en ruimte voor begeleiding (van zowel starters als van bestaand personeel). Dit heeft een impact op het welbevinden van zowel degenen die begeleid worden als degenen die moeten begeleiden.

Alle leden beklemtonen de rol van het onderwijs.

Er is hoge nood aan een doorgedreven afstemming tussen onderwijs en werkveld. Om kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen, zijn een kwaliteitsvolle opleiding en stage noodzakelijk. Er worden inhoudelijke lacunes opgetekend en de beschikbare opleidingen zijn niet altijd voldoende afgestemd op de betrokken beroepsgroep. Er is nood aan een brede opleiding in zowel medische leerinhouden, als ook in sociale en psychologische leerinhouden, leiderschap en management om een meer holistische kijk op zorg en de noden van de zorgvrager mogelijk te maken. Bovendien zou er ook meer werk gemaakt moeten worden van interdisciplinaire onderwijsvormen. Daarnaast is het belangrijk dat de leerinhouden nadien op het werk ook hun plaats kunnen krijgen.

Bovendien wordt aangegeven dat de stages niet altijd een voldoende realistisch en globaal beeld geven van het werken in de zorg. Studenten zouden niet altijd ingezet worden volgens hun competentieniveau en veel studenten ervaren te weinig begeleiding.

Hoewel er aangegeven wordt dat er voor het bestaande personeel een opleidingsaanbod bestaat, blijkt er niet altijd (nog) voldoende marge op de werkvloer om opleidingen en bijscholingen te volgen (wegens gebrek aan tijd en personeel).

Ook diverse problemen die raken aan beleidsmatige aspecten en financiering worden aangehaald. De zorg is een complex gegeven. Meerdere subsectoren hangen af van diverse bevoegdheidsniveaus. Het terrein heeft echter geen boodschap aan de bevoegdheidsverdeling als antwoord op een probleem.

Wanneer nieuwe maatregelen inzake gezondheid genomen worden, is het aanvoelen bovendien dat er niet altijd voldoende geëvalueerd wordt op welke terreinen deze nieuwe maatregelen ook een impact zouden kunnen generen. Ook inzake financiering wordt niet voldoende nagegaan op welke manier en in welke mate de modaliteiten zouden kunnen inwerken op andere aspecten.

In ieder geval wordt de financiering als bijzonder complex ervaren en geeft men aan dat er sprake is van een probleem van onderfinanciering van het personeel in de zorg.

In het algemeen wordt meer duidelijkheid verwacht van het beleid terwijl er tegelijkertijd nood blijkt aan voldoende fluïditeit en flexibiliteit opdat een meer innovatieve manier van denken en werken mogelijk zouden worden en opdat er meer ingespeeld zou kunnen worden op de verschillende noden van verschillende groepen van mensen. In dit verband wijzen meerderen erop dat de normen achterhaald zijn en niet aangepast aan de huidige complexiteit en intensifiëring van de zorg.

Er wordt een beleid gevraagd op de langere termijn, voor alle gezondheidszorgberoepen, met een duidelijke visie voor de sectoren.

Er wordt ook aangegeven dat de zorgsector met een imagoprobleem kampt.

Er is reeds vermeld dat er maatschappelijk niet altijd per sé een juist beeld bestaat van het verpleegkundig beroep. Ook specifiek voor bijvoorbeeld de geriatrische en chronische afdelingen stelt men een vertekend beeld vast. Dit vertekend beeld zou nog maar weinig jongeren zin geven om in de sector in te stappen. Samen met de andere geschetste factoren, is de zorgsector in een vicieuze cirkel terecht gekomen waarbij steeds minder mensen kiezen voor

een job in de sector, steeds meer mensen uitvallen door ziekte of de sector verlaten. Daardoor neemt de druk verder toe waardoor nog minder mensen kiezen voor de zorg, nog meer mensen uitvallen of de sector verlaten,

Tenslotte geven meerderen ook nog aan dat er nog steeds geredeneerd wordt vanuit een idee van “overvloed” terwijl de zorg zou moeten georganiseerd worden vanuit een vaststelling van schaarste. Dit brengt verschillende maatschappelijke vragen met zich en de problematiek draagt ook inherent een ethische dimensie.

II. OVERZICHT VAN DE BESTAANDE MAATREGELEN

Sinds begin jaren 2000 kwamen talrijke maatregelen tot stand in het kader van de sociale akkoorden en recent kwam daar ook het parlementair initiatief van het Zorgpersoneelfonds bij die een antwoord hebben trachten te formuleren op de uitdagingen waarmee de zorg te kampen heeft.

Het is zeer moeilijk deze maatregelen individueel te evalueren binnen een kader dat beperkt is tot de attractiviteit van het werken in de zorg. Deze maatregelen werden immers genomen binnen een bepaalde context en niet alleen redenen van attractiviteit en werkbaarheid lagen aan de oorsprong van deze maatregelen. De maatregelen van de sociale akkoorden komen steeds tot stand in het overleg tussen werkgevers- en werknemersorganisaties waarbij bepaalde evenwichten en ook de historiek hun rol hebben.

De algemene conclusie is wel dat de maatregelen in het kader van de sociale akkoorden zo efficiënt als mogelijk toegepast zijn rekening houdende met de context. Hetzelfde kan worden aangegeven over de uitvoering van het Zorgpersoneelfonds.

Wel wordt ook hier een nood aan voldoende transparante rapportering, monitoring en controle opgetekend - zonder te vervallen in een continue registratie. Het bevordert het algemeen vertrouwen in de genomen maatregelen en het overleg binnen de instellingen

III. MOGELIJKE NIEUWE OPLOSSINGEN

De mogelijke pistes van oplossingen die tijdens het traject werden geformuleerd, kunnen onderverdeeld worden in 4 hoofdstukken:

- A. Beter meten om beter te weten
- B. Meer en kwalitatief personeel aantrekken
- C. Zorgen voor het bestaande personeel
- D. De kwestie vergt ook een breder perspectief

Het betreft hier geen onderhandeld plan maar een overzicht van mogelijke pistes van oplossing die in dialoog met de sociale partners en de beroepsorganisaties werden opgetekend voor het attractiever maken van het werken in de zorg op de middellange en de langere termijn zonder dat zij per sé de goedkeuring wegdragen van elke betrokken actor en zonder aan te geven welke pistes eventueel preferent weerhouden zouden kunnen worden. Dat is het domein van sociale onderhandelingen.

Mogelijke pistes van oplossing betreffende materies die tot andere beleidsniveaus dan het federale behoren, zijn binnen de context van de Toekomstagenda niet verder onderzocht. Daarmee wordt de belangrijkheid van deze materies niet ontkend. Zo is in het bijzonder op de betrokkenheid van Onderwijs gewezen. De werkwijze is louter ingegeven door de bestaande bevoegdheidsverdeling; de Toekomstagenda is geïnitieerd op het federale niveau en is dan ook binnen deze context ontwikkeld.

Zoals reeds gesteld, zijn niet alle problemen en vaststellingen van structurele aard. Sommige zijn ook een kwestie van organisatie. In dergelijke gevallen kunnen uitwisselingen tussen instellingen over goede praktijken een oplossing bieden en is het aanpassen van de organisatie het antwoord.

- A. Beter meten om beter te weten

Er is nood aan een doordacht beleid rond registratie en monitoring. De registratielast moet haalbaar zijn, in verhouding tot het doel, er moet iets wezenlijks mee gebeuren en het moet een verrijking zijn. Daarbij dienen ook de administratieve processen in hun globale context herbekeken te worden. Er moet immers op toegezien worden dat de complexe administratieve taken niet gewoon worden doorgeschoven naar de administratieve diensten.

Registratie en monitoring dienen zinvol en transparant te zijn, in functie van de mensen op het terrein die de kwaliteitsvolle zorg dagelijks mogelijk maken, in functie van de patiënt die de kwaliteitsvolle zorg ontvangt en in functie van het beleid dat een kwaliteitsvolle zorg wil blijven garanderen.

Registratielast dient zo klein mogelijk gehouden te worden voor het zorgpersoneel en moet gecombineerd kunnen worden met zorgtaken en hetgeen geregistreerd en gemonitord wordt, moet ook een feedback geven aan het zorgpersoneel.

Meerdere registraties van dezelfde gegevens moeten vermeden worden; het zogenaamde only once principe moet leiden.

Er is nood aan een grotere systeemoperabiliteit, meer performantie, en een automatisering van systemen. Samenwerking over de actoren is essentieel.

Benchmarks – toetsstenen in functie van de doelstellingen – dienen bepaald te worden en er dient een proportionaliteitstoets te gebeuren: is de gevraagde registratie in verhouding tot het te bereiken doel.

Het is dus niet zomaar een kwestie van de wat, de waarom en de hoe te bepalen, maar deze elementen ook samen te brengen in een visie die steek houdt in functie van de doelstellingen en die ook zo uitgebouwd wordt dat ze evolutief kan zijn in de tijd.

Het is bovendien belangrijk deze visie kenbaar te maken aan alle actoren, samen met de noodzaak, het nut en de resultaten van registraties (inclusief een realistische timing).

Goede praktijken op het terrein kunnen een leidraad vormen; meer interactie en intervisie hieromtrent is gewenst.

B. MEER PERSONEEL AANTREKKEN

Er dient een voldoende instroom te worden gegarandeerd. Er is nood aan voldoende personeel waarvoor een structurele en volledige financiering wordt voorzien.

Ook de beeldvorming over de sector is van enorm belang. Het is belangrijk dat vooral de kracht van de zorg wordt onderstreept. De zorgsector is cruciaal in onze samenleving. Werken in de zorg is bijzonder waardevol en impactvol. De zorgsector kent vele uitdagingen en moeilijkheden, maar wordt ook gekenmerkt door veel sterktes en een bijzondere kracht. Het is belangrijk dit uit te spreken – door media, professionals uit de zorg en het onderwijs.

Naast het belang van het onderwijs (zowel wat betreft de inhoud van de opleidingen als wat betreft de toeleiding naar de zorgopleidingen – men ziet hier een belangrijke rol voor het onderwijs) dient de financiering van de opleidingsprojecten die door de sector zelf worden georganiseerd (oa #KiesvoordeZorg, project 600) ook voor de toekomst gegarandeerd te blijven en verhoogd te worden, en bij voorkeur ook structureel verankerd te worden. Er wordt voor gepleit de retentie na deze opleidingen te monitoren.

Met betrekking tot de stagebegeleiding – als onderdeel van de opleiding - worden meerdere pistes van oplossing naar voren geschoven:

- De organisatie van de stagebegeleiding herbekijken
- De rol van de stagebegeleider uitbreiden
- De financiering versterken
- Incentives voorzien voor instellingen in functie van het aantal stagiaires dat ze begeleiden
- Het vierde jaar van de stage voor verpleegkundigen vergoeden
- Een betere afstemming en wisselwerking tussen de verschillende beleidsniveaus die bevoegd zijn zodat de stagebegeleiding op een betere manier kan worden georganiseerd.

Ook bij de start van de carrière is het noodzakelijk voldoende begeleiding te voorzien voor een vlotte overgang tussen studeren en werken:

- Oudere en meer ervaren personeelsleden kunnen hierin een rol spelen door hun begeleidingstijd vrij te stellen en te financieren, op voorwaarde dat ze over de nodige competenties kunnen beschikken om in deze begeleiding te voorzien.

- De functie en overeenkomstige financiering van de begeleidingsverpleegkundige uitbreiden en onderzoeken of en in welke mate deze rol ook zou ingevuld/aangevuld kunnen worden door andere professionals.

Niet alleen bij de overgang tussen school en het professionele leven, ook tijdens de eerste jaren van de carrière, voor mensen die later in hun carrière een nieuwe stap zetten of in geval van bijscholing, is begeleiding op de werkvloer een must. Daarbij dient aandacht te zijn voor de verschillen tussen de grotere en kleinere instellingen.

Ook perspectief en doorgroeimogelijkheden zijn belangrijk.

- Modulair onderwijs (in tegenstelling tot de standaardprogramma's van vandaag), de brugopleidingen en de zogenaamde passerelle (ook met andere zorgfuncties) zouden hier een oplossing kunnen zijn.
- Beter kader voor EVC-attestering om het traject te verkorten.
- Perspectief en doorgroeimogelijkheden creëren adhv de zorgladder, het werken in de gestructureerde zorgequipe en de introductie van nieuwe profielen.
- Werkplekleren en duale trajecten meer aandacht bieden.
- Beter benutten van de interne mobiliteit.
- Uitwisselen van goede praktijken.

Incentives zouden ontwikkeld kunnen worden om ook herintreders terug te laten keren naar de zorg zonder een concurrentie te creëren tussen instellingen enerzijds of tussen herintreders en het bestaand personeel anderzijds:

- Modernisering van de anciënniteitsregeling
- Erkenning van bepaalde competenties en/of relevante beroepservaring
- De terugkerende werknemer tijdens de opleiding financieel ondersteunen

Te exploreren, binnen het kader van de internationale arbeidsmobiliteit die vandaag reeds bestaat, naast de andere pistes die instroombevorderend zijn, is het aantrekken en inzetten van buitenlandse zorgverleners uit landen waar het verantwoord is om te rekruteren. Daarbij zijn alle partijen het over eens dat zogenaamde brain drain en care brain absoluut vermeden dienen

te worden; in dat opzicht is deze piste als aanvullend te beschouwen ten opzichte van andere mogelijke pistes van oplossing. Ook misbruiken dienen verder ingedijkt te worden. De actoren oordelen dat hier een rol voor de overheid weggelegd ligt om deze kwesties verder te moduleren, te faciliteren en waar nodig verder te reguleren en ook te blijven voorzien in het nodige overleg over en coördinatie tussen de verschillende bevoegde beleidsniveaus. Er wordt in dat verband ook gepleit voor de ontwikkeling van een visie inzake arbeidsmobiliteit in het algemeen in de zorg.

C. ZORGEN VOOR HET BESTAANDE PERSONEEL

Er is nood aan een retentiebeleid met voldoende aandacht voor het bestaande personeel met werkbare omstandigheden en haalbaarheid doorheen de volledige loopbaan. Daarbij worden oplossingen geformuleerd die kunnen onderverdeeld worden in vijf pijlers.

1. *Het verpleegkundig beroep slim hervormen en organiseren*

- Taakdifferentiatie mogelijk maken voor wat betreft niet-verpleegkundige taken
- Slimme functiedifferentiatie en slim georganiseerde zorgteams¹ adhv zorgladder en het werken in de gestructureerde zorgequipe met een holistische visie op de invulling van een kwaliteitsvolle zorg voorop
- Intelligente en veilige planning en zorgorganisatie, ondersteund door de juiste tools, voldoende overleg en samenwerking, die rekening houdt met de concrete omstandigheden van zowel zorgorganisatie als het welzijn van de medewerkers
- Erkennen van handelingen die geen verpleegkundig karakter hebben, met een aangepast en duidelijk juridisch kader en waarbij ook de mogelijke effecten van en voor de normering en de financiering worden onderzocht
- Erkennen van competenties op basis van ervaring, naast de nodige theoretische vorming
- Uitwisselen van goede praktijken

¹ Sommigen geven aan dat dit niet enkel vanuit het perspectief van het verpleegkundig beroep alleen mag bekeken worden, maar dat als het ware de ganse zorgladder moet meegenomen worden.

- Normering, financiering en het juridisch kader tegen het licht houden zodat zij een faciliterend karakter hebben

2. *Opnieuw ademruimte creëren*

- Naast het zuivere 'zorgfunctioneren' dient opnieuw marge gecreëerd te worden voor tijd en ruimte voor reflectie, overleg, begeleiding, innovatie en levenslang leren. Onderzocht dient te worden op welke wijze deze overleg-, reflectie- en vormingstijd en begeleiding momenteel gefinancierd worden en of en hoe aanpassingen op dit vlak noodzakelijk zijn.
- Specifieke aandacht voor de hoofdverpleegkundige, adjunct-hoofdverpleegkundige en teamverantwoordelijke
 - o zodat hij/zij meer kan inzetten op zijn/haar kerntaken en ook meer tijd kan investeren in overleg, samenwerking, cohesie en begeleiding welke essentieel zijn voor het welzijn van een team en zijn leden en ook samen met zijn/haar team de ethische dimensie van het functioneren voor een kwaliteitsvolle zorg kan belichten.
 - o Betere ondersteuning in leiderschapsrol en coachende vaardigheden en ontlasten van administratieve taken
- Bijkomende financiële middelen voor de aanwerving van administratieve en logistieke ondersteuning
- Specifiek in de grootstedelijke context bijkomende ondersteuningsmiddelen voor interculturele mediatie en veiligheidspersoneel
- Onderzoeken van de rol van het verpleegkundig departement en de verhoudingen ten aanzien van de algemene directie en medische directie binnen de werking van de instelling
- Uitwisselen van ervaringen en goede praktijken

3. *Een werkbare, gevaloriseerde en flexibele invulling doorheen de ganse carrière*

- Versterking van de vergoeding voor onregelmatige prestaties
- Mogelijkheden van een vorm van vergoede oproepwacht of vergoeding voor uurroosterverstoringen

- Mogelijkheden van flexibele arbeidsduur en zelfroostering zonder dat hiermee een deel van de verantwoordelijkheid van de werkgever ter zake naar de werknemer wordt verschoven
- Aanpassingen inzake de effectieve werktijd
- Uitwisseling van goede praktijken en verdere uitvoering op het terrein van bestaande maatregelen sociale akkoorden (bv. recht op deconnectie)
- Een bijzondere aandacht naar het einde van de carrière zonder ook de werkbaarheid ten aanzien van de jongere generaties uit het oog te verliezen
- Onderzoeken op reglementair en financieel vlak op welke wijze het werken in een structurele context aantrekkelijker kan gemaakt worden
- Ruimer debat met alle betrokkenen bij de zorg over de verwachtingen en mogelijkheden rond zorg

4. *Een evolutief loonmodel en flankerende maatregelen*

- Het blijvend voldoende informeren ivm het IFIC-loonclassificatiemodel
- Onderzoeken van de plaats van de gespecialiseerde en ontbrekende functies en passende oplossingen voorzien
- Procedure op punt stellen betreffende de gevolgen van evoluties binnen IFIC en ten gevolge gewijzigd beleid en de nodige garanties voorzien inzake de financiering van wijzigingen
- Modernisering van de RIZIV-nomenclatuur
- Bijkomende maatregelen om de retentie te stimuleren en de arbeidstijd van deeltijds werknemers op vrijwillige basis te verhogen

5. *Fysiek en mentaal welzijn versterken en meer re-integratie na langdurige afwezigheid mogelijk maken*

- Maatregelen om de fysieke belasting te verminderen & preventie, oa aanpassing van de architectonische normering
- Maatregelen om de mentale belasting te verminderen & preventie, oa psychosociale initiatieven
- Onderzoek naar de redenen van de langdurige afwezigheden in de zorg

- Oplossingen voor aangepaste werkplekken zodat herintrede in de zorg na langdurige ziekte meer mogelijk wordt
- Extra middelen en meer maatregelen op maat die een duurzaam en gedragen re-integratiebeleid mogelijk maken

D. DE KWESTIE VERGT OOK EEN BREDER PERSPECTIEF

De zorg is enorm geëvolueerd. Ontwikkelingen op het niveau van de maatschappij, demografie en zorg hebben ervoor gezorgd dat de zorg geïntensifieerd is, complexer is geworden en bovendien ook in kwantiteit is toegenomen. Ook de plaats en de rol van de patiënt is gewijzigd. Het zorgbeleid lijkt niet op alle vlakken op dezelfde wijze mee geëvolueerd met deze ontwikkelingen.

Een onderzoek is noodzakelijk om na te gaan of de normering nog aangepast is aan de zorgrealiteit van vandaag (hoogte en mate van flexibiliteit).

Het zorgbeleid dient bovendien veel meer transversaal en geïntegreerd gevoerd te worden, over de volledige zorgketen en door het volledige zorglandschap heen. Veranderingen in één domein hebben immers vaak ook impact op het functioneren in andere domeinen.

Zorgbeleid en zorgfinanciering dienen steeds een toets te doorstaan met betrekking tot de impact voor de patiënt, de impact voor de zorgmedewerker, de impact voor de zorgorganisatie en de impact voor de zorg in het algemeen.

Gezien de institutionele complexiteit van ons land wordt gepleit voor een gecoördineerd beleid over de bevoegdheidsniveaus heen. Er wordt in dat verband door sommigen ook gepleit voor een gecoördineerd sociaal overleg.

Tegelijkertijd is er ook een nood aan een andere visie op het gezondheidszorgbeleid.

Gezondheidszorgbeleid gaat niet alleen over 'genezen' of verzorgen wanneer iemand ziek is. Een goed gezondheidszorgbeleid is een beleid dat maximale gezondheid creëert in de samenleving. Dat betekent dat de overheid inzet op een gezonde leefomgeving en 'gezond leven', rekening houdende met de context en de fysieke en sociale omgeving. Het is dus ook

belangrijk om veel meer te werken op preventie. Zo kunnen we veel meer gezondheid 'creëren'.

Gezondheidszorg wordt best georganiseerd vanuit een non-profit model waarin de mensen werkzaam in de zorg niet gezien worden als een kostenpost maar als een investering.

Bij dat alles is het steeds belangrijk dat de zorg in al zijn facetten wordt belicht en dat naast de uitdagingen en de moeilijkheden ook steeds de sterktes en de kracht van de zorgsector wordt benadrukt zodat mensen, en vooral ook jonge mensen, willen blijven kiezen voor een job in de zorg.

In dit verband wordt door sommigen ook gepleit voor een grote publiciteitscampagne om opnieuw een positief imago voor de zorg mogelijk te maken en wordt ook de ambassadeursrol van elkeen onderstreept; in dit verband wordt ook verwezen naar de positieve rol die de media hierin verder kunnen opnemen.

Toekomstagenda voor het werken in de zorg
“Het aantrekken, ondersteunen en behouden van
zorgpersoneel”

RAPPORT

VOORAFGAANDE

In navolging van een **uitnodiging van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid** werd een participatief traject opgezet met respectievelijk de **sociale partners en de beroepsorganisaties** om te komen tot een Toekomstagenda voor het werken in de zorg, een plan met pistes van oplossing voor het attractiever maken van het werken in de zorg op de middellange en lange termijn. Tijdens het proces konden steeds mogelijke korte termijnacties geïdentificeerd en uitgewerkt worden in een afzonderlijk traject.

De Toekomstagenda voor de zorg heeft een **georganiseerde en participatieve aanpak** gevolgd waarbij er gewerkt is rond drie assen, verspreid over 25 interactieve workshops en vergaderingen en talrijke schriftelijke uitwisselingen, in de periode van september 2022 tot en met november 2023, met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties, met als **doel** om:

1. De problemen betreffende de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg scherp te formuleren en, waar mogelijk, sterker te maken aan de hand van geobjectiveerde informatie.
2. De oplossingen uit het verleden (cf. eerder genomen beslissingen en huidige maatregelen) op een systematische manier te evalueren.
3. Nieuwe pistes van oplossingen voor te stellen en te analyseren; idealiter worden voor de preferente oplossingen ook pistes van uitvoering uitgewerkt.

Deze ontwerpnota is **gebaseerd op**

- Input bekomen tijdens de workshops, vergaderingen en schriftelijke uitwisselingen met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties;
- Input bekomen van de leden en het terrein van respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties
- Schriftelijk ter beschikking gestelde informatie en nota's van meerdere sociale partners en beroepsorganisaties;
- Publiek beschikbare informatie en studies: studies van het KCE, studies van de Planningscommissie, de MAHA-studie van 2022, informatie op de websites van VDAB, Forem en Actiris, het OESO-rapport Health Glance 2022, enkele studies van Acerta, ...

- Tussentijdse resultaten van het Sandboxes traject dat werd opgezet in rechtstreeks contact met het werkveld en waarvan de resultaten eveneens werden gepresenteerd aan de sociale partners en de beroepsorganisaties.

Qua **methodiek** is volgende werkwijze gehanteerd:

> Bij een kick-offvergadering werden de sociale partners door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid uitgenodigd voor het opzetten van een Toekomstagenda voor de Zorg.

> Het traject werd opgestart met opstartvergaderingen met respectievelijk de sociale partners en beroepsorganisaties waar het kader en werkafspraken werden vastgesteld met de deelnemende leden. Er werd gevraagd voor de vergaderingen met een vaste vertegenwoordiging te werken. De lijst van deelnemers evolueerde doorheen de tijd op vraag van de sociale partners zelf.

Langs de zijde van de beroepsorganisaties werden de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België en de Belgische federatie voor zorgkundigen uitgenodigd deel te nemen aan de Toekomstagenda. In navolging van deze uitnodigingen maakten meerdere andere beroepsorganisaties kenbaar te willen deelnemen aan de Toekomstagenda. Op basis hiervan werd een lijst van genodigden betreffende de beroepsorganisaties opgesteld. Deze lijst van deelnemers evolueerde doorheen de tijd op vraag van de beroepsorganisaties zelf.

De sociale partners en beroepsorganisaties werden respectievelijk transparant en schriftelijk geïnformeerd over het verloop en de inhoud van deze opstartvergaderingen, het kader en de gemaakte werkafspraken.

> De werkzaamheden van de Toekomstagenda verliepen onder het voorzitterschap van een vertegenwoordiger van de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid stond in voor het secretariaat en de redactie van de werkdocumenten en het rapport. Alle werkzaamheden (zowel mondeling als schriftelijk) verliepen tweetalig. Een parallel traject werd gevolgd met enerzijds de sociale partners en anderzijds de beroepsorganisaties. Alle informatie en uitwisselingen werd transparant gedeeld tussen beide trajecten, onder de zogenaamde Chatham House Rule. De workshops en vergaderingen verliepen fysiek, met hybride mogelijkheid op vraag van de leden.

> De werkzaamheden werden opgestart met brainstormsessies met respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties om de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in kaart te brengen. De bekomen input werd transparant en schriftelijk gedeeld met sociale partners en beroepsorganisaties.

Sociale partners en beroepsorganisaties werden gevraagd deze input af te toetsen met hun leden en het terrein.

> De bekomen input uit de brainstormsessies en aangevuld met de reacties van het terrein en de leden werden transparant en schriftelijk gedeeld met respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties en vervolgens respectievelijk met sociale partners en beroepsorganisaties bediscussieerd tijdens ronde tafelgesprekken en samengevat tijdens plenaire discussies; sociale partners en beroepsorganisaties werden transparant en schriftelijk geïnformeerd over het verloop en de inhoud van deze gesprekken.

> Op basis van deze input werd door de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een ontwerpnota betreffende het eerste luik met betrekking tot de probleemstelling opgesteld. Deze ontwerpnota werd tijdens meerdere vergaderingen besproken en verfijnd met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties. De bekomen input tijdens de vergaderingen werd telkens in track changes verwerkt in de ontwerpnota en transparant gedeeld met respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties voorafgaandelijk aan of ten laatste op elke vergadering.

> Ter voorbereiding van het tweede luik maakte de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een overzicht van de bestaande maatregelen. Dit overzicht werd met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties besproken tijdens een vergadering. Op basis van deze input werd de ontwerpnota door de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aangevuld met een tweede luik betreffende de bestaande maatregelen. Dit tweede luik van de ontwerpnota werd respectievelijk met de sociale partners en de beroepsorganisaties besproken tijdens een vergadering. De bekomen input tijdens de vergaderingen werd in track changes verwerkt in de ontwerpnota en transparant gedeeld met sociale partners en beroepsorganisaties.

> Het derde luik betreffende mogelijke nieuwe oplossingen volgde een gelijkaardig stramien. Op basis van de input bekomen tijdens de voorafgaande vergaderingen – alwaar tijdens de discussies ook heel wat voorstellen van oplossingen werden naar voren geschoven - met respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties, werd de ontwerpnota door de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aangevuld met een derde luik betreffende mogelijke nieuwe oplossingen. Dit derde luik van de ontwerpnota werd tijdens meerdere vergaderingen besproken en verfijnd met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties. De bekomen input tijdens de vergaderingen werd telkens door de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in track changes verwerkt in de ontwerpnota en transparant gedeeld met respectievelijk de sociale partners en beroepsorganisaties voorafgaandelijk aan of ten laatste op elke vergadering.

- > Na het akkoord van de sociale partners en de beroepsorganisaties werd de ontwerpnota voorgelegd aan de leden en het terrein van respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties voor reacties. De input van de leden en het terrein werden door de sociale partners en beroepsorganisaties afzonderlijk schriftelijk overgemaakt aan de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Alle input werd transparant en schriftelijk gedeeld met respectievelijk sociale partners en beroepsorganisaties.
- > Op basis van de door de sociale partners en beroepsorganisaties aangegeven input van leden en terrein werd de ontwerpnota aangepast door de beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid na verdere discussie en verfijning met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties. De aanpassingen werden telkens in track changes verwerkt in de ontwerpnota en transparant en schriftelijk gedeeld met respectievelijk de sociale partners en de beroepsorganisaties.
- > De sociale partners en de beroepsorganisaties namen finaal akte van het eindrapport.
- > Het resultaat is het rapport dat voorligt.

Het luik betreffende de vaststellingen en problemen die aanleiding geven tot de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg dient als descriptief beschouwd te worden. De situaties en problemen worden omschreven vanuit verschillende invalshoeken, zonder onderlinge weging of prioritering. Dit heeft tot gevolg dat alle opgenomen elementen wel degelijk hun waarde hebben omdat ze aangehaald zijn door één van de partijen, maar ook dat niet alle elementen door de verschillende partijen als (even) problematisch worden beschouwd.

Betreffende het tweede luik stellen de sociale partners vast dat de maatregelen in het kader van de sociale akkoorden steeds genomen worden binnen een bepaalde context, waarbij bepaalde evenwichten en ook de historiek hun rol hebben en dat niet altijd uitsluitend redenen van attractiviteit en werkbaarheid aan de oorsprong liggen van de genomen maatregelen. De sociale partners oordelen dat het daarom zeer moeilijk is om de eerder genomen maatregelen individueel te evalueren binnen een kader dat beperkt zou worden tot de attractiviteit van het werken in de zorg. Bovendien laten de sociale partners opmerken dat ook de nodige omzichtigheid nodig is omdat de genomen maatregelen een grote en zeer concrete impact hebben op de situatie van zowel werknemers als werkgevers. In ieder geval is de algemene conclusie dat de maatregelen in het kader van de sociale akkoorden steeds zo efficiënt als mogelijk toegepast zijn rekening houdende met de context. Aangezien het tweede luik betrekking heeft op de sociale akkoorden en deze tot het exclusieve domein behoren van de sociale partners, hebben de beroepsorganisaties zich betreffende dit luik terughoudend opgesteld. Algemeen hebben zij laten

opmerken dat de rol van de sociale partners zowel op federaal, regionaal als lokaal niveau belangrijk is voor de uitwerking en opvolging van doelmatige maatregelen.

In het derde luik worden meerdere mogelijke oplossingen genoteerd die volgens de sociale partners en de beroepsorganisaties een antwoord zouden kunnen bieden voor de problemen waarmee de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg geconfronteerd wordt. Er wordt niet aangegeven welke pistes preferent weerhouden zouden worden als antwoord op de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg. Dat is het domein van sociale onderhandelingen.

Voorliggend rapport geeft een **globaal en breed overzicht** van de aspecten die raken aan de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg, **vanuit het perspectief van het zorgpersoneel**. Hieruit blijkt eens te meer dat de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg een complex gegeven is waarbij alle factoren verbonden zijn met elkaar en er niet één oplossing is om de aantrekkelijkheid te vergroten.² De bestaande oplossingen voor het personeelstekort in de zorg blijken onvoldoende en op de midden en lange termijn zijn een radicaal herdenken van het zorgsysteem en de wijze waarop er maatschappelijk gekeken wordt naar de zorg noodzakelijk. Een mogelijke oplossing ligt in de transformatie van een curatief gezondheidsmodel naar een preventief gezondheidsmodel. Een verdienste van de Toekomstagenda ligt in deze vaststelling.

Het rapport is het **resultaat van ruime uitwisselingen en besprekingen** en is in die zin een **niet eerder geziene, zinvolle, nuttige en zelfs noodzakelijke denkoefening over de sector**. Het is op te vatten als een **referentie- en inspiratiebron dat een goed overzicht biedt van de vaststellingen en de mogelijke oplossingen en kan helpen om verdere discussies binnen eenzelfde algemeen overzicht te voeren**.

Wel geven de sociale partners aan dat dit rapport noch als een akkoord over alle elementen uit het rapport, noch als een onderhandeld akkoord kan worden beschouwd. Met betrekking tot dit laatste ontbreken een budgettair kader en onderhandelde prioriteiten met afspraken voor uitvoering. De focus ligt in deze oefening op de verpleegkundige beroepen maar ook andere ondersteunende diensten (inclusief administratieve diensten bijvoorbeeld) maken deel uit van de zorgketen en zijn ook belangrijk bij toekomstige investeringen.

² Wel wordt opgemerkt dat qua cijfermateriaal de post COVID periode te weinig in beeld is kunnen gebracht worden. Hiertoe ontbreken momenteel de nodige gegevens.

De sociale partners dringen erop aan dat op korte termijn gesprekken kunnen aangevat worden met de sociale partners om, met een voldoende groot budgettair kader, een omvattend meerjarig sociaal akkoord voor de toekomst van de zorg uit te werken en overeen te komen. In het kader van de dringende noden hebben de werknemersorganisaties reeds hun prioriteiten naar voren geschoven waar de nodige investeringen en budgetten verwacht worden om de meest dringende noden te ondervangen.

Werkten in dialoog mee aan de totstandkoming van dit rapport:

- Werknemersorganisaties van de private sector: ACV Puls, CNE, BBTK, SETCA, ACLVB en CGSLB;
- Werknemersorganisaties van de publieke sector: ACV Openbare diensten, CSC Services publiques, ACOD, CGSP, VSOA-LRB en SLFP-ALR;
- Werkgeversorganisaties van de private en de publieke sector: Zorgnet-Icuro, Santhea, GIBBIS, UNESSA, Wit-Gele Kruis, I-Mens, VVSG, UVCW, FMM en SOM;
- Beroepsorganisaties: AUVB-UGIB-AKVB, Netwerk Verpleegkunde (voorheen NVKVV), BFHBOV, Befezo en Belgambu.

INLEIDING

“Een job in de zorg? Veelzijdig, elke dag ziet er anders uit. Ik kom in contact met heel veel verschillende mensen. Ik werk in een leuk en veilig team. Ik krijg heel wat kansen om door te groeien en me te ontplooien. Ik kan een reëel verschil maken en iets betekenen voor mensen.”

Werken in de zorg is veelzijdig en uitdagend. Gestoeld op wetenschappelijke methoden, maak je elke dag het verschil en creëer je waarde – economisch, sociaal en vooral menselijk. Toch blijven de zorgberoepen van verpleegkundige en zorgkundige al vele jaren een knelpuntberoep.

En ook vandaag zijn nog steeds veel verpleegkundigen en zorgkundigen tekort, vooral aan het bed van de patiënt. Op sommige plaatsen leidt dat tot problemen. Zorg wordt uitgesteld of bedden worden gesloten. En de druk neemt verder toe op diegenen die er wel zijn, en die steeds het beste van zichzelf trachten te geven.

Het beroep van verpleegkundige³ of zorgkundige is de laatste decennia nochtans enorm geëvolueerd. Ja, ze zorgen en ondersteunen ons wanneer we op ons meest kwetsbare zijn, maar ze doen dat, samen met vele andere collega's, vooral op een heel professionele, wetenschappelijk onderbouwde manier, met steeds de grootst mogelijke kwaliteit van zorg voor de patiënt voor ogen.

Als verpleegkundige gebruik je je klinisch redeneervermogen om vast te stellen welke zorg je patiënt nodig heeft. Je verzamelt gegevens en verricht metingen. Je stelt verpleegkundige diagnoses. Je richt je op verzorgen, maar ook op voorkomen of verergeren van problemen; je doet ook aan gezondheidseducatie. Je bent continu oplettend voor veranderingen en speelt daar snel op in. De handelingen die je stelt, zijn heel technisch en soms ook risicovol. Je werkt autonoom en tegelijkertijd ook in een team. Je werkt samen met andere zorgprofessionals en je stuurt soms ook mensen aan.

Als zorgkundige sta je de verpleegkundige bij. Onder zijn of haar toezicht verzorg en begeleid je patiënten, voer je bepaalde verpleegkundige handelingen uit, dien je medicatie toe en geef je hygiënische verzorging aan patiënten.

³ De term verpleegkundige wordt hier gebruikt in zijn generieke betekenis.

Als verpleegkundige en zorgkundige kom je iedere dag met heel veel verschillende mensen in contact. Patiënten, maar ook naasten. Je schakelt continu tussen denken, doen en mee-voelen. En je maakt een wezenlijk verschil.

En ja, vaak doe je dat in de schaduw want altijd ten dienste van anderen en in een groter geheel.

Het is misschien om die laatste reden dat nogal wat mensen eigenlijk niet goed weten hoe verscheiden, uitdagend en technisch de job van verpleegkundige of zorgkundige is. De zorg voor mensen kan inderdaad lastig zijn, maar het is vooral ook interessant, en cruciaal en waardevol. Werken in de zorg is ook werken in een dynamische sector vol innovatie en blijvende ontwikkeling, met perspectief en mogelijkheden, en steeds in functie van een kwaliteitsvolle zorg ten dienste van de patiënt of de zorgvrager. Dit laatste is ook een gedeelde doelstelling van alle deelnemers aan de Toekomstagenda. Tegelijkertijd dient echter ook de haalbaarheid voor het personeel en de werkgever gegarandeerd te worden. Kwaliteitsvolle zorg wordt immers gemaakt voor mensen, maar ook door mensen.

Het rapport dat voor u ligt, schetst de moeilijkheden en de uitdagingen waarmee de aantrekkelijkheid van de zorg te kampen heeft, en brengt ook mogelijke oplossingen in beeld waarmee het beroep aantrekkelijker kan worden gemaakt .

LUIK I. Identificatie van vaststellingen en problemen die aanleiding geven tot de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg

Inleiding

Dit eerste luik dient als **descriptief** beschouwd te worden. De situaties en/of problemen worden omschreven vanuit verschillende invalshoeken, zonder onderlinge prioritering. Dit heeft tot gevolg dat alle opgenomen elementen wel degelijk hun waarde hebben omdat ze aangehaald zijn door één van de partijen, maar ook dat niet alle elementen door deze verschillende partijen als (even) problematisch worden beschouwd.

De problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg is een **complex gegeven**. Zeer veel verschillende factoren, van verschillende aard, dragen ertoe bij. Heel wat actoren zijn ook betrokken. Er spelen kwantitatieve en kwalitatieve elementen. Meerdere elementen die worden aangehaald, hebben een structureel karakter. Sommige elementen zijn eerder lokaal van aard dan dat ze een veralgemeend karakter hebben. Ook het oogpunt van waaruit men de problematiek bekijkt, speelt een rol.

De probleemstelling is geschreven op basis van de informatie bekomen uit de workshops met respectievelijk de sociale partners – werknemers- en werkgeversvertegenwoordigers - en de beroepsorganisaties. Er is daarbij in de eerste plaats **vertrokken vanuit de beleving van het zorgpersoneel zelf**. Het zijn zij die in de eerste plaats de problemen verbonden aan het werken in de zorg ervaren. Werkgevers die de zorg moeten organiseren worden echter ook voor grote uitdagingen geplaatst en botsen daarbij op zeer specifieke moeilijkheden. De problematiek plaatst ons ook voor een ruimere maatschappelijke uitdaging. Een aantal problemen raken ook aan het beleid en aan aspecten van financiering. Deze worden eveneens omschreven.

Waar mogelijk zijn de vaststellingen gestaafd met objectieve gegevens.

Indien tegenstellingen of nuances zijn geïdentificeerd, worden deze in de nota ook aangegeven. Er is geen weging ingebracht in de geïdentificeerde vaststellingen en problemen.

De zorgsector is zeer breed en omvat zeer veel verschillende subsectoren, elk met hun karakteristieken en bijzonderheden. Die diversiteit speelt een belangrijke rol zowel in de geformuleerde problemen en moeilijkheden als in de voorgestelde oplossingen. Er is getracht de probleemstelling voor de **volledige zorgsector** in kaart te brengen.

Bovendien bestaan er heel wat interdependenties tussen de subsectoren. Niet alle subsectoren behoren echter tot hetzelfde beleidsniveau. Sommige behoren tot het federale niveau, andere behoren tot het regionale of lokale niveau.

Bij het schrijven van dit rapport is vertrokken van de situatie voor de federale zorgsectoren. Meerdere elementen behorende tot de bevoegdheid van de regionale overheden zijn echter omwille van de interdependentie door de leden van de Toekomstagenda ook naar voren geschoven; zij zijn in het rapport aangegeven, maar zij zijn niet verder uitgewerkt. Zoals aangegeven tijdens de Kick-off en hernomen in de startnota, is een betrokkenheid van de gefedereerde entiteiten tijdens het proces niet uitgesloten.

Geïdentificeerde vaststellingen en problemen

I. KWALITEITSVOL KUNNEN WERKEN

a. Te weinig personeel

Wanneer het bestaande zorgpersoneel gevraagd wordt naar de problemen van het werken in de zorg, **geven zij aan dat ze niet langer kunnen werken zoals nodig is om een kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden**. Er is naar eigen zeggen **te weinig personeel om het werk kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren** en dit wordt over alle sectoren en over alle zorg- en zorgondersteunende functies in de zorg heen gevoeld.

Volgens cijfers van de VDAB stonden er eind september 2023 2.291 vacatures open voor verpleegkundigen terwijl er 841 werkzoekenden waren; er werden 909 openstaande vacatures genoteerd voor zorgkundigen terwijl er 1.115 werkzoekenden waren; voor de hoofdverpleegkundigen werden 138 openstaande vacatures genoteerd terwijl er 22 werkzoekenden waren⁴.

Een gelijkaardig aantal openstaande vacatures tekent zich af in het Franstalige landsgedeelte voor wat betreft de verpleegkundigen.⁵

Wat betreft de spanningsindicator kan er volgens de VDAB eind september 2023 voor de verpleegkundigen een indicator van 0,30 genoteerd worden; voor de zorgkundigen gaat het om een indicator van 1,07; voor de hoofdverpleegkundigen om een indicator van 0,15.

Volgens Actiris kan er in september 2023 een spanningsindicator genoteerd worden van 0,50 voor de verpleegkundige; voor de zorgkundige gaat het om een indicator van 11,50⁶; voor de hoofdverpleegkundigen om een spanningsindicator van 0,30.

⁴ <https://www.vdab.be/trendsdoc/beroepen/index.html>

⁵ https://www.leforem.be/content/dam/leforem/fr/documents/chiffres-et-analyses/Chiffres-TCD-offres-internet-202307.xlsx&sa=U&ved=2ahUKEwjV5ZTO6_CBAXUHgP0HHefJAmAQFnoECAUQAQ&usg=AOvVaw3HJT_YqasijLRuEeLHyNKb

⁶ Volgens de gegevens van Actiris konden eind september 2023 55 openstaande vacatures voor zorgkundigen genoteerd worden terwijl er 630 werkzoekenden waren.

FOREM geeft aan dat er eind oktober 2023 voor de verpleegkundigen een indicator van 0,08 kon genoteerd worden; voor de zorgkundigen gaat het om 0,42; voor de hoofdverpleegkundigen gaat het om een indicator van 0,05.

De spanningsindicator meet de krapte op de arbeidsmarkt. Hij geeft de verhouding weer tussen het aantal werkzoekenden zonder werk in bemiddeling en het aantal beschikbare vacatures. Als deze verhouding hoog is verloopt het invullen van de jobs vlotter. Met de vereisten van de vacatures en de eigenschappen van de werkzoekenden zonder werk in bemiddeling houdt de spanningsindicator geen rekening. Uit het getal alleen kunnen nauwelijks conclusies getrokken worden wanneer men de context niet in rekening brengt. Ter vergelijking, de spanningsindicator over alle beroepen en alle sectoren heen, bedroeg eind 2022 in Vlaanderen gemiddeld 1,74. Deze indicator geeft een beeld van de arbeidsmarkt: of de arbeidsmarkt krapper wordt, of ruimer. Daalt de indicator dan wordt de arbeidsmarkt krapper. De mediaan van de spanningsindicator over alle beroepen en alle sectoren heen bedroeg eind 2022 5,31. De mediaan toont de spanningsindicator van het middelste beroep in de rij van beroepen gesorteerd volgens spanningsindicator. De helft van de beroepen heeft een spanningsindicator die lager is dan de mediaan, en kent dus een krappere markt, terwijl de andere helft een hogere spanningsindicator heeft en dus een ruimere markt. De mediaan kan als benchmark gebruikt worden om de spanning bij een bepaald beroep in te schatten tegenover de andere beroepen.⁷

De arbeidsbemiddelingsdiensten (VDAB, Forem en Actiris) merken op dat geen sluitende conclusies kunnen getrokken worden uit hun cijfers. Zij beschikken immers slechts over een partieel beeld van de reële situatie op het terrein (bv. niet alle openstaande plaatsen zijn bekend bij de arbeidsbemiddelingsdiensten); ook kan een vacature meerdere keren voorkomen in de statistieken. Bovendien kunnen de cijfers tussen de verschillende regio's niet vergeleken worden aangezien de methodes om te komen tot de spanningsindicator niet gelijklopend zijn in de verschillende regio's.

⁷ Bron VDAB

In een studie van het KCE betreffende de verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen⁸ wordt aangegeven dat het **aantal patiënten per verpleegkundige te hoog** ligt om de verpleegkundige taken nog naar behoren te kunnen vervullen.⁹

Anderzijds blijkt uit de PlanKad resultaten dat het zorgpersoneel in de zorg jaar na jaar¹⁰ stijgt. Voor Vlaanderen wordt tussen 2004 en 2018 een stijging van 30% in het aantal actieve verpleegkundigen in de gezondheidszorg (uitgedrukt in voltijds equivalenten) opgetekend; in Wallonië gaat het om een stijging van 48%; voor het Brussels hoofdstedelijk gewest is er sprake van een stijging van 17%, met een waar te nemen neerwaartse knik in 2014, die nadien traag in opwaartse richting herneemt. Wel dient in dit verband aangestipt te worden dat het hier gaat om vaststellingen pre-corona. In dat opzicht dienen deze cijfers met de nodige omzichtigheid gehanteerd te worden. Meer actuele cijfers zijn noodzakelijk om het effect van de coronacrisis op de instroom te kunnen vaststellen.

Toch blijkt ook uit een rapport van de OESO¹¹ dat er in België, in vergelijking met andere landen, relatief veel verpleegkundigen per duizend inwoners zijn. Ook deze vaststelling dient met de nodige omzichtigheid behandeld te worden. Niet elk land catalogeert zijn zorgprofessionals bijvoorbeeld onder hetzelfde type functies. Bovendien houdt dit cijfer geen rekening met de realiteit van het terrein en de manier waarop de zorg in een bepaald land georganiseerd en gefinancierd wordt (zie bijvoorbeeld verder ook de problematiek van de intensifiëring en het complexer worden van de zorg, bv. het feit dat het aantal bedden in België én de bezettingsgraad heel hoog zijn of nog bv. dat het gemiddeld tewerkstellingspercentage van verpleegkundigen in België relatief lager is dan het tewerkstellingspercentage van verpleegkundigen in andere Europese landen). Ook wordt er niet alleen rekening gehouden met verpleegkundigen actief aan het bed van de patiënt, maar bijvoorbeeld ook met verpleegkundigen actief als manager of onderzoeker. Bovendien kunnen verpleegkundigen actief zijn in heel diverse sectoren, niet enkel de traditionele subsectoren zoals de ziekenhuizen of de thuisverpleging (bv. CLB, verzekeringen, welzijnssector, ...).

⁸ <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/all-reports/verpleegkundige-bestaffing-voor-een-veiligere-zorg-in-acute-ziekenhuizen>

⁹ Er wordt verwezen naar een patient nurse ratio van 9,4/1 – 's morgens is er sprake van een patient nurse ratio van 7/1, 's avonds van 9/1 en 's nachts van 18/1 terwijl internationaal aanvaard wordt dat een veilige omgeving kan gegarandeerd worden vanaf een gemiddelde patient nurse ratio van 8/1.

¹⁰ Zie PlanKad resultaten <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-verpleegkundigen-op-de-arbeidsmarkt-2004-2018> - Zie ook MAHA-studie 2022.

¹¹ OECD, Health Glance 2022, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

Volgens cijfers van de Planningscommissie waren er in 2018 214.352 personen gemachtigd om het beroep van verpleegkundige uit te oefenen (cf. visum). Daarvan was 86% vrouwen. Van het totaal dat gemachtigd was het beroep uit te oefenen, waren in totaal 148.782 verpleegkundigen beroepsactief. 126.496 verpleegkundigen waren daarvan actief in de gezondheidszorg. Uitgedrukt in voltijds equivalenten ging het om 107.515 voltijds equivalenten¹².

Volgens cijfers van het RIZIV waren in 2021 ongeveer 160.000 voltijds equivalenten actief in de federale zorg (alle profielen). Daarvan waren ongeveer 150.000 voltijds equivalenten actief in de ziekenhuizen. Ongeveer 10.000 voltijds equivalenten waren actief in de andere federale sectoren. Van de 150.000 voltijds equivalenten actief in de ziekenhuizen waren ongeveer 55.000 verplegend personeel.

In elk geval tekenen zowel VDAB, Forem als Actiris de **verpleegkundige en de zorgkundige al vele jaren op als knelpuntberoep**.

Te verwachten wordt dat de instroom in de zorgsector de structurele nood aan personeel niet zal kunnen ondervangen, nu het zorgkorps veroudert, de sector onderhevig is aan heel wat evoluties (zie verder) en de instroom dit niet per sé opvangt. Volgens een studie van Acerta uit 2021 zouden voornamelijk 45-plussers de weg naar de zorg vinden, maar zou het aandeel van jongere instromers jaar na jaar dalen¹³. Er worden signalen opgevangen dat het beeld dat jongeren hebben van de zorgsector niet rooskleurig is, andere sectoren lijken aantrekkelijker -zowel qua loon- als arbeidsvoorwaarden, maar het lijkt dat ook de kennis omtrent de verpleegkundige functies, maar ook andere functies binnen de zorg (bv. IT'er), eerder beperkt is bij de jongeren zodat zij niet op de hoogte zijn van alle mogelijkheden die het verpleegkundig beroep en bij uitbreiding de zorg biedt.

b. Taken waarvoor expertise niet vereist is en gebrek aan taakdifferentiatie

Tegelijkertijd tekent het eerder vermelde KCE-rapport ook op dat 96% van verpleegkundigen aangeeft **taken uit te voeren waarvoor hun expertise niet vereist is** en die hen belet de zorg te verlenen die nodig

¹² Voor de berekening van het aantal voltijds equivalenten wordt rekening gehouden met het totaal aantal gepresteerde werkdagen en -uren dat wordt omgerekend in het aantal voltijdse banen dat ermee overeenstemt

¹³ <https://www.acerta.be/nl/insights/in-de-pers/steeds-meer-40ers-50ers-en-60ers-vinden-weg-naar-zorgberoepen>

is. Er wordt verwezen naar maaltijden opdienen en patiëntentransport binnen het ziekenhuis. Ook logistieke en administratieve taken worden vermeld. Deze vaststelling wordt ook bevestigd op het terrein.

De tijd die aan niet-verpleegkundige taken wordt besteed, vermindert de tijd aan het bed van de patiënt, terwijl men veelal kiest voor een beroep in de zorg omwille van de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager. Het **gebrek aan tijd aan het bed van de patiënt**, heeft zijn impact op de kwaliteit van de relatie met de zorgvrager en heeft volgens veel zorgverleners zo ook een impact op de kwaliteit van de zorg. Al moet bij dit laatste element wel aangegeven worden dat een deel van de taken die niet direct gerelateerd zijn aan de zorg voor de patiënt as such (zoals bv. de registratie van gegevens) wel weer een positief effect kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg.

Ook de tijd voor de implementatie van innovatie of bijvoorbeeld het reflecteren over het functioneren in functie van een ethische en kwaliteitsvolle zorg ontbreekt. Er is een **behoefte tot meer tijd voor een reflectieve praktijk en toetsing** van beroepspraktijken. Ook de hoofdverpleegkundige beschikt over te weinig tot geen marge in dit verband. Zo wordt bijvoorbeeld een grote hap in zijn of haar tijdsbesteding ingenomen voor het inplannen van de uurroosters; ondersteuning in dit verband zou meer dan welkom zijn. Zo zou meer tijd vrij komen voor andere relevante taken van de hoofdverpleegkundige zoals de ondersteuning van zijn of haar teamleden, en meer in het algemeen, om haar rollen en opdrachten waar te maken.

Het **gebrek aan differentiatie van functies** wordt op het terrein overal gevoeld; ook binnen complexe zorgdiensten zoals intensieve zorgen en spoedgevallen, of bijvoorbeeld in de thuisverpleging. En ook over de verschillende functies heen: zorgkundigen bijvoorbeeld worden te weinig erkend in de rol die ze zouden kunnen opnemen in het preventiebeleid van een instelling.

Tegelijkertijd wordt door sommigen aangegeven dat de patiënt vaak de voorkeur heeft voor één referentie-zorgverlener; anderen geven dan weer aan dat de patiënt enkele vaste aanspreekpersonen wenst maar dat het niet zoveel uitmaakt wie de zorg uitvoert, zolang deze maar goed is en kwaliteitsvol. Ook merken sommigen op dat de differentiatie van functies ook weer tot een toename van kosten of ongewenste effecten kan leiden op andere vlakken (bv. twee verschillende zorgprofessionals voor verschillende taken in de context van de thuisverpleging, betekent twee keer kilometers of taakverpleging die ook niet gewenst is, maar wellicht zijn daar weer andere mogelijkheden tot rationalisering).

Tegelijkertijd geven anderen dan weer aan dat de patiënt vooral een kwaliteitsvolle en veilige zorg wil; hoe en wie zorg organiseert is minder van belang voor een patiënt.

De normen laten reeds een zekere differentiatie toe en dit wordt binnen bepaalde zorginstellingen ook al toegepast. Toch is tot op heden de financiering te ongedifferentieerd, zeker voor wat betreft de ondersteunende functies aan verpleegkundigen en zorgkundigen. Ook geven sommigen aan dat het uitblijven van een wettelijke erkenning van verpleegkundige handelingen door niet-verpleegkundigen een doorgedreven functiedifferentiatie en taakherschikking moeilijk maken. Op het terrein wordt op heel wat plaatsen een de facto differentiatie vastgesteld. Het gebrek aan juridisch kader creëert echter een situatie van onduidelijkheid en ook een situatie waarbij de betrokkene zich juridisch niet beschermd weet (bv. toediening medicatie, handelingen door verpleegkundigen waarvoor de arts bevoegd is) of waarbij het niet duidelijk is wie verantwoordelijk is.

In deze context wordt ook een probleem van planning binnen de organisaties naar voren geschoven (zie ook verder). De normen vereisen dat voldoende verpleegkundigen of gespecialiseerde verpleegkundigen aanwezig zijn, en dat maakt het moeilijk om de puzzel te leggen. Dit is een specifieke problematiek die speelt in gespecialiseerde eenheden, maar zich even zo goed stelt in het algemeen. Dit speelt bijvoorbeeld ook in woonzorgcentra. In de geestelijke gezondheidszorg zien we dan weer veel interdisciplinariteit; de werking is er anders georganiseerd waardoor er iets of wat meer flexibiliteit bestaat.

Wel wordt aangegeven dat het belangrijk is een goed **evenwicht** te bewaren tussen verpleegkundige en niet-verpleegkundige functies enerzijds en ook tussen de verschillende zorgfuncties van de zorgladder anderzijds zodat een kwaliteitsvolle zorg gegarandeerd blijft. Men denke bijvoorbeeld aan het feit dat een minimale verpleegkundige kennis vereist is om preventief te kunnen werken; preventie is echter geen exclusief domein van de verpleegkundigen, het is onderdeel bij functie van diverse zorgberoepen. Bij het bewaken van deze evenwichten dient ook rekening gehouden te worden met de specifieke zorgcontext.

Taakdifferentiatie kan alleen werken wanneer het slim gebruikt wordt en gekoppeld wordt aan een goede planning en organisatie, ondersteund door de juiste tools, en dit alles in functie van een kwaliteitsvolle zorg. Taakdifferentiatie vraagt ook om een zekere openheid: de vaststelling van sommigen is immers dat door protectionisme bepaalde zaken soms niet doorgevoerd worden.

- c. Actief in de zorg betekent niet per sé actief in de diensten

Daarnaast dient opgetekend te worden dat het zorgpersoneel dat als actief wordt aangemerkt in de zorg niet per sé actief is in de diensten.

Zo geven sommigen aan dat **projecten** binnen de zorginstellingen handen weghalen bij het bed. Tegelijkertijd moet echter ook opgemerkt worden dat deze kwaliteits- en/of onderzoeksprojecten belangrijk zijn. Deze projecten moeten dan ook behouden kunnen worden en verpleegkundigen en zorgkundigen moeten hierin hun plaats krijgen. Er mag niet geëvolueerd worden naar een situatie waarbij verpleegkundigen/zorgkundigen geen plaats meer krijgen in dergelijke innovatieprojecten omdat hun handen nodig zouden zijn aan het bed. Er wordt zelfs gesuggereerd dat dit contraproductief zou kunnen werken en nog meer mensen uit de zorg zou kunnen duwen. Verschillende projecten doelen zelfs op het verhogen van de instroom binnen de zorgberoepen en zijn net essentieel om op lokaal niveau de aantrekkelijkheid te verhogen. Projecten creëren immers beweging en dynamiek die noodzakelijk zijn. Bovendien is innovatie ook belangrijk voor een verdere kwaliteitsvolle zorg. Men stelt wel vast dat er soms te weinig overleg is tussen de ziekenhuizen met betrekking tot de projecten. Tegelijkertijd moet er ook vastgesteld worden dat de projecten vaak een invulling hebben die sterk intern gericht is en net hun kracht kennen binnen de afdeling, bijvoorbeeld productive ward. In zo een geval heeft het weinig zin om dit steeds over de muren heen te bekijken, al zou men anderzijds wel bijvoorbeeld via intervisiemethodieken van elkaars interne projecten kunnen leren. Tegelijkertijd moet echter vastgesteld worden dat samenwerking hieromtrent niet (financieel) gevaloriseerd wordt.

Ook wordt verwezen naar sommige maatregelen uit de sociale akkoorden en meer specifiek de eindloopbaanmaatregel – met betrekking tot de zogenaamde **VAP-dagen**¹⁴ - die een impact hebben op de beschikbaarheid van het betrokken personeel.

De VAP-dagen werden in het leven geroepen om het werken in de zorg werkbaar en leefbaar te houden. Vanaf een bepaalde leeftijd heeft het personeel – niet alleen het zorgpersoneel – recht op een aantal vrijstellingsdagen met de bedoeling tijdens deze vrijstellingsdagen te kunnen recupereren.

Het probleem is niet zo zeer dat mensen hun dagen opnemen, maar wel dat er tijdens deze dagen afwezigheid niet altijd voorzien wordt in vervangende tewerkstelling van deze mensen, cf. de betreffende

¹⁴ De VAP-dagen of “Vrijstelling van ArbeidsPrestatie”-dagen zijn bijkomende vrijstellingsdagen voor werknemers vanaf 45 jaar.

CAO in de private sector die geen verplichting tot vervanging voorziet.¹⁵ Er zijn ook niet altijd voldoende mensen voorhanden om deze vervangingen te garanderen. Tegelijkertijd wijzen sommigen erop dat de onomkeerbaarheid van de keuze voor de dagen jammer is; wellicht zijn er mensen die bereid zouden zijn om hun dagen terug in te ruilen voor de premie. Ook omdat sommigen erop wijzen dat sommige personen bijklussen tijdens hun VAP-dagen.

In ieder geval wordt er aangegeven dat de VAP-dagen dienen bekeken te worden in een globalere visie op werkbaar werk doorheen de ganse carrière zowel in functie van de individuele werknemer die gebruik kan maken van deze dagen als in functie van de werkgever. In deze context wordt ook meer aandacht gevraagd voor de houdbaarheid van het werk op het einde van de carrière. Het werken in de zorg wordt als zwaar gepercipieerd en men heeft de indruk dat hier naar het einde van de carrière te weinig rekening mee gehouden wordt.

Verder dient er op gewezen te worden dat het absenteïsme wegens **ziekte** in de zorg hoog ligt. Dit geldt zowel voor de federale sectoren als bijvoorbeeld in de woonzorgcentra. Uit een onderzoek van Acerta en Idewe bedroeg het ziekteverzuim in de zorg in 2020 13,7%¹⁶. Een deel van dit cijfer is te wijten aan Coronabesmettingen. Toch dient opgetekend te worden dat de afwezigheden wegens ziekte van lange duur 6,7% van de afwezigheden uitmaken. Dat ligt 46,5% hoger dan in andere sectoren.

Specifiek voor de zorgkundigen zien we heel wat uitval wegens fysieke klachten. Uit onderzoek¹⁷ blijkt dat dit hoger ligt bij zorgkundigen dan bij verpleegkundigen; zij voeren immers bijna uitsluitend zorghandelingen uit met een hogere fysieke belasting. Tegenover deze hoge fysieke belasting staan niet altijd de nodige maatregelen om de fysieke belasting te verminderen (bv. persoonsliften).

Er wordt ook aangegeven dat er in de zorgsector zeer weinig wordt ingezet op of dat de mogelijkheden ontbreken om in te zetten op het voorzien van een aangepaste werkplek om herintrede na langdurige

¹⁵ Voor de publieke sector voorziet een circulaire de modaliteiten; de toegekende financiering is, indien van toepassing, geplaffoneerd op het daadwerkelijke totale vervangingsvolume, dat wil zeggen dat de compenserende aanwervingen worden gefinancierd naar rato van het aantal te compenseren uren. Normaal gesproken voorziet de circulaire dat informatie moet worden doorgegeven tijdens het overleg voorzien in artikel 86bis van de Ziekenhuiswet, maar in de praktijk wordt dit niet altijd gerealiseerd.

¹⁶ Link Studie Acerta-IDewe <https://www.idewe.be/-/ziekteverzuim-zorg#:~:text=IDewe%20en%20Acerta%3A%20%E2%80%9CNiet%20alleen,analyse%20van%20hr%2Ddienstenbedrijf%20Acerta>.

¹⁷ Multi- en interdisciplinaire evaluatie van cervicale en lumbale wervelkolomproblematiek bij ziekenhuisverpleegkundigen, met ontwikkeling en toepassing van een primair preventieprogramma, Prof. Dr. Jan Pieter Clarijs (promotor), Dr. Evert Zinzen (projectcoördinator)

ziekte mogelijk te maken. Sommigen geven aan dat de systemen die een aangepaste werkplek mogelijk zouden kunnen maken, vaak de inzet vragen van twee mensen terwijl deze mensen niet voorhanden zijn. Een meer out of the box bedenken van oplossingen voor de inzet van mensen na langdurige ziekte zou wenselijk zijn.

d. Zeer veel registratie en gebrek aan performantie van de registratiesystemen

Naast het feit dat zorgprofessionals te veel taken uitvoeren waarvoor hun expertise niet vereist is (zie hiervoor), geven zij ook aan dat zij heel wat **(te veel) zaken dienen te registreren** die hen verhinderen om met hun patiënten bezig te zijn. Als gepolst wordt naar wat de achterliggende reden van deze veelvuldige registratie is, wordt verwezen naar de door de verschillende overheden vereiste (soms dubbele) registraties, en naar de kwaliteitsopvolging door de instellingen zelf.

Tegelijkertijd wordt ook aangegeven en erkend dat de registratie van gegevens die zinnig zijn, uitermate belangrijk is in het kader van een kwaliteitsvolle zorg en de opvolging van zorghandelingen. Het behoort ook tot de kerntaken van verpleegkundigen en zorgkundigen. Indien goed georganiseerd, kan het de zorg(tijd) verbeteren.

Wanneer hierop dieper ingegaan wordt, blijkt niet zozeer het registreren een probleem te zijn, maar vooral het **gebrek aan performantie van de registratiesystemen, de dubbele registraties en registraties zonder doelstelling**. De systemen worden als weinig werkbaar en eenvoudig ervaren. Er blijkt sprake van inconsistenties tussen systemen tussen zorginstellingen, maar ook tussen diensten onderling. Het gaat vaak om historisch gegroeide situaties - ICT-systemen en software zijn voortdurend in evolutie – en het hangt ook samen met kwesties omtrent financiering - afstemming van systemen op elkaar vergt behoorlijke investeringen. De zogenaamde **stysteeminteroperabiliteit** blijkt bijgevolg **niet (voldoende) ontwikkeld**, al zijn hierrond in het verleden al meerdere malen ambities rond geformuleerd. Dit alles zorgt voor een grote last die enorm veel kostbare tijd opsloopt. De systemen worden te weinig ontwikkeld in functie van het werk; het lijkt dat het werk komt in functie van de systemen. Een gebrek aan samenwerking tussen de mensen op het terrein, IT en de leveranciers van de tools wordt aangehaald als een mogelijke oorzaak. Zie bij uitbreiding ook verder voor wat betreft de technologie.

Bovendien wordt er ook op gewezen dat registratie zijn nut kan hebben (bv. early parameter warning-systemen), maar dat het dan ook belangrijk is dat de geregistreerde gegevens worden **geëxploiteerd**. Dat blijkt vandaag **niet altijd voldoende** het geval.

Samen met de disproportionele administratieve ballast die registratieplicht met zich brengt, brengt het ook druk met zich. Zo kan verwezen worden naar de grote meldingsplicht via het MyCareNet in het kader van de thuisverpleging, waarmee de digitale communicatie naar arts en andere zorgverstrekkers plaatsvindt. Ook het elektronisch patiëntendossier zit hieronder. De meldingsplicht is ook opgenomen in de nomenclatuur en wordt in dat kader ook gecontroleerd, met mogelijks consequenties.

e. Overgebruik verpleegkundige handelingen

Verder wordt er ook gewezen op de kwestie van het zogenaamde overgebruik aan verpleegkundige handelingen die de diensten en het personeel overbelasten.

In dit verband wordt verwezen naar het feit dat nog te veel activiteiten op basis van **traditie** uitgevoerd worden door verpleegkundigen terwijl dit op basis van evidentie niet per sé meer nodig zouden zijn. Zie ook hierboven met betrekking tot het uitvoeren van handelingen waarvoor de verpleegkundige expertise niet vereist is of die op een wijze wordt uitgevoerd die niet per sé vereist is, bv. het regelmatig spoelen van een porth-a-cath bij bewoners in een woonzorgcentrum die hiervoor naar een ziekenhuis worden overgebracht.

Bovendien wordt aangegeven dat mogelijks verfijningen aan te brengen zijn in het **voorschrijven met indicatie** (het voorbeeld werd gegeven van hygiënische zorg aan een patiënt: wanneer is dit verpleegkundige zorg en wanneer is dit welzijnszorg). In dit verband kan ook verwezen worden naar de cijfers en de werkzaamheden van het Intermutualistisch Agentschap¹⁸.

Er wordt ook verwezen naar de mogelijke rol van een **achterhaalde normering en financiering**.

Er wordt in dit verband ook gewezen naar de **rol van preventie** door bijvoorbeeld de zorgkundige, om overbodige verpleegkundige zorg of handelingen te kunnen vermijden.

f. Noodzaak tot overleg tussen zorgprofessionals

¹⁸ www.ima-aim.be

Op organisatorisch vlak wordt er door sommigen gewezen op de **noodzaak tot voldoende overleg tussen de verpleegkundige dienst, de artsen en de paramedici, zowel wat de zorginhoudelijke als de beleidsmatige aspecten betreft**. Dit blijkt geen veralgemeend probleem te zijn, maar waar er te weinig lokaal overleg is, blijkt dit wel een belangrijke impact te hebben op de werking van de diensten en ook de aantrekkelijkheid van het werk.

Voor een goede werking en een kwalitatieve zorg is overleg trouwens **nodig tussen alle zorgprofessionals** (bv. ook met diëtisten, kinesisten, eerstelijns, ...).

Deze kwestie geldt voor **alle sectoren**, inclusief ook de thuisverpleging.

Er wordt op gewezen dat het gebrek aan overleg ook vaak het gevolg is van een **gebrek aan tijd en ruimte** om te kunnen overleggen. In datzelfde verband wordt er ook op gewezen dat er niet alleen nood is aan horizontaal overleg tussen diensten en tussen zorgprofessionals, maar dat het soms ook aan verticaal overleg ontbeert.

g. **Voldoende wederzijdse kennis en begrip tussen zorgprofessionals**

Het is ook belangrijk dat er **voldoende wederzijdse kennis en begrip is voor elkaars professionele wereld en kunde** (zo werd het voorbeeld aangehaald van de “rondgang van de arts” – wanneer niet voldoende overleg blijkt tussen de verpleegkundige dienst en de artsen, kan dit disruptief werken op de organisatie van de dienst en de werkzaamheden van alle dag).

Dit stelt zich bovendien **niet alleen binnen de muren van ziekenhuizen, maar geldt even zo in de verhouding tussen hospitalisatie en ambulante zorgen, in de verhouding tussen eerste en tweede lijn of in de context van een woonzorgcentrum**.

Voldoende kennis van elkaars professionele leefwereld en kunde is een kwestie die zich bovendien niet alleen stelt tussen de verpleegkundige dienst/activiteit en de artsen. Dit geldt voor **alle verschillende zorgberoepen** betrokken in de zorgcontext.

h. Technologie

Technologie – hoewel van grote waarde voor de zorg - wordt vaak ervaren als een **verzwarende** component eerder dan een faciliterende factor.

Technologie wordt niet **altijd als gebruiksvriendelijk** ervaren. Het is **niet altijd ondersteunend**. Het wordt soms aangevoeld als een taak erbovenop en bovendien voelt men zich vaak **niet voldoende bekwaamd** om met de nieuwe technologie om te gaan. Als er al opleidingen worden aangeboden, is er niet altijd voldoende tijd om ze te volgen of is de inlooptijd om gebruik te leren maken van de technologie te kort. Maar ook hier moet er gewezen worden op de contextuele factoren en mag dit niet veralgemeend worden. Er zijn ook medewerkers die de technologie en haar mogelijkheden omarmen. Invoering van technologie komt doorgaans de patiëntenzorg ten goede.

Wel leidt technologie inderdaad mogelijks tot **extra taken** voor de verpleegkundige en de nood aan meer personeel. Technologie gebruiken, vraagt vaak ook tijd om data in te voeren, data te verwerken, ter beschikking te stellen en vooral ook te gebruiken. De werkkracht om dit mogelijk te maken, ontbreekt vaak waardoor de werklast met registratie en verwerking bij het zorgpersoneel terecht komt en het werk aan het bed van de patiënt verhindert.

Tegelijk moet er ook op gewezen worden dat zorgverleners zich niet altijd voldoende bewust zijn of op de hoogte zijn van de meerwaarde van technologische ontwikkelingen (bv. ehealth of mhealth toepassingen).

i. Toenemende intensifiëring

Er is sprake van een toenemende intensifiëring van de zorg. Het profiel van de patiënten is gewijzigd. En ook de context van de organisatie van de zorg is gewijzigd.

Het gevolg van deze evoluties is dat er in de zogenaamde basiszorg sprake is van **meer en alleen nog kritieke patiënten** in de ziekenhuizen; er is sprake van een grotere zichtbaarheid van **multipathologieën** in de woonzorgcentra en men ziet er ook het **aandeel zwaardere (hulpbehoevende) profielen sterk toenemen**. Ook in de thuisverpleging is een deel van het cliënteel gewijzigd door een verschuiving van

een deel van de zorg naar de thuissituatie ten gevolge de evolutie naar **meer daghospitalisaties met een toenemend aantal technische en complexe zorgen die in de thuissituatie moeten gerealiseerd worden.**

Er wordt ook gewezen op een **toenemend aantal heropnames**. Wanneer gepeild naar de oorzaken van deze evolutie, blijkt deze multifactorieel te zijn en deze vaststelling verdient het om meer in detail onderzocht te worden. Er wordt verwezen naar het belang van de therapietrouw en de health literacy van de patiënt (zie ook hieronder met ook gevolgen inzake complexiteit), de druk om mensen zo snel als mogelijk te ontslaan uit het ziekenhuis om bedden vrij te maken en er wordt gewezen op de impact van het “sanctionerende” financieringsmechanisme inzake het aantal ligdagen. Het belang van goede begeleiding na ontslag uit het ziekenhuis, ter ondersteuning van therapietrouw en het voorkomen of passend oplossen van nevenwerkingen wordt reeds meerdere jaren gevraagd; helaas bestaat hiervoor nog geen nomenclatuur en maken de huidige extra muros-systemen voor gegevensdeling soms dat niet iedereen toegang heeft tot de data die hiervoor noodzakelijk is.

j. Complexere zorg

Daarnaast is de zorg complexer geworden door de introductie van de hoogtechnologische zorg. Meerderen geven aan **voor deze wijzigende realiteit niet (voldoende) klaar** te zijn. Men voelt zich niet voldoende opgeleid of men heeft het gevoel er niet voldoende tijd voor te hebben.

Ook wordt er specifiek in de context van de verschuiving van de zorg naar de thuissituatie verwezen naar het belang van de **therapietrouw en de health literacy** van de zorgvragers. Het blijkt dat patiënten geregeld terug terechtkomen in het zorgcircuit door **gebreken** op dit vlak (cf. gebrek aan nomenclatuur, zie hiervoor in punt i), vaak met complexere pathologieën tot gevolg.

Inzake het type zorg ziet men in de thuisverpleging naast de basiszorg een **steeds groter wordend aantal technische en complexe zorgvragen**, zie bv. oncologische thuisbehandelingen - en hier wordt ook gewezen op het feit dat de communicatie tussen eerste en tweede lijn omtrent de verdere opvolging van de patiënt verder uitgebouwd en versterkt zou kunnen worden.¹⁹

¹⁹ Ook het structureel verankeren van ontslagmanagement maakt hier onderdeel van uit.

Er wordt bovendien op gewezen dat de **normering (en de nomenclatuur) niet voldoende aangepast** is aan deze vernieuwde realiteit van complexiteit en intensifiëring (zie punt i.) en dat ook de **opleiding** voor deze hoogtechnologische zorg mogelijk moet gemaakt worden.

k. Kwantitatieve toename zorg

De zorgvraag is ook kwantitatief toegenomen door een **vergrijzende bevolking** en een **bevolking met grotere verwachtingen en eisen naar het zorgpersoneel**. Brussel (en bij uitbreiding de grote steden) wordt bovendien geconfronteerd met een aanzuigeffect van zorgvragen als hoofd(groot)stad.

De Planningscommissie heeft in dit verband een aantal basisscenario's uitgewerkt over de verschillende zorgsectoren en de verschillende regio's heen tot 2043, bij ongewijzigde omstandigheden en ongewijzigd beleid²⁰. Bij deze scenario's moet er rekening mee gehouden worden dat deze scenario's toekomstprojecties zijn die gebaseerd zijn op de historisch geobserveerde data van de arbeidsmarkt tussen 2004 en 2018, bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid. Bijgevolg dienen deze prognoses met de nodige omzichtigheid worden gehanteerd. Ze houden geen rekening met de recente coronacrisis en de acute problemen van personeelsschaarste.

l. Psychosociale druk en gevoel van uitputting

In elk geval leiden bovenstaande problemen die worden ervaren op het terrein ertoe dat heel wat zorgpersoneel het gevoel heeft de kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt niet langer te kunnen garanderen terwijl men zich psychologisch vaak **niet voldoende begeleid** voelt bij de hierboven geschetste contextuele en structurele factoren. Dit leidt op meerdere plaatsen voor een enorme psychosociale druk en een gevoel van uitputting die mensen doen uitvallen of de sector doen verlaten waardoor het probleem nog groter wordt. De **vraag naar het nut van het werk in functie van kwaliteitsvolle zorg staat centraal**. Het initiatief om middelen vrij te maken voor de psychologische begeleiding van het personeel tijdens de Coronaperiode wordt als positief ervaren, maar er is te weinig gebruik kunnen gemaakt worden van deze mogelijkheden wegens tijdsgebrek; de zorgkundigen zijn als doelgroep te weinig kunnen bereikt

²⁰ <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-verpleegkundigen-de-workforce-2043-basisprojecties-uitgaande-van-de-reele-instroom>

worden. De **behoefte aan ruimte en tijd** om over de zin en de ethiek van het functioneren te kunnen reflecteren, wordt steeds meer gevoeld.

Naast dit alles geeft het zorgpersoneel nog meerdere problemen aan die raken aan de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg. Zie verder hieronder.

II. ERKENNING EN VALORISERING

Velen geven aan zich **niet voldoende erkend en gevaloriseerd** te voelen. Verschillende factoren worden hierbij vermeld. Erkenning en valorisering zijn hierbij twee verschillende zaken.

a. De verpleegkundige als volwaardige zorgprofessional

Het verpleegkundig beroep heeft een **enorme evolutie doorgemaakt**. De verpleegkundige heeft niet alleen meer een verzorgende rol; het is een volwaardige zorgprofessional die in veel gevallen kennis heeft van geavanceerde technieken, complexe behandelingen, zorgvuldig toezicht, klinisch inzicht en een snelle reactie op noodsituaties. Vaak gaat het om ervaring en competenties verworven op de werkvloer. **Maatschappelijk leeft echter nog vaak de idee dat de verpleegkundige er enkel is om te verzorgen en de maaltijden te bedienen**. Ook binnen de context van de organisaties waar de verpleegkundige opereert, leeft soms nog zo een beeld: in dit verband kan verwezen worden naar de problematiek van de niet-verpleegkundige handelingen (zie eerder) en het beeld in hoofde van zowel patiënt en zijn omgeving, artsen als soms in hoofde van de verpleegkundigen zelf. Ten aanzien van de verpleegkundigen begint het al bij de opleiding zelf (zie in dit verband verder hieronder onder het luik Onderwijs).

Hetzelfde gaat ook op voor de zorgkundige. In de opleiding en ook vanuit maatschappelijk oogpunt wordt er nog altijd (te) veel de nadruk gelegd op de huishoudkundige en logistieke taken van zorgkundigen, eerder dan op hun verzorgende taken. Bovendien zou er ook nagedacht kunnen worden om ook voor zorgkundigen bijkomende opleiding en specialisatie mogelijk te maken die gevaloriseerd wordt (bv. zorgkundige geriatrie).

Tegelijkertijd mag er ook niet verkeerdelijk vanuit gegaan worden dat de verpleegkundige of zorgkundige als zorgprofessional onmiddellijk om het even waar zou kunnen ingezet worden binnen een zorginstelling.

Een zekere mobiliteit is mogelijk, maar ook dit heeft zijn limieten (zie de multi-inzetbaarheid tijdens Covid die zowel opportuniteiten als knelpunten aan het licht heeft gebracht).

b. Medezeggenschap

Ook ervaren de zorgprofessionals nog **te weinig medezeggenschap en transparantie in het beheer** van de organisaties waarvan ze deel uitmaken. Hoewel de reglementering voor sommige – maar niet alle – zorgsectoren voorziet dat informatie betreffende het beheer gedeeld moet worden met het personeel via de lokale overlegorganen en hun syndicale vertegenwoordiging, wordt de door de zorginstellingen overgemaakte informatie niet altijd als duidelijk of transparant ervaren; alzekeer in het kader van de gesprekken over de ziekenhuisnetwerken.

Ook in het overleg dat georganiseerd wordt **op teamniveau** wordt op veel plaatsen **(te) weinig veiligheid** ervaren opdat de zorgprofessional zijn zeg zou durven doen. Dit is een cultureel gegeven dat vaak gekleurd is door de lokale omstandigheden. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat er binnen de opleidingen heel weinig aandacht gaat naar het zich durven uitspreken en uitdrukken. Er wordt ook verwezen naar het feit dat de “teamtijd”²¹ **niet gefinancierd** is; dit heeft in sommige gevallen een impact op de kwaliteit van het teamoverleg.

Ook het **gebrek aan vertegenwoordiging van de zorgprofessionals op het directieniveau** van instellingen wordt aangehaald als een gemis. Nu ligt het overwicht bij de artsen. Weliswaar bestaat er in de sector van de ziekenhuizen vaak reeds een vertegenwoordiging via de verpleegkundig directeur op het niveau van de directie en wordt het personeel in het algemeen voor wat betreft loon- en arbeidsvoorwaarden vertegenwoordigd door de syndicale vertegenwoordiging, toch wordt er aangegeven dat er voor wat betreft aspecten die raken aan de beroepsuitoefening en het verplegend en paramedisch kader niet voldoende vertegenwoordiging voorzien is voor en door deze betreffende beroepsgroepen zelf. Dit wordt aanvoeld als een scheeftrekking. In de woonzorgcentra bestaat er geen vertegenwoordiging voor wat betreft aspecten die raken aan de beroepsuitoefening. Een zelfde vaststelling geldt zowel in de woonzorgcentra, de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg als andere zorginstellingen.

²¹ De tijd die gespendeerd wordt aan teamoverleg behoort tot de werktijd en kwaliteitsvol teamoverleg kan ook een positieve impact hebben op een kwalitatieve zorg. Toch is deze tijd niet gefinancierd; deze tijd wordt immers niet beschouwd als een handeling.

c. Erkenning van handelingen die geen verpleegkundig karakter hebben

Naast de verpleegkundige maken ook nog heel wat andere profielen deel uit van de verzorgende en zorgondersteunende context van de patiënt. **Heel wat handelingen die geen verpleegkundig karakter hebben, worden echter niet of niet voldoende erkend.** Het zorgt er voor dat oplossingen om het werk van verpleegkundigen te verlichten op weinig animo kunnen rekenen. Zo bestaan er **geen duidelijke profielen voor niet-verpleegkundige functies of voor ondersteunende functies voor verpleegkundigen of zorgkundigen.** Duidelijkheid betekent echter niet overregulering. De reglementering dient toe te laten dat evoluties en innovaties mogelijk blijven (zoals bijvoorbeeld recent de ontwikkeling van het profiel van zorgondersteuner dat opduikt op het terrein).

d. Moeilijke gezonde work-life balance

De zorg is een **sector waar de knop nooit afgezet kan worden.** Zorg is 24/7, 365 dagen per jaar, elk jaar. Ook deze bijzonderheid wordt niet voldoende erkend en gevaloriseerd. Een gezonde work-life balance is in de 24/7-365 context bijzonder moeilijk.

e. Flexibiliteit

Bovendien wordt de noodzakelijke **flexibiliteit die deze 24/7 context met zich brengt** nu te vaak als een eenrichtingsverkeer ervaren van flexibiliteit van de zorgmedewerker naar de organisatie toe in plaats van de organisatie naar de zorgmedewerker toe (bv. last minute invallen in geval van ziekte). Er wordt bijvoorbeeld verwezen naar de wijze waarop de uurroosters gewijzigd worden: het gebeurt veelvuldig en de vragen gebeuren vandaag niet enkel meer in een gesprek, van persoon tot persoon, maar ook door het sturen van bv. whatsapp berichten. Tegelijkertijd hebben organisaties net het gevoel dat ze ook veel rekening houden met wensen en vragen van de zorgmedewerkers naar de organisatie toe, tot op het laatste moment. Hier stelt zich ook een ruimer debat waar zowel werknemers, werkgevers als patiënten deel van uit maken: welke opties heeft de werkgever als er sprake is van onverwachte afwezigheden en in welke mate moet/kan zorg dan uitgesteld worden in het voordeel van de werknemer.

Tegenover de noodzakelijke flexibiliteit wordt er **te weinig valorisering** ervaren. Er staat bijvoorbeeld te weinig valorisering tegenover de onregelmatige werkuren.

Tegelijk blijkt een deel van het personeel op zoek naar **afgrenzing en regelmaat**. Het probleem van de planning en het roosteren wordt hierin als groot ervaren. **Beleidsmatige belemmeringen** worden ook genoemd (zie verder).

Wetende dat de overgrote meerderheid van het actieve zorgpersoneel in de zorg vrouwen zijn, en zij vaak ook nog de zorg over een gezin hebben, maakt dat zij zelf ook geregeld nood hebben aan flexibiliteit. Maar ook ruimer geven medewerkers aan nood te hebben aan **flexibiliteit in functie van een gezonde work-life balance** en dit laten de werkomstandigheden niet altijd toe. Voor flexibiliteit in functie van de mogelijkheden van de medewerker wordt er te weinig ruimte ervaren; hoewel deze zienswijze wellicht genuanceerd moet worden. De zorgorganisaties zelf hebben in dit verband een andere beleving. Ook kan er gewezen worden op de recentelijk afgesloten collectieve arbeidsovereenkomst met betrekking tot de twee dagen betaald sociaal verlof om dwingende reden.²² In het algemeen vraagt de genderkwestie in de zorgsector een bijzondere aandacht: de meerderheid van het personeel op de werkvloer in de zorg is vrouw, terwijl op het beleids- en beheersmatige niveau (directies, vertegenwoordiging) hun afwezigheid opgemerkt wordt. Het omgekeerde geldt dan weer voor de mannen.

Bij de jongeren zien we dan weer een **cultuurverandering**. Zij hechten vaak nog meer dan oudere generaties belang aan een gezonde work-life balance en willen meer zeggenschap en autonomie in de manier waarop ze hun leven organiseren. Soms betekent dat meer flexibiliteit voor zichzelf; soms betekent dat dat ze hun flexibiliteit ter beschikking kunnen en willen stellen. In dit laatste ervaren ze vandaag echter te weinig mogelijkheden of voordelen (zie verder). Een deel van het personeel wil graag meer werken en krijgt hiervoor binnen de muren van de eigen instelling te weinig wettelijke mogelijkheden. Men gaat dan bijklussen als zelfstandige in bijberoep of als interimwerknemer. Of men gaat aan de slag als interimwerknemer of projectverpleegkundige waar men een grotere flexibiliteit en autonomie ervaart. Er is sprake van een spectaculaire toename van interimarbeid²³ en ook het oneigenlijk gebruik van projectverpleegkunde (zowel als werknemer als als zelfstandige) is toegenomen. Deze

²² Dit betreft niet de publieke sector waarvoor andere regels bestaan.

²³ Volgens de MAHA-studie is de interimarbeid met 75% gestegen; op sommige afdelingen moet men in de feiten vaststellen dat er geen enkele vaste medewerker meer op de afdeling aanwezig is.

vormen van tewerkstelling hebben hun legitimiteit wanneer gebruikt waarvoor ze in het leven zijn geroepen, maar bij oneigenlijk gebruik verstoren ze de werking van de diensten, creëren in meerdere gevallen een ongelijkheid in loon- en arbeidsvoorwaarden tussen zorgmedewerkers, organiseren een vorm van ongewenste 'deconventionering' en kunnen de kwaliteit van de zorg in het gedrang brengen. Zo zien we bijvoorbeeld dat men soms halftijds gaat werken, om dan voor de andere halftijds terug te keren in de instelling als interimwerknemer. Zo kan de werknemer zelf het moment en de uren kiezen waarop hij werkt. Tegelijkertijd zien we ook een toenemend risico op uitputting wanneer iemand uren blijft cumuleren en de facto de regelgeving op de arbeidsduurtijd niet respecteert.

Een deel van het personeel verlaat gewoonweg de sector en gaat elders werken in de brede context van de zorg waar de loon-, arbeids- en/of leefvoorwaarden beter zijn (bv. clb's, verzekeringen). Het resultaat is dat de druk op het achterblijvende personeel en de vraag om flexibiliteit nog groter worden. De vicieuze cirkel wordt hiermee versterkt.

f. Verloning

Qua verloning kan worden aangegeven dat volgens een rapport van de OESO de lonen voor verpleegkundigen in België tot de hoogste in Europa behoren; een zelfde trend kan ook worden opgetekend ten aanzien van de gemiddelde lonen over alle sectoren heen.²⁴ Dit is niet het geval voor de zorgkundigen; gemiddeld zitten zij onder het gemiddelde loon over alle sectoren heen. Dit betekent echter niet dat de lonen van zorgprofessionals niet verder zouden moeten evolueren, rekening houdende met de zwaarte van het beroep.

Verschillende problemen worden gesignaleerd met betrekking tot **IFIC** – het nieuwe functieclassificatiemodel van toepassing in (oa) de zorgsector. Zo wordt aangehaald dat er in IFIC sprake is van een te grote versnippering van functies. Men zou zich volgens sommige commentaren moeten baseren op het toekomstmodel van de verpleegkundige functies; daarbij zouden competenties het loon moeten bepalen zonder dat de plek van de uitgeoefende functie een rol speelt.

²⁴ Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat een dergelijke vergelijking een vertekend beeld geeft. Het gemiddelde loon houdt ook rekening met totaal andere sectoren of een totaal ander type functies waarmee weinig vergelijking kan gemaakt worden.

Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat het IFIC-model in dit verband nog een stapje verder gaat dan de werking die wordt voorgesteld in de commentaren: het reële functioneren het loon in IFIC; immers, de functie-inhoud (van de sectorale referentiefunctie) bepaalt de classificatie in het IFIC-functietapijt. Daarbij worden niet alleen kennis en competenties meegenomen, maar wordt er ook rekening gehouden met meerdere andere criteria om de plaats in de classificatie te bepalen en de functie te wegen met als doel de looncategorie vast te stellen.

Bovendien is het belangrijk te onderstrepen dat IFIC in wezen inderdaad enkel rekening houdt met de bestaande realiteit; voorafnames op de wijze waarop de verpleegkundige functies in de toekomst zouden kunnen worden georganiseerd (cf toekomstmodel van de verpleegkundige functies), worden niet als dus danig opgenomen in het model; dat is ook niet de bedoeling van IFIC. Er moet inderdaad wel vastgesteld worden dat er in IFIC heel wat verpleegkundige functies zijn opgenomen – deze refereren aan wat er op het terrein bestaat.

Vanop het terrein wordt ook aangegeven dat de gespecialiseerde functies die ingeschaald zijn in categorie 14 van IFIC zich niet voldoende financieel gevaloriseerd voelen; sommigen linken dit aan de groeiende tekorten in deze functies; in sommige diensten wordt gevreesd voor de kwaliteit van de dienstverlening. Met betrekking tot de gespecialiseerde verpleegkundige functies dient opgemerkt te worden dat IFIC deze niet beschreven heeft omdat er vraag was naar "erkenning van de specialisaties" in het functietapijt. De toepassing van de uniforme wegingsmethode op de beschreven functies heeft een verschillende klassering opgeleverd. Diploma of bijkomende opleiding is echter niet langer het enige criterium om functies te verlonen.

Het IFIC-model is opgevat als een evolutief systeem dat in functie van ontwikkelingen op het terrein *à mesure* wordt aangepast. Daarbij wordt erkend dat de onderhoudsprocedures als te traag worden gepercipieerd.

III. MANAGEMENT & LEIDERSCHAP

Ook qua **type management en type leiderschap** worden meerdere problemen geïdentificeerd. Het gaat hier niet om een veralgemeende problematiek – dit is afhankelijk van plaatselijke factoren, maar wanneer ze gedetecteerd worden (cf. controlerend en weinig participatief management), hebben ze wel een

enorme impact op het welbevinden van het personeel en de werking van de diensten. In dit verband wordt ook verwezen naar het belang van opleidingen voor het management en inzake leiderschap.

a. Interne organisatie & planning

Op meerdere plaatsen worden problemen inzake interne organisatie waargenomen; heel vaak komt het probleem van de planning naar voren (zie ook hiervoor). Middelen en mensen worden niet altijd ingezet waar ze het best kunnen worden gebruikt. Er wordt in dit verband ook aangegeven dat er nog te vaak in silo's geredeneerd wordt in plaats van personeel meer dienstoverschrijdend in te zetten waar mogelijk. Het gaat dan niet alleen over verpleegkundigen, maar alle types beroepsprofielen. Wel dient aangemerkt te worden dat hier niet gepleit wordt om algemeen te evolueren naar brede equipes van multi-inzetbare generalisten. Dit zou immers tot gevolg (kunnen) hebben dat expertise hierdoor verloren gaat, met een negatieve impact op de kwaliteit van de zorgverlening. Alles hangt af van de context, in sommige settings zijn voornamelijk specialisten nodig, in andere contexten zijn multi-inzetbare generalisten net wel een meerwaarde en een zegen voor kwalitatieve zorg. In ieder geval wordt aangegeven dat er **niet altijd voldoende rationeel, efficiënt of innovatief wordt omgegaan met het beschikbare en inzetbare personeel**. Dit geldt niet alleen binnen de context van de ziekenhuizen, maar is ook opgemerkt in de thuisverpleging. Tegelijkertijd dient gewaakt te worden over de psychologische impact van het verplaatsen van personen tussen teams en diensten.

b. Cohesie

Er wordt aangegeven dat er ook niet altijd voldoende ingezet wordt op de cohesie binnen de teams. In dit verband wordt ook aangegeven dat het vaak **ontbreekt aan tijd om hierop te kunnen inzetten**.

Zie in dit verband ook eerder in het document het gebrek aan tijd dat hoofdverpleegkundigen ondervinden omdat hun inzet nodig is voor basiszorg wegens tekorten op andere vlakken. Opgemerkt moet worden dat reeds getracht is om hieraan te verhelpen via de investeringen van het Zorgpersoneelfonds (zie doelstelling om de hoofdverpleegkundige uit de norm te halen zodat er ruimte vrij komt voor één verpleegkundige extra), maar op het terrein wordt de impact hiervan als eerder beperkt ervaren.

Bovendien mag ook de **impact van het (steeds vaker) werken met tijdelijke of flexibele medewerkers** niet onderschat worden. Wanneer het vaste team door aanhoudende tekorten continu wordt aangevuld met mobiele equipe, studenten, interim, projectverpleegkundigen, zelfstandigen, ..., dan heeft dit ook gevolgen voor de cohesie in een team.

c. Begeleiding

Daarnaast blijkt dat er ondanks de financiering van 1 voltijds equivalent begeleidingsverpleegkundige per ziekenhuis te **weinig ruimte of tijd** is voor de begeleiding van zowel starters, als van bestaand personeel. Bij deze laatste groep kan verwezen worden naar de begeleiding die noodzakelijk is bij veranderingen in functie van het levenslang leren, ook tijdens de job; voor starters gaat het dan weer eerder om de transitie van studeren naar werken. Voor starters wordt er bijkomend op gewezen dat er een groot onderscheid wordt vastgesteld tussen de opleidingen en de realiteit van het terrein (zie hierna). Er wordt door sommigen verwezen naar de personeelstekorten en te beperkte gefinancierde personeelsnormen. Ook hier weer komt de druk hierdoor voornamelijk op de vaste teams terecht terwijl deze steeds kleiner worden. Ook hier wordt de vicieuze cirkel versterkt.

Tegelijk komt daarbij ook nog een **competentieprobleem**. Door de beperkte vaste teams en tegelijk een hoge turnover komt de begeleiding vaak terecht bij minder ervaren verpleegkundigen. Zij kunnen hierin zeker een waardevolle rol spelen, maar de verankering van diepgaande, complexe kennis komt hierdoor ook steeds vaker onder druk.

IV. ONDERWIJS

Alle leden beklemtonen de rol van het onderwijs. Er is hoge nood aan een doorgedreven afstemming tussen onderwijs en werkveld. Om kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen zijn een kwaliteitsvolle opleiding en stage noodzakelijk. Maximale investeringen zijn noodzakelijk.

a. Competenties

Meer in het algemeen wordt aangegeven dat het **aanbod** in het onderwijs **niet overal en voldoende afgestemd is op wat nodig is aan competenties** in de zorg. Er wordt verwezen naar inhoudelijke lacunes

over evidence based verpleegkundige aspecten. Zo wordt er volgens sommigen voor wat betreft de zorgkundigen nog te veel de nadruk gelegd op de huishoudelijke en logistieke aspecten, terwijl verpleegkundige aspecten meer aan bod zouden moeten kunnen komen (er wordt ook expliciet verwezen naar de hervorming van het secundair onderwijs in dit verband). Inzake de opleidingen met betrekking tot de zogenaamde vijf verpleegkundige handelingen wordt er op gewezen dat deze bij aanvang 120 uur bedroegen terwijl deze na de invoering van het e-learningtraject op bepaalde plaatsen nog maar 75 uur bedragen (of zelfs 20 uur omdat de stage op het werkveld niet altijd volgt) . Er wordt opgemerkt dat het e-learningtraject in principe aangevuld dient te worden met extra uren begeleiding “on the job”; in de realiteit blijkt hiervoor niet altijd voldoende tijd en ruimte te zijn. Ook inzake soft skills en bijvoorbeeld inzake weerbaarheid (cf. gedragsproblematiek), omgang met stress, zorgtechnologie, leiderschapscompetenties en systeemdenken blijken de opleidingen niet voldoende afgestemd op de noden. Bovendien wordt opgemerkt dat de huidig beschikbare opleidingen ook **niet altijd voldoende afgestemd zijn op de betrokken beroepsgroep** (bv. zorgkundigen) en hen hierdoor onvoldoende of niet bereiken. Het leren delegeren van taken, het samenwerken tussen verschillende disciplines (bv. interdisciplinaire leermodules), de link tussen het medische en het sociale, het leren communiceren en verwoorden van ideeën, ... komen volgens sommigen niet voldoende aan bod. Ook diverse problematieken gelinkt aan socio- en multiculturele aspecten krijgen te weinig aandacht. Deze laatste zijn bijvoorbeeld zeer belangrijk in de hoofdstedelijke context van Brussel of binnen de grootsteden. Specifiek voor de sector van de thuisverpleegkunde wordt er tenslotte op gewezen dat startende verpleegkundigen onvoldoende op de hoogte zijn van de administratieve vereisten en juridische gevolgen inzake de nomenclatuur en er wordt aangegeven dat dit de kans op uitstroom vergroot.

Er is **nood aan een brede opleiding** in zowel medische leerinhouden, als ook in sociale en psychologische leerinhouden, leiderschap en management om een meer een holistische kijk op zorg en de noden van de zorgvrager mogelijk te maken. Bovendien zou ook meer werk gemaakt moeten worden van **interdisciplinaire** onderwijsvormen.

Het is echter niet alleen belangrijk dat deze sociale en psychologische leerinhouden worden ingebouwd in de leerprogramma's – hierin wordt trouwens een evolutie vastgesteld. Het is ook belangrijk dat deze **nadien op het werk ook hun plaats kunnen krijgen** op de diensten en daar blijken een gebrek aan tijd en ruimte vandaag soms een probleem.

b. Stages

Voor wat betreft de stages wordt aangegeven dat deze **niet altijd een voldoende realistisch en globaal beeld geven van het werken in de zorg**. Men heeft het aanvoelen dat er in de organisatie van de stages te veel onderverdeeld wordt naar de technische handelingen en dat er in de stages te weinig mogelijkheid is om het werken in de zorg in zijn globaliteit te ervaren (inclusief ook de minder evidente aspecten zoals voldoende nacht- en weekendwerk).

Ook werd specifiek voor Wallonië verwezen naar het zogenaamde decreet Marcourt dat toelaat dat studenten verder kunnen studeren zonder te zijn geslaagd voor het geheel van hun vakken; in het derde jaar van hun opleiding realiseren studenten zich dan dat de realiteit van de zorg niet de omgeving is waar ze willen werken.

Tegelijkertijd geven studenten aan dat stage-ervaringen hen ook ontmoedigen om in de zorg te gaan werken. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat op dit ogenblik de situatie op het terrein echter op veel plaatsen buiten proporties is door de personeelsschaarste en door heel wat bestaand personeel momenteel ook als niet langer haalbaar wordt ervaren. Bijgevolg wordt de stage-ervaring – die nochtans een enorme kracht kan hebben - **vertekend door de ruimere problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg**.

Het blijkt ook dat studenten tijdens hun stage **niet altijd ingezet worden volgens hun competentieniveau**. Zo blijkt uit de feedback vanop het terrein dat een student verpleegkunde in het project 600 tijdens zijn/haar eerste jaar stage bijvoorbeeld stage moet doen omtrent logistiek en zorgkunde terwijl ze dit soms al jaren beroepsmatig doen. Een bachelor verpleegkunde bijvoorbeeld zou tijdens zijn/haar derde en vierde jaar stage eerder moeten kunnen inzetten op globale totaalzorg en coördinatie; vanop het terrein komen signalen dat ze te vaak ingezet worden voor taken die te weinig kansen bieden om bij te leren op het vlak van autonomie en coördinatie.

Tegelijk geven studenten aan **te weinig begeleid** te worden – zo is er voor zorgkundigen geen professionele begeleiding voorzien en zijn de middelen voor de begeleiding binnen de ziekenhuiscontext bijvoorbeeld zeer beperkt. Bovendien is het ook belangrijk dat men kan begeleid worden op zijn/haar competentieniveau. Voldoende monitoring en reële begeleiding zijn noodzakelijk.

Verder wordt er op gewezen dat bijkomende opleidingen **niet flexibel genoeg** zijn en ook inzake financiering stellen zich specifiek in Vlaanderen problemen (cf. niet-financiering van de postgraduat en of zogenaamde banaba's).

c. Opleidingstijd

Hoewel er aangegeven wordt dat er voor het bestaande personeel een opleidingsaanbod bestaat, stelt zich het probleem dat er **niet altijd (nog) voldoende marge** is op de werkvloer om opleidingen en bijscholingen te volgen wegens de hiervoor geschetste personeelsschaarste. Dit wordt bijzonder sterk aanvoeld door de zorgkundigen.

Het is jammer dat er niet altijd (nog) voldoende marge blijkt om opleidingen en bijscholingen te volgen hoewel er in het kader van de Arbeidsdeal ondertussen vijf opleidingsdagen per jaar voor een voltijds tewerkgestelde werknemer werden voorzien. Opleidingen doorheen de carrière zijn belangrijk voor de persoonlijke ontwikkeling en het welbevinden van het personeel, maar ook voor het kunnen blijven garanderen van een kwaliteitsvolle zorg. Tegelijkertijd wordt ook wel aangehaald dat heel wat verpleegkundigen de master gezondheid combineren met werken maar hierdoor zijn deze ook gedurende een tijd niet voltijds beschikbaar.

V. BELEID & FINANCIERING

Verder werden ook diverse problemen opgemerkt die raken aan **beleidsmatige aspecten en financiering**.

a. Coördinatie tussen bevoegdheidsniveaus

Zoals aangegeven in de aanhef van de nota is het landschap van de zorg een complex gegeven. Er zijn meerdere subsectoren die bovendien afhangen van diverse bevoegdheidsniveaus. Het terrein heeft hieraan weinig boodschap. Patiënten, personeel, burgers in het algemeen kijken naar het probleem en verwachten een oplossing. Vaak wordt echter als antwoord de bevoegdheidsverdeling genoemd. Er wordt een **gebrek aan coördinatie tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus** ervaren. Op politiek niveau bestaat een IMC, maar een gecoördineerd sociaal overleg om tot efficiënte oplossingen te komen ontbreekt. Men geeft aan dat dit effecten heeft voor patiënt en personeel.

Ook inzake financiering zijn er interferenties waar te nemen tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus. De nood aan een coördinatie tussen de niveaus is zeker nodig. Er wordt bijvoorbeeld verwezen naar de thuisverpleegkunde waarvoor een tussenkomst bestaat door de federale overheid, terwijl thuishulp betalend is; dit verhoogt de druk op de thuisverpleegkunde. Een ander voorbeeld is het patiëntenvervoer waar zowel federale, regionale als lokale overheden betrokken zijn. Het verschil in financiering leidt ook tot problemen van mobiliteit tussen de sectoren. Tenslotte is ook aangegeven dat ingevolge regionalisering de financiering soms wegvalt en de achterliggende maatregel bijgevolg niet langer over de nodige middelen kan beschikken.

b. Impactmeting

Wanneer nieuwe maatregelen genomen worden inzake gezondheid, is het aanvoelen dat er **niet voldoende geëvalueerd wordt waar de nieuwe maatregelen een impact zouden kunnen genereren en hierop passende oplossingen voor voorzien**, bv. de afbouw van het aantal ligdagen genereerde een verhoogde druk op de thuisverpleging, maar ook in de woonzorgcentra, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg; dit leidt tot meer complexe zorg en een zwaardere zorglast, meer administratieve taken en een hogere nood aan afstemming met de eerstelijnsgezondheidsmedewerkers; mensen worden sneller naar huis gestuurd terwijl er onvoldoende investeringen zijn voor therapietrouw en health literacy met soms een heropname tot gevolg (zie ook hiervoor). Zo wordt er bijvoorbeeld ook op gewezen dat de inzet van verpleegkundigen bij de huisartsen op zich een goede maatregel is, maar dat hierdoor verpleegkundigen worden weggeleid van andere sectoren; er wordt gesuggereerd dat hier niet fijnmazig genoeg tewerk wordt gegaan in het geven van incentives (men verwijst daarbij naar het voorbeeld dat voor de inzet van verpleegkundigen bij de huisartsen beroep zou kunnen gedaan worden op verpleegkundigen voor wie het werk op een operationele dienst te zwaar is (wegens 'hogere leeftijd', lichamelijke problemen of bv na terugkeer uit langdurige ziekte; hier dient echter gewezen te worden op de persoonlijke motivatie en keuzevrijheid van een persoon om een bepaalde job te doen).

c. Financiering

Ook inzake financiering wordt **niet voldoende nagegaan op welke manier en in welke mate de modaliteiten inwerken op diverse componenten**. Zo is er bijvoorbeeld geen valorisering voorzien om

samenwerking tussen thuisverpleegkundigen, huisartsen en ziekenhuizen te verbeteren. Ook staat er geen valorisering tegenover de flexibiliteit die zorgpersoneel toont (bv. hier wordt door sommigen bijvoorbeeld verwezen naar het gebrek aan (para)fiscaal vriendelijke behandeling van bijkomende uren – deze mening wordt echter niet door iedereen gedeeld; dergelijke maatregelen hebben immers ook een ontwrichtend karakter voor de financiering van de sociale zekerheid, of kunnen bijklussen bij de eigen werkgever). In ieder geval wordt de financiering als bijzonder **complex** ervaren en wordt door sommigen aangegeven dat er sprake is van een **probleem van onderfinanciering** van het personeel in de zorg (zie hiervoor bv. niet financiering van opleidingstijd – terwijl zorgprofessionals in het kader van de “kwaliteitswet” voldoende opleidingstijd zouden moeten kunnen aantonen - en teamtijd, de onderfinanciering die ervaren wordt door de RIZIV-sectoren) of projecten of te weinig gedifferentieerde financiering voor ondersteunende functies. Ook verpleegkundige consultaties – deze hebben nochtans hun nut al bewezen - worden niet gevaloriseerd binnen het huidige financieringsmodel. Een evaluatie en herziening van de financiering dringt zich in het algemeen op, voor alle sectoren.

d. Duidelijkheid, maar ook fluïditeit en flexibiliteit

In het algemeen wordt **meer duidelijkheid verwacht** van het beleid – er wordt bijvoorbeeld verwezen naar een meer duidelijke koppeling tussen financiering en doelstelling - terwijl er **tegelijkertijd nood** blijkt **aan voldoende fluïditeit en flexibiliteit opdat een meer innovatieve manier van denken en werken mogelijk zou worden** en opdat er meer zou ingespeeld kunnen worden op de verschillende noden van verschillende soorten mensen (zie ook hiervoor). In dit verband wordt ook verwezen naar de effecten inzake **normering**. Zoals hierboven reeds aangehaald wordt door meerderen aangehaald dat de normen achterhaald zijn en niet aangepast aan de huidige complexiteit en intensifiëring van de zorg. Een evaluatie en herziening – zonder dat dit tot grotere complexiteit of verstarring leidt - van de normering dringt zich op.

e. Langetermijnvisie voor alle gezondheidszorgberoepen

Er wordt een beleid gevraagd op de lange termijn, voor alle gezondheidszorgberoepen, met een duidelijke visie voor de sectoren en geen kleine ingrepen die de kern van de zaak niet wijzigen. Er wordt verwezen naar de **nood aan nieuwe zorgmodellen, een hervorming van het huidige financieringsmodel en de normering**.

f. Lineair karakter

In het algemeen wordt er vastgesteld dat reeds heel wat maatregelen genomen zijn om de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg aan te pakken, maar deze hadden veelal een lineair karakter terwijl moet vastgesteld worden dat er op het terrein grote verschillen waar te nemen zijn in de bestaande noden. Bovendien zijn de bestaande maatregelen wellicht toe aan een evaluatie (zie ook hiervoor).

VI. IMAGO & MAATSCHAPPELIJKE DIMENSIE

a. Imagoprobleem

Tenslotte kampt de zorgsector met een imagoprobleem. Er werd in de eerste plaats reeds aangegeven dat er maatschappelijk **niet altijd per sé een juist beeld** bestaat van het verpleegkundig beroep – cfr. ook de zichtbaarheid van de vele niet-verpleegkundige taken voor patiënten en hun omgeving, de carrièrepaden en van het werken in de zorg in het algemeen. Er wordt ook verwezen naar de rol van het onderwijs (niet altijd ruimte voor promotie van zorgrichtingen) en de media (vaak slecht nieuws uit de sector).

Daarnaast heeft de covid-pandemie de zorgsector een zichtbaarheid gegeven – dit zou als positief ervaren kunnen worden – weze het niet dat er tegelijkertijd een beeld is geschapen van een sector in volle crisis. Ook specifiek voor bijvoorbeeld de geriatrie en chronische afdelingen stelt men in dit verband problemen vast. Het gaat over arbeidsintensieve afdelingen, die van op een afstand niet altijd aantrekkelijk overkomen en waarbij de situatie nog eens verscherpt is door een toenemend personeelstekort. Het vertekende beeld dat jongeren hebben van werken in de zorg, geeft nog aan weinig jongeren zin om in de sector in te stappen.

b. Toenemende agressie

Bovendien wordt er vanuit de brede sector een toenemende agressie tegenover het personeel in de zorg gemeld welke de situatie alleen nog maar verergert.

Er zijn vragen om het anoniem klachten indienen mogelijk te maken en er wordt vanuit sommige hoeken ook gepleit voor een centraal meldpunt agressie in de zorg. Ook wordt gepleit voor mogelijkheden inzake preventie tegen agressie.

c. Neerwaartse vicieuze cirkel

Samen met de factoren hiervoor geschetst, is de zorgsector in een **vicieuze cirkel** terecht gekomen waarbij steeds minder mensen kiezen voor een job in de sector, steeds meer mensen uitvallen door ziekte of de sector verlaten. Hierdoor neemt de druk nog verder toe waardoor nog minder mensen kiezen voor de zorg, nog meer mensen uitvallen of de sector verlaten, met een neerwaartse spiraal tot gevolg.

d. Maatschappelijk debat

Meerderden geven aan dat er nog steeds geredeneerd wordt vanuit een idee van “overvloed” terwijl er vastgesteld moet worden dat de organisatie van de zorg zou moeten gebeuren vanuit een vaststelling van schaarste. Dit brengt **verschillende maatschappelijke vragen** met zich en de problematiek draagt ook inherent een **ethische dimensie**.

In ieder geval moet het in kaart brengen van de problemen toelaten een beter inzicht te krijgen in de elementen die bijdragen aan de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg. In een tweede stadium moet deze probleemschets helpen om de bestaande oplossingen te evalueren en om betere, meer gecibleerde, nieuwe pistes van oplossing te formuleren.

LUIK II. Bestaande maatregelen

De initiële doelstelling van het tweede luik van de Toekomstagenda was om de bestaande oplossingen te evalueren. Volgens de initieel geformuleerde uitgangspunten zouden op basis hiervan dan eventueel aanbevelingen kunnen geformuleerd worden om de bestaande oplossingen te verfijnen in functie van de huidige noden – sommige maatregelen dateren immers al van enige tijd terug.

Een oplistings werd gemaakt van de maatregelen die sinds begin jaren 2000 werden genomen. Het gaat om een aanzienlijke lijst van maatregelen die voornamelijk in het kader van sociale akkoorden tot stand kwamen, naast initiatieven inzake attractiviteit of bijvoorbeeld het Zorgpersoneelfonds. Er werd aangegeven op welke wijze de maatregelen uitvoering kregen en toegepast werden. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de uitvoering niet altijd één op één gelijklopend is in de private en de publieke sector. Teneinde rekening te kunnen houden met de specificiteiten van de publieke sector werden soms aangepaste regelingen uitgewerkt. Voor een aantal maatregelen van het sociaal akkoord 2017 is de uitvoering van bepaalde maatregelen in de publieke sector nog lopende en zijn een aantal ontwerpen van protocol in voorbereiding²⁵.

Algemeen stellen de sociale partners vast dat de maatregelen in het kader van de sociale akkoorden **genomen werden binnen een bepaalde context** en dat niet uitsluitend redenen van attractiviteit en werkbaarheid aan de oorsprong liggen van de eerder genomen maatregelen. Het is bijgevolg zeer moeilijk deze maatregelen individueel te evalueren binnen een kader dat beperkt zou worden tot de attractiviteit van het werken in de zorg. Bovendien wordt ook gepleit voor de nodige **omzichtigheid** omdat de genomen maatregelen een grote en zeer concrete impact hebben op de situatie van zowel werknemers als werkgevers. De maatregelen van de sociale akkoorden komen steeds tot stand in het **overleg tussen werkgevers- en werknemersorganisaties, waarbij bepaalde evenwichten en ook de historiek hun rol hebben**.

In ieder geval is de algemene conclusie dat de maatregelen in het kader van de sociale akkoorden – voor zover ze reeds uitvoering konden krijgen, cf. lopende dossiers voor wat betreft de publieke sector - **zo**

²⁵ Zie voorontwerp van protocol inzake de kwalitatieve maatregelen en voorontwerp van protocol inzake de ziekenhuisnetwerken.

efficiënt als mogelijk toegepast zijn rekening houdende met de context. Hetzelfde kan worden aangegeven betreffende de uitvoering van het Zorgpersoneelfonds waarbij het sociaal overleg op lokaal niveau ook een belangrijke rol heeft gekregen. In het algemeen is de rol van de sociale partners zowel op federaal, regionaal als lokaal niveau belangrijk voor de uitwerking en opvolging van doelmatige maatregelen.

Betreffende enkele maatregelen werden toch enkele kwalitatieve opmerkingen gemaakt.

Voor wat betreft de mobiele equipes kan opgemerkt worden dat deze op het terrein vaak – maar niet altijd - weinig mobiel zijn. Dit kan verklaard worden door meerdere factoren. Het gaat vaak om kleine equipes die worden tewerkgesteld in het kader van vaste uurroosters. De mobiele equipes vullen vaak ook gaten op waar er zich structurele problemen stellen, en dit ook al voor er sprake was van een echte personeelsschaarste, maar deze vaststelling kan niet veralgemeend worden. Bovendien wijst een structurele mobiele inzet ook niet altijd op een structureel probleem ten gevolge de personeelsschaarste; het kan ook wijzen op een efficiënt beheer van de beschikbare middelen in functie van de dienstverlening, bv. daar waar er geopteerd wordt om iemand structureel gedurende één of twee uur in te zetten op een dienst om deze tijdelijk te versterken.

Wat betreft de VAP-dagen is opgemerkt dat deze als zinvol en noodzakelijk worden ervaren. Er is specifiek verwezen naar de historiek ervan, en de context betreffende beslissingen en evenwichten hieromtrent. Toch moet ook aangegeven worden dat zij soms een behoorlijke impact hebben op de personeelsbezetting en dat vervangingen niet altijd kunnen worden gegarandeerd door de personeelsschaarste. Toch wordt ook onderstreept dat de VAP-dagen ervaren worden als noodzakelijk in het licht van werkbaar en leefbaar werk doorheen de ganse carrière en ervaren worden als een maatregel die in belangrijke mate bijdraagt tot het vermijden en/of beperken van uitstroom van oudere werknemers.

Voor wat betreft het systeem van de Maribel kan geconcludeerd worden dat dit systeem as such niet in vraag wordt gesteld en steeds een goede toepassing gekregen heeft op het terrein. Wel zijn er inzake financiering (loonplafonds) en het gebrek aan indexering van de dotaties reeds eerder opmerkingen gemaakt die een antwoord zouden behoeven. Ook het Zorgpersoneelfonds blijkt een positieve maatregel

te zijn, maar is op zichzelf niet voldoende. Bovendien wordt ook opgemerkt dat deze maatregelen aanleiding geven tot een complexe administratieve opvolging.

Specifiek voor wat betreft de publieke sector blijkt dat zich soms wel uitdagingen stellen wegens de interferentie van verschillende bevoegdheidsniveaus – en specifiek het lokale niveau - voor wat betreft de uitvoering van de maatregelen.

Algemeen blijkt ook hier opnieuw (zie ook in het eerste luik betreffende de probleemanalyse) dat er een **nood is aan monitoring** van de uitvoering van de verschillende maatregelen.

Er wordt ook verwezen naar de **nood aan voldoende transparante rapportering en controle** rond de aanwending van de middelen van het Zorgpersoneelfonds en het Budget Financiële Middelen. In ieder geval is een transparantie over de reële toewijzing – zonder te vervallen in een continue registratie - en gebruik van de budgetten niet alleen noodzakelijk, maar bevordert het ook het algemeen vertrouwen in de genomen maatregelen en het overleg binnen de instellingen.

Tegelijkertijd dient vastgesteld te worden dat aan heel wat maatregelen reeds rapportering gekoppeld is. In ieder geval mag het capteren van datagegevens niet geminimaliseerd worden want datagegevens zijn belangrijk (zie in dat verband ook nog verder in luik III). Er wordt wel best vermeden dat we nog meer arbeidsintensieve registraties opzetten omdat in een minderheid van de instellingen de afspraken moeizamer zouden verlopen. De meeste werkgevers doen hun best om de afspraken met betrekking tot de maatregelen te respecteren en in dit verband wordt toch ook gepleit het zoveel als mogelijk nastreven van “only once”-registraties.

LUIK III. MOGELIJKE NIEUWE OPLOSSINGEN

Doorheen de besprekingen van de Toekomstagenda werden meerdere mogelijke oplossingen genoteerd die volgens één of ander lid een antwoord zouden kunnen bieden voor de problemen waarmee de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg geconfronteerd wordt.

Er wordt (nog) niet aangegeven of er een consensus bestaat en welke pistes eventueel preferent weerhouden zouden kunnen worden door de leden voor verder onderzoek betreffende hun wenselijkheid en werkbaarheid om het probleem van attractiviteit van het werken in de zorg aan te pakken. Het werk dat in het kader van de Toekomstagenda is geleverd, is een **denkoefening**, met diverse vaststellingen en voorstellen. Dit derde luik kan geenszins gezien worden als een onderhandeld plan of sociaal akkoord. Het geeft een **overzicht van pistes van oplossing** voor het attractiever maken van het werken in de zorg op de middellange en de lange termijn die werden geïdentificeerd door de sociale partners en de beroepsorganisaties **zonder dat zij per sé de goedkeuring wegdragen van elke actor betrokken in het proces**.

Materies die behoren tot andere beleidsniveaus worden binnen de context van de Toekomstagenda niet verder onderzocht. Daarmee wordt de belangrijkheid van deze materies niet ontkend. Zo wordt zeer in het bijzonder de betrokkenheid van Onderwijs benadrukt voor de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg (zie in dat verband hiervoor). De vooropgestelde werkwijze wordt louter ingegeven door de bestaande bevoegdheidsverdeling. De Toekomstagenda voor de zorg is geïnitieerd op het federale niveau en wordt dan ook binnen deze context ontwikkeld.

Tegelijkertijd kunnen materies die behoren tot andere beleidsniveaus ook een belangrijke impact hebben op de problematiek van de personeelsschaarste en de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg, over de verschillende beleidsniveaus en beleidsdomeinen heen. In het bijzonder, maar niet exclusief, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de ontwikkeling van vormingsprogramma's die heel wat tijd vraagt en die hierdoor een onmiddellijke impact heeft op de snelheid waarmee nieuwe instroom beschikbaar wordt voor de arbeidsmarkt, het versnellen en vereenvoudigen van procedures voor de gelijkstelling van diploma's, het vermijden van maatregelen die een concurrentie creëert tussen zorgsectoren die zich op verschillende beleidsniveaus bevinden,

De **complexiteit van het institutionele landschap in België** wordt door alle leden naar voren geschoven als een bezwarende factor. Er wordt door alle actoren gepleit voor een gecoördineerde aanpak over de beleidsniveaus en – bevoegdheden heen in het belang van de attractiviteit van het werken in de zorg in het bijzonder, maar ook in het belang van het kunnen blijven garanderen van een kwaliteitsvolle zorg in het algemeen.

Niet alle problemen die in het eerste luik geschetst zijn, zijn structurele problemen. Sommige zijn ook een kwestie van organisatie of nood aan actualisatie in functie van een veranderde context en omstandigheden. In dergelijke gevallen kunnen uitwisseling met andere instellingen over goede praktijken een oplossing bieden en is het aanpassen van de organisatie het antwoord.

Gezien de huidige algemene schaarstecontext, is het zeer aannemelijk dat het ook nodig zal zijn dat zorgvoorzieningen **samenwerken** zodat de schaarse middelen (o.a. personeel – zowel zorg als ondersteunende functies, expertise, kennis ...) kunnen gedeeld worden, zonder dat dit ongewenste gevolgen heeft voor enerzijds de tewerkstelling (bv. afvloeiingen nav herstructurering met outsourcing van ondersteunende diensten), werkdruk en loon- en arbeidsvoorwaarden van het personeel en anderzijds de patiënt voor wie een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg moet voorop staan. Voor dergelijke samenwerkingen wordt best in de mogelijkheid voorzien van een (inter)sectoraal kader – dat desgevallend overeengekomen wordt in het sociaal overleg - dat de context en de voorwaarden schetst die niet stringenter zijn dan de geldende wetgeving en regelgeving waarbinnen dergelijke samenwerkingen best vormgegeven worden en die rekening houden met de arbeidsvoorwaarden, het welzijn van het personeel en een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt.

Soms zijn problemen het resultaat van een perceptie. Hoewel in dat geval niet per sé een werkelijk probleem, is een dergelijk probleem voor degene die het zo percipieert wel een reëel probleem. In zo een geval is **correct en volledig informeren** primordiaal. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen.

In de complexe staatsstructuur van ons land zijn er heel wat dossiers waar de betrokkenheid van de verschillende entiteiten noodzakelijk is. Oplossingen die op federaal niveau worden voorgesteld, dienen in heel wat gevallen ook onderzocht te worden op hun consequenties voor die domeinen en sectoren die behoren tot de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten, en vice versa. **Overleg over de**

beleidsniveaus heen is in dit verband essentieel en ook meer transparantie over dit overleg is aangewezen. Een concurrentie tussen de verschillende beleidsniveaus dient zoveel als mogelijk vermeden te worden; de interferentie tussen de verschillende niveaus is hoog en de concurrentie kan ook indirect zijn.

Een concurrentie dient vanuit het beleid ook uitgesloten te worden tussen de sectoren zelf; alle sectoren opereren binnen dezelfde arbeidsmarkt en zijn op zoek naar hetzelfde type personeel. De personeelsschaarste en de problematiek van de aantrekkelijkheid speelt overal op dezelfde wijze. Het is om deze redenen dan ook belangrijk dat er vooral samengewerkt wordt tussen de verschillende betrokken beleidsniveaus en beleidsdomeinen en alle betrokken actoren (zie in dat verband ook punt 4.2 verderop).

Bovendien zijn voor meerdere pistes van oplossing de betrokkenheid vereist van meerdere bevoegdheidsdomeinen, ook federaal. Zo dient bijvoorbeeld specifiek, maar niet exclusief, verwezen te worden naar de bevoegdheden en het beleidsdomein van de Minister van Werk.

De betrokkenheid van de gefedereerde entiteiten wordt tijdens het proces niet uitgesloten voor zover de deelnemers aan de Toekomstagenda dit nuttig achten en zich hierover uitspreken.

Aangezien de problematiek van de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg een complex gegeven is, is het noodzakelijk een **globale strategie** te ontwikkelen om deze problematiek te lijf te gaan. Tegelijkertijd laat de complexiteit van het probleem niet één instant oplossing toe. En is de implicatie van, het overleg en de samenwerking tussen alle betrokken overheden en actoren over de beleidsniveaus en beleidsdomeinen heen van belang. Tegelijkertijd dient erover gewaakt te worden dat de complexiteit van inhoud én structuren niet leidt tot eindeloze discussies en blokkeringen. Een evenwicht dient gezocht en gevonden te worden tussen de ontwikkeling van een globale strategie, maar ook de uitvoering van concrete maatregelen die het verschil kunnen maken. Het is bovendien het samenspel tussen oplossingen op meerdere vlakken die het verschil kunnen maken.

Tegelijkertijd vragen heel wat oplossingen ook een **cultuurswitch**; dergelijke implementaties vragen tijd en de kans om te kunnen slagen.

De voorgestelde pistes van oplossingen zijn onderverdeeld in 4 hoofdstukken:

- I. Beter meten om beter te weten
- II. Meer en kwalitatief personeel aantrekken
- III. Zorgen voor het bestaande personeel
- IV. De kwestie vergt ook een breder perspectief

I. BETER METEN OM BETER TE WETEN

In het algemeen dient uit de bovenstaande probleemanalyse, maar ook uit het luik betreffende de bestaande maatregelen geconstateerd te worden dat voor heel wat elementen slechts een partiële objectivering mogelijk is gebleken wegens het ontbreken van essentiële en actuele cijfergegevens terwijl tegelijkertijd vastgesteld wordt op het terrein dat er heel wat gegevens (te veel) geregistreerd worden. Cijfers zijn echter cruciaal om beter te kunnen inspelen op de noden en om te kunnen nagaan of doelstellingen bereikt worden.

De zin en het nut van registratie worden absoluut erkend: de registratie van gegevens is zinvol en belangrijk in het kader van de opvolging van de zorghandelingen en een kwaliteitsvolle zorg. Een doordacht **beleid rond registratie en monitoring** ontbreken echter terwijl dit **noodzakelijk** is. De registratielast moet immers haalbaar zijn, in verhouding tot het doel, er moet iets wezenlijks mee gebeuren en het moet een verrijking zijn. Daarbij dient er ook op toegezien te worden dat de complexe administratieve taken niet gewoon worden doorgeschoven naar administratieve diensten; het zou dan immers weer de druk op deze diensten verhogen. Belangrijk is dan ook dat de administratieve processen in hun globale context herbekeken worden.

Oplossingen dringen zich hier absoluut op. De leidraad daarbij: registratie en monitoring dienen te gebeuren **in functie van de mensen op het terrein, die de kwaliteitsvolle zorg dagelijks mogelijk maken, in functie van de patiënt, die de kwaliteitsvolle zorg ontvangt en in functie van het beleid dat een kwaliteitsvolle zorg wil blijven garanderen.**

Registratielast moet aldus beter gecombineerd kunnen worden met zorgtaken en hetgeen geregistreerd en gemonitord wordt, moet ook een feedback geven aan zorgprofessionals. Dat betekent dat resultaten

dienen getoond te worden. Registraties dienen gebruikt en opgevolgd te worden en dienen te resulteren in kwaliteit en beleid.

Meerdere registraties van dezelfde gegevens moeten vermeden worden (zogenaamde “**only once**”-principe). Zowel binnen organisaties, over organisaties, tussen de verschillende sectoren van de zorg als ten aanzien van de verschillende betrokken overheden. Daarbij zou meer gebruik kunnen gemaakt worden van bestaande databanken en van moderne technologieën, uiteraard met garantie voor de privacy van patiënten en medewerkers.

Er is nood aan een **grotere systeemoperabiliteit, meer performantie, en een automatisering van systemen**. Deze ambitie werd reeds meerdere keren geformuleerd, maar kreeg tot nog toe te weinig concretisering. Samenwerking over alle actoren is essentieel: van de professionals op de werkvloer, over de instellingen binnen het zorglandschap tot de beleidsmakers over de verschillende bevoegdheidsdomeinen heen. In dit verband kunnen goede praktijken op het terrein een leidraad vormen; meer interactie en intervisie hieromtrent is gewenst. Goede praktijken op het terrein dienen gedeeld te worden, kunnen samen bestudeerd worden en kunnen op die manier bijdragen aan een verdere ontwikkeling.

Wat er vandaag al bestaat, dient in kaart gebracht te worden. Er dient nagegaan te worden wat het doel van de registratie is en of de gebruikte methode het doel bereikt. Overbodige registraties dienen geschrapt te worden, en waar zaken ontbreken, dienen deze toegevoegd te worden (zo worden bijvoorbeeld heel wat medische gegevens verzameld, maar ontbreken essentiële gegevens over effectieve personeelsinzet). **Benchmarks** – toetsstenen in functie van de doelstellingen²⁶ – dienen bepaald te worden en er dient een **proportionaliteitstoets** te gebeuren: is de gevraagde registratie in verhouding tot het te bereiken doel. Er dient ook nagedacht te worden over logische (automatische) **koppelingen** tussen alle deze verschillende aspecten om, opnieuw, een betere exploitatie mogelijk te maken in functie van de doelstellingen. Zo dient er nagedacht te worden op welk niveau welk gegeven nuttig is voor welk doel (bv. uurroosterbeleid is nuttig op lokaal niveau en de registratie en monitoring ivm uren en uurroosters lijkt daar het meest nuttig, maar geaggregeerde gegevens inzake uren en uurroosters zouden misschien ook op sectoraal of federaal niveau hun nut kunnen hebben?).

²⁶ Zie bijvoorbeeld de gewenste discussies over patient/nurse ratio of patient/caregiver ratio; zie in dat verband bijvoorbeeld ook de tussentijdse conclusies van de Sandboxes.

Het is dus niet zomaar een kwestie van de wat, de waarom en de hoe te bepalen, maar deze elementen ook samen te brengen in een **visie die steek houdt in functie van de doelstellingen** en die ook zo uitgebouwd wordt dat ze **evolutief** kan zijn in de tijd. Bovendien is het ook belangrijk dit **kenbaar** te maken aan alle actoren, samen met de noodzaak, het nut en de resultaten van registraties, inclusief een realistische timing (zie in dit verband ook al hierboven). Op die manier kan een registratie- en monitoringbeleid **zinnig en transparant** zijn.

De verschillende actoren en hun rol in dit geheel dienen te worden geïdentificeerd en gedefinieerd: wie registreert, wie verwerkt, wie controleert, wie bepaalt de richting, wie informeert en wie wordt geïnformeerd ... en dat telkens op de verschillende niveaus: lokaal, sectoraal, federaal. Elk heeft zijn rol en doet zijn deel en bovenal wordt getracht om de **registratielast voor de zorgprofessional zo klein mogelijk te houden**. De opdracht, en ook de wens van de zorgprofessional is immers om zorg te kunnen geven, in plaats van registraties te doen over de zorg die hij zou moeten kunnen verlenen. Opnieuw is hier het “only once”-principe belangrijk.

Registratie en monitoring staan ook niet alleen. Registratie en monitoring hebben een impact op en ondervinden tegelijkertijd ook een impact van financiering, werking en controle van en op organisaties, en ook op de financiering, werking en controle op de zorg in het algemeen.

Een evenwicht tussen last en doelstelling is noodzakelijk. Publieke middelen worden ter beschikking gesteld om een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg mogelijk te maken en controle hierop moet mogelijk zijn. Een evenwicht dient gezocht te worden tussen het krijgen van ruimte om op een kwaliteitsvolle manier zorg te geven en te krijgen en het gevoel gecontroleerd te worden.

II. MEER PERSONEEL AANTREKKEN

Een kwaliteitsvolle zorg vergt in de eerste plaats het nodige en voldoende personeel waarvoor een structurele en volledige financiering wordt voorzien. Een **voldoende instroom dient dan ook gegarandeerd te worden**. De beeldvorming over **de sector is hierbij ook van enorm belang**. Omdat mensen, vooral jonge mensen zouden kiezen voor een opleiding en een job in de zorg, is het belangrijk dat een positief beeld van de zorg wordt geschetst en dat vooral de kracht van de zorg wordt

onderstreept. De zorgsector is een cruciale sector in onze samenleving. Werken in de zorg is bijzonder waardevol en impactvol. De zorgsector kent vele uitdagingen en moeilijkheden, maar wordt ook gekenmerkt door veel sterktes en een bijzondere kracht. Het is belangrijk dit uit te spreken – door media, professionals uit de zorg én ook het onderwijs.

1. Opleidingen

Naast het belang van **onderwijs** (zowel wat betreft de inhoud van de opleidingen als wat betreft de toeleiding naar de zorgopleidingen – hier ziet men ook een belangrijke rol voor het onderwijs) – welke een bevoegdheid is van de regio's²⁷ – dienen de **opleidingsprojecten** die gefinancierd worden via de middelen van de Sociale Maribel en het Zorgpersoneelfonds - in het bijzonder, maar niet exclusief Project 600 en #Kies voor de Zorg - bestendig te worden. Daarnaast zouden er federaal nog andere instroomkanalen kunnen onderzocht worden. De bestaande opleidingsprojecten, waarbij het sociaal overleg (sectoraal en lokaal) een belangrijke rol heeft met betrekking tot het beheer en de opvolging ervan, kennen een groot succes zowel in aantal kandidaturen als in de slaagpercentages van de projecten²⁸. De financiering ervan dient dan ook voor de toekomst gegarandeerd te blijven en verhoogd te worden. En ook een structurele verankering van de middelen naar de toekomst is gewenst. Wel wordt aangestipt dat ook hier de retentie na opleiding gemonitord dient te worden. De opleidingsprojecten kennen veel instroom en hoge slaagpercentages; het is belangrijk dat de mensen ook aan de slag (willen) blijven in de sector (zie in dit verband verder).

2. Begeleiding

Vroeger werden stageairs rechtstreeks door hun professoren begeleid, over de muren tussen onderwijs en werkplek heen. Vandaag is de situatie veelal (cf. bijvoorbeeld wel nog steeds persoonlijke begeleiding in de HBO5-opleiding) op een andere manier georganiseerd, via aparte begeleiders die grote groepen studenten begeleiden en niet langer kunnen voorzien in een persoonlijke aanpak om het starten met werken in de zorg voldoende te ondersteunen.

²⁷ De leden van de Toekomstagenda formuleerden heel wat aanbevelingen met betrekking tot het domein onderwijs. Aangezien deze niet tot het federale niveau behoren, worden zij in het kader van deze nota niet verder uitgewerkt. Indien de leden van de Toekomstagenda dit wenselijk achten, kunnen deze bevindingen overgemaakt worden aan de regionale overheden.

²⁸ De afgelopen jaren stroomden meer dan 4.500 kandidaten in in de opleidingsprojecten.

Pistes zouden kunnen zijn om de stagebegeleiding te herbekijken, de rol van de stagebegeleider uit te breiden en de **financiering** ervan te versterken. Er zou ook gedacht kunnen worden aan incentives voor de instellingen in functie van het aantal stagiaires dat ze begeleiden. Daarnaast zou er ook gedacht kunnen worden aan een vergoeding met financiering van het vierde jaar van de stage voor verpleegkundigen. Tenslotte wordt door sommigen ook gepleit voor een **betere afstemming en wisselwerking tussen de verschillende beleidsniveaus** die hier bevoegd zijn zodat de stagebegeleiding op een betere manier kan worden georganiseerd.

Naast de begeleiding noodzakelijk tijdens de stage – onderdeel van de opleiding - is het ook **essentieel** dat bij de start van de carrière **voldoende begeleiding** voorzien wordt voor een vlotte overgang tussen studeren en werken. Oudere en meer ervaren personeelsleden zouden een cruciale rol kunnen spelen in de begeleiding van startende collega's door hun begeleidingstijd vrij te stellen en te financieren op voorwaarde dat ze hierin ook over de nodige competenties beschikken. Er kan bijvoorbeeld ook nagedacht worden over de uitbreiding van de functie – en overeenkomstige financiering – van de begeleidingsverpleegkundige; gezien het tekort aan verpleegkundigen actief in de sector zou in dit verband ook onderzocht kunnen worden of en hoe deze rol ook ingevuld zou kunnen worden door andere professionals of hoe verpleegkundigen teruggehaald zouden kunnen worden naar de sector in dit verband.

Maar niet alleen bij de overgang tussen school en het professionele leven, ook tijdens de eerste jaren van de carrière, of voor mensen die later in hun carrière een nieuwe stap zetten binnen de sector of degenen die zich blijven bijscholen, is begeleiding een must. Daarbij dient ook aandacht te zijn voor het feit dat er in dit verband een onderscheid blijkt te zijn tussen de grotere en kleinere instellingen.

3. Doorstroom

Ook perspectief en doorgroeimogelijkheden zijn in dit kader belangrijk. **Modulair onderwijs (i.t.t. de standaardsprogramma's van vandaag), de brugopleidingen en de zogenaamde passerelle** (ook met andere zorgfuncties) zouden hier een oplossing kunnen bieden. In dat verband zou er ook gedacht kunnen worden aan een beter kader voor de **EVC-attestering** (eerder verworven competenties) om het traject te verkorten.

Een link kan hier ook gemaakt worden naar de nieuwe **zorgladder** die momenteel op het niveau van het beleid in de steigers staat. In die nieuwe zorgladder – waarmee de overheid de uitrol van een toekomstgericht functiemodel in de verpleegkunde beoogt – is het de bedoeling dat elk profiel zijn plaats zou krijgen. De bedoeling is daarbij ook om de verschillen tussen verpleegkundige profielen en de manier waarop ze elkaar aanvullen **duidelijker** te maken, én haalbare **doorgroeimogelijkheden** te voorzien. Dit zou moeten toelaten meer perspectieven voor levenslang leren te creëren en ondersteunt de mogelijkheid om doorheen de carrière gemakkelijker te evolueren. Ondertussen werden verschillende nieuwe profielen geïntroduceerd: de verpleegkundig specialist, de klinisch verpleegkundig onderzoeker, de basisverpleegkundige, de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de praktijkassistent.

In deze hervorming, geïnitieerd door de overheid, wordt ook een luik inzake **taakdifferentiatie** voorzien, met daaraan gekoppeld de invoering van het zogenaamde **gestructureerd zorgteam** (zie ook verder) en de bepaling van de activiteiten van het dagelijks leven. De bedoeling van de overheid is dat hierdoor ook andere zorgberoepen bepaalde verpleegkundige handelingen zouden kunnen stellen, op voorwaarde dat ze hiervoor zijn opgeleid en ze binnen dat gestructureerd zorgteam werken of dat onder bepaalde voorwaarden bepaalde handelingen niet langer door een verpleegkundige of zorgkundige zouden moeten worden uitgevoerd. De bedoeling die de overheid met deze hervorming heeft, is allerm minst om het werk tussen zorgprofessionals in hokjes op te delen, maar wel om de verschillende zorgprofessionals in hun kennis en kunde te valoriseren en om meer mogelijkheden te creëren om een kwaliteitsvolle zorg ten aanzien van de patiënt mogelijk te maken. De zorgladder, met daaraan gekoppeld de taakdifferentiatie en het werken in de gestructureerde zorgequipe beogen, nog volgens de overheid, om in teamverband de zorg op een flexibelere manier te organiseren en op te nemen, met een perspectief van totaalzorg voor de patiënt én met garantie van de kwaliteit van de zorg voor ogen. Dit kader wordt de komende maanden verder uitgewerkt op beleidsniveau, in samenspraak met de betrokken actoren. Voor het welslagen van de hervorming zal het immers ook van belang zijn rekening te houden met de concrete bezorgdheden die zich hierover op het terrein aftekenen en de nodige antwoorden in dat verband te verschaffen.

Na de concretisering ervan zal het ook noodzakelijk zijn om de gevolgen van deze hervormingen op andere domeinen te bekijken, zoals bijvoorbeeld IFIC en de vergoeding voor specialisatie.

Ook het **werkplekleren en de duale trajecten** hebben een meerwaarde en verdienen volgens sommigen meer aandacht in de zorg. En ook de **interne mobiliteit** wordt volgens sommigen momenteel nog niet voldoende benut.

De regionale bemiddelingsdiensten van hun kant hebben een belangrijke rol in de toeleiding naar opleidingen voor erkende knelpuntberoepen. De initiatieven op dat vlak zouden in kaart kunnen gebracht worden en de verschillen bestudeerd; best practices worden best uitgewisseld en minder succesvolle initiatieven worden best geremedieerd.

4. *Herintrede*

Incentives zouden ontwikkeld kunnen worden om ook herintreders terug te laten keren naar de zorg.

Sommigen suggereren daarbij een modernisering van de anciënniteitsregeling. Deze intentie is ook reeds opgenomen in de bestaande sociale akkoorden in de private sector. De huidige regeling dateert reeds van 1975 en het is aangewezen een modernisering die de overname van anciënniteit versterkt, te onderzoeken. Een studie in dit verband loopt in de schoot van het paritair comité 330 om de kost in kaart te brengen. Deze kwestie heeft immers ook een financiële dimensie.

Voor de publieke sector dient bovendien rekening gehouden te worden met de problematiek van de lokale autonomie; het blijkt moeilijk om collectieve afspraken te maken.

Anciënniteitsregelingen kunnen een impact hebben op de mobiliteit van werknemers. Soms zitten mensen “gevangen” in een job die hen niet ligt; het opgeven van de verworven voordelen zou hen te duur komen te staan terwijl ze uitgekeken geraken op hun job en hierdoor soms zelfs in een burn-out terecht komen. De volledige of gedeeltelijke overname van de anciënniteit, de erkenning van bepaalde competenties of de erkenning van relevante beroepservaring kunnen de mobiliteit stimuleren en werknemers meer kansen bieden, door hun inkomensniveau te garanderen²⁹.

²⁹ Zie in dat verband de universitaire studie die momenteel loopt in opdracht van de federale sociale partners uit PC330.

In ieder geval dienen mogelijkheden onderzocht te worden om het voor herintreders financieel aantrekkelijker te maken om hun weg naar de zorg terug te vinden. Dat zou ook kunnen door de juiste opleidingen te voorzien zoals de terugkerende werknemer tijdens de opleiding financieel te ondersteunen (naar analogie bijvoorbeeld van #Kiesvoordezorg).

Daarbij dient wel voor ogen gehouden te worden niet te verzeilen in een concurrentie tussen instellingen enerzijds of tussen herintreders en het bestaand personeel anderzijds.

5. Internationale arbeidsmobiliteit

Naast de andere pistes die instroom bevorderend zijn, is het aantrekken en inzetten van buitenlandse zorgverleners uit landen waar het verantwoord is om te rekruteren, tenslotte een zinvolle piste om te exploreren, binnen het kader van de internationale arbeidsmobiliteit die vandaag reeds bestaat (zowel EU als niet-EU).

In elk geval zijn alle partijen het er over eens dat de zogenaamde brain drain en care drain in dit verband absoluut vermeden dient te worden; in dat opzicht dient deze piste als aanvullend beschouwd te worden ten opzichte van andere pistes van oplossing. Ook andere misbruiken dienen ingedijkt te worden (cf. commerciële exploitatie).

De actoren oordelen dat hier een rol voor de overheid weggelegd ligt om deze kwesties verder te moduleren, te faciliteren en waar nodig verder te reguleren waar nodig en ook te blijven voorzien in het nodige overleg over en coördinatie tussen de verschillende bevoegde beleidsniveaus.

In elk geval is in deze context taal een belangrijke bekommernis in functie van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

Sommigen geven hiernaast nog aan dat het in ieder geval noodzakelijk ook in te zetten op het wegnemen van administratieve belemmeringen voor het tewerkstellen van buitenlandse zorgverleners, zoals bv. de duurtijd voor het bekomen van een verblijfsvergunning en de erkenning van het buitenlands diploma.

Tenslotte wordt in het algemeen aangegeven dat best een visie inzake arbeidsmobiliteit in het algemeen in de zorg ontwikkeld dient te worden.

III. ZORGEN VOOR HET BESTAANDE PERSONEEL

Naast het werken aan de instroom dient ook voldoende aandacht te zijn voor de retentie, voor het behoud van het bestaande personeel. En daarin is de **werkbare carrière** de sleutel.

Dat betekent in de eerste plaats werkbare omstandigheden op het werk.

Dat betekent ook dat een loopbaan in de zorg voldoende plaats moet bieden aan carrièrewendingen en levensgebeurtenissen, zonder onoverkomelijke verliezen of gevolgen, voor alle betrokken partijen.

En dat betekent dus ook haalbaarheid doorheen de volledige loopbaan.

Uiteraard moet daarbij ook gekeken worden naar de haalbaarheid, zowel financieel als organisatorisch, als naar bijvoorbeeld de effecten van de huidige normering .

Ook al laat de realiteit niet altijd de ideale carrière toe, het moet in ieder geval wel de ambitie zijn, met een groeipad ernaartoe. Daarin hebben alle actoren een gedeelde verantwoordelijkheid om de weg naar deze ambitie mogelijk te maken. Meerdere factoren spelen hier een rol. Deze worden in de luiken hieronder verder ontwikkeld.

1. Het verpleegkundig beroep slim hervormen en organiseren

Zorgprofessionals, en meer bepaald verpleegkundigen, geven aan zich niet langer te kunnen toeleggen op hun kerntaken, nl. het zorgen voor hun patiënten. Teneinde toe te laten dat verpleegkundigen zich zouden kunnen focussen op hun taken is het noodzakelijk **taakdifferentiatie** mogelijk te maken voor wat betreft niet-verpleegkundige taken die verpleegkundigen beletten om de zorg te verlenen die nodig is. Tegelijkertijd is er ook nood aan een **slimme functiedifferentiatie en slim georganiseerde zorgteams**³⁰. In dat verband verwijzen we graag naar de lopende hervorming van het verpleegkundig beroep en de introductie van het gestructureerde zorgteam (zie hiervoor).

³⁰ Sommigen geven aan dat dit niet enkel vanuit het perspectief van het verpleegkundig beroep alleen mag bekeken worden, maar dat als het ware de ganse zorgladder moet meegenomen worden.

Dergelijke hervormingen vergen tijd en tegelijkertijd ook een mindshift bij alle betrokkenen in de zorg. Bij zorgverleners én zorgvragers.

Taak- en functiedifferentiatie zijn geen excuus om niet blijvend te investeren in voldoende personeel, het biedt wel een opportuniteit zodat we onze zorg anders kunnen organiseren, beter kunnen aanpassen aan de noden van morgen en ook de ambities die we vandaag koesteren voor onze zorg met meer ruimte voor preventie, zelfredzaamheid, een geïntegreerde zorg en samenwerking en een grotere betaalbaarheid en toegankelijkheid – in alle sectoren.

Zoals reeds aangegeven wordt momenteel een hervorming van het verpleegkundig beroep uitgerold door de federale overheid. De bedoeling van de overheid is dat de **zorgladder, met daaraan gekoppeld de taakdifferentiatie en het werken in de gestructureerde zorgequipe**, zouden moeten toelaten om in multidisciplinair teamverband de zorg op een meer flexibele manier te organiseren en op te nemen, met een perspectief van totaalzorg voor de patiënt én met garantie van de kwaliteit van de zorg voor ogen.

In elk geval is de bedoeling die de overheid met deze hervorming heeft om de zorgprofessionals te valoriseren en erkennen in hun kennis en kunde, om hen toe te laten zich terug te kunnen focussen op datgene waarvoor ze zijn opgeleid en om hen meer autonomie en perspectief te bieden, rekening houdende met de verschillende contexten waarbinnen ze opereren (bv. woonzorg, ziekenhuizen, thuisverpleging, geestelijke gezondheidszorg ...).

De bedoeling van de overheid met deze hervorming is niet om het werk van verpleegkundigen een louter technische invulling te geven, integendeel. De hervorming van het verpleegkundig beroep (met daaraan gekoppeld zorgladder, taakdifferentiatie en gestructureerde zorgequipe) beoogt, nog volgens de overheid, om de zorgprofessional in staat te stellen om terug meer aandacht te kunnen geven aan zijn relatie met zijn patiënt. Zorg geven is immers meer dan het stellen van handelingen. De bedoeling is door onder meer taken te verschuiven, elke schakel in de zorgladder in zijn waarde te kennen en het beroep van verpleegkundige te herwaarderen zodat zij zich blijvend kunnen richten op een kwaliteitsvolle zorg. Het kan daarbij niet de bedoeling zijn het beroep in hokjes op te delen; een holistische visie op de invulling van een kwaliteitsvolle zorg staat voorop.

Maximaal overleg met alle betrokkenen over de fundamentele hervormingen van het verpleegkundig beroep zijn absoluut vereist, in het bijzonder maar niet exclusief de sociale partners, en ook de nodige informatieverstrekking aan bijvoorbeeld de patiëntenverenigingen en de bredere bevolking is gewenst. Zoals reeds aangegeven, zal het voor het welslagen van de hervorming immers van belang zijn rekening te houden met de concrete bezorgdheden die zich hierover op het terrein aftekenen en de nodige antwoorden in dat verband te verschaffen.

Een goede – intelligente en veilige - planning en zorgorganisatie, ondersteund door de juiste tools en voldoende overleg en samenwerking, zijn essentiële meewerkende factoren om het geheel goed te laten werken in functie van een kwaliteitsvolle zorg. Dit vereist beleidsmatig ook dat er voldoende ruimte gelaten wordt om een zekere souplesse en flexibiliteit aan de dag te leggen en een ‘slimme’ organisatie mogelijk te maken. ‘Souplesse en flexibiliteit’ slaan hier niet op uurroosters, planning en overuren, maar slaat wel op ‘slim’ als in *situationeel* plannen en organiseren. Een dergelijke slimme planning en organisatie houdt geenszins in dat er gepleit wordt voor een absolute flexibilisering van planning en organisatie, maar wel dat er rekening houdende met de concrete omstandigheden – zowel inzake zorgorganisatie als inzake welzijn van de medewerkers - wordt getracht elke vraag op de best mogelijke manier invulling te geven door de best geplaatste zorgprofessional binnen een gestructureerde zorgequipe, waarbij steeds een kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt voor ogen gehouden wordt.

Het is aangewezen de goede praktijken die hierrond reeds bestaan, verder te onderzoeken in hoeverre en waarom deze goed werken en de conclusies hieromtrent te delen. Zo blijkt bijvoorbeeld al uit bestaande praktijken dat het niet aangewezen is te veel verschillende actoren te betrekken in de gestructureerde zorgequipe; dit zou leiden tot een onwerkbaar complexiteit en verwarring bij de betrokkenen die ongewenste gevolgen heeft voor de kwaliteit van de zorg.³¹

Onderzocht dient ook te worden op welke manier er **erkenning** kan gegeven worden **aan handelingen die geen verpleegkundig karakter hebben**. De mogelijke effecten van en voor de normering (beide richtingen) en de financiering dienen daarbij ook onderzocht te worden. Waar nodig dient het juridisch kader aangepast te worden om meer duidelijkheid te creëren omtrent de mogelijkheden en de verantwoordelijkheden en tegelijkertijd dient voldoende flexibiliteit voorzien te worden om een slimme

³¹ Cf. Tussentijdse conclusies Sandboxes

taak- en functiedifferentiatie mogelijk te maken in functie van een kwaliteitsvolle zorg (zie ook hiervoor de vraag naar voldoende souplesse). Daarnaast zou er bijvoorbeeld ook gedacht kunnen worden aan de creatie van logistieke mobiele equipes.

Bij de verdere invulling en ontwikkeling van het toekomstmodel van de verpleegkundige functies is het bovendien aangewezen niet alleen rekening te houden met de verschillen in opleidingsniveau. Competenties zijn niet alleen een kwestie van diploma, maar ook van ervaring. Om de kwaliteit van onze zorg te blijven garanderen is het tegelijkertijd wel essentieel dat voldoende zorgpersoneel zijn kwalificaties behaalde aan de hand van een theoretische vorming. Toch hebben competenties en talenten op basis van ervaring ook hun plaats en dienen zij ook de nodige erkenning te kunnen krijgen binnen de zorgladder, in combinatie met levenslang leren (zie ook hiervoor). De nodige financiële middelen, zowel voor wat betreft de opleidingen zelf als voor de compensatie van de opleidingstijd, dienen hiervoor ook voorzien te worden (cf. de kwestie van de 5 bijkomende handelingen die zorgkundigen mogen uitvoeren).

Tenslotte bestaat vandaag de indruk dat de financiële druk er voor zorgt dat het personeel de factor van aanpassing is. Een meer flexibele organisatie en planning mogen er niet toe leiden dat de arbeidsvoorwaarden zouden afbrokkelen. Zo betekent bijvoorbeeld iemand drie uur laten meedraaien op een andere dienst waar er nog nood is, dat klein beetje ademruimte dat er nog zou zijn, ook wegnemen. Dat is niet de bedoeling. Dit wil ook niet zeggen dat er geen ruimte mag zijn voor efficiëntie. Het betekent wel dat 'slim' ook redelijkheid en evenwicht omvat en dat het bovenal een kwestie is van anders plannen en organiseren. Ook in dit verband dienen de normering, financiering en het juridisch kader tegen het licht gehouden te worden zodat zij een faciliterend in plaats van belemmerend karakter hebben.

2. Opnieuw ademruimte creëren

Het zorgpersoneel kreunt onder de taken (zie hiervoor) en velen ervaren ook een enorme werkdruk. Velen staat het water aan de lippen. Naast het zuivere 'zorgfunctioneren' dient opnieuw marge gecreëerd te worden voor tijd en ruimte voor reflectie, overleg, begeleiding, innovatie en levenslang leren.

Het werken in de zorg kan een grote impact hebben op het mentale welzijn van de zorgverlener. Hij wordt dagelijks geconfronteerd met ethische dilemma's en zeer stressvolle omstandigheden (agressie soms

ook). Tijd om hierover te kunnen reflecteren, is noodzakelijk om het werk leefbaar, én ook kwaliteitsvol te houden.

Ook **tijd en ruimte voor overleg** met de collega's is essentieel. Een kwaliteitsvolle zorg rond de patiënt vraagt niet alleen het samen-werken rond een patiënt en zijn zorgvragen, maar ook het samen overleggen over die samen-werking (overdracht van dossier, behandelplan, werking van de dienst), het uitwisselen van ervaringen en goede praktijken en ook het kunnen bespreken van de ethische dimensie van de opdrachten. Op die manier kan de zorgprofessional zich opnieuw geruggesteund en veilig voelen. Kan hij ook weer ademen en kunnen ook een cultuur van samenwerking en overleg verder verankerd worden. Het moet ook het wederzijdse respect en het gevoel van mede-zeggenschap vergroten en dit allemaal samen zal ook een impact hebben op de kwaliteit van de zorg.

Dat overleg is immers **niet alleen nuttig en noodzakelijk op het niveau van de gestructureerde equipe** rond de noden van de patiënt, **maar ook op het niveau van de instelling** tussen alle noodzakelijke actoren die die kwaliteitsvolle zorg vorm geven (zie in dat verband ook verder) en ook daarbuiten op beleidsniveau.

De zorg is onderhevig aan continue evolutie en innovatie. Nieuwe technieken, nieuwe medische inzichten, de inzet van technologie en digitale toepassingen, ... worden aan een razend tempo ontwikkeld. Er is tijd nodig om deze evoluties te capteren, ze aan te leren en zich hierin ook ondersteund te weten. Zeker in het domein van de zorg heeft men naast een gevoel van bekwaamheid, ook nood aan een gevoel van veiligheid ('levens hangen er immers vanaf'). Gezien de snelheid en de complexiteit van deze ontwikkelingen, zijn **structureel tijd en ruimte noodzakelijk om deze evoluties te kunnen blijven volgen**.

Onderzocht dient te worden op welke wijze deze overleg-, reflectie- en vormingstijd en de begeleiding hierbij momenteel gefinancierd worden en, of en hoe aanpassingen op dit vlak noodzakelijk zijn (cf. **aanpassing normering en financiering**). Bij dit onderzoek dienen ook de goede praktijken die in dit verband reeds bestaan op het terrein geïncorporeerd te worden en onderzocht te worden waarom en op welke wijze een dergelijke marge wel gecreëerd is kunnen worden. Er zijn reeds initiatieven genomen inzake opleidingsmogelijkheden, maar deze dienen zeker nog een (versneld) vervolg te krijgen.

Specifieke aandacht dient hierbij ook te gaan naar de **hoofdverpleegkundige en de adjunct-hoofdverpleegkundige en de teamverantwoordelijken in de context van de thuisverpleging**, die een spil vormen in het functioneren van het gestructureerd zorgteam. Momenteel gaat een groot deel van zijn of haar tijdsbesteding naar het inplannen van de uurroosters. Ook hier is herverdeling van taken op zijn plaats (bv. ondersteuning bij het inroosteren). Op die manier kan de (adjunct-)hoofdverpleegkundige meer inzetten op zijn of haar kerntaken en tegelijkertijd ook meer tijd investeren in het overleg, de samenwerking, cohesie en begeleiding die essentieel zijn voor het welzijn van een team en zijn leden en ook samen met zijn/haar team de ethische dimensie van het functioneren voor een kwaliteitsvolle zorg kan belichten.

Tegelijkertijd zijn maatregelen nodig om de (adjunct-)hoofdverpleegkundige beter te ondersteunen in de ontwikkeling van zijn of haar leiderschapsrol en coachende vaardigheden (cf. permanente vorming in functie van klinisch en managerieel leiderschap) en te ontlasten van administratieve taken. De rol van de (adjunct-)hoofdverpleegkundige of teamverantwoordelijke is van groot belang voor de teamdynamiek en voor de medewerkerstevredenheid³². Zeker ook de rol van de leidinggevende in grote afdelingen mag niet onderschat worden; meer ondersteuning is daar op zijn plaats.

Er wordt door sommigen ook gepleit voor **bijkomende financiële middelen** voor de aanwerving van administratieve en logistieke ondersteuning die de schaarste aan zorgpersoneel relatiever kan maken en voor investeringen in ondersteunende technologie (bv. geconnecteerde tensiometers, intelligente apothekerskasten, ...); in de specifieke grootstedelijke context wordt ook gepleit voor bijkomende ondersteuningsmiddelen voor interculturele mediatie maar ook voor bijkomend veiligheidspersoneel.

Nagedacht dient bovendien te worden over de **rol van het verpleegkundig departement en de verhoudingen ten aanzien van de algemene directie en medische directie** binnen de werking van de instellingen³³. Daar waar de algemene, de verpleegkundige en de medische directies goed samenwerken in een geest van gelijkwaardigheid komt dit de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en de leefbaarheid van het werken binnen de organisaties ten goede.

3. Een werkbare, gevaloriseerde en flexibele invulling doorheen de ganse carrière

³² <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/all-reports/verpleegkundige-bestaafing-voor-een-veiligere-zorg-in-acute-ziekenhuizen>, synthese, p. 31.

³³ Tussentijdse evaluatie Sandboxes

Een job in de zorg is fysiek en mentaal zwaar en om het te kunnen volhouden, dient de job doorheen de ganse carrière werkbaar te zijn. Van de start tot het einde van de carrière zijn maatregelen noodzakelijk met het oog op de houdbaarheid van het werk.³⁴

Zoals aangegeven in de probleemanalyse is de zorg een sector waar de knop nooit afgezet kan worden. Onregelmatige werkuren en de noodzakelijke flexibiliteit die de 24/7 context met zich brengt, dient voldoende gevaloriseerd te worden. Een versterking van de **vergoeding voor onregelmatige prestaties** dringt zich op (er wordt bijvoorbeeld verwezen naar een hoger percentage voor de gekende vormen van onregelmatige prestaties, maar ook naar een financiële erkenning voor sommige ochtend- en avonduren ingevoerd met het koninklijk besluit van 28 december 2011 en naar de afschaffing of ontmoediging van de onderbroken diensten als mogelijke pistes). Ook **de mogelijkheden van een soort van vergoede oproepwacht of vergoeding voor uurroosterverstorings** voor die gevallen waarin de zorgprofessional opgeroepen wordt voor onverwachte afwezigheden, zouden bekeken kunnen worden.

Ook wordt gesuggereerd de mogelijkheden inzake flexibele arbeidsduur en zelfroostering verder te onderzoeken, al mag dit niet betekenen dat een deel van de verantwoordelijkheid van de werkgever ter zake wordt verschoven naar de werknemer. Bovendien dient rekening gehouden te worden met de in 2021 en 2022 afgesloten sectorale collectieve arbeidsovereenkomsten die meer voorspelbaarheid en stabiliteit inzake uurroosters hebben mogelijk gemaakt enerzijds en de berekening van de gemiddelde arbeidsduur hebben verlengd anderzijds.³⁵ En inzake **maatregelen om de balans werk-privé te verbeteren** behoren ook aanpassingen van de effectieve werktijd tot de mogelijkheden - en dat zowel binnen de werktijd (bv. 80% voor werk - 20% voor vorming , overleg en reflectie invulling van de job die inherent ook deel uitmaken van de job) als erbuiten (bv. arbeidsduurvermindering) - evenals de vraag inzake verloven of kinderopvang.

De sociale partners namen inzake flexibiliteit reeds meerdere initiatieven . Het is aanbevolen dat de goede praktijken van op het terrein hieromtrent gedeeld worden en breder doorgevoerd zouden kunnen worden waar nodig. De collectieve arbeids- en protocolovereenkomsten die in dit verband reeds werden

³⁴ In dit verband moet ook verwezen worden naar de maatregelen die reeds genomen werden en die aan bod kwamen in luik II van dit document.

³⁵ Dit betreft de private sector.

afgesloten dienen ook volledige doorgang te krijgen op het terrein (bijvoorbeeld de collectieve arbeidsovereenkomst inzake het recht op deconnectie).

Het werk dient doorheen de ganse carrière werkbaar en haalbaar te zijn maar vraagt een bijzondere aandacht naar het **einde van de carrière**; toch mag in dit verband ook de werkbaarheid ten aanzien van de **jongere generaties** niet uit het oog verloren worden. In dat verband wordt specifiek verwezen naar het Plan Tandem³⁶ waarrond recent een onderzoek is gestart, op vraag van de sociale partners.

Flankerende maatregelen zoals de VAP-dagen bewijzen hun nut. Deze dagen brengen een welkome rustpauze die door veel zorg- en zorgondersteunend personeel als noodzakelijk geacht worden om het werken in de zorg vol te houden. Toch is ook gebleken uit de besprekingen betreffende deze bestaande maatregel dat er een belangrijke impact is op de personeelsbezetting en de werkdruk. Daarom is gesuggereerd dat het mogelijk zou moeten kunnen zijn dat de onomkeerbaarheid van de keuze voor de dagen zou kunnen onderzocht worden. Daarbij wordt toegezien dat de evenwichten die ook bekomen werden bij de totstandkoming van de maatregel gegarandeerd blijven en er geen jobs die gefinancierd worden voor de compenserende aanwervingen verloren zouden gaan.

Ook de toenemende cumul van bepaalde arbeidsregimes met bepaalde maatregelen of statuten vergt verder onderzoek naar beweegredenen en gevolgen voor zorgorganisatie, roostering, financiering, ... (bv. deeltijdse arbeid in combinatie met zelfstandige in bijberoep, deeltijdse arbeid en gedefiscaliseerde overuren, interimwerk ...). Zowel op reglementair als financieel vlak dient onderzocht te worden op welke wijze het werken in een structurele context opnieuw aantrekkelijker kan gemaakt worden. Het structurele interimwerk en projectsourcing dat door kantoren wordt aangeboden als een vorm van uitzendarbeid heeft immers een niet onaanzienlijke (negatieve) impact op de werkomstandigheden van de structurele medewerkers en op de werkbaarheid en haalbaarheid van de zorgorganisatie. Bovendien blijken interimwerknemers weinig geïnformeerd over de impact op hun loonvorming en gevolgen voor hun sociale rechten. Tezelfdertijd is interimwerk in bepaalde gevallen wel degelijk legitiem en kan ook vastgesteld worden dat interim kan dienen als “opstap” naar een vaste tewerkstelling.

³⁶ Eindeloopbaanmaatregelen

Tegelijkertijd stelt zich hier ook een **ruimer debat** waar alle betrokkenen bij de zorg deel van uitmaken en dat gaat over de verwachtingen en mogelijkheden rond zorg. Dit behelst meerdere aspecten en problematieken. Welke opties heeft een werkgever als er sprake is van onverwachte afwezigheden; in welke mate kan/moet de zorg dan uitgesteld worden in het voordeel van de werknemer, in functie van een blijvend kwaliteitsvolle zorg? Op welke wijze dragen het bestaande systeem en de financieringsmodellen bij tot het stellen van niet-nodige of overbodige akten terwijl er sprake is van schaarste (van mensen en middelen) en dit bovendien ook een impact heeft op het welbevinden van het bestaande personeel (dit heeft immers ook een ethische component: waarom niet-nodig/nutteloos werk doen? Wat is maximaal doenbare zorg, niet louter in functie van de zorgvraag maar ook in functie van het beschikbaar personeel?

4. Een evolutief loonmodel & flankerende maatregelen

Inzake het IFIC-loonclassificatiemodel, met bijhorende loonbarema's, is het essentieel dat hierover blijvend **voldoende informatie** wordt versterkt. Daarom wordt in de eerste plaats samengewerkt met de betrokken actoren, de sectorale sociale partners en de vzw IFIC. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle actoren. De verwachtingen omtrent dit nieuwe systeem zijn groot en de informatie die circuleert buiten IFIC vzw om, is niet altijd duidelijk, volledig of correct.

Verder is het aangewezen de **plaats van de gespecialiseerde en ontbrekende functies verder te onderzoeken en passende oplossingen te voorzien**. Maar ook stelt zich de vraag of het nieuwe loonmodel hogere/gespecialiseerde functies in de hand werkt en op welke wijze expertise opgebouwd binnen een vlakkere loopbaan beter gevaloriseerd zou kunnen worden.

Het zal ook noodzakelijk zijn een procedure op punt te stellen betreffende de **gevolgen van evoluties binnen IFIC** en de nodige garanties te voorzien inzake de **financiering** van wijzigingen. Deze kwestie die ook de nodige aandacht dient te krijgen van de betrokken overheden.

Daarnaast stellen sommigen zich ook de vraag hoe er kan omgegaan worden met de toenemende complexiteit van het loonmodel zelf en of in dat verband een aanpassing (vereenvoudiging?) in het vooruitzicht zou moeten gesteld worden.

Bovendien kan de deelname van de functiehouders in de onderhoudsprocedure verbeterd worden. Nu is dit nog te afhankelijk van de goodwill van de instellingen en wordt er te weinig transparantie ervaren door de vakbondsafgevaardigden.

Naast het IFIC-loonmodel voor de loontrekkenden dient ook verwezen te worden naar de noodzakelijke **modernisering van de RIZIV-nomenclatuur** voor de (zelfstandige) thuisverpleegkundigen.

Verder wordt er gesuggereerd dat omkaderende maatregelen aangewezen zijn om de retentie te stimuleren en de arbeidstijd van bijvoorbeeld deeltijdsen te verhogen. **Er wordt gevraagd naar bijkomende maatregelen om de retentie te stimuleren en de arbeidstijd van deeltijdse werknemers op vrijwillige basis te verhogen:** ter ondersteuning van het privé-gebeuren: tussenkomst in kinderopvang, wasserij, strijkdienst en maaltijdservice.

Er wordt ook gedacht aan bijkomende voordelen in natura zoals een hospitalisatieverzekering voor het ganse gezin, een tussenkomst in de woon-werkverplaatsingen, fietslease, sport- en ontspanningscheques, ecocheques of een aanpassing van de bestaande verlofregelingen: uitbreiding betaald verlof om dwingende redenen, verbetering van de vergoeding voor thematische verloven of het herstel van de toegang tot het tijdskrediet voor de deeltijdsen.

5. Fysiek en mentaal welzijn versterken en meer re-integratie na langdurige afwezigheid mogelijk maken

De fysieke zorgzwaarte is inherent aan het werken in de zorg en ligt er ook – desondanks de reeds genomen maatregelen – nog steeds zeer hoog; klachten in dit verband zijn een veel voorkomend euvel. De nodige **maatregelen om de fysieke belasting te verminderen** dienen genomen te worden (bv. plafondliften, investeringen inzake opleidingen omtrent fysieke belasting). Daarbij is het aangewezen ook te onderzoeken in welke mate de architectonische normering aangepast dient te worden.

Zoals reeds aangegeven is de ook de mentale belasting in de zorg zeer hoog. In de context van de zorg wordt men op dagelijkse basis geconfronteerd met ethische kwesties en dilemma's, leven en dood, pijn en verdriet. Deze behoren tot de meest stresserende factoren in het menselijk bestaan. Het zorg- en zorgondersteunend personeel zijn hier op dagelijkse basis deelachtig aan. Zij worden hierdoor ook vaak

met agressiegerelateerde kwesties (schreeuwen, schelden, duwen, ...) geconfronteerd. Het is noodzakelijk voldoende aandacht te besteden aan deze fysieke en mentale risico's verbonden aan het werk.

Naast de **tijd en ruimte** die noodzakelijkerwijs vrijgemaakt moet worden voor reflectie en verwerking (zie hiervoor), dient ook verder ingezet te worden op **preventie** naast initiatieven inzake psycho-sociaal welzijn (bv. opleidingen, mogelijkheid tot consult tijdens werkuren, ...). In de context van de Covid-pandemie werden middelen vrijgemaakt voor psycho-sociale initiatieven. Deze initiatieven werden op het terrein goed onthaald en het is aangewezen deze middelen structureel te maken. Daarbij wordt benadrukt dat het belangrijk is dat deze initiatieven alle zorg-, verpleegkundige en ondersteunende functies bereikt, op hun eigen maat.

Het absentisme wegens ziekte in de zorg ligt veel hoger dan in andere sectoren. Ook de afwezigheden van lange duur liggen hoog. **Verder onderzoek is noodzakelijk naar de redenen van deze langdurige afwezigheden in de zorg.** Zo kunnen problemen ook meer aan de wortel aangepakt worden.

Tegelijk moet ook ingezet worden op **oplossingen voor aangepaste werkplekken** zodat herintrede in de zorg na langdurige ziekte meer mogelijk wordt. De terugkeer naar een werkveld waarin de personeelstekorten zeer hoog zijn, vraagt van de terugkerende werknemer, de collega's, de leidinggevende en de werkgever behoorlijke inspanningen. Om de re-integratie maximale slaagkansen te geven, is het nodig om **extra middelen en meer maatregelen op maat** te voorzien die een duurzaam en gedragen re-integratiebeleid mogelijk maken. Zo zou het vanuit een re-integratieperspectief nuttig zijn dat andere taken zouden kunnen worden opgenomen, maar hier staat geen financiering tegenover. Ook hier is de financiering op dienstenniveau/specialistenniveau niet onmiddellijk een faciliterende factor. De zorg dient volledige aansluiting te maken bij het Terug Naar Werk-beleid dat ondertussen op poten werd gezet. Onderzocht dient te worden of specifieke acties en initiatieven nodig zijn, toegespitst op de bijzonderheden en eigenheden van de zorg. Zeer specifiek kan in dit verband verwezen worden naar effectieve maatregelen om burn-out tegen te gaan.

IV. DE KWESTIE VERGT OOK EEN BREDER PERSPECTIEF

1. Een gezondheidscontext die in volle evolutie is

Vastgesteld dient te worden dat de zorg erg geëvolueerd is. Zoals aangegeven in de probleemstelling hebben ontwikkelingen op het niveau van de maatschappij, demografie en zorg ervoor gezorgd dat de zorg geïntensifieerd is, complexer is geworden en bovendien ook in kwantiteit is toegenomen. Ook de plaats en de rol van de patiënt wijzigen. De patiënt is mondiger geworden, eist – terecht – een grotere betrokkenheid en meer transparantie. Tegelijkertijd worden ook vanuit de zorg meer zelfredzaamheid en betrokkenheid bij de patiënten gestimuleerd. Dit vergt zowel van zorgverlener als zorgvrager een andere houding (vb. zorgverleners dienen een meer coachende, ondersteunende, begeleidende rol op te nemen waarbij ingezet wordt op preventie en health literacy). Het zorgbeleid lijkt niet op alle vlakken op dezelfde wijze meegeëvolueerd met deze ontwikkelingen.

Een onderzoek is noodzakelijk om na te gaan of de **normering** nog aangepast is aan de zorgrealiteit van vandaag; in dit verband wordt gepleit voor een verhoging van de omkaderingsnormen en meer flexibiliteit in de toepassing van de normen. Meer nog, mogelijk leidt de huidige – verouderde – normering – en dit niet alleen personeels- en financieringsnormen maar ook WUG - tot een overgebruik van bepaalde verpleegkundige handelingen. Het is om redenen van goed beheer van ons gezondheidszorgsysteem essentieel dat dergelijke uitspraken worden onderzocht en geobjectiveerd. Het is ook aangewezen wat het effect van het zorgpersoneelsfonds is geweest op de norm (cf. doelstelling om de hoofdverpleegkundige uit de norm te halen). De personeelsnormen dienen geactualiseerd en afgestemd te worden op de zorgrealiteit, de betaalbaarheid, de werkdruk en de werkbaarheid. Die aspecten die raken aan het sociaal overleg dienen besproken te worden in overleg met de werkgevers- en werknemersorganisaties.

2. Silo's doorbreken & een visie op gezondheid in al zijn aspecten

Het **zorgbeleid dient veel meer transversaal en geïntegreerd gevoerd te worden**, over de volledige zorgketen en door het volledige zorglandschap heen. Verandering in één domein heeft immers vaak ook impact op het functioneren in andere domeinen (bv. impact van de daghospitalisaties op het functioneren in de thuisverpleging). Onderzocht dient te worden welke factoren voor een dergelijk transversaal overleg en beleid eerder belemmerend werken en welke een dergelijk beleid mogelijk kunnen maken.

Zorgbeleid én zorgfinanciering dienen steeds een toets te doorstaan met betrekking tot de impact voor de patiënt, de impact voor de zorgmedewerker, de impact voor de zorgorganisatie en de impact voor de zorg in het algemeen.

Gezien het zorgbeleid in ons land gefederaliseerd is en een deel van de bevoegdheden afhangt van de regio's is een **gecoördineerd beleid over de bevoegdheidsniveaus** noodzakelijk (zie ook reeds hiervoor). Er wordt in dat verband door sommigen ook gepleit voor een gecoördineerd sociaal overleg (cf. bijvoorbeeld de harmonisering loon- en arbeidsvoorwaarden paritair comité 330 voor alle subsectoren, inclusief externe diensten en residuaire sector, en zowel de federale als geregionaliseerde sectoren; mobiele equipes uitbreiden naar geregionaliseerde subsectoren zoals woonzorgcentra en thuiszorg, geïntegreerd in regionale samenwerking).

Tegelijkertijd hebben we nood aan een andere **visie op het gezondheidszorgbeleid**. Gezondheidszorgbeleid gaat niet alleen over 'genezen', of verzorgen wanneer iemand ziek is. Een goed gezondheidszorgbeleid is een beleid dat maximale gezondheid creëert in de samenleving. Dat betekent dat je als overheid sterk inzet op een gezonde leefomgeving en 'gezond leven', rekening houdende met context en de fysieke en sociale omgeving. Het is dus ook belangrijk om veel meer te werken op preventie, ook binnen de zorg op het niveau van elke functie. Zo kunnen we veel meer gezondheid 'creëren' en ook dat speelt een belangrijke rol in de toekomstvisie. Want meer gezondheid, betekent minder mensen die ziek worden en dus minder mensen die zorg nodig hebben.

Gezondheidszorg wordt bovendien best georganiseerd vanuit een **non-profit model** en niet vanuit commerciële uitgangspunten. De mensen werkzaam in de zorg zijn ook geen kostenposten, maar wel investeringen die een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg mogelijk maken.

3. De kracht van de zorg onderstrepen

Werken in de zorg is zwaar en niet gemakkelijk. Je wordt dagelijks geconfronteerd met lijden, met ethische dilemma's, met fysiek belastende omstandigheden. Bovendien wordt de zorg geconfronteerd met grote uitdagingen die vaak een onmiddellijke impact hebben op het werken in de zorg. Dat bewijst ook voorliggende analyse. De problemen dienen benoemd te kunnen worden en vragen oplossingen.

Tegelijk is werken in de zorg heel waardevol. Je werkt voor en met mensen en je maakt dagelijks een verschil.

Werken in de zorg betekent werken in een dynamische omgeving in volle ontwikkeling en verandering. Dat biedt ook heel wat mogelijkheden.

Het is dan ook belangrijk dat de zorg steeds in al zijn facetten wordt belicht en dat naast de uitdagingen en de moeilijkheden ook de sterktes en de kracht van de zorgsector benadrukt worden zodat mensen, en vooral ook jonge mensen, willen blijven kiezen voor een job in de zorg.

Een job in de zorg betekent immers bovenal een job in een hoog professionele omgeving, met een bijzonder waardevolle opdracht, die dagelijks warme en interessante uitdagingen biedt en mogelijkheden tot ontwikkeling, en waar vooral mensen dagelijks het verschil maken.

In dit verband wordt ook gepleit voor een grote publiciteitscampagne om opnieuw een positief imago voor de zorg mogelijk te maken, en wordt ook de ambassadeursrol die elke actor betrokken in de zorgsector heeft, onderstreept; in dit verband wordt ook verwezen naar de positieve rol die de media hierin verder zou kunnen opnemen.

CONCLUSIE

Ons zorgsysteem staat voor grote uitdagingen. Een vergrijzende populatie zorgt zowel langs zorgvraagzijde als zorgverlenerszijde voor een belangrijke impact: meer, complexere en meer intensieve zorgvragen terwijl de populatie aan zorgverleners afneemt door de uitstroom van de babyboomgeneratie en een niet evenredige aangroei van nieuwe professionals.

Een sector die op vlak van organisatie, leiderschap, innovatie, digitalisering en andere te maken krijgt met grote veranderingen. De investeringen van de afgelopen jaren betekenden een noodzakelijke maar nog niet voldoende inhaalbeweging. **De investeringen dienen ook verdergezet te worden, maar daarnaast zullen ook hervormingen noodzakelijk zijn** willen we onze gezondheidszorg ook voor de toekomst toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol houden voor de patiënt.

Er bestaat niet één magische oplossing die het geheel voor de toekomst op de rails kan houden. **De uitdagingen voor de zorg zijn multipel en complex. De antwoorden zijn dat ook.** Bovendien is de zorg een systeem. Dat betekent dat sleutelen aan één component vaak, en meestal zelfs, ook een effect heeft op andere componenten. De hervormingen dienen dan ook doordacht te gebeuren, en vergen dus tijd. Tijd die er weinig of niet lijkt te zijn. Het water staat velen in de sector nu al aan de lippen. Gelukkig starten we niet van een wit blad. Meerdere hervormingen staan reeds in de steigers en trachten in kleine stappen maar wel gestaag de noodzakelijke aanpassingen door te voeren.

De oefening van de Toekomstagenda is nuttig om het geheel in beeld te brengen, zowel wat betreft de identificatie van de problemen, de oplossingen die reeds werden uitgewerkt, de hervormingen die ondertussen al op stapel staan, maar nog niet volledig uitgevoerd zijn, als de mogelijke pistes van oplossingen die bijkomend zijn geïdentificeerd om de uitdagingen tot een goed einde te brengen.

Investeren in betere loon- en arbeidsvoorwaarden zijn een noodzakelijke stap om de aantrekkelijkheid van de zorg te verbeteren, maar zullen niet volstaan. Meer fundamentele hervormingen op het niveau van ons zorgsysteem zijn nodig om een werkbaar en kwalitatief functioneren in de zorg mogelijk te kunnen blijven maken en een toegankelijke en kwalitatieve zorg te blijven garanderen voor allen; dit zal

