

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 11/06/2009

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling “Programmatie en Erkenning”

O/Ref. : NRZV/D/302-2

**Advies m.b.t. de problematiek van verpleegkundigen in
zorginstellingen**

Inleiding

Het verpleegkundig beroep is een prachtig beroep dat veel meer is dan de optelsom van verpleegkundige handelingen. Het beroep kent een enorme variëteit: hoogtechnologische zorg, diepgaand menselijk contact, jonge en oudere patiënten, dagwerk of nachtwerk, full-time of part-time, klinische diepgang ontwikkelen of lijnbevoegdheid nemen, chronische zorg of acute en kortstondige zorg, in de thuissituatie of in instellingsverband, somatische, sociale of geestelijke gezondheidszorg ...

Verpleegkundigen hebben een zware verantwoordelijkheid en vormen een essentiële schakel in de zorg voor patiënten.

De kracht van verpleegkunde is een samengaan van kennis en inzicht en van emotionele intelligentie, gecombineerd met een niet-bureaucratische maar professionele praktijk, die continu wijzigt, wetenschappelijk moet worden onderbouwd en waarbij het contact met patiënten doorslaggevend is.¹

Deze positieve kanten aan het verpleegkundig beroep zijn spijtig genoeg veel te weinig bekend. Verpleegkunde kampt immers met een imago probleem, dat ook de Minister van Volksgezondheid niet is ontgaan. In haar meerjarenplan voor de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep plant Minister Onkelinx een hele reeks maatregelen om de aantrekkingskracht van het verpleegkundig beroep te vergroten.²

Maar de problemen, waarmee het verpleegkundig beroep te maken heeft, zijn ruimer dan enkel een imago probleem. De verpleegkunde kent immers reeds geruime tijd een aantal andere moeilijkheden, waarvan sommige mee aan de oorsprong liggen van dit imago probleem of het hebben versterkt, en andere er het gevolg van zijn. Daarom is het positief dat het meerjarenplan van de Minister verschillende actiedomeinen telt.

En dan zijn er ook nog andere evoluties, zoals de verhoogde aandacht vanuit Europa voor kwaliteit en patiëntveiligheid en de toegenomen intensiteit en complexiteit van de zorgen die bovendien nog meer zullen toenemen en die de vraag naar voldoende, en tevens deskundige verpleegkundigen, doen stijgen.

De problematiek is dus veelomvattend en de verpleegkunde staat voor zeer grote uitdagingen. Veranderingen vragen tijd en veel tijd om tegemoet te komen aan de gewijzigde noden is er niet, zelfs in tegendeel.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft daarom het initiatief opgevat om een werkgroep op te richten, die in eerste instantie de problematiek van verpleegkundigen in zorginstellingen in kaart moest brengen, en die een advies voor een brede aanpak diende voor te stellen.

De werkgroep heeft in de periode van eind oktober 2008 tot en met april 2009 meermaals vergaderd.

¹ Sermeus W., Schoukens P., Holtzer L., Moons P; Peeters G., Peeters M., Van den Heede K., Van Gorp L., Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde, Verslag van de vorming te Gent op 6 en 7 maart 2009, CZV, KULeuven,

² Onkelinx L., Aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep. Meerjarenplan., augustus 2008

Diverse experts, m.n. vertegenwoordigers vanuit het Federaal Kenniscentrum en vanuit de universiteiten, een expert op het vlak van het verpleegkundig onderwijs en meerdere verpleegkundige directeurs van zorginstellingen werden betrokken bij de besprekingen. Tijdens een aantal bijeenkomsten werd dieper ingegaan op de volgende onderwerpen:

Dhr. T. Lothaire gaf toelichting bij de nieuwe Europese normen voor de erkenning van het diploma van verpleegkundige, Prof. W. Sermeus had het over de argumenten die in Californië en in Australië geleid hebben tot het hanteren van Patient Safety normen m.b.t. de verpleegkundige omkadering, Prof. J. Pacolet bracht zijn meest recente manpowerstudie naar voor en Mw. K. Theunis gaf uitleg bij de werking van het IF-IC en bij het voorstel van functieclassificatiesysteem.

De hiernavolgende situatieschets, waarin de brede problematiek van het verpleegkundig beroep in beeld wordt gebracht, evenals het advies, dat een hele reeks maatregelen voorstelt, hebben betrekking op de diverse zorginstellingen waar verpleegkundigen werkzaam zijn. Zij zijn m.a.w. zowel toepasselijk op algemene ziekenhuizen, als op de psychiatrische ziekenhuizen en op de Rust-en Verzorgingscentra en gaan zelfs in grote lijnen ook op voor de thuisverpleging.

Situatieschets

Grote nood aan verpleegkundigen en reeds voelbare vergrijzing

Op de vraag wat het grootste probleem is m.b.t. verpleegkundigen in zorginstellingen, is het antwoord duidelijk de constante schaarste aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, hoewel die soms regionaal sterk kan verschillen.

Dit tekort houdt grotendeels verband met de moeilijkheid om mensen aan te trekken tot het verpleegkundig beroep en de verpleegkundigen in het beroep te houden.

Reeds nu moeten hier en daar tijdelijk bedden worden gesloten bij gebrek aan verpleegkundigen.

De gevolgen van de demografische evolutie zullen dit probleem nog versterken. De zorgsector zal op meerdere manieren het resultaat van de vergrijzing van de bevolking ondervinden. Langs de ene kant moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de vraag aan zorg zal toenemen als gevolg van het groter wordend aantal zorgbehoevende ouderen. Daarnaast kennen we al jaren een algemene toename van de zorgconsumptie, ongeacht de leeftijd. En dan is er nog, wat Pacolet e.a.³ het “generatie-effect” noemen. Dit betekent dat de ouderen van vandaag meer zorg verbruiken dan hun vorige generatie. Het verschil zal dus groter worden naarmate de generaties, die een hogere zorgconsumptie gewoon zijn, een hoge leeftijd zullen bereiken.

Bovendien daalt de actieve bevolking. Zelfs bij een stabiele aantrekking voor het verpleegkundig beroep, daalt het aantal jongeren dat kiest voor een opleiding tot verpleegkundige, gewoon door het feit dat het aantal 18-jarigen daalt.

Langs de andere kant vergrijst ook het personeel. Er komt dus een moment waarop een relatief groot aantal ervaren verpleegkundigen gelijktijdig met pensioen zal gaan en zal moeten vervangen worden. Vooral vanaf 2015 zal dit fenomeen sterk voelbaar zijn.

De bezorgdheid die de verantwoordelijken het sterkst bezighoudt gaat dus naar de vrees om de vacatures niet ingevuld te krijgen en als gevolg daarvan de kwaliteit van de zorgverlening niet te kunnen handhaven.

Evolutie in de zorgvraag versus stabiel gebleven omkaderingsnormen

De nood aan zorg zal dus mogelijk toenemen als gevolg van het gestegen aantal hoogbejaarden maar zeker ook als gevolg van de medisch-technische evolutie, waardoor eveneens de aard, de complexiteit en de intensiteit van de verpleegkundige zorg zal veranderen.

En dit alles komt bovenop de nu reeds voortdurende stijging qua intensiteit en complexiteit van de zorg, terwijl de middelen en de omkaderingsnormen helemaal niet in dezelfde mate

³ Pacolet e.a., Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België, Brussel: working paper DG Sociaal Beleid FOD Sociale Zekerheid, 2005

zijn toegenomen. Deze kloof tussen verwachtingen en middelen werd in eerdere adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen^{4,5} reeds uitvoerig aangekaart.

De verpleegkundige omkadering op de C-en D-afdelingen is in de laatste 40 jaar quasi ongewijzigd gebleven en voldoet al lang niet meer aan de kwaliteits- en veiligheidsnormen. Ook de normen voor de G-afdelingen zijn absoluut ontoereikend.

De normen hebben noch in aantal, noch op het vlak van de kwalificatie, de intensiteit en de complexiteit van de zorg, evenmin als de hogere kwaliteitseisen van de zorgvrager, gevolgd. De krappe omkadering op deze verpleegafdelingen laat niet toe om aan verpleegkundigen met een verschillende basisopleiding (masters, bachelors versus gediplomeerde verpleegkundigen) specifieke opdrachten en bevoegdheden toe te kennen. In functie van de continuïteit van de zorg is dit immers geen haalbare kaart. Om diezelfde reden heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in haar advies van 2006⁵ ook aanbevolen om zorgkundigen enkel als aanvulling op het reeds aanwezige verpleegkundig kader tewerk te stellen. Het werken met zorgkundigen vraagt daarenboven kwalitatief zeer sterke verpleegkundigen. Om verpleegkundigen en zorgkundigen op een efficiënte manier in te zetten moet er gezocht worden naar de juiste mix aan kwalificaties en competenties. Het werken met zorgkundigen vraagt daarnaast om een goede omkadering, waarbij veel zorg uitgaat naar een goede functieomschrijving, een duidelijk competentieprofiel en zeer duidelijke aflijning van ieders rol en bevoegdheid. Verpleegkundigen moeten goed voorbereid worden om in hun werkorganisatie taken te delegeren aan de zorgkundigen waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen.

Professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen

In de Belimage studie⁶ lezen we dat het merendeel van de verpleegkundigen (87%) antwoordt trots te zijn over hun beroep. Toch zal volgens deze studie 55% het beroep niet aanraden aan anderen, zal 54% niet als verpleegkundige blijven werken tot het einde van zijn of haar loopbaan en zou 39% niet meer opnieuw voor dezelfde opleiding kiezen. Daarom moeten we aandacht hebben voor de aspecten die aantrekkelijkheid van het beroep negatief beïnvloeden en voor de elementen die door de verpleegkundigen als knelpunten worden ervaren. Het is immers van cruciaal belang dat voldoende jongeren er voor kiezen om verpleegkundige te worden en evenzeer dat de verpleegkundigen hun beroep blijven uitvoeren en er zich positief over uitlaten.

De spanningsvelden in de zorgcontext waarbinnen professionals hun zorg moeten realiseren spelen hierin een belangrijke rol. Samengevat behoren de factoren die een determinerende invloed hebben tot de volgende vier domeinen. Een eerste domein heeft betrekking op het management, m.n. de informatiedoorstroming vanuit de directie en de steun vanwege het verpleegkundig beleid. Een belangrijk tweede spanningsveld gaat het over het gebrek aan ondersteunende diensten die het mogelijk maken voldoende tijd te spenderen aan patiënten. Het derde domein heeft betrekking op de autonomie van

⁴ Eerste advies m.b.t. de versoepeling van de normen, 9 september 2004

⁵ Advies m.b.t. deel 2 van de adviesvraag betreffende de uitvoering van artikel 17 bis tot 17 sexies en artikel 8, 7° en 8°, 13 juli 2006

⁶ Milisen K. e.a., Belimage rapport: Het verpleegkundig beroep in crisis? Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen. Project in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001-2003

verpleegkundigen. Men vindt het heel belangrijk om zelfstandig beslissingen te kunnen nemen in de zorg, maar een groot deel krijgt hiertoe de vrijheid niet. De relatie met de andere disciplines vormt een vierde spanningsveld: meer bepaald gaat het over een gebrek aan respect vanwege kinesisten, logopedisten en psychologen en over de vaststelling dat artsen het nut van verpleegkundige interventies weinig of niet erkennen.

Buiten deze vier domeinen, behorend tot de zorgcontext, speelt ook de maatschappelijke perceptie van het beroep een grote rol. Verpleegkundigen vinden het storend dat de maatschappij geen juist beeld heeft van wat zij doen.

Knelpunten en uitdagingen

Een hele reeks knelpunten heeft dus te maken met de arbeidsomstandigheden en met een gebrek aan waardering.

Een fundamenteel probleem, dat duidelijk uit de Belimagestudie naar voren komt, maar dat ook heel frequent door verpleegkundigen verwoord wordt, is het spanningsveld dat zij ervaren omdat zij de patiënten niet alle zorgen en aandacht kunnen geven die zij hen zouden willen bieden. Dit is het rechtstreeks gevolg van het gebrek aan samenhang tussen de stijgende zorgbehoefte en de omkadering en/of van een gebrek aan adequate ondersteunende diensten. Hierdoor haken gemotiveerde en zeer goede verpleegkundigen af, waardoor het probleem aan schaarste alleen maar verder toeneemt.

Verpleegkundigen wachten op een versnelde informatisering en soms ook op voldoende en/of aangepast materiaal. Binnen de ziekenhuizen werd op het vlak van materiaal al wel vooruitgang geboekt. Deze inspanningen zouden veralgemeend moeten worden naar alle zorginstellingen.

Naast hun zuivere verpleegkundige opdracht vervullen verpleegkundigen meerdere andere taken: logistieke taken, administratieve taken en bepaalde delegeerbare zorgtaken. Behalve het feit dat de zorgbehoeften zijn toegenomen, is er zeker ook een sterk verhoogde administratieve belasting. Voor de logistieke taken krijgen de verpleegkundigen wel reeds ondersteuning, maar de omkadering die hiervoor is voorzien volstaat niet om er voor te zorgen dat er op elk moment van de dag of de nacht logistieke assistenten aanwezig zijn, waardoor een aantal logistieke taken nog steeds door verpleegkundigen moeten uitgevoerd worden. We blijven ook vaststellen dat ondersteunende diensten soms nog te weinig gericht zijn op het faciliteren van de kernopdracht van de zorginstelling en van de verpleegkundigen zelfs verwachten dat zij de organisatie van de zorg aanpassen aan hun dienstverlening.

Maar aan de efficiëntie van een aantal processen kan eveneens nog veel verbeterd worden. Er moet zeker getracht worden om iets te doen aan de grote administratieve belasting en men moet durven de pertinentie van een aantal voorschriften en handelingen, d.w.z. ook verpleegkundige gewoonten, in vraag te stellen.

Ook voor initiatieven m.b.t. functiedifferentiatie en het opbouwen van een klinische ladder, waarbij verpleegkundigen op basis van ervaring en bijkomende vorming specifieke rollen toebedeeld krijgen, is tot op heden geen financiering voorzien.

Verpleegkundigen storen zich aan een gebrek aan autonomie in de uitoefening van hun job.

Er is nochtans een zone die autonomie mogelijk maakt en die onvoldoende benut wordt. Deels heeft dit te maken met het feit dat de leiderschapsstijl van de verantwoordelijken in zorginstellingen niet altijd voldoende mee geëvolueerd is. Maar veel heeft ook te maken met het feit dat verpleegkundigen de gevolgen ondergaan van de prestatiegeoriënteerde organisatie van de geneeskunde en van de alsmear toenemende aandacht voor productiviteit vanwege het ziekenhuismanagement en de overheid op hun werk.

Verpleegkundigen weten zich vaak onvoldoende gewaardeerd door de artsen en door de andere disciplines. In de praktijk stellen we vast dat de multidisciplinaire afstemming tussen de verschillende disciplines op de afdelingen in algemene ziekenhuizen inderdaad nog maar pas aan het opstarten is. Daar waar de multidisciplinaire samenwerking een vanzelfsprekendheid is geworden, is de arbeidsmotivatie van alle teamleden versterkt en de kwaliteit van de zorg beter.

Het is correct dat de professionele identiteit en de specifieke rol van de verpleegkundigen in de maatschappij onvoldoende gekend zijn.

De verpleegkundigen hebben zich niet in dezelfde mate als andere beroepen in de gezondheidszorg geprofileerd. De verpleegkundige professionalisering werd geremd door het feit dat functiedifferentiatie zich niet heeft kunnen uitrollen.

Ook de grootteorde van de verloning draagt bij tot het imago van een beroep. Bij de brede bevolking leeft nog steeds het beeld dat werken als verpleegkundige slecht betaald wordt.

Zelfs al is er op dat vlak een inhaalbeweging gebeurd en zijn er maatregelen genomen die gemaakt hebben dat verpleegkundigen langer in het beroep kunnen blijven en dat werk en gezin beter kunnen gecombineerd worden, toch blijft de nationale vergoeding voor nacht- en weekendwerk ondermaats. Hierbij komt nog dat verpleegkunde een 24u/24u opdracht blijft, terwijl de visie van jongeren op werk versus vrije tijd gewijzigd is.

Een ander gevolg van de gewijzigde visie op werk leidt er toe dat het steeds moeilijker wordt om goede verpleegkundige leidinggevendenden te vinden. Vooral voor de functie van hoofdverpleegkundige zijn er weinig of geen kandidaten. Immers, niet alleen staat de verloning helemaal niet in verhouding tot de hoge verwachtingen die aan deze functie worden gesteld, maar ook is het zo dat ze nog te weinig hun rol als hoofdverpleegkundige kunnen opnemen en te weinig voorbereid zijn op de opdrachten die hun functie inhoudt.

Met de bedoeling om als werkgever aantrekkelijk te zijn, en daardoor gemakkelijker arbeidskrachten aan te trekken en te houden, worden in zorginstellingen allerhande extra legale voordelen verleend. Dit heeft slechts een tijdelijk effect, omdat de andere zorginstellingen vanuit concurrentieel oogpunt niet kunnen achterblijven, en daarom dezelfde of gelijkwaardige voordelen gaan toekennen. De voordelen zijn weliswaar verworven, maar zetten de budgettaire middelen van de ziekenhuizen nog meer onder druk dan reeds het geval was. Onrechtstreeks heeft dit tot gevolg dat andere vragen, zoals extra omkadering, weer minder bespreekbaar worden.

Extra legale voordelen maken weliswaar slechts één aspect uit van de aantrekkingskracht van de zorginstelling als tewerkstellingsplaats. Er is bij de werkgevers nog vaak onvoldoende kennis over de andere elementen die bijdragen tot deze attractiviteit.

Een probleem, dat zich eveneens steeds scherper laat voelen, is het feit dat studenten vanuit een lager opleidingsniveau instromen in de opleiding verpleegkunde dan in het

verleden het geval was. A.S.O.-studenten kiezen al lang vooral voor opleidingen op een universitair niveau. Eenzelfde fenomeen doet zich voor in de vierde graadsopleiding, die vroeger veel meer studenten uit het T.S.O. zag instromen.

Meerdere studies, vooral in de Verenigde Staten maar recent ook in België⁷, hebben aangetoond dat de patiëntveiligheid beter is op afdelingen waar verpleegkundigen minder patiënten onder hun hoede hebben. Maar eveneens het opleidingsniveau van de verpleegkundige beroepsgroep en de kwaliteit van de verpleegkundige werkomgeving blijken volgens een toenemend aantal studies een groot impact te hebben op de patiëntveiligheid⁸.

De trend binnen Europa gaat naar het verhogen van de kwalificatie in de richting van bachelor- en masteropleiding.

Dat in België de opleiding niet voldoende mee geëvolueerd is conform de gewijzigde noden en verwachtingen is een feit, maar ook dat is begrijpelijk. Eerst moet immers werk gemaakt worden van een visie over de gewenste outcome, en dan pas kan de opleiding hierop afgestemd worden en kunnen de passende differentiatiemogelijkheden ingebouwd worden.

Tot slot ontbreekt ook een globaal plan m.b.t. vervolgoopleidingen en permanente vorming. Bovendien is er ook al lang vraag naar een passende financiering voor deze bijkomende opleidingen en voor de permanente vorming.

⁷ Van den Heede K. et al., The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, februari 2009

⁸ Aiken L et al., Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, mei 2008

Advies

Omdat de problematiek van het tekort aan verpleegkundigen in zorginstellingen zo complex is en mede daardoor ook niet eenvoudig te verhelpen is, zullen meerdere acties moeten ondernomen worden. Er is nood aan een visie en duidelijke doelstellingen, die via een goed uitgewerkte strategie moeten kunnen gerealiseerd worden.

Er zal op verschillende terreinen werk moeten geleverd worden. Zowel de overheid als de verantwoordelijken in de zorginstellingen en in de onderwijsinstellingen komen voor belangrijke opdrachten te staan. Het is hierbij noodzakelijk dat iedereen zijn rol en zijn verantwoordelijkheid opneemt.

Er wordt best uitgegaan van een gefaseerde benadering, die vertrekt vanuit een lange termijn doelstelling en een lange termijn strategie, en die opgebouwd is uit opeenvolgende meerjarenplannen in functie van de doelstellingen op korte en middellange termijn.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorziening stelt als belangrijkste doelstelling dat de zorginstellingen zouden kunnen beschikken over voldoende, en voldoende deskundige, verpleegkundigen om kwaliteitsvolle zorg te bieden, conform de zorgbehoeften van de patiënten.

Alle maatregelen, die in dit advies worden voorgesteld, zouden hier rechtstreeks of onrechtstreeks moeten toe bijdragen. Zij hebben betrekking op alle zorginstellingen, die onder de bevoegdheid van de Raad ressorteren, m.n. alle ziekenhuizen, algemene, categorale en psychiatrische ziekenhuizen, incl. de universitaire ziekenhuizen, en de Rust- en Verzorgingstehuizen.

Om de juiste strategische keuzes te maken ontbreekt soms nog cruciale informatie. Er zal dus best ook tijdig gestart worden met gericht onderzoek om de leemte aan gegevens op te vullen. Uiteraard moet in eerste instantie nagegaan worden welke informatie reeds beschikbaar is en of deze betrouwbaar is. Onderzoek en ervaring in andere landen hoort hier zeker bij, hoewel de nodige omzichtigheid is geboden op het vlak van het doortrekken van conclusies voor de Belgische situatie.

Duidelijk beroepsprofiel

Het verpleegkundig beroep moet dringend een eigen identiteit krijgen. Het is uitermate belangrijk om tot een duidelijke profilering te komen zodat ten aanzien van de maatschappij ook een duidelijke boodschap kan gebracht worden over wat het verpleegkundig beroep inhoudt en niet inhoudt.

In principe behoort het tot de opdracht en de bevoegdheid van de Federale overheid om het beroepsprofiel van alle beroepsbeoefenaars, waarover het KB 78 handelt, te omschrijven. Er moet dus duidelijk omschreven worden wat een verpleegkundige is, wat verpleegkundigen mogen en niet mogen, en wat zij moeten kunnen en niet moeten kunnen. Nu is wellicht het goede moment om het beroepsprofiel verder uit te werken, en dit zowel voor de verpleegkundigen als voor de zorgkundigen.

Het behoort het tot de opdracht en de bevoegdheid van de Gemeenschappen om, uitgaande van het beroepsprofiel, de vereiste competenties te definiëren.

In 1998 werd door de Nationale Raad voor Verpleegkunde reeds een beroepsprofiel voor verpleegkunde voorbereid. De Minister zou aan deze Raad de opdracht moeten geven om dit voorstel van beroepsprofiel te actualiseren.

Het uitgangspunt zou de patiënt moeten zijn. Het verpleegkundig beroepscompetentieprofiel beantwoordt immers idealiter zo sterk mogelijk aan de zorgbehoeften van de patiënt.

Deze denkoefening moet bijgevolg zeker in samenspraak met het werkveld gebeuren, d.w.z. met de verschillende sectoren en voor verschillende zorgsettings, en dient zo spoedig mogelijk opgestart te worden.

Er zou daarom best ook op korte termijn onderzoek gestart worden naar de zorgbehoeften van diverse patiëntenpopulaties. Uit deze zorgprofielen zouden vervolgens de vereiste competenties bij verpleegkundigen kunnen afgeleid worden.

Het is de bedoeling om te komen tot een gemeenschappelijke set van competenties, waaraan een standaard verpleegkundige moet voldoen. Het uitgangspunt hierbij moet zijn dat minimaal deze kennis, vaardigheden en attitude aanwezig is die nodig is om in zorgsituaties, die gekenmerkt worden door een grote voorspelbaarheid, de zorg voor de patiënt op een verantwoorde manier op zich te nemen.

Er moet hierbij gestreefd worden naar een voldoende hoog niveau, zodat het hoofd geboden wordt aan de toegenomen complexiteit van de zorg.

Van zodra de onderzoeksresultaten ter zake bekend zijn, kan dat beroepscompetentieprofiel bijgesteld worden.

En omdat zorgbehoeften doorheen de tijd evolueren, zullen het beroepsprofiel en de bepaling van vereiste competenties best ook na zekere tijd herzien worden.

Behalve voor de verpleegkundigen moet ook voor de zorgkundigen en voor de logistieke assistenten omschreven worden welke de vereiste competenties zijn.

Het is absoluut niet aangewezen om tussenniveaus te creëren, noch tussen de logistieke assistent en de zorgkundige, noch tussen de zorgkundige en de verpleegkundige.

Dit kan alleen maar tot verwarring leiden, terwijl we juist nood hebben aan een duidelijke profilering. Het werken in teams, samengesteld uit teveel verschillende kwalificatieniveaus die onderling slechts weinig verschillen qua opdrachten en bevoegdheden, is niet beheersbaar en zal snel aanleiding geven tot verwarring en bevoegdheidsoverschrijding.

Aanvullend bij deze denkoefening zullen bovenop de verpleegkundige basiscompetenties bijkomende competenties moeten beschreven worden, overeenkomstig met specifieke vereisten waaraan moet voldaan worden om specifieke opdrachten op zich te nemen. We denken hierbij zowel aan functies in het kader van horizontale doorgroei, als aan de mogelijkheid om op te klimmen langs een hiërarchische ladder.

Opleiding

Eens de vereiste basiscompetenties gekend zijn, moeten zij in een volgende stap door de onderwijsverantwoordelijken vertaald worden naar onderwijscompetenties.

Deze moeten bovendien passen in het Europees Qualifications Framework (EQF), in die zin dat het competentieniveau waaraan elke verpleegkundige minimaal moet voldoen moet beantwoorden aan de minimale vereisten die binnen de EU worden vooropgesteld voor het verkrijgen van het Europees uitwisselingslabel.

Verschillende opleidingswegen komen hiervoor mogelijk in aanmerking. Dit is evenwel een Gemeenschapsbevoegdheid.

Vanuit de bekommernis om te beschikken over voldoende verpleegkundigen die tevens voldoende hoog opgeleid zijn, is het aangewezen dat meerdere wegen voorzien worden en moeten stimuli voor levenslang leren en bruggen om te groeien naar een hoger opleidingsniveau ingebouwd worden (modulair systeem, brugopleiding). Tevens wordt best ook verder geïnvesteerd in het project 600 en blijft men de mogelijkheid voorzien om werkzoekenden de kans te bieden om een opleiding verpleegkunde te volgen. Voor het project 600 zouden bovendien ook houders van een bachelor- of masterdiploma in een andere richting, die gemotiveerd zijn om als verpleegkundige te kunnen werken, in aanmerking moeten komen.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen raadt zelfs aan om op langere termijn een bijkomende opleidingsweg in het leven te roepen, en om met name via rechtstreekse toegang tot het universitair onderwijs de mogelijkheid te voorzien tot het behalen van een master in de verpleegkunde. Deze opleiding zou evenwel zo moeten opgebouwd worden dat het behaalde diploma voorbereidt en recht geeft op de verpleegkundige beroepsuitoefening. Deze universitaire opleiding zal daarom ook klinisch onderwijs (stages) moeten bevatten (conform de Europese Richtlijn 36/2005). Het is wel de bedoeling dat de masteropleiding in aansluiting op de bacheloropleiding, zoals deze nu bestaat, behouden blijft.

Tegelijkertijd met de uitbouw van een dergelijke bijkomende instroommogelijkheid tot het verpleegkundig beroep, moet er (ook nu reeds nodig voor de huidige masters), een eigen functieprofiel worden uitgeschreven, met daaraan gekoppelde specifiek gefinancierde functies en met reële tewerkstellingsmogelijkheden. Bij het uitschrijven dan deze functies voor masters in de verpleegkunde mag de invulling niet alleen gaan naar leidinggevende functies maar moet vooral gestreefd worden naar klinisch georiënteerde functies, die inhouden dat men mee blijft instaan voor de bedside verpleegkundige zorgen en daarnaast deels is vrijgesteld om de eigen, specifieke opdracht uit te voeren. Op deze manier worden kansen gecreëerd om op te klimmen via een klinische ladder, zonder tot gevolg te hebben dat de specifieke deskundigheid wegvloeit uit het team.

Zeker als de A.S.O.-studenten onvoldoende blijken te kiezen voor een opleiding verpleegkunde, ook als er via functiedifferentiatie in reële doorgroeikansen is voorzien, moet deze bijkomende instroommogelijkheid tot het verpleegkundig beroep aangeboden worden. Het aanzien dat een opleiding op universitair niveau geniet bij de jongeren, en niet in het minst ook bij hun ouders, en het effect hiervan op de aantrekkingskracht van het beroep mag immers niet onderschat worden.

Bij de uitwerking van de verschillende opleidingswegen tot verpleegkunde is het noodzakelijk dat de onderwijsinstellingen sterk voeling houden met het werkveld, en is het bovendien aangewezen dat zij onderling samenwerken. Hiermee bedoelen we niet alleen overleg en afstemming tussen onderwijsinstellingen binnen een zelfde kwalificatieniveau, maar ook tussen universiteiten, hogescholen en hoger beroepsonderwijs.

Zo kan er bijvoorbeeld gezocht worden naar een aangepast statuut voor docenten die op permanente basis praktijkervaring willen opdoen of op peil houden, kunnen meer

gastdocenten vanuit de praktijk ingeschakeld worden en kunnen docenten in meerdere opleidingsinstituten tewerkgesteld worden.

Het is dus absoluut nodig om de inhoud van het opleidingsprogramma aan te passen en te actualiseren, samen met het werkveld, overeenkomstig met de evolutie binnen de sector van de gezondheidszorg (palliatieve zorgen, gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, EBN, delegeren, geestelijke gezondheidszorg, ...).

De opvang en de begeleiding van de studenten zijn zeer belangrijk, zowel omwille van leerproces als met het oog op de attractiviteit. Het is essentieel dat een noodzakelijke en voldoende omkadering wordt gegarandeerd voor stagebegeleiding door ervaren verpleegkundigen, zowel vanuit de opleiding als vanuit het werkveld, maar ook dat de stages georganiseerd worden op een meer realistische manier, beter aansluitend bij het verpleegkundig beroep (totaalzorg, aantal toegewezen patiënten, avonddiensten, nachtdiensten, mondelinge overdrachten, zaalronde, ...).

Er dient een verdere verbetering inzake kwaliteitsborging te gebeuren van alle verpleegkundige opleidingen in België. Dit zou kunnen door Europese accrediteringsnormen te hanteren en de mate waarin aan deze normen wordt voldaan te laten verifiëren door de regionale overheden voor Onderwijs.

In dit kader zou het ook nuttig zijn om via – in Europese context – internationaal vergelijkend onderzoek na te gaan hoe België zich ten opzichte van de andere landen verhoudt op het vlak van de leerprestaties van studenten verpleegkunde, bijvoorbeeld analoog aan het PISA onderzoek voor het middelbaar onderwijs. Eenzelfde vergelijkend onderzoek zou ook nationaal kunnen opgezet worden, om na te gaan hoe sterk de leerprestaties van studenten verpleegkunde in de verschillende Belgische opleidingsinstituten gelijklopen.

Zoals reeds eerder aangehaald, wordt gekozen om mensen positief te stimuleren door verschillende groeimogelijkheden aan te bieden en aldus hun intrinsieke capaciteiten maximaal aan te boren, waardoor een zo hoog mogelijk opleidingsniveau wordt bereikt.

Anderzijds moet wel een minimale kwaliteit kunnen gewaarborgd worden, en dit met het oog op het bieden van een veilige zorg.

In de onderwijsinstellingen zouden studenten, die niet blijken te beschikken over de nodige intrinsieke capaciteiten en het vereiste groeipotentieel om dit minimaal competentieniveau te behalen, tijdig moeten gedetecteerd en geheroriënteerd worden.

Beroepsuitoefening

Het beroepsprofiel moet in de praktijk ook herkenbaar zijn, zoniet zal hierover steeds verwarring blijven bestaan. Het gelijklopen van het beroepsprofiel op papier enerzijds en de praktijkvoering anderzijds is ook een voorwaarde om een eigen beroepsidentiteit te bekomen en te bewaren. Een duidelijke beroepsidentiteit is op haar beurt noodzakelijk voor een positief zelfwaardegevoel en een positieve uitstraling bij de verpleegkundigen. Zonder positief professioneel zelfbeeld kan men ook geen beroepsfierheid uitstralen.

Dit impliceert dat ook in de beroepsuitoefening aan taakuitzuivering wordt gedaan. Niet specifiek verpleegkundige taken zouden m.a.w. niet langer van verpleegkundigen mogen verwacht worden.

In de eerste plaats zou moeten nagegaan worden welke van deze taken nog verder dienen te gebeuren. Het is immers veel efficiënter om activiteiten, die geen toegevoegde waarde hebben te schrappen, dan ze door andere medewerkers te laten overnemen.

Zo ook moet maximaal getracht worden om technische hulpmiddelen of automatisering van bepaalde processen in te bouwen (buisenpost, elektronische herkenning van patiëntenbewegingen in plaats van schriftelijke registratie, ...).

Verder is het absoluut aangewezen om meer logistieke hulp te voorzien ter ondersteuning van de verpleegkundige equipes, en dit ook 's avonds, tijdens het weekend en waar aangewezen ook 's nachts. De vraag naar meer logistieke hulp betreft zowel de gelijkgeschakeling van diensten zodat afdelingen, waarvoor nog geen logistieke assistenten werden gefinancierd, voortaan ook kunnen genieten van logistieke ondersteuning, als het voorzien van bijkomende logistieke assistenten voor alle diensten.

Voor sommige zorgsettings kan gedacht worden aan het inschakelen van zorgkundigen. Een aantal patiëntgebonden activiteiten, zoals activiteiten behorende tot het dagelijks leven (ADL) maar ook andere handelingen omschreven in het KB 78, kunnen aan zorgkundigen gedelegeerd worden. Dit veronderstelt echter dat de te verlenen zorg in hoge mate voorspelbaar is en goed gesuperviseerd kan worden, om geen risico's te nemen op het vlak van patiëntveiligheid.

Ook op het vlak van administratieve taken kan er nog heel wat gebeuren en ook hier moeten niet-verpleegkundige taken geweerd worden uit het verpleegkundig opdrachtenpakket: geneesmiddelen voorschrijven behoort tot de bevoegdheid en de verantwoordelijkheid van de artsen, materiaalbestellijsten invullen is een logistieke taak, ...

Voor administratieve activiteiten, die niet kunnen gedelegeerd worden naar medewerkers buiten de verpleegafdeling moet voorzien worden in een administratieve kracht ter ondersteuning van het patiëntenproces.

Uiteraard zal het bijhouden van het verpleegkundig luik van het patiëntendossier door de verpleegkundigen moeten blijven gebeuren. De overheid dient evenwel opdrachten die dubbele registraties en administratieve overlast inhouden te vermijden en zou meer inspanningen moeten doen om de evolutie naar een elektronisch patiëntendossier en tevens transmurale uitwisseling van patiëntgegevens te ondersteunen, zodat hierin sneller vooruitgang wordt geboekt.

Functiedifferentiatie

Een recente studie van het KCE, uitgevoerd met de medewerking van de UGent en de UCL, toont aan dat in de onderzochte diensten mogelijk ruimte is voor taakuitzuivering en voor functiedifferentiatie.⁹

De term "functiedifferentiatie" wordt vaak verward met taakuitzuivering. Als we het hebben over functiedifferentiatie dan bedoelen we het verschuiven of het overnemen van bepaalde opdrachten door andere medewerkers binnen een zelfde beroepsgroep. Bij taakuitzuivering of taakherschikking gaat het om het verschuiven of delegeren van taken naar een andere beroepsgroep. In de rubriek hierboven hebben we hiervan voorbeelden gegeven.

⁹ Berckmans G., Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G., Stordeer S., et al. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports 86A (D/2008/10.273/52).

Om het verpleegkundig beroep aantrekkelijker te maken is er, naast de kans om op te klimmen langs een hiërarchische ladder, nood aan bijkomende doorgroeimogelijkheden. Meerdere verpleegkundigen hebben door hun ervaring en door bijkomende opleidingen op het zorginhoudelijke vlak heel wat expertise opgebouwd, die op vandaag onvoldoende wordt gehonoreerd. Reeds jaren worden verpleegkundigen opgeleid tot master in de verpleegkunde, maar in de verpleegkundige praktijk ontbreken de functies die hen moeten toelaten een toegevoegde waarde te bieden. Er moet daarom werk gemaakt worden van een klinische ladder, naar analogie met de hiërarchische ladder.

Bij deze vorm van functiedifferentiatie denken we aan de volgende specifieke functies:

- de gespecialiseerde verpleegkundige: dit is een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel, bv. deze van verpleegkundige gespecialiseerd in de kritieke zorg en de spoedgevallenzorg of in de geriatrie
- de referentieverpleegkundige: deze verpleegkundige is actief op afdelingsniveau, met een specifieke expertise binnen een bepaald verpleegkundig gerelateerd domein, bv. referentieverpleegkundige geriatrie, referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne
- de verpleegkundig consulent: deze verpleegkundige werkt afdelingsoverstijgend binnen de patiëntenzorg i.f.v. een bijzondere expertise en met een actiegerichte focus, bv. diabeteseducator, borstverpleegkundige
- de verpleegkundig specialist: van verpleegkundige specialisten kan verwacht worden dat ze taken opnemen die een uitbreiding en verbreding vormen van hun eerdere takenpakket en dat ze aan de basis liggen van nieuwe ontwikkelingen binnen hun zorgdomein of nieuwe ontwikkelingen helpen implementeren; zij voeren wetenschappelijk onderzoek m.b.t. verpleegkundige zorgaspecten en verzorgen m.b.t. het eigen expertisegebied opleiding binnen de verschillende zorgprogramma's en afdelingen¹⁰.

Er zou daarom verder uitvoering moeten gegeven worden aan het KB van 27 september 2006 m.b.t. de lijst van de bijzondere beroepstitels en de bijzondere beroepsbekwaamheden, weliswaar niet zonder ze op te nemen in een globale visie over functiedifferentiatie en complementariteit.

Bovendien moet ook verder werk gemaakt worden van een functieclassificatie waarbij de functies van gespecialiseerde verpleegkundige, referentieverpleegkundige, verpleegkundig consulent en verpleegkundig specialist een plaats krijgen en conform hun functie verloond worden.

Het is voor elk van die functies belangrijk om er voor te zorgen dat de know-how en de expertise van deze verpleegkundigen ten volle benut blijft voor de patiënten. Daarom moeten deze verpleegkundigen basisverpleegkundige zorg blijven doen, en worden zij slechts ten dele vrijgesteld voor hun specifieke opdracht.

¹⁰ Van Genechten N., Van Aken P., Danschutter D., Segers N., Versluys K., Demeyere F., Vandersmissen J. en Holtzer L.: De "Advanced Practice Nurse" en de "Physician Assistant", een conceptueel raamwerk. Tijdschrift voor verpleegkundig leidinggevenden in de gezondheidszorg. VBVK. november-december 2008

Uiteraard moet er voor de tijd waarin deze verpleegkundigen vrijgesteld zijn ook financiering worden voorzien, zodat het opnemen van hun specifieke opdrachten niet ten laste komt van de normale verpleegkundige omkadering. Het initiatief vanuit het nationaal kankerplan om financiering te voorzien voor oncologische verpleegkundigen is daarom een zeer goed voorbeeld.

Het is evenwel niet de bedoeling om een groot aantal dergelijke specifieke verpleegkundige functies te voorzien. Dit zou immers niet haalbaar zijn. Evenmin is het de bedoeling om deze vorm van functiedifferentiatie op te leggen onder de vorm van tal van bijkomende erkenningsnormen. Deze klinische ladder is veeleer een positieve stimulans, die vooral groeikansen biedt aan verpleegkundigen en die tegelijkertijd resulteert in een betere verpleegkundige zorg.

Hoofdverpleegkundigen

De rol en de missie van de hoofdverpleegkundigen is de laatste jaren ingrijpend veranderd onder meer als gevolg van de toegenomen aandacht voor kostenbeheersing en kwaliteit van de zorg. Het KB van 13 juli 2006 omschrijft uitvoerig de vele opdrachten en verantwoordelijkheden die met de functie van hoofdverpleegkundige gepaard gaan.

Echter, in de dagelijkse realiteit is het voor de hoofdverpleegkundigen vandaag onmogelijk om aan meerdere van deze opdrachten naar behoren gevolg te geven, zoals het instaan voor opleiding, opzoekingswerk verrichten, een beleid uitwerken, projecten begeleiden ...

Er is m.a.w. een groot verschil tussen de wettelijke functieomschrijving en de mogelijkheden om de functie uit te voeren.

Gezien het grote probleem om goede directe leidinggevers te rekruteren en te behouden moet dringend ingegrepen worden, temeer daar hun functie een belangrijke hoeksteen vormt voor de organisatie, voor de kwaliteit van de zorg en voor de aantrekking en de retentie van medewerkers.

Daarom moet de hoofdverpleegkundige volledig vrijgesteld worden om zijn / haar leidinggevende rol en uitgebreide managementopdrachten op een volwaardige manier te kunnen opnemen. Deze maatregel is, evenals een substantiële loonsverhoging waardoor een loonspanning van minstens 35 % in meer ten opzichte van het basisloon van een verpleegkundige, absoluut noodzakelijk om ervoor te zorgen dat deze functie haar aantrekkelijkheid herwint.

Maar dat is niet alles. De hoofdverpleegkundigen moeten ook vanuit het beleid van de zorginstellingen meer erkend en gesteund worden. De betrokkenheid vanwege de artsen, verbonden aan de afdeling, en de samenwerking met de hoofdverpleegkundige moeten gestimuleerd worden. Hoofdverpleegkundigen moeten ook de kans krijgen om zo nodig gerichte bijkomende opleidingen te volgen en om permanente vorming te genieten, waardoor ze beter in staat zijn om alle opdrachten van hun veelzijdige functie op te nemen.

Werkorganisatie

Taakuitzuivering of taakherschikking en functiedifferentiatie houden niet alleen mogelijkheden in, maar ook uitdagingen. Zij veronderstellen immers een andere werkorganisatie dan deze die momenteel op verpleegafdelingen meestal wordt gehanteerd. Het model integrerende verpleegkunde wordt in de meeste zorginstellingen nagestreefd,

hoewel de mate waarin alle aspecten van dit model in de praktijk gerealiseerd worden enigszins verschilt.

De toewijzing van patiënten aan individuele verpleegkundigen, die elk de totaalzorg voor de hen toegewezen patiënten op zich nemen, is evenwel quasi overal van toepassing. Naarmate er echter meer gewerkt wordt met gemengde teams, waarbij verpleegkundigen enerzijds bepaalde zorgen of handelingen gaan delegeren aan andere beroepsgroepen, en anderzijds ook regelmatig een beroep gaan doen op andere verpleegkundigen omwille van hun expertise, zal dit organisatiemodel minder kunnen gehandhaafd worden.

De kunst zal er in bestaan om de oorspronkelijke uitgangspunten van het model integrerende verpleegkunde niet te laten verloren gaan, en deze te realiseren via een aangepast organisatiemodel. We moeten dus op zoek gaan naar een organisatiemodel dat toelaat om de leden van een heterogeen samengesteld team efficiënt in te zetten zonder naar taakverpleging terug te keren, en waarbij het in tegendeel mogelijk blijft om de totaalzorg voor de patiënt te behartigen.

In die zin zal bijvoorbeeld de toewijzing van patiënten aan individuele verpleegkundigen plaats moeten maken voor een toewijzing aan een team van zorgverleners, waarbij de eindverantwoordelijkheid weliswaar berust bij een verpleegkundige. Deze verpleegkundige is dan verantwoordelijk voor de zorgplanning van alle toegewezen patiënten en voor de taakverdeling binnen de teamleden. Zo een team bestaat dan bijvoorbeeld uit een aantal verpleegkundigen waaronder zowel beginnende verpleegkundigen als collega's met ervaring of zelfs bijzondere expertise en wordt eventueel bijgestaan door een zorgkundige. De teamverantwoordelijke stuurt de teamleden aan en houdt toezicht over het geheel.

Delegeren en toezicht houden zijn vaardigheden waarvoor verpleegkundigen momenteel niet opgeleid zijn. Deze eindcompetenties zullen dus ook moeten meegenomen worden in de verpleegkundige opleiding. Naarmate meer activiteiten behorende tot de directe patiëntenzorg moeten gedelegeerd worden naar niet-verpleegkundigen of naar verpleegkundigen die nog niet in staat zijn om de volledige eindverantwoordelijkheid op zich te nemen, des te noodzakelijker zal het zijn dat de teamverantwoordelijke een hoog opgeleide verpleegkundige is .

Afhankelijk van de patiëntenpopulatie kunnen de zorgbehoeften soms sterk verschillen. Nog een uitdaging zal er dus in bestaan om de kwalificatiemix van de teams die moeten instaan voor de zorg aan deze patiënten hierop af te stemmen. Op dit ogenblik beschikken we niet over een gepast instrument dat ons hierbij kan helpen. Er is hier dus onderzoek voor nodig.

Nog op het vlak van werkorganisatie moeten verpleegkundigen hun eigen werkprocessen durven analyseren. Handelingen die geen toegevoegde waarde hebben, moeten weggelaten worden of moeten vervangen worden door op evidentie gebaseerde zorgen.

Arbeidsvoorwaarden

Een absolute basisvereiste is dat de omkaderingsnormen eindelijk op een correcte manier gefinancierd worden. Het kan niet zijn dat de beheerder andere financieringsbronnen moet zoeken, zoals een beroep doen op de artsen om een deel van hun honorarium af te staan om het deficit binnen het personeelsbudget op te vullen. Zo ook zouden de middelen, bedoeld voor de financiering van bijkomend personeel, toegewezen op basis van de verdeling in decielen na vergelijking van de VG-MZG en nomenclatuurgegevens, volledig

boven de vergoeding voor de basisomkadering moeten verleend worden in plaats van deze middelen deels te gebruiken om de basisomkadering te financieren.

Zelfs als aan de efficiëntie van de verpleegkundige werkprocessen wordt gesleuteld en zelfs na taakuitzuivering blijft het nodig om de omkaderingsnormen uit te breiden.

Zoals reeds vermeld, dient er op korte termijn voor gezorgd te worden dat op alle verpleegafdelingen en medisch-technische diensten de hoofdverpleegkundige kan vrijgemaakt worden om zich te wijden aan zijn / haar specifieke opdracht als leidinggevende. Dit houdt in dat de verpleegequipe aangevuld wordt met 1 FTE verpleegkundige, zodat de patiëntenzorg hier niet onder moet lijden.

Eveneens op korte termijn zou de omkadering moeten uitgebreid worden. Een prioriteit, waarop binnen Europa terecht de aandacht wordt getrokken, is de patiëntveiligheid. Om in staat te zijn 's nachts de verantwoordelijkheid voor een gehele verpleegafdeling ter harte te nemen, moet het voor de zorginstellingen financieel mogelijk gemaakt worden om te voorzien in een dubbele nachtpermanentie, bij voorkeur bestaande uit 2 verpleegkundigen, zoniet uit 1 verpleegkundige en 1 zorgkundige. Deze uitbreiding in de nacht mag niet ten koste zijn van de bestaande overdag. Een bijkomende nachtpermanentie veronderstelt 2,25 FTE om deze te realiseren en dus een uitbreiding van de omkaderingsnorm met 2,25 FTE. De personeelsuitbreiding die in het sociaal akkoord van 2005 hiervoor was voorzien, met name 0,5 FTE per 60 patiënten of +/- 0,25 FTE per verpleegafdeling, is dus absoluut ontoereikend.

Consequent met haar advies m.b.t. de versoepeling van de normen (Ref. NRZV/D/238-2) vraagt de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen om per zorginstelling een contingent van 2,25 FTE per verpleegafdeling toe te kennen, dat door de zorginstellingen vervolgens ingezet wordt op de best mogelijke manier, 's nachts of overdag.

Wij citeren uit dit advies van 9 september 2004: "De Raad adviseert om de ziekenhuizen toe te laten het verpleegkundige en verzorgend personeel, hen toegewezen door het budget der financiële middelen, vrij in te zetten in de diensten, functies en afdelingen waar hun aanwezigheid de grootste toegevoegde waarde heeft voor de verzorging van de patiënten. De ziekenhuizen zullen hierbij de nodige aandacht hebben voor de veiligheid van patiënten en personeel, en voor de noodzakelijke kwaliteit en continuïteit van de verzorging en bewaking."

Omwille van de huidige schaarste op de arbeidsmarkt, zal het niet eenvoudig zijn om deze bijkomende verpleegkundigen aan te werven. Daarom wordt voorgesteld dat er niet sanctionerend wordt opgetreden als de bijgekomen vacatures niet onmiddellijk kunnen ingevuld worden en de nieuwe omkaderingsnorm dus ook niet kan gerealiseerd worden, maar dat de ziekenhuizen wel gestimuleerd worden om deze bijgekomen functies zo snel mogelijk in te vullen door ze te financieren van zodra ze effectief zijn gerealiseerd.

Ook de permanente vorming moet toegankelijker gemaakt worden zonder de werking van de verpleegequipe uit evenwicht te brengen. Er is daarom nood aan een adequate vergoeding om te voorzien in de vervanging van teamleden die opleiding volgen of die studiedagen bijwonen.

Zoals in een vorige rubriek reeds toegelicht, is er naast een uitbreiding van verpleegkundigen nood aan bijkomende logistieke assistenten en aan administratieve krachten. Ook zorgkundigen kunnen nuttig werk verrichten, vooral in zorgsettings die

gekenmerkt worden door een hoge voorspelbaarheid van de zorgbehoefte, en enkel indien ze toegevoegd worden aan de huidige verpleegkundige omkaderingsnormen.

Waardering voor verpleegkundigen vanwege artsen en andere zorgverleners kan uiteraard niet zomaar afgedwongen worden, maar we kunnen wel indirect bijdragen tot een arbeidsklimaat, waarin de kans om professionele erkenning te krijgen vergroot. Taakuitzuivering zal het mogelijk maken om een eigen beroepsidentiteit op te bouwen en gewaardeerd te worden omwille van de eigen verpleegkundige identiteit. Zo ook zal het organiseren van structureel multidisciplinair overleg verpleegkundigen toelaten om een eigen inbreng te hebben en om hun toegevoegde waarde aan te tonen.

Eveneens van belang is de specifieke opdracht m.b.t. continuïteit van de zorg. Deze 24-urenopdracht maakt dat de combinatie van werk en gezin moeilijk te realiseren is. Verpleegkundigen zouden daarom zeker gebaat zijn met maatregelen die deze combinatie zouden faciliteren: meer kinderdagverblijven financieren, aangepaste financiering voor kinderdagverblijven met verruimde openingstijden, dienstencheques voor huishoudelijke hulp, ...

Ook met het oog op het sociale leven is de 24-urenopdracht niet aantrekkelijk. Weinigen werken graag 's avonds, 's nachts of tijdens het weekend. De premies voor onregelmatige prestaties worden daarom best marktconform verhoogd.

Eveneens omwille van de 24-urenopdracht is het zeer moeilijk om de principes van "gezond roosteren" in de uurroosterplanning te respecteren, zelfs als er binnen de zorginstellingen meer personeel kan ingezet worden, en is het zelfs onmogelijk om de arbeidstijdenwetgeving correct na te komen, zonder bijkomende uitzonderingsmaatregelen. Deze dient dan ook dringend te worden versoepeld, vooral dan wat betreft de minimale rusttijden tussen 2 shiften, de trimestergrenzen voor de uurroosterplanning en het aantal kredieturen voor de berekening van overuren en overloon.

We stellen vast dat steeds meer verpleegkundigen deeltijds gaan werken, onder meer ten gevolge van allerlei sociale maatregelen, maar ook om gemakkelijker gezin en werk te kunnen combineren en om beter het hoofd te bieden aan de sterk toegenomen werklust. Hierdoor blijft een belangrijk werkpotentieel onbenut.

Daarom moet gedacht worden aan maatregelen voor positieve discriminatie van verpleegkundigen die voltijds werken.

Onderzoek, praktijk en opleiding

Universiteiten, opleidingsinstituten voor verpleegkunde en zorginstellingen zouden meer moeten samenwerken op het vlak van onderzoek en uitwisseling van kennis en ervaring. Zo zouden er meer praktijkonderzoeken kunnen opgezet worden met het oog op het zoeken naar best practices in verpleegkundige zorg en naar het ontwikkelen van evidence based procedures/protocollen, wat ook wettelijk verplicht is ivv. de erkenning van de zorginstellingen.

Verder zou onderzoek kunnen gebeuren naar zorgresultaten die mogelijks verband houden met verpleegkundige componenten (nurse sensitive outcomes). Zo zou onderzocht kunnen worden of en in welke mate het aantal uren verpleegkundige zorg en de kwalificatiegraad van de verpleegkundigen samengaat met de prevalentie van doorligwonden, urineweginfecties bij patiënten met een verblijfskatheter, ventilatorgeassocieerde

pneumonieën, ... Vermits verpleegkundigen nu al zeer veel gegevens registreren, zou dit onderzoek zeker niet mogen leiden tot extra registraties. Daarom wordt best vooraf gekeken welke bestaande verplichtingen op het vlak van kwaliteitstoetsing zullen opgeheven worden. De voorkeur gaat naar een beperkte set van indicatoren en een grondig onderzoek, waardoor het mogelijk is om juiste conclusies te trekken, eerder dan een groot aantal items te onderzoeken.

Lessen uit de ARIQ-studie m.b.t. magneetziekenhuizen

Het is evident dat zowel naar het rekruteringsbeleid als naar het retentiebeleid veel aandacht zal moeten gaan. De verantwoordelijken in de zorginstellingen krijgen hierin een zeer grote opdracht, maar ook de beleidsmakers, de beroepsverenigingen en de vormings- en onderzoeksinstituten hebben op dat vlak een belangrijke rol te vervullen.

Het begrip “magneetziekenhuizen” is een concept, waarrond al veel onderzoek is gebeurd. Magneetziekenhuizen slagen er immers in om, meer dan andere ziekenhuizen, verpleegkundigen aan te trekken en te behouden en scoren ook beter op het vlak van zorgkwaliteit.

De meeste onderzoeken en de grootste ervaring ter zake zijn te situeren in de Verenigde Staten, maar ook in een aantal Europese landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk.

In België heeft een pilootproject, waarbij 12 ziekenhuizen betrokken waren, de karakteristieken op het vlak van organisatie en van leiderschap van aantrekkelijke Belgische ziekenhuizen kunnen aantonen (ARIQ project, 2006¹¹).

Het hoofddoel van dit project bestond er in om, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap en de Belgische context, die kenmerken te identificeren van een werkomgeving die tegelijkertijd organisatorisch gunstig is voor het welzijn en de tevredenheid van de medewerkers (organisatorische ondersteuning) als voor de kwaliteit van zorg. Een instrument voor zelfevaluatie vult het “model van de aantrekkelijke instelling” aan en is er de praktische vertaling van. Terwijl in de beschrijving van het model het ideaalbeeld wordt geschetst, is het instrument voor zelfevaluatie zo opgevat dat het aan de instellingen, die dit wensen, toelaat om hun beleid en hun praktijkvoering op een systematische en objectieve wijze te evalueren. Deze stap is essentieel bij het bepalen en het implementeren van een globaal en coherent attractiviteitsbeleid.

Een onmiddellijk gevolg van het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt is het gegeven dat voor de verpleegkundigen de werkzekerheid dermate is toegenomen, dat menigeen de stap zet naar een andere werkgever. Dit fenomeen veroorzaakt een grote uitstroom aan kennis en ervaring en vergroot in belangrijke mate het aantal sollicitatieprocedures en inspanningen voor inscholing.

Het loont daarom zeker de moeite om gezondheidsinstellingen aan te zetten tot de ontwikkeling van een human resources-beleid door deel te nemen aan projecten m.b.t. het human resources management. De overheid zou een perspectief op middellange en lange termijn kunnen ontwikkelen dat de instellingen ertoe aanzet om de verbetering van de werkomstandigheden als een duurzame prioriteit te beschouwen, door de uitwisseling van

¹¹ Stordeur. S. e.a., Project ARIQ/ Aantrekkingskracht, behoud en betrokkenheid van verpleegkundigen en kwaliteit van zorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maart 2006

best practices in de gezondheidssector te stimuleren (evidence-based management), zodanig dat de volledige sector baat heeft bij de ontwikkelingen terzake. In dit perspectief zou de FOD Volksgezondheid kunnen voorzien in een follow-up van het ARIQ-model en een begeleiding voor de instellingen die zich dit project eigen willen maken.

De overheid kan verder ook helpen door de professionele ontwikkeling en de carriëreplanning binnen de gezondheidsinstellingen te promoten.

De Raad beveelt aan om de projecten die transversaliteit en multidisciplinaire aanpak ondersteunen en aanmoedigen (bv. klinische paden, risicobeleid, transversale kwaliteitsprojecten) te ondersteunen.

Het is positief dat de overheid de zorginstellingen wil aanzetten om verpleegkundigen sterker te betrekken bij het beleid. De Raad vraagt evenwel om de zorginstellingen geen welbepaalde verpleegkundige inspraakorganen op te leggen, doch om enkel de randvoorwaarden te bepalen en hen verder vrij te laten in de keuze waarop zij deze betrokkenheid bij het beleid realiseren.

Nood aan gegevens m.b.t. tewerkstelling en reden tot verandering

Voor het opzetten van manpowerstudies ontbreken vaak essentiële gegevens m.b.t. opleiding en tewerkstelling. Er wordt daarom best een manier gezocht om voor elke verpleegkundige op systematische wijze volgende gegevens te registreren: verpleegkundige basisopleiding, verpleegkundige vervolgopleiding, tewerkstelling als verpleegkundige of niet, wijzigingen in jobtime, opname van tijdskrediet, opname van thematische verloven, opname van arbeidsduurvermindering in uren of via premie, verandering van werkgever, reden voor verandering, verandering van tewerkstellingssector, datum (brug)pensioen, ...

Promotie van het verpleegkundig beroep

Zowel nationale als lokaal georganiseerde promotiecampagnes zijn welkom om jongeren te motiveren om een opleiding tot verpleegkundige aan te vatten. Beide hebben hun belang en kunnen een complementair effect hebben. In diverse provincies wordt al sedert enkele jaren campagne gevoerd in het secundair onderwijs bij de laatstejaarsstudenten. Het voordeel van deze lokale acties bestaat erin dat de jongeren persoonlijk kunnen benaderd worden en daardoor vlot de toegang vinden tot de zorginstellingen waar zij via een kijkstage kennis kunnen maken met de vele troeven van het verpleegkundig beroep. Deze lokale initiatieven zouden absoluut moeten kunnen verder gezet worden en verdienen hiervoor een financiële ondersteuning.

Als we promotie voeren voor het verpleegkundig beroep, mogen we niet vergeten dat de ouders een zeer sterke rol spelen door het stimuleren of het afraden van de beroepskeuze die hun kinderen wensen te maken. Ouders wensen voor hun kinderen liefst een beroep met een hoog maatschappelijk aanzien en veelal sporen zij hen aan om minstens hoger onderwijs, en liever nog een universitaire opleiding, aan te vatten.

Nieuw en heel belangrijk dus is dat aan de bevolking de boodschap kan gegeven worden dat het verpleegkundig beroep verschillende doorgroeimogelijkheden kent en dat de opleiding kan uitmonden in een universitair diploma. Hierdoor zullen A.S.O.-studenten zich meer aangesproken voelen.

Acties voor het promoten van het verpleegkundig beroep zouden recurrent moeten zijn, zouden verschillende vormen moeten aannemen en moeten zich richten tot meerdere doelgroepen: niet alleen de klassieke doelgroepen, maar ook bv. mannelijke studenten, allochtonen, herintreders ... De Raad stelt ook voor om de "sensibilisatiekit" van de FOD Volksgezondheid ter beschikking te stellen van de onderwijsinstellingen en van de Gemeenschappen.

Besluit

Het spreekt voor zich dat niet alle aanbevelingen uit het advies op korte termijn kunnen gerealiseerd worden. Er moeten daarom prioriteiten gesteld worden.

In een eerste fase dienen de volgende concrete aanbevelingen gerealiseerd te worden:

- De Raad is er van overtuigd dat vanuit het werkveld de voorwaarden moeten geformuleerd worden om een veilige, verantwoorde, professionele zorg te kunnen aanbieden aan onze patiënten. Dit is absoluut nodig om te komen tot een duidelijk omschreven beroepsprofiel en tot de gewenste competenties, en is de noodzakelijke eerste stap om te komen tot een aangepaste opleiding voor de verschillende beroepsgroepen in de diverse zorgteams zoals daar zijn logistiek assistenten, zorgkundigen, verpleegkundigen, teamleiders, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten. Tegelijkertijd zijn dan ook de voorwaarden vervuld om tot een functiedifferentiatie en taakuitzuivering te komen.
- Het is ook absoluut noodzakelijk om op korte termijn (bv. tegen het einde van deze legislatuur) te kunnen beschikken over een instrument om te komen tot een verantwoorde samenstelling van de zorgteams in de verschillende settings in de gezondheidszorg. M.a.w. welke kwalificaties zijn er noodzakelijk en hoeveel van elk op welk moment van de dag in functie van de zorgbehoefte van de patiënten en de opdrachten die in die specifieke setting vereist zijn (logistieke ondersteuning e.d.)? Zolang op basis van de zorgbehoeften bij patiënten of patiëntengroepen niet objectief en transparant kan aangetoond worden welke personele middelen nodig zijn (aantal en kwalificatie) om kwalitatief goede zorg te kunnen aanbieden, blijven we zowel op macroniveau als binnen de zorginstellingen vastzitten in discussies over aantallen en kosten. Willen de verpleegkundigen dus enige bestuursautonomie verwerven en duidelijk kunnen aantonen wat hun meerwaarde is dan moeten we die kunnen objectiveren. Dit moet leiden tot evenwichtig samengestelde teams waarbinnen eenieder zich kan toeleggen op de taken waar hij/zij is voor opgeleid. Hierdoor krijgen we automatisch taakuitzuivering, ontstaat de mogelijkheid tot differentiëring, kan de hoofdverpleegkundige zich toeleggen op zijn/haar leidinggevende taak en wordt het mogelijk om het zorgmodel te herdenken. Indien echter de equipe te klein is, dan moeten we niet differentiëren of aan taakuitzuivering denken. Dan zijn alle promotiecampagnes ten dode opgeschreven omdat de praktijk het gecreëerde verwachtingspatroon niet invult. Daarom ook moet steeds minstens voorzien worden in een voldoende basisomkadering, noodzakelijk voor een minimale verpleegkundige zorgverlening, die dan aangevuld wordt met een bijkomende omkadering, conform de nood die voor de betrokken patiëntengroep door het meetinstrument wordt aangetoond. En bovenal moet er vanwege de overheid de bereidheid zijn om effectief die omkadering in aantal en in kwalificatie, die nodig blijkt, te vergoeden en daarvoor ook consequent de meerkost te aanvaarden. Dit houdt in dat de financiële enveloppe fundamenteel wordt uitgebreid.
- In afwachting van het resultaat van het onderzoek naar zo'n objectief meetinstrument, moet alvast de nodige bijkomende financiering voorzien worden voor
 - o De uitbreiding van de verpleegkundige omkadering: extra financiering voor in totaal 2,25 FTE per verpleegeenheid, en de vrijheid aan de zorginstellingen om

- deze bijkomende FTE in te vullen op de manier die zij het meest aangewezen achten
- De aanvulling van de verpleegkundige omkadering waardoor de hoofdverpleegkundige kan vrijgesteld worden voor het opnemen van de leidinggevende rol en opdrachten: extra financiering voor 1 FTE per hospitalisatieafdeling, medisch-technische dienst of functie
 - De uitbreiding van de logistieke ondersteuning: financiering om het recht op logistieke hulp te veralgemenen naar alle afdelingen én om de bestaande logistieke ondersteuning per afdeling op te trekken
 - Een administratieve kracht voor elke afdeling
- De correcte financiering van de omkaderingsnormen en van het bijkomend personeel, en tevens van gelijk welk initiatief, waartoe de zorginstellingen uitgenodigd of verplicht worden.

Pas als aan deze voorwaarden is voldaan kan getracht worden om in een volgende fase de andere doelstellingen uit het advies te realiseren. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen verbindt zich er toe om ook nog deze andere doelstellingen om te zetten in concrete voorstellen. Zij beschouwt dit advies dus niet als afgewerkt maar zal nog de nodige vervolgadvisen overmaken.

Binnen de mate van het mogelijke kan er dan al via bv. proeftuinen gewerkt worden aan deelsegmenten. Deze ervaringen kunnen dan binnen een federale uitrol ondersteunend werken.

Het door de Minister voorgestelde meerjarenplan ter bevordering van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep bevat veel goede initiatieven en de bezorgdheid van de Minister voor de problematiek van de verpleegkundigen wordt door de leden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zeer geapprecieerd.

Toch bevat het meerjarenplan ook enkele voorstellen, die de Raad niet wenst te volgen.

In plaats van het voornemen om de titel van verpleegkundige voor te behouden voor de bachelors stelt de Raad voor om te vertrekken vanuit het gewenste profiel en de vereiste competenties, in functie van de actuele zorgbehoeften, en hieruit de nodige onderwijscompetenties af te leiden. Zij beveelt bovendien aan om het aantal instroommogelijkheden ruim te houden, waarbij men rekening houdt met minimale opleidingsvereisten en competenties zoals bepaald in de Europese richtlijn Verantwoordelijke Algemeen Ziekenverpleger (VAZ). De opdrachten en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen, zoals omschreven in KB 78 en in de VAZ richtlijn, vereisen competenties en bekwaamheden die in het European Qualifications Framework gesitueerd worden op niveau 5. Alle opleidingen moeten dus minimaal dit kwalificatieniveau garanderen.

De Raad ziet geen heil, doch enkel nadelen in het creëren van tussenniveaus in de zorg.

Tot slot stelt zij voor om de zorginstellingen vrij te laten in de wijze waarop zij de verpleegkundigen betrekken bij het beleid, mits te beantwoorden aan welbepaalde voorwaarden, eerder dan nieuwe overlegorganen op te leggen.

De Raad is er zich van bewust dat de inspanningen, die nodig zijn om de vooropgestelde prioriteiten te realiseren, niet gering zijn. Zij is er evenwel van overtuigd dat deze absoluut noodzakelijk zijn, en dat de nodige maatschappelijke keuzes moeten gemaakt worden, indien we de mogelijkheid om ook in de toekomst verder kwalitatieve verpleegkundige zorg aan te bieden kans willen blijven geven.