

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2001-2002

5 juni 2002

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**– van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Laurys,
mevrouw Trees Merckx-Van Goey, mevrouw Ingrid van Kessel en de heer Gilbert Vanleenhove –
betreffende een toekomstgericht beleid dat meer perspectieven biedt aan verpleegkundigen**

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Van Duppen**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Patricia Ceysens.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De
Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heren Luc Martens en Paul Van Malderen ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahasinne ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Herman Lauwers.

Zie :

504 (2000-2001)

- Nr. 1 : voorstel van resolutie
- Nr. 2 : Advies van de Sociaal-Economische Raad van
Vlaanderen
- Nr. 3 : Advies van de Vlaamse Onderwijsraad

INHOUD

	Blz.
I Universitaire opleiding, wetenschappelijk onderzoek en federaal niveau	5
I.1 Uiteenzetting door de heer Tom De Floor, dokter-assistent Verplegingswetenschappen Universiteit Gent	5
I.2 Uiteenzetting door de heer Jan Hertogen, studiedienst Vereniging Sociale Fondsen	7
I.3 Uiteenzetting door de heer Koen Milisen, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven en Dienst Geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven	9
I.4 Uiteenzetting door mevrouw Anita Simoens, adviseur-generaal, Bestuur van de Gezondheidszorgen, ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu	12
I.5 Bespreking	14
II. Onderwijs	17
II.1 Uiteenzetting door mevrouw Agnes Eerdeken, adjunct-directeur Provinciale Secundaire School Hasselt	17
II.2 Uiteenzetting door de heer Dirk Godecharle, departement Gezondheidszorg, Katholieke Hogeschool Kempen	18
II.3 Uiteenzetting door mevrouw Rita Moeraert, CCV-VOCA, en ondervoorzitter van de Vlaamse Federatie voor Verzorgenden	19
III. Verpleegkundigen in de praktijk	20
III.1 Uiteenzetting door mevrouw Solange Indekleef, verpleegkundige zorgcoördinator Ziekenhuis Oost-Limburg Genk	20
III.2 Uiteenzetting door de heer Kris Vaneerdewegh, voorzitter werkgroep Psychiatrie, Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen (NVKVV)	21
III.3 Uiteenzetting door mevrouw Chantal Desticker, voorzitter departement Vroedvrouwen, NVKVV	23
III.4 Uiteenzetting door mevrouw Ilse Gorissen, Wit-Gele Kruis, mevrouw Virginie Huys, stafmedewerker, vzw Sovervlag, de heer Leo Minnen, hoofdverpleegkundige, vzw Thuisverzorging de Voorzorg-Bond Moyson	23
III.5 Uiteenzetting door de heer Raf Bronselaer, vertegenwoordiger van ARKADE, het overkoepelend orgaan voor zelfstandige verpleegkundigen	26
III.6 Uiteenzetting door de heer Joris Pauwels, hoofdverpleegkundige Rust- en Verzorgingstehuis Sint-Petrus, Turnhout	27
III.7 Uiteenzetting door mevrouw Simone Boeckmans, afdeling Preventieve Gezinsondersteuning, Kind en Gezin	28
III.8 Uiteenzetting door de heer Frank Cuyt, algemeen directeur van het Vlaams Welzijnsverbond	30
III.9 Bespreking	31

IV. Beleidsbeïnvloeding	33
IV.1 Uiteenzetting door de heer Paul Cappelier, nationaal woordvoerder werkgroep verpleging en verzorging LBC-NVK	33
IV.2 Uiteenzetting door de heer Michel Foulon, voorzitter van de Nationale Raad voor Verpleegkunde	38
IV.3 Bespreking	40
BIJLAGE : Hoorzitting Toekomstgericht beleid verpleegkunde, Vlaams Parlement - 16 mei 2002, grafieken, door de heer Jan Hertogen, Studiedienst Vereniging Sociale Fondsen	41

DAMES EN HEREN,

In het kader van de behandeling van het voorstel van resolutie betreffende een toekomstgericht beleid dat meer perspectieven biedt aan verpleegkundigen werden op 16 mei 2002 hoorzittingen gehouden in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen.

Tevens werd schriftelijk advies gevraagd en ontvangen van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) (zie *Parl. St. Vl. Parl.* 2000-2001, nr. 504/2), de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) (zie *Parl. St. Vl. Parl.* 2000-2001, nr. 504/3), de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), de administratie Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek, de administratie Secundair Onderwijs en de dienst Beroepsopleiding van het Departement Onderwijs, en de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn en de administratie Gezondheidszorg van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

I Universitaire opleiding, wetenschappelijk onderzoek en federaal niveau

1.1 Uiteenzetting door de heer Tom De Floor, dokter-assistent Verplegingswetenschappen Universiteit Gent

De heer Tom De Floor : In Vlaanderen zijn er drie opleidingen medisch-sociale wetenschappen, met in totaal een jaarlijkse uitstroom van 110 tot 150 studenten. De KU Leuven organiseert een dagopleiding, de Universiteit Gent verzorgt een opleiding die kan gecombineerd worden met een vaste baan en de VUB staat in voor avondonderwijs, ook voor mensen met een niet-medisch-verpleegkundige opleiding.

De opleidingen beantwoorden zeker aan een maatschappelijke nood. De afgestudeerden werken onder meer in leidinggevende functies in verzorgingsinstellingen, in het management van verscheidene organisaties van de gezondheidszorg, in farmaceutische bedrijven, in onderwijs- en onderzoeksinstellingen.

Er is in Vlaanderen erbarmelijk weinig geld voor verplegingswetenschappelijk onderzoek. Het Fonds Voor Wetenschappelijk Onderzoek legt steeds meer de nadruk op basiswetenschappelijk onderzoek, terwijl de ministeries steeds meer on-

derzoek vragen dat hun beleidsbeslissingen ondersteunt : ze hebben steeds minder interesse voor onderzoek dat voor de uitoefening van de verpleegkunde essentieel is. Ter vergelijking : in Nederland heeft minister Borst voor de financiering van onderzoek ten behoeve van evidence based practice in de verpleegkunde 2 miljoen euro ter beschikking gesteld voor de periode 2002-2004. De Raad voor Gezondheidsonderzoek heeft de minister geadviseerd 17,6 miljoen euro voor de ontwikkeling van verplegingswetenschappelijk onderzoek ter beschikking te stellen in een periode van 7 jaar. Deze bedragen komen bovenop de jaarlijkse bijdragen van het ministerie voor het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) voor de beroepsontwikkeling – jaarlijks 2,27 miljoen euro – en de vereniging van beroepsorganisaties – jaarlijks 4,53 miljoen euro voor diverse door de beroepsvereniging te bepalen projecten. Dit maakt een totaal van 9,8 miljoen euro per jaar voor verpleegkundig onderzoek.

Door de uiterst beperkte financiële middelen die in Vlaanderen beschikbaar zijn voor verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek, krijgen slechts zeer weinig universitair gevormde verpleegkundigen de kans om een doctoraatsopleiding te volgen en een doctoraat te behalen. Aan de Universiteit Gent zijn momenteel slechts drie verpleegkundigen aan dit vier tot zes jaar durend traject bezig, aan de KU Leuven gaat het om vier verpleegkundigen. In Nederland functioneren er tientallen mensen op dit niveau.

Een universitaire opleiding is belangrijk voor de werving van verpleegkundestudenten. De opleiding houdt verpleegkunde aantrekkelijk voor studenten uit de sterkere ASO-richtingen.

Sommige studenten beginnen aan de verpleegkundige basisopleiding omdat ze weten dat ze na afloop verplegingswetenschap of medisch-sociale wetenschappen aan de universiteit zullen studeren. Anderen beseffen in de loop van de opleiding dat ze meer willen en kunnen door het vooruitzicht van de universitaire opleiding voor het beroep behouden blijven.

Nog anderen gebruiken de mogelijkheid om een universitaire opleiding te volgen gedurende hun beroepsloopbaan. Het behoud van deze aantrekkingskracht is voor de ontwikkeling van het beroep zeer belangrijk. Zoniet daalt het gemiddeld competentieniveau bij de instroom en daardoor ook het gemiddeld niveau van de beroepscompetentie waarop het werkveld een beroep kan doen.

De universitaire opleiding heeft een belangrijke betekenis voor de kwaliteit van zorg. Het is algemeen aanvaard dat evidence based practice belangrijk is in zorg. De zorgverlening moet op het niveau van de huidige stand van de kennis zijn. Patiënten hebben daar recht op. Ook vanuit economisch perspectief is het niet te verantwoorden dat veel tijd en geld gespendeerd wordt aan zorg die niet effectief is en dat de effectieve zorg onthouden wordt. Evidence based werken is niet evident. Er zijn veel onderzoekspublicaties voorhanden, maar het is niet eenvoudig om dat te interpreteren. Daarom is de universitaire opleiding belangrijk.

Protocolen lossen het probleem maar ten dele op. Zij zijn goed voor algemene procedures, maar kunnen niet bepalen wat in een concreet geval gedaan moet worden. Verpleegkundige zijn, vereist vaak het zoeken naar compromissen tussen tegengestelde eisen. Daarom is inzicht noodzakelijk.

Verpleegkundigen met een basisopleiding hebben dus ondersteuning nodig van universitair gevormde verpleegkundigen, die de praktijk voldoende kennen en toch een wetenschappelijke achtergrond hebben. Die combinatie tussen literatuur en dagdagelijkse praktijk gebeurt op dit moment door universitaire staffunctionarissen. Omdat deze mensen overbelast worden en de kennis snel toeneemt, zijn hun mogelijkheden echter beperkt.

In de ons omringende landen zijn er universitair gevormde verpleegkundig specialisten, die deze taak op zich nemen. Vlaanderen volgt deze evolutie langzaam : er komen steeds meer universitair gevormde verpleegkundigen die de brug slaan tussen theorie en praktijk. Dat dient ondersteund te worden door de overheid, de universiteit en de ziekenhuizen.

Daarnaast zijn hoofdverpleegkundigen met een universitaire opleiding noodzakelijk om de kwaliteit van zorg en management te verzekeren. Deze mensen moeten voldoende betaald worden om frustraties te voorkomen.

De universitaire opleiding heeft veel belang voor de basisopleiding tot verpleegkundige. Men vraagt heel veel van docenten : zij moeten over ruimere kennis dan de mensen in de praktijk, en over didactische vaardigheden beschikken. Zij hebben dus behoefte aan wetenschappelijke opleiding en ondersteuning. Dat van de lectoren van een graduaatopleiding verpleegkunde nog altijd geen universitaire opleiding wordt geëist, is een moeilijk te verklaren anomalie. Waarom is een universitaire opleiding voor de docent van een hoofdvak niet vereist

in de graduaatopleiding, terwijl dat wel het geval is in de derde en vierde graad van het secundair onderwijs ?

In de verpleegkundige opleiding spelen mentoren een belangrijke rol. Ook van hen wordt steeds meer geëist. Er wordt verwacht dat zij als rolmodel fungeren en dat zij niet enkel de praktische vaardigheden aanleren maar ook een wetenschappelijke verklaring ervoor kunnen geven. Een universitaire opleiding zou ook voor hen een belangrijke meerwaarde kunnen hebben.

De universitaire opleiding is dus belangrijk om mensen uit sterke ASO-richtingen aan te trekken. Universitair opgeleiden kunnen de discussie aangaan met andere geledingen van de gezondheidszorg en voldoen aan de steeds veranderende eisen van een evoluerende maatschappij.

Het tekort aan verpleegkundigen wordt te vaak beperkt tot het probleem van te weinig handen aan het bed. Er is ook een tekort aan mensen die door-dachte, wetenschappelijke, ethisch verantwoorde beslissingen kunnen nemen in moeilijke en onduidelijke situaties. Niet enkel de instroom in de verpleegkundige opleiding, maar ook in de universitaire opleiding is belangrijk. Men moet de mensen ook in de verpleegkunde kunnen houden. Daarom moeten maatregelen gericht op de instroom ook de kwaliteit behoeden.

Niet alleen andere paramedische beroepen en de lerarenopleiding moeten beschouwd worden als concurrenten voor verpleegkundige instroom, maar ook universitaire opleidingen zoals geneeskunde, psychologie en pedagogie. Het is belangrijk om de keuzeredenen van de studenten te analyseren. Verpleegkundige specialisaties op universitair niveau kunnen hun keuze veranderen.

Ook de verpleegkundige basisopleiding moet gedi-versifieerd worden, vooral omdat door de maatregelen om de overgang van BSO (Beroeps Secundair Onderwijs) naar graduaat te vergemakkelijken, de toestroom uit zwakkere richtingen vergroot. Het is onvermijdelijk dat het onderwijsniveau langzaam aangepast wordt aan de aanwezigheid van minder opgeleide studenten. Daardoor wordt de opleiding van studenten met een sterke vooropleiding minder aantrekkelijk.

De bachelor en masterstructuur (BAMA-structuur) is een kans om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Hogescholen streven naar de status van bacheloropleiding. Dat is positief omdat het de kwaliteit van de opleiding kan verbeteren. Twee

belangrijke voorwaarden zijn vereist : het onderwijs moet een voldoende wetenschappelijk niveau halen, lectoren moeten dus grondig geschoold zijn. Bovendien moet er vanuit het werkveld een andere houding tegenover de studenten komen. Binnen de huidige driejarige opleiding moet dat anderhalf jaar stage vooral een leeractiviteit zijn. Een master-titel kan het niveau verhogen, op voorwaarde dat het niveau van de bachelors behouden blijft.

Twee algemene bedenkingen. Samenwerking tussen de instellingen verhoogt de mobiliteit en maakt een carrière over de instellingen heen mogelijk. Nu kan iemand goed geschoold zijn en toch niet op de juiste plaats zitten. Maar ook samenwerking binnen de scholen is nodig, want nu werkt men nog te geïsoleerd. Dat leidt tot meer arbeidsbelasting van de docenten ; daardoor moet ieder opnieuw het wiel uitvinden.

Mijn besluit : ondersteuning van het niveau vergt wetenschappelijke kennis, een universitair niveau dus.

1.2 Uiteenzetting door de heer Jan Hertogen, studiedienst Vereniging Sociale Fondsen

De heer Jan Hertogen : Mijn verhaal is een strip-verhaal, snel want met drie beelden per minuut, en met beelden, grafieken, die voor zichzelf spreken. Die zijn ook on line beschikbaar, vanuit het menu onderaan zijn ook de statistische gegevens ter beschikking.

Om de verpleegkundigen op de arbeidsmarkt te situeren, wil ik het vooreerst hebben over de leeftijdsverdeling van de non-profitsector in dynamisch perspectief. Om te beginnen de leeftijdsverdeling van de verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Hier ziet u de langzame opbouw in de jaren 60 en 70. Een omgekeerde leeftijdsopbouw van de instroom is nu in de tewerkstelling te zien. Als u als oefening die lijnen vijf jaar aanhoudt, dan ziet u dat de leeftijd doorschuift.

Wat de in- en uitstroom betreft, is er in de ziekenhuizen een lichte daling te merken ; dit kan op een uitstroom wijzen, of is te wijten aan een mobiliteit tussen 37 en 32 jaar. Voor de rusthuizen is de opbouw eigenaardig, is er geen uitstroom maar een expansie tussen 37 en 40 jaar. Dat betekent dat de bijgecreëerde tewerkstelling volledig wordt ingenomen door die groepen van wie men zegt dat ze het beu zouden zijn.

Waar komen de ‘bulten’ in de grafiek vandaan ? Binnen de commerciële rusthuizen is het personeel de laatste jaren continu vervangen door nieuw en goedkoper personeel. De private vzw's hebben hun personeel ook op die leeftijd kunnen afschuiven op de arbeidsmarkt.

Laten we nu de in- en uitstroom beter in beeld brengen op jaarbasis. De hele gezondheidszorg vertoont een positief saldo tot 48-49 jaar. Gevolgd door een overzichtelijke uitstroom, waarbij de werkzaamheidsgraad nog 60 tot 70 procent bedraagt. Een wereldrecord, als men dat vergelijkt met de 20 procent in de profit-sector. In voltijdse eenheden bekeken, wijkt de trend niet af. Deeltijds werken spreidt zich dus uit over de hele carrière.

Bij de ziekenhuizen gaat men hier iets onder de nullijn, wat een licht effect is van een ingrijpende reorganisatie. Maar als u bedenkt dat het aantal bedden van de huidige situatie daar nog tot twee derden moet dalen, dan weet u wat dat voor het personeel betekent. In de rustoorden is er een geweldige instroom in de leeftijden tot 52 jaar te zien.

De sector heeft enkel al door de sociale Maribel van 1997 op twee jaar tijd twaalfduizend jobs gerealiseerd in een sector waar tweehonderdduizend personeelsleden tewerkgesteld zijn. De studie van Pacolet dateert van voor de sociale Maribel. Men moet die zaken echter kunnen meerekenen. Men is in staat geweest om dit potentieel volledig te activeren.

Over de nationale rekeningen kan er niet gediscussieerd worden. Het volume van de non-profit in het geheel van de tewerkstellingsgroei bedraagt 30 procent. Dit betekent dat er van elke 100 jobs die werden bijgecreëerd, er 30 naar de non-profit gingen. Deze tendens is echter na 2000 stilgevallen, ondanks de politieke beslissingen om lastenverlagingen toe te kennen. Men moet dit beseffen.

De grafiek over de doorgroeireserve van de non-profit voor 2000 heeft globaal dezelfde opbouw als die voor 1998. Ik heb echter ook een grafiek voor het onderwijs opgenomen. In het onderwijs wegen de latere leeftijden meer door. Dit staat ook de non-profit sector te wachten.

Als iedereen in het onderwijs aan het werk blijft en niet uitstroomt, blijft er tot 2010 een groei tot 6 procent mogelijk. Dan is het afgelopen. Bekijkt men deze cijfers voor de non-profit sector, dan stelt men vast dat, bij gelijke instroom en als iedereen die nu aan het werk is, ook daadwerkelijk aan het werk blijft, men een potentieel van 89.000 mensen

bijkrijgt tot 2010. Er is geen enkele reden om eraan te twifelen dat de mensen die nu aan het werk zijn, ook zullen weggaan. Rekent men door tot 2020, dan spreekt men in principe over een potentieel dat 55 procent bovenop het huidige potentieel zit. Hier moet men de groei van de vraag op afmeten. Iedereen die dit niet onder ogen wil zien, sluit zich van elke discussie uit.

De loopbaanonderbreking kan men bekijken in de statistieken.

Dertien procent van de totale beroepsactieve bevolking boven de 50 jaar is nog actief in de profit-sector. Het gaat hier om mensen die tot de leeftijdsgroep van de 50- tot 65-jarigen behoren. Negen procent is niet meer actief, onder meer door brugpensioen en langdurige werkloosheid. In de non-profit sector is het percentage van de werkende vijftigers en zestigers niet zo veel lager. Het bedraagt er 10 procent. Het grote verschil is echter dat er binnen de non-profit sector slechts twee procent van het totale potentieel niet meer aan het werk is omwille van brugpensioen en langdurige werkloosheid.

Bij de curve van de deeltijdsreserve in private ziekenhuizen wijst de onderste lijn op het aantal arbeidseenheden en de bovenste lijn wijst op de leeftijdsjaren. Vult men het vlak tussen beide lijnen in, dan krijgt men de deeltijdsreserve van de non-profit sector. Dit zijn mensen die niet voltijds werken. Het is het arbeidsvolume dat niet opgenomen wordt omwille van het deeltijdse werk. In de rusthuizen voor bejaarden is dit cijfer zeer hoog. Dit heeft slechts ten dele te maken met de keuze van de werknemers zelf. Hetzelfde kan gezegd worden voor de thuisverpleging. Men verhindert de mensen dat men er voltijds werkt. Men moet dus niet klagen dat er schaarste is.

De reserve van de overkwalificatie is in feite het meest wraakroepend. In de ziekenhuizen zijn 83 procent van de personen voor zorgomkadering verpleegkundigen. In de bejaardentehuizen gaat het hierbij om 40 procent. Tien jaar geleden was dit slechts 23 procent.

De instroom van verpleegkundigen was zo groot dat de ziekenhuizen heel makkelijk het verzorgend werk door verpleegkundigen hebben kunnen laten vervangen. In plaats van nu te stellen dat men ze er terug bij zou nemen, adviseert de Nationale Hoge Raad met een bindend advies aan minister Aelvoet, dat er 13 procent verzorgenden moet verdwijnen. Op een dergelijke manier creëert men

schaarste en forceert men op een kwaadwillige manier zijn eigen beroepspositie in de ziekenhuizen.

Al deze grafieken zouden eens op een grondige wijze moeten bekeken worden. In ieder geval zal men de gevolgde methodologie niet in twijfel kunnen trekken.

In de ziekenhuizen kan 18 procent van de taken ondergebracht worden onder de noemer van verpleegkundige prestatie. Het overige aandeel van het takenpakket bestaat uit geneeskundig gelieerde taken zoals communicatie, begeleiding en dergelijke. Er bestaat een zeer groot potentieel om hier op een andere manier over het beroep, de taakuitoefening en -differentiatie en de zorgorganisatie, na te denken. In se werd de discussie geweigerd door de verpleegkundigen.

De belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat men voor het eerst in de gelegenheid was om het aantal minuten zorg per zorgvrager en per dag te berekenen. Gemiddeld wordt in de ziekenhuizen 147 minuten per dag per patiënt aan zorg geleverd. In de gehandicaptenzorg is de omkadering 243 minuten per gehandicapte. In de rusthuizen loopt dit terug tot 76 minuten.

De zorgomkadering in de rusthuizen moet tot ten minste 120 minuten opgetrokken kunnen worden. Het gaat hierbij om een potentieel van 50.000 werkplaatsen. Men moet dit goed beseffen. Naar de toekomst toe is dit arbeidspotentieel ook aanwezig. Ik noem dit de reserve van de overkwalificatie.

Hoe zit het met het aantal studenten verpleegkundige? De komende 10 jaar zal het demografisch draagvlak om mensen te rekruteren gunstig zijn. Voor A1 en A2 is dit wel wat gedifferentieerd. In de Franstalige Gemeenschap heeft men wel een opvallend hogere instroom dan in Vlaanderen. Nochtans kent de Franstalige Gemeenschap minder inwoners.

Slechts 39 procent van de Franstalige kandidaten slaagt in het eerste jaar. Er is dus een afslachting van 61 procent. Dit is het failliet van het onderwijsstelsel. Men kan dit gewoonweg niet maken.

Degenen die in Vlaanderen het hardst schreeuwden dat er een tekort aan verpleegkundigen was, zijn ook degenen geweest die het A2-niveau van verpleegkundigen wilden liquideren. Vijftig procent van de studenten zit nu echter op dit niveau. Niet alleen langs Franstalige kant wil men dit stabiliseren.

De arbeidsreserve in de werkloosheid is relatief laag. In Vlaanderen zijn er 791 werkende verpleegkundigen die recht hebben op een bijkomende werkloosheidsvergoeding of op een volledige vergoeding omdat er niet voldoende werk is om een voltijdse betrekking te geven. Dit aantal is niet te verwaarlozen. Bij de verzorgenden zitten er 3.132 personen in dit scenario.

De situatie van de werkloze verpleegkundige, verzorgende en van de gemiddelde algemene vrouwelijke werkloosheid loopt volledig gelijk. Er is geen reserve in de werkloosheid. Ik spreek hier als consultant van de vakbond LBC-NVK in de Vereniging van Sociale Fondsen. Het probleem is dat men de mensen moet houden in een bepaalde job. De grond van de zaak is dat 100.000 ouder wordende personeelsleden vluchten in allerlei systemen en zich dus uit de arbeidsmarkt terugtrekken. Dit is de grond van de zaak. Daarover moet nu een gesprek op gang komen.

Hoe zit het met de arbeidsreserve onder de allochtone bevolking? De situatie waarin evenveel migrantenmeisjes in de non-profitsector tewerkgesteld worden als ze nu al aanwezig zijn op de hele arbeidsmarkt, wordt gelijkgesteld met 100 procent. Dan is in Vlaanderen 34 procent van de migrantenmeisjes tewerkgesteld in de non-profit. In Wallonië is dat 59 procent en in Brussel 80 procent. Het is lovenswaardig dat in Brussel de toegang tot de openbare diensten volledig openstaat voor allochtone werknemers.

In de gezondheidszorg zijn 1 op 200 werknemers tewerkgesteld door interimbureaus. In 2001 was dit 1 op 300. Er is dus een lichte vooruitgang. Volgens statistieken gaat 0,48 procent van hun productie naar de non-profit. In totaal zijn dat 600 mensen in de statistiek van de sociale balansen van de Nationale Bank.

Voor Welzijn en Gezondheid zijn er in België 37 werknemers per duizend inwoners. Internationaal bekeken varieert het aandeel van de welzijns- en gezondheidssector heel sterk. In Nederland, waar het beddenaantal in de ziekenhuizen maar de helft is, is dat 60 per duizend inwoners. De omkadering aan het bed is dus vier keer groter. Dat is onbegrijpelijk. Volgens een Nederlands topfunctionaris in de academische ziekenhuizen is het productierendement daar maar 30 procent.

De loonindex in de non-profit is 77; algemeen voor alle sectoren is dat 100. De laatste vijf jaar is het gemiddelde loon in de non-profit in vergelijking met het gemiddelde van de andere sectoren

gedaald. Die daling duidt erop dat men in de feiten zeer sterk achteruit is gegaan. Dat wordt gecompenseerd door de harmonisering, maar dat brengt niets op voor de verpleegkundigen. Vergeleken met andere landen in Europa zijn de lonen in de tertiaire sector viermaal sterker gestegen tijdens de laatste vijf jaar dan in de non-profit. Deze in de secundaire sector zelfs drie keer meer. Als men de loonevolutie bekijkt in de periode 1997-2000 (de twee interprofessionele akkoorden) dan is er voor de tertiaire sector een stijging van 14,5 procent op te merken. Dat is meer dan tweemaal 2,5 procent. De stijging is vooral te situeren in de midden- en hogere functies, ook in de non-profitsector. Dat blijkt uit het onderzoek van Vacature. De loonvergelijking van Hay is zeer interessant. Hay constateert dat het basissalaris in de profitsectoren gelijk is aan het basissalaris in het onderwijs, vermeerderd met 6 procent voor de vakanties, 13 procent voor hoger pensioen. Als men echter het onderwijs met de non-profitsector vergelijkt voor alle barema's, dan stelt men vast dat het basissalaris van onderwijs en non-profit gelijk is voor de kernfuncties. De toeslag onregelmatige prestaties is in het Hay-onderzoek niet meegeteld. Vanuit de gelijkheid basissalaris onderwijs-non-profit en de vergelijking Hay is de afstand van de non-profit in weddevolume 17 procent.

Ten slotte wijs ik erop dat Vlaanderen niets investeert in onderzoek in de non-profit. Ook voor de vorming wordt niets meer geïnvesteerd. In 1997 is er 600 miljoen frank naar de non-profit gegaan, maar momenteel is er niets meer. Er moet een ommezwaai komen in het denken.

1.3 Uiteenzetting door de heer Koen Milisen, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, KU Leuven en Dienst Geriatrie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven

De heer Koen Milisen : Ik geef een lezing vanuit een ander standpunt, met name het gebruik van het onderzoek als kennis voor de praktijk (evidence based nursing).

Waarom moet het onderzoek de praktijk leiden? Verpleegkunde is een discipline, die een mandaat heeft gekregen van de gemeenschap die behoefte heeft aan verpleging. Als dat niet meer het geval zou zijn, dan zou verpleegkunde niet meer bestaan. Toch is er een schaarste in de verpleegkunde. Nationale en internationale onderzoeken tonen aan dat er een tekort is, niet alleen in aantal maar ook aan gekwalificeerd personeel.

Verpleegkunde als discipline heeft een eigen wetenschapsbody. Maar deze bestaat nog te veel uit traditie, ervaringskennis en routine. Om mee te kunnen praten in de gezondheidszorg moet de verpleegkundige meer evidence based body kunnen krijgen. Zo kan men zich bijvoorbeeld de vraag stellen of het echt noodzakelijk is om bij postoperatieve patiënten twee tot drie keer per dag routinematig de temperatuur te meten; wetenschappelijk onderzoek kan verpleegkunde helpen om op een effectieve en efficiënte manier zorg te kunnen verlenen.

Verpleegkunde als discipline betekent ook een autonome discipline. Wetenschappelijk onderzoek moet verpleegkundigen in staat stellen zelfstandig te handelen. We hebben behoefte aan het ontwikkelen van verpleegkundige standaarden en aan het bezit van een onafhankelijke body of knowledge. Dat laatste is noodzakelijk om een eigen praktijk te kunnen leiden.

Autonomie betekent niet dat men volledig zelfstandig handelt. Verpleegkundigen handelen zelfstandig binnen een interdisciplinaire context. Dat betekent dat evidence based nursing complex is aangezien verpleegkunde in een context gebeurt met meer dan de patiënt alleen. Men moet onder meer ook rekening houden met de familie en met alle andere disciplines.

Een andere reden waarom onderzoek de praktijk moet leiden is de vergrijzing van de bevolking. Ook ouderenzorg vraagt om intelligente verpleegkundigen. Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over hoe zorg kan variëren van groep tot groep na het zestigste levensjaar. Hoewel, de laatste twee decennia worden steeds meer inspanningen gedaan om vanuit onderzoek een goede basis te geven voor de noodzakelijke praktijkwijzigingen. Toch blijft extra ondersteuning wenselijk.

De technologische ontwikkeling is een ander aspect, alsook het feit dat de patiënt en zijn familie kritischer zijn geworden. Een mogelijk voorbeeld van dat laatste is het dilemma tussen fixatie en vallen. De familie dringt er soms op aan hun ouder familielid in bepaalde omstandigheden te fixeren om valpartijen te voorkomen. Uit wetenschappelijk onderzoek is echter het tegenovergestelde gebleken: fixeren vermindert het risico op vallen niet en leidt vaak tot bijkomende complicaties.

Tot slot zijn verpleegkundigen betrokken bij complexe zorgprocessen. Hun verantwoordelijkheden nemen toe. Er wordt hun gevraagd effectiever en vaker te delegeren naar lager geschoold personeel.

Ook dit zijn redenen waarom het onderzoek de verpleegkundige praktijk dient te leiden.

De wetenschappelijke evidentie kan een basis zijn voor de verpleegkundige praktijk. Men verwacht dat dit kan leiden tot een betere kwaliteit van de verpleegkundige zorg en tot een kosteneffectieve zorg. Daarnaast helpt dit ook de professionalisering van de verpleegkunde verder uit te bouwen, wat op zich eveneens kan leiden tot een beter imago voor het beroep zodat het aantrekkelijker wordt bij jongeren.

Een goede verpleegkundige zorg is uiteraard meer dan wetenschappelijke evidentie alleen. Naast wetenschappelijke kennis zijn onder meer ook aspecten zoals klinische expertise en voorkeur van de patiënt en familie van absoluut belang. Deze zorg omvat namelijk drie belangrijke aspecten: de klinische expertise, de voorkeur van de patiënt en zijn familie en de wetenschappelijke kennis.

Er wordt al heel wat verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek gedaan, hoewel nog steeds onvoldoende. Een probleem is ook dat er van deze wetenschappelijke kennis in de praktijk te weinig gebruik wordt gemaakt. Uit Australisch onderzoek is gebleken dat de verpleegkundigen dit onderzoek wel belangrijk vinden, maar dat ze te weinig tijd hebben om te lezen en om het onderzoek te implementeren. Tot op heden zijn er ook weinig stimuleransen in die richting vanuit de basisopleiding. Dit leidt onder meer tot wetenschappelijke taalbarrières alsook tot een behoudsgezinde cultuur in de praktijkvoering. De hogescholen beginnen zich dat nu wel te realiseren en proberen dat probleem te verhelpen door meer aandacht te besteden aan het wetenschappelijk onderzoek in hun basisopleidingen. Ook de nieuwe BAMA-structuur en de ondersteuning van de universiteiten aan de hogescholen zouden in dat verband kunnen helpen.

Verder moet men verpleegkundige onderzoekers stimuleren om relevante klinische problemen van de alledaagse praktijk te bestuderen en om de resultaten te vertalen in een verstaanbare vorm. Clinici, onderwijsinstellingen, verpleegkundige managers, directie en onderzoekers moeten samenwerken om de aanvaarding en de integratie van de resultaten in de praktijk aan te moedigen.

Dat dit niet zo evident is, wil ik illustreren met een casus uit eigen wetenschappelijk onderzoek. Het betreft een onderzoek over een verpleegkundig geleide interventie voor vroegtijdige detectie en behandeling van delirium bij oudere heupfractuurpatiënten. Uit dat onderzoek is enerzijds gebleken

dat evidence-base nursing care wel degelijk een meerwaarde kan betekenen voor kwaliteitsvolle en efficiënte patiëntenzorg, het programma was met andere woorden succesvol, maar anderzijds werd weinig of niets van de vernieuwende en positief geteste praktijkvoering na afloop van het onderzoek geïmplementeerd.

Vooralleer op deze implementatieproblemen in te gaan, wil ik wijzen op een aantal mogelijkheden om de implementatie van de onderzoeksresultaten te faciliteren. Men kan dat doen door het ownership van de verpleegkundigen en van de andere teamleden te verhogen. Dat betekent dat men bij de praktijkmensen moet navragen welk onderzoek nodig is en ook hoe zij vanuit de praktijk kunnen bijdragen tot dat onderzoek. Als men een protocol wil testen, dan moet men eveneens de complexiteit ervan beperken zodat het toepasbaar blijft in de praktijk. Voorts dient men alle verpleegkundigen en de andere medische en paramedische collega's bij het onderzoek te betrekken voor de uitwisseling van klinische ervaring en voor de bespreking van de haalbaarheid van het protocol.

Binnen bovengenoemd onderzoek gebeurde de implementatie door een verpleegkundig specialist. Verpleegkundig specialisten hebben naast hun basisopleiding verpleegkunde, een bijkomende universitaire opleiding gevolgd en zijn verantwoordelijk voor directe patiëntenzorg, consultantschap naar de patiënt, de familie en de andere verpleegkundigen en zorgen voor deskundigheidsbevordering. Ze moeten een visie uittekenen en het onderzoek implementeren, in de praktijk toepassen. Ze doen ook zelf aan onderzoek en zijn verantwoordelijk voor innovatie en zorgbeleid. Ze zijn dus een educator, een rolmodel en een ondersteuner voor de collega's verpleegkundigen aan het bed.

Het testen van het protocol in ons onderzoek verliep zoals gezegd dus vrij goed en de resultaten waren positief. De implementatie lukte echter niet. Dat had te maken met het feit dat twee belangrijke voortrekkers uit de afdeling verdwenen, enerzijds de hoofdverpleegkundige, die als klinisch manager, als ondersteuner en visionair leider voor zijn verpleegkundigen, maar ook als facilitator van evidence based nursing een belangrijke rol speelde en anderzijds de verpleegkundig specialist die het voortouw nam voor het uittesten van het nieuwe protocol en het opzetten van het onderzoeksproject.

Dit alles geeft aan dat kennisoverdracht van wetenschappelijke evidentie door (interdisciplinaire) samenwerking en positieve evaluatie van de effec-

tiviteit alleen, niet volstaat om verandering op lange termijn te behouden.

Hoewel verpleegkundig specialisten hierbij dus een belangrijke rol kunnen spelen, zijn er in het UZ van Leuven slechts 11 verpleegkundig specialisten aangesteld – niet allemaal full time equivalenten – op een totaal van 2.400 full time equivalenten aan bedside verpleegkundigen. Ik verneem dat er in het UZ van Gent zelfs maar één verpleegkundig specialist is. Voor deze functie bestaat er geen normering of financiering. Alles moet met eigen middelen gefinancierd worden.

Volgens het model van Kitson is een succesvolle implementatie een functie van evidentie, context en facilitatie van onderzoeksbevindingen.

De beste evidentie haalt men uit wetenschappelijk onderzoek, klinisch oordeel en patiëntenvoorkeur. Er mag geen hiërarchie zijn waarin onderzoek boven klinische kennis en expertise staat. Men dient zowel inductief als deductief tewerk te gaan, dus zowel van de praktijk naar het wetenschappelijk onderzoek als omgekeerd.

De context speelt eveneens een belangrijke rol bij de implementatie van het onderzoek. Het gaat om politieke, sociale, economische en organisatorische aspecten. Daarnaast dient men zich af te vragen welke menselijke relaties de overhand hebben en een positieve en negatieve invloed kunnen spelen op het implementatieproces.

Ook de leiderschapsstijl van de directie, verpleegkundige managers, hoofdverpleegkundigen en artsen speelt een rol. Is er een hiërarchische verhouding of is er een houding van wederzijds respect? Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een goede relatie tussen verpleegkundigen en artsen een positief effect heeft op de outcome van de patiënt.

In het geval van ons onderzoeksvoorbeeld was er een uitstekende samenwerking tussen de verpleegkundig specialist, de hoofdverpleegkundige, het medisch diensthoofd en de rest van het verpleegkundig team. Een mogelijks probleem was echter de limiterende rol van het verpleegkundig middenkader in het hele onderzoeksopzet. Er werd een managementtaakgeoriënteerde leiderschapsstijl gehanteerd die te weinig ondersteuning, stimulanzen en aanmoediging gaf aan de bedside-verpleegkundigen met betrekking tot innoverend en wetenschappelijk werken.

Voorts dient men volgens Kitson te faciliteren via een circulair dynamisch proces. Een methode die men kan hanteren is action learning of action research. Dat impliceert dat de projectleider deel uitmaakt van het team, dat de input van iedereen even belangrijk is, dat de acties worden gepland en uitgevoerd in samenspraak met de dagelijkse praktijk alsook dat er tijdens het onderzoeksproces feedback wordt gegeven over de resultaten. Het circulaire proces start bij het evalueren van de outcome, het verfijnen van de aanpak en het vooropstellen van nieuwe doelstellingen bij succes.

Deze faciliterende rol werd in ons voorbeeld op een informele manier gedeeltelijk opgenomen door de verpleegkundig specialist. Aanvankelijk werden er successen bereikt door de hoge evidentie, de hoge context en de hoge facilitatie. De context veranderde echter door het verdwijnen van de verpleegkundig specialist en de hoofdverpleegkundige. Er was met andere woorden geen continuïteit voorzien in de bedside opvolging van de implementatie na de afronding van het onderzoeksproject.

Afrondend voor deze uiteenzetting kunnen we besluiten dat verpleegkundig onderzoek noodzakelijk is om de verpleegkunde als zelfstandige professionele discipline te ondersteunen en te promoten. Dit niet alleen om een kosteneffectieve en gezondheidsondersteunende kwaliteitszorg te kunnen aanbieden, maar ook om de aantrekkingskracht met betrekking tot het verpleegkundig beroep – vandaag absoluut noodzakelijk – verder uit te bouwen. Dit alles in de eerste plaats voor de verpleegkunde in het algemeen, maar in het bijzonder ook voor de geriatrische verpleegkunde en ouderenzorg die door de vergrijzing van de bevolking steeds meer aan belang zal winnen.

Om dit te verwezenlijken is er behoefte aan bijkomende middelen. Er moet voorzien worden in een eigen verpleegkundig onderzoeksbudget waarbij men dient te investeren in het behoud en de implementatiestrategieën voor de klinische praktijk. Daarbij kan men technieken gebruiken zoals action learning of action research. Voorts moet men ook investeren in klinisch leiderschap aan het bed van de patiënt. In de literatuur wordt algemeen aanvaard dat onder meer de verpleegkundig specialist daar een belangrijke rol kan spelen.

Tot slot zou ik graag willen eindigen met volgend citaat uit mijn eigen praktijk- en onderzoeksdomein: 'The world needs nurses to serve our elders'. Wetenschappelijke evidentie toont aan dat verpleegkundigen in een interdisciplinaire context een

belangrijke meerwaarde betekenen voor kwaliteitszorg aan oudere patiënten. Het zijn immers vaak verpleegkundigen die het verschil maken.

I.4 Uiteenzetting door mevrouw Anita Simoens, adviseur-generaal, Bestuur van de Gezondheidszorgen, ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mevrouw Anita Simoens : Ik zal proberen te schetsen welke opvattingen er leven en welke beleidslijnen er worden uitgezet binnen het federale departement en bij de federale minister van Volksgezondheid.

Ik zal vertrekken van de feiten en daarbij zal ik aanduiden welke de prioritaire acties zijn. Ik zal ook stilstaan bij onze positieve en negatieve bevindingen. Op dit ogenblik zijn er in de verpleegkunde een aantal positieve evoluties aan de gang. Ik zal echter veel aandacht besteden aan de negatieve punten omdat ze ankerpunten kunnen zijn voor toekomstige acties.

De bevoegdheden inzake verpleegkundige zorg zijn verspreid over de gemeenschappen en het federale niveau. Het federale niveau is verantwoordelijk voor het ontwerp van de organieke wetgeving. Deze wetten zijn gebundeld in de gezondheidswet. Die is evenwel vooral van toepassing op de intra muros instellingen en niet op de ROB's, de rusthuizen. Daar hebben de gemeenschappen een autonome bevoegdheid.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de naleving van de normen wat betreft programmering en erkenning en ze zouden ook enorm kunnen bijdragen tot de versteviging van het statistisch materiaal. Zowel het federale niveau als de gemeenschappen zijn bevoegd voor de kwaliteit en voor de vertegenwoordiging. KB's regelen de vertegenwoordiging in specifieke raden: de Nationale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Verpleegkundigen zijn ook vertegenwoordigd in raden waar de basis gelegd wordt voor de gezondheidssector, zij het helaas niet talrijk genoeg. Over de vertegenwoordiging op het vlak van de activiteiten van de gemeenschappen heb ik helaas te weinig informatie.

In het KB nummer 78 worden op federaal vlak de gezondheidsberoepen en dus ook de verpleegkunde geregeld. We vinden hierin: de beroepstitel, de bijzondere beroepsbekwaamheid, het nieuwe begrip zorgkundige, de beroepsuitoefening, de raden

en het kadaster. We zijn begonnen aan het opstellen van een kadaster maar hebben hiervoor momenteel nog te weinig statistische informatie. Op federaal vlak wordt ook de financiering geregeld en werken we aan de structurering van de praktijken.

Onderwijs is dan weer een autonome bevoegdheid van de gemeenschappen. Op het vlak van onderwijsvormen is er een verschil tussen het Nederlands- en het Franstalig gebied.

Helaas is er te weinig interactie tussen beide niveaus. Op federaal vlak heeft de minister van Volksgezondheid daartoe een aanzet gegeven door geregeld met de bevoegde gemeenschapsministers te overleggen. Bovendien buigt een interkabinettenwerkgroep zich over het tekort aan verpleegkundigen. Misschien moet er in de sector een business process re-engineering komen, met respect voor de bevoegdheden van de verschillende niveaus.

De federale visie is gebaseerd op een schema van de Wereldgezondheidsorganisatie. In het midden daarvan ligt een grijze zone : de verpleegkundige praktijk. Die zone beweegt voortdurend omdat ze door tal van factoren beïnvloed wordt. Ze is multifactorieel, complex, evolutief en repetitief. Het probleem zal nooit volledig kunnen worden opgelost. Daarom moet er op meer dan één vlak actie gevoerd worden.

De verpleegkundige praktijk in België wordt allereerst beïnvloed door demografische ontwikkelingen. Ten gevolge van de dubbele vergrijzing neemt het care-aspect in de gezondheidszorg toe : enerzijds de veroudering van de bevolking, anderzijds de veroudering van de beroepsbevolking. Ook de verpleegkundige beroepsbevolking veroudert, tenminste in de ziekenhuissector – in de bejaardensector zijn de verpleegkundigen vrij jong. Bovendien is er een genderprobleem : verpleegkundigen zijn vooral vrouwen. De verpleegkundige praktijk wordt ook beïnvloed door de instroom. De intrede in de opleiding is relatief stabiel, terwijl de zorgvraag alsmaar toeneemt. De kwalificatiegraad stijgt, overigens relatief veel meer in Wallonië dan in Vlaanderen. Ook de regelgeving is een bepalende factor. Er bestaat regelgeving in verband met beroepsuitoefening, onderwijs – hoewel er bij de regelgeving omtrent bijzondere beroepsbekwaamheid en permanente vorming vraagtekens te plaatsen zijn -, normering en Riziv.

Er zijn ook een aantal sociaal-culturele aspecten. Zo blijft status een probleem. Verpleegkundigen

hebben soms een negatief zelfbeeld, dat trouwens ook buiten het corps – bijvoorbeeld door de CLB's (Centra voor leerlingenbegeleiding) – onbewust nog gecultiveerd wordt. Het politiek engagement van verpleegkundigen ligt relatief laag. Ze zijn wel vertegenwoordigd in federale raden. Verder is er de nood aan zowel fundamenteel als evidence based onderzoek. Een deel van de beschikbare budgettaire middelen voor verpleegkunde zou bijna systematisch naar wetenschappelijk onderzoek moeten gaan. Wat de financiering betreft, maakt verpleegkunde een belangrijk deel uit van het gezondheidsbudget. De voorbije jaren is er 13,4 miljard frank toegevoegd voor het budget van verpleging ; lonen zijn daarbij een belangrijk element. Met de tendens van pathologie-budgettering zal de verpleegkundige er moeten op toezien dat het deel dat verbonden is aan de caseload op de juiste plaats terechtkomt.

De verpleegkundige praktijk ondergaat ook de invloed van leiderschap en management. Er is de vertegenwoordiging van de sector, de relatie tussen arts en paramedici en er zijn de voortgezette opleidingen. Ook de werkomstandigheden zijn belangrijk. Er moet nog gewerkt worden aan de omkaderingsvoorwaarden : verpleegkundigen moeten zich verder professioneel kunnen ontwikkelen en flexibiliteit moet mogelijk zijn.

Federaal minister Aelvoet heeft gekozen voor het behoud van zowel gegradueerde als gebrevetteerde verpleegkundigen, wat in de Vlaamse Gemeenschap gediplomeerde verpleegkundigen heet. Maar niet alleen de kwantiteit is belangrijk, de kwaliteit van de opleiding is even belangrijk, zeker gelet op de moeilijkheidsgraad van de zorgopdrachten.

Een probleem blijft de permanente vorming. Dit is een internationaal fenomeen. De Wereldgezondheidsorganisatie zegt dat de tekorten worden veroorzaakt door een verkeerde arbeidsplanning van de overheid, een versnippering van bevoegdheden, sociaal-economische veranderingen, het salaris, het gebrek aan carrièreperspectieven en de professionele autonomie. België werkt aan deze punten, zelfs meer dan andere landen. Maar het kan natuurlijk altijd beter.

Er is een federaal sociaal akkoord voor de verpleegkunde, waardoor er heel wat positieve dingen gebeuren. Zo wordt er pro-actief gewerkt aan de bevordering van de instroom. We hebben de voorbije twee jaar een imagocampagne gevoerd, die we in andere vormen zullen herhalen. Deze campagne heeft er volgens ons toe bijgedragen dat het aantal inschrijvingen stabiel is gebleven.

Wij werken aan wetenschappelijk onderzoek om te peilen naar het zelfbeeld van verpleegkundigen, evenals aan de ontwikkeling van een nieuwe functie van zorgkundige. We onderzoeken hoe verzorgenden hierbij een aanvullende rol kunnen spelen. We hechten zeer veel belang aan de ontwikkeling van bijzondere beroepsbekwaamheden, dit om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar gespecialiseerde zorg. We zouden daarbij gebruik kunnen maken van evidence based resultaten, bv. in het geval van oncologie en intensieve zorg. Er is echter nog heel wat werk aan de winkel. De referentieverplegers die op het terrein iets kunnen doen, hebben hun plaats nog niet verworven.

We hebben ook een project begeleiding intreders-studenten-herintreders. Dit project is slechts een begin en verdient meer aandacht en middelen.

We voeren ook pro-actieve acties om de deskundigheid en kwaliteit te verbeteren. In samenwerking met het onderwijs hebben we een brug kunnen bouwen om gediplomeerden de kans te geven hun kwalificatie te verhogen. We hopen dat dit systeem nog kan worden uitgebreid.

Er is ook een pro-actieve actie om de uitstroom te beperken. Gelukkig is deze uitstroom niet zo hoog. Sommige ziekenhuizen kampen met een uitstroom van 7 procent, maar de zogenaamde magneetinstellingen slagen er door hun managementstijl in om hun verpleegkundigen te houden. Zij bieden hen immers flexibiliteit, permanente scholingsmogelijkheden en een loopbaanplanning.

Er zijn ook pro-actieve acties om de professionaliteit te verhogen. Ik vermeld hier kort het werken aan het salaris, de aantrekkelijkheid en de functie-differentiatie.

Het is voor de toekomst belangrijk dat we interventiestrategieën ontwikkelen. Deze moeten vooral geconcentreerd zijn op het wegwerken van tekortkomingen van de werkomgeving. De omkaderingsvoorwaarden moeten verbeteren. We moeten werken aan het institutionaliseren, procesmatig structureren, inleiden en ontwikkelen van de beleidsverantwoordelijkheid van, door en voor verpleegkundigen.

We moeten ook werken aan interventiestrategieën op het vlak van instroom. De instroom stagneert, terwijl de vraag stijgt. We moeten nagaan welke bijkomende bronnen we kunnen aanboren. Denk maar aan de ervaringsgerichte competentie, die we via modulaire, zeer specifieke instroompatronen kunnen aantrekken. Er zijn ook heel wat verpleeg-

kundigen die deeltijds werken, we kunnen proberen hen voltijds aan het werk te krijgen.

Tegelijkertijd moeten we doorwerken aan de verhoging van de professionalisering, waardoor verpleegkundigen langer aan het werk kunnen blijven. Iemand die zich goed voelt in zijn werk, zal het ook langer blijven doen. Ons kwaliteitsbeleid moet worden omgebogen in een organisatiebeleid. Kwaliteit moet in de organisatie worden ingebed, wat om nieuwe initiatieven vraagt. Professionaliteit is maar mogelijk met de steun van de beleidsmakers en de overheid, wat structuren en middelen vraagt. Dit zal zeker tot resultaten leiden.

Respect voor de autonomie van elkeen is een must en zorgt voor dynamiek. Een betere afstemming zou wel meegenomen zijn. De huidige tekorten kunnen een katalysator zijn voor gunstige evoluties, en dat via overleg met de instanties, de beleidsmakers en de sectoren. Zo zullen we blijvend en herhalend impulsen geven.

Iedereen zal op een bepaald moment zorgafhankelijk worden. We moeten hopen op en werken aan kwaliteit. Dit is geen ver-van-ons-bed-show. Integendeel, verpleegkundigen zullen aan ons bed staan.

1.5 Bespreking

Mevrouw Ingrid van Kessel : Is er nu een tekort of niet ? Het verhaal van Jan Hertogen verbaast me. De uitstroom zou niet alarmerend zijn. Wij organiseren deze hoorzitting net omdat we steeds maar weer horen dat er vandaag een tekort is, en dat er morgen zeker meer verpleegkundigen nodig zullen zijn.

De heren De Floor en Milissen hadden het over de nood aan gespecialiseerde kennis. Toch zou 80 procent van de zieken chronisch ziek zijn. Hoe zijn beide stellingen te verzoenen ?

Dan is er het probleem van de verpleegkundig specialisten of de referentieverpleegkundigen. Minister Aelvoet zou initiatieven nemen, maar de artsen blijken het daar niet mee eens zijn. Hoe zal dit evolueren ?

Mevrouw Simoens, zitten de zorgkundigen in het hoger onderwijs ? Ik heb daar al schriftelijke vragen over gesteld aan minister Aelvoet, maar kreeg geen duidelijk antwoord. Hebt u een zicht op de ti-

ming van de realisatie van de functie van zorgkundige ?

Over de brugopleidingen ontvang ik uiteenlopende signalen. In de brugopleiding moet kwaliteit wel verzekerd zijn. De inhoud is zo verscheiden, dat daar wel eens problemen mee zouden kunnen rijzen. Wordt de kwaliteit bewaakt ?

Mevrouw Sonja Becq : Is er inderdaad een tekort ? Wordt er in de cijfers van de heer Hertogen rekening gehouden met de stijgende zorgvraag ?

Mevrouw Simoens had het over de deeltijds werkende verpleegkundigen. Ik hoor vaak dat heel veel mensen deeltijds werken omdat een voltijdse job gewoon te zwaar is. Kunnen we hen wel voltijds aan het werk krijgen ?

Wat vinden de sprekers van de splitsing van de cijfers in verpleeg- en zorgkundigen ? Wat is de definitie van beide groepen ?

De heer Jan Van Duppen : Bedoelt de heer De Floor dat er meer hooggekwalificeerd personeel en minder handen aan bed moeten komen ?

Wat wordt bedoeld met "The world needs nurses to serve our elders" ? Zijn zij dan de enigen die deze taak op zich moeten nemen ? Waarom wil men slechts deeltijds werken ? De heer Hertogen heeft gezegd dat deeltijds werk verplicht was in onder meer de thuisverpleging. Wat zijn daarvoor de redenen ? Er zijn ook mensen die alleen deeltijds willen werken.

Mevrouw Ann De Martelaer : Zijn de gegevens van de heer Hertogen cijfers voor Vlaanderen ?

Mevrouw Anita Simoens : Er zijn grotere tekorten geweest. De zware werkomstandigheden, gecombineerd met het negatieve zelfbeeld van verpleegkundigen, had een sneeuwbal effect.

Als de maatschappij en de sector niet wijzigen, zal er geen tekort zijn. Integendeel, de afgelopen jaren is het aantal verpleegkundigen gestegen en hun kwalificatie toegenomen. De maatschappij is echter dynamisch en we hebben een relatief aanbod dat de stijgende vraag niet volgt, vandaar het relatieve tekort. De instroom dekt de stijgende vraag niet. De instroom is beïnvloed door een aantal ingrepen, met name de mogelijkheden om deeltijds te werken. Veel verpleegkundigen maken daar gebruik van omdat het beroep zwaar is. De meeste verpleegkundigen zijn vrouwen en zij zijn blijkbaar minder geneigd om voltijds te werken.

Voor de bejaardensector evolueert snel. De afgelopen jaren zijn er 20.000 RVT-bedden bijgekomen, weliswaar door de bedden voor acute zieken te verminderen. Nu komen enkel ernstige zieken terecht in de acute zorg, daarom is ook daar hooggekwalificeerd personeel noodzakelijk. Wegens het zware werk, de case-load is er ook meer personeel per zieke nodig.

De bejaardenzorg was voorheen minder zwaar, omdat chronisch zieken vaker in het ziekenhuis bleven. Om aangepaste zorg te bieden, zijn er RVT-bedden bijgekomen. Ook daar is de vraag naar gediplomeerde verpleegkundigen groot. Zorgafhankelijkheid vergt immers een specifieke kwalificatie.

Door de sociale akkoorden zijn er maatregelen getroffen om het beroep aantrekkelijker te maken, onder meer deeltijds werken vanaf 45 jaar. Deze ingreep had tot doel de mensen, ouder dan 45 jaar, die voorheen stopten met werken, toch deeltijds aan het werk te houden. De verpleegkundigen boven de 45 jaar kunnen kiezen tussen een verhoging van salarisschaal of deeltijds gaan werken : 70 procent kiest het laatste. Dat wijst op de zware eisen van het beroep.

Door deze evoluties is er dus een relatief tekort. De verpleegkundigen blijven langer aan het werk. Als de huidige verpleegkundigen tussen de 35 en 40 jaar massaal stoppen met werken of deeltijds gaan werken, zal er een groot tekort ontstaan.

De heer Tom De Floor : De vraag naar zorg stijgt en de complexiteit van de zorg verhoogt. De werklust stijgt. Er is een burn-out bij veel verpleegkundigen en zij scheppen een negatief beeld van hun beroep.

De kwaliteit van de zorg is de centrale bekommernis : hoeveel verpleegkundigen zijn nodig om goede zorg te bieden ? Nu zijn er te weinig verpleegkundigen van alle opleidingsniveaus om kwaliteitsvolle zorg te bieden.

De heer Koen Milisen : Ik beaam wat de heer De Floor zegt. Daarenboven tonen de cijfers van professor Pacolet aan dat er geen verminderde instroom is in de opleidingen, maar veel van de pas afgestudeerden niet in de sector aan het werk gaan of nog voor het afstuderen opgeven.

Het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen kan een rol spelen : tijdens de stages ervaren de studenten immers de negatieve houding van de verpleegkundigen ten opzichte van hun beroep. Uit

de cijfers van professor Pacolet op de studiedag van de Vereniging van de Belgische Ziekenhuizen blijkt trouwens dat er in 2000 een absoluut tekort aan verpleegkundigen was. Ook de internationale cijfers wijzen daarop.

De heer Jan Hertogen : Professor Pacolet heeft enkel gezegd dat de schaarste gecreëerd wordt door bepaalde belangengroepen en systemen in de samenleving. Het komt erop aan te bepalen over welke groepen het gaat. Ik heb een waaier aan cijfers geboden, waaruit de parlementsleden kunnen kiezen. Mijn enige bekommernis is om systematische tijdsreeksen van cijfers, die consistent en voor iedereen begrijpelijk zijn, te bieden. Ik heb de cijfers van het internet gekopieerd en er een grafische voorstelling van gemaakt. De gegevens zijn rudimentair en kunnen door iedereen met een niveau van lager secundair onderwijs begrepen worden. Ik zorg er ook voor dat deze gegevens op het internet staan. Zo kan iedereen het debat volgen : verpleegkundigen, maar ook zorgvragers.

De druk op het aanbod van werkrachten is niet te wijten aan de veroudering van de bevolking. Het is toe te schrijven aan het inwilligen van de syndicale eisen. Er zijn 27.000 tot 30.000 jobs, ongeveer 20.000 voltijdse eenheden, gecreëerd. Dat is een wereldrecord. Men heeft daarvoor voldoende mensen met de juiste kwalificaties gevonden.

Er werd ook gevraagd of er nu al dan niet een tekort is. Maar wie bedoelt wat als hij over een tekort spreekt ? Er is altijd een belang in het spel. Door over een tekort te spreken, creëert men een reële schaarste, die dan alleen door een salarisverhoging kan opgelost worden. Dat is een economische wetmatigheid. Maar wij werken thans aan de omschrijving en de weging van 150 functies in de zorgsector. Die operatie moet tegen juni 2004 afgerond zijn, waarna men de financiële honorering kan regelen.

De heer Jan Van Duppen : De heer De Floor maakte melding van de zware investeringen in onderzoek en de kwaliteitsverhoging waarvoor onder meer minister Borst in Nederland zorgde. De heer Hertogen merkte op dat er daar dubbel zoveel verpleegkundigen zijn dan hier. Maar het noodzakelijke aantal in de voorzieningen moet lager zijn. Lange wachtlijsten zijn het resultaat.

De heer Tom De Floor : Er verloopt enige tijd tussen het probleem, in dit geval het opduiken van de wachtlijsten, en het geven van een antwoord daarop. De verhoging van de onderzoeksbudgetten is zo een antwoord.

Mevrouw Anita Simoens : De federale overheid heeft getracht de brugopleiding goedgekeurd te krijgen. Het probleem van de leemten moet immers opgelost worden. Als een deel van de verpleegkundigen deeltijds gaat werken vanwege de zwaarte van het beroep, moet dat gecompenseerd worden door een voldoende grote en gekwalificeerde instroom. De vraag werd gericht aan de verschillende ministers van Onderwijs, maar alleen de Vlaamse reageerde. Wij zijn daar dankbaar voor en onze Waalse collega's zijn jaloers. De actie had in het begin wel de bovenhand op de kwaliteit. In de praktijk stellen de hogescholen zich uiteenlopend op ten aanzien van die brugopleiding, maar wij respecteren hun autonomie. Wij rekenen op de zelfregulering van de sector. Dat proces is trouwens al bezig, men streeft al naar een grotere eenvormigheid. Zelf zouden wij de beroepstitels, die door de wet worden mogelijk gemaakt maar nog niet praktisch zijn geregeld, als hefboom kunnen gebruiken, maar dat doen wij voorlopig niet.

Hoe staan de artsen tegenover het verpleegkundige probleem ? Zij hebben daar een gezond zicht op. Zij zijn immers bekommerd om de kwantiteit en de kwaliteit van de verpleegkunde, al respecteren zij tegelijk de autonomie van de sector. Sommigen, die blijkbaar te weinig geïnformeerd zijn over het zorgkarakter van de dagelijkse diabetescontrole, menen dat de rol van verpleegkundigen in een deelgebied als diabetologie, waarvan minister Vandenbroucke de bijzondere beroepsbekwaamheid heeft beklemtoond, te ver gaat. De contingentering van het medische beroep zorgt er nochtans voor dat er niet al te veel artsen meer bijkomen. Dat moeten de artsen zelf ook wel gaan beseffen.

Zorgkundige is een nieuwe functie sinds KB 78. De verzorgenden zijn aan de deur gaan kloppen met de boodschap dat zij een aparte functie uitoefenden en als zodanig ook in het KB wensten erkend te worden. Het verpleegkundige handelen is steeds gevarieerder geworden, van technisch hoog gekwalificeerd, zoals in de oncologie, naar de toenemende ondersteunende taken, bijvoorbeeld op het vlak van de levensactiviteiten van afhankelijke bejaarden (voeden, wassen enzovoort). Dat uitgebreide gamma hoeft niet per se door hooggekwalificeerde verpleegkundigen verzorgd te worden. Dat zou ideaal zijn, maar men moet ook rekening houden met de economische werkelijkheid.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Kunt u het onderscheid tussen zorgkundigen en verzorgenden verduidelijken ?

Mevrouw Anita Simoens : Zorgkundigen vormen een verpleegkundige beroeps categorie, terwijl verzorgenden eerder dienstgebonden zijn. Zorgkundigen kunnen – onder begeleiding – bepaalde verpleegkundige taken overnemen. Verzorgenden voeren meer dienstgebonden activiteiten uit. Wij zijn bezig met de functieomschrijving van de zorgkundige. In de bestaande regelgeving is daarover al een en ander terug te vinden, bijvoorbeeld bij het Riziv. Wij willen het resultaat van die oefening, samen met een voorstel van handelingen, liefst nog deze maand indienen bij de Nationale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkundig Handelen. Hun advies kan dan de basis vormen van uitvoeringsbesluiten van de wet, in de vorm van KB's. Vervolgens moet er ook gezorgd worden voor passende opleidingen. Het is onze bedoeling dat het onderwijs op grond van die functieomschrijvingen daarvoor gaat zorgen, en zich daarbij bezint over de vele bestaande opleidingen in de verzorgings sfeer. Een inventaris is wenselijk. Het moet in dat verband mogelijk zijn om na een bijkomende vorming van verzorgende tot zorgkundige over te gaan.

II. Onderwijs

II.1 Uiteenzetting door mevrouw Agnes Eerdekens, adjunct-directeur Provinciale Secundaire School Hasselt

Mevrouw Agnes Eerdekens : In het verpleegkundig onderwijs zijn verschillende veranderingen gebeurd. De opleiding werd op drie jaar gebracht en, vooral, het leertraject veranderde van lineair naar modulair. Dat willen we de man in de straat duidelijk maken. Waarom modulair ? Vanuit een aantal knelpunten in het lineaire onderwijs wilden we streven naar een tussentijdse 'succesbeleving', met deelcertificaten, wilden we in plaats van vakken te geven eerst naar de basiscompetenties bij de student(e) gaan zoeken. Modulair kan men zijn kansen maximaal benutten, dankzij begeleidingsuren, en stimuleert men de student tot levenslang leren. Modulair leidt ook tot een flexibeler afstemming op de arbeidsmarkt.

Ik overloop nu de onderdelen. Vooreerst de 'succesbeleving'. Kreeg men vroeger zijn diploma eerst na drie jaar, dan volgt nu op elke module een certificaat. Bovendien kan men snel weten of de student geschikt is of niet, en kan hij of zij zich heroriënteren. Het traject 'verpleegkunde personen-zorg' begint bij een initiatie, en kent een driedubbele oriëntatie naar geriatrische, geestelijke of al-

gemene gezondheidszorg, zodat de student de beste keuze kan maken. Nu al zal hij of zij vanaf 2004 gediplomeerde verpleegkundige in dit systeem zijn.

In tijd uitgedrukt zijn er eerst tweemaal 18 weken basisopleiding in het eerste jaar, plus 18 weken in het tweede jaar. Volgen dan 9 weken oriëntatie, alles in modules, terwijl de 36 weken in het derde jaar samenlopen. De student hoeft enkel maar een module te herdoen.

Wat de basiscompetenties betreft, die zijn samengesteld uit vaardigheden, kennis en attitudes. Elke school verstrekt dezelfde basiscompetenties, die dan in thema's worden gebundeld. Die thema's hebben dan weer te maken met de visie van de school. Belangrijk is dat de vakoverschrijdende delen per thema worden samengebracht.

De structuur van de opleiding laat zien dat elke module eenheden heeft, clusters rond verschillende thema's.

Elke student beschikt dus over dezelfde basiscompetenties, zodat we de diverse scholen met elkaar kunnen vergelijken. Het behalen van die basiscompetenties, het evalueren ervan, gebeurt in clusters van de eenheden "methodiek en visie", zorg, communicatie en 'structuur en organisatie'.

De begeleidingsuren leren de student zelfstandig leren, geven de zwakke student raad op maat, op zijn vraag of vanuit het werkveld.

Wat zijn nu de meerkansen van het modulair systeem ? Als hij niet geschikt is, kan de student zich naar een andere opleiding oriënteren. Of omgekeerd, kan hij vanuit een andere opleiding erin stappen, mits toelating. Men kan ook gespecialiseerde modules aan het systeem toevoegen, of een module hernemen, voor wie er al eens uitstapte. Dit systeem laat ook toe dat men de opleiding kan spreiden tussen werken en leren, interessant voor buitenshuis werkende vrouwen. Iemand kan ook op een ander tijdstip starten, in september of in februari, bijvoorbeeld als men ziek geweest is. Zowel de in- als de uitstroom vindt dus op verschillende momenten plaats zodat het werkveld op verschillende tijdstippen een beroep kan doen op nieuwe krachten. Ook de combinatie van studie met gezin wordt gemakkelijker, met een opleiding in de avonduren. Vandaar dat steeds meer volwassenen en minder 18-, 19-jarigen in dit modulair systeem stappen. Men kan de studies ook onderbreken en bijvoorbeeld het jaar nadien weer aanpakken. Of

die module hernemen waarvoor men niet slaagde, onmiddellijk of op een later tijdstip.

Het modulaire onderwijs zet aan tot levenslang leren. De hogeschool kan nagaan welke basiscompetenties de student al behaald heeft tijdens de vierdegraadsopleiding en welke de student nog moet behalen om gegradueerde te worden. Door de basiscompetenties zichtbaar te maken, verhogen we bovendien de kwaliteit van de opleidingen.

Onze hoofddoelstelling, succesbeleving is zeker gerealiseerd. Maar ook de tweede doelstelling, geïntegreerd werken wordt behaald. Ik bezorg u ten slotte een tekst over de functiedifferentiatie van gegradueerden en vierdegraads verpleegkundigen. We hebben deze tekst samen met zorginstellingen geschreven. In onze tekst hebben we het niet over verschillende soorten verpleegkundigen, wel over verschillende niveaus van uitstromers. Het niveau kan verhoogd worden door de verworven basiscompetentie uit te breiden, hetzij door praktijkervaring, hetzij door bijkomende modules te volgen.

Een uitdaging voor de toekomst is zeker de opleidingen op elkaar af te stemmen of een betere opvolging van de opleidingen en het uitstippelen van een loopbaan binnen de gezondheidszorg.

II.2 Uiteenzetting door de heer Dirk Godecharle, departement Gezondheidszorg, Katholieke Hogeschool Kempen

De heer Dirk Godecharle : Ik wil eerst en vooral mijn waardering uitdrukking voor de vierdegraadsopleiding. Ik beschouw die opleiding zeker niet als een concurrent. Het is evenmin de bedoeling van de hogescholen om de opleiding te monopoliseren. Het is onzin dat de A2-opleiding afgeschaft kan worden. In de vierdegraadsopleiding worden goede en onmisbare verpleegkundigen opgeleid. Iedereen kan leren van de aanpak in de vierdegraadsopleiding.

Als men het heeft over de aantrekkelijkheid van de opleiding, komt de kwantiteit steeds op de eerste plaats. Hoe kunnen we meer jongeren overtuigen om verpleegkundige te worden? Mijn invalshoek is anders omdat het minstens even belangrijk is na te gaan hoe we de opleiding opnieuw aantrekkelijk kunnen maken voor intellectueel sterkere jongeren.

Een goed verpleegkundig team vereist ook – niet uitsluitend – de aanwezigheid van hoog opgeleide

en intellectueel sterke verpleegkundigen. En dan heb ik het in de eerste plaats over de plaats waar de zorg verleend wordt, en niet zozeer over het management.

Het voorstel van resolutie gaat duidelijk over jongeren die ook andere mogelijkheden hebben en vaak door andere beroepen aangetrokken worden. Dat leidt tot de merkwaardige situatie dat er te veel jongeren fysiotherapeut willen worden en te weinig verpleegkundige.

De hogescholen zijn bereid ernstige inspanningen te leveren om de opleiding aantrekkelijker te maken. Wij vragen wel dat de overheid dan voor een aangepaste financiering zorgt. Dat is eigenlijk nogal logisch. Momenteel volstaan onze middelen om een omkadering uit te bouwen die vergelijkbaar is met die voor andere gezondheidszorgopleidingen. Deze omkadering is wel heel wat minder dan voor het hogeschooldecreet van 1994. Ik zal daar niet over klagen omdat we ons ondertussen al aangepast hebben. Maar uiteraard blijft dat niet zonder gevolgen: de stagebegeleiding verloopt minder intensief dan vroeger.

De huidige omkadering is wel het absolute minimum. Als ik hoor pleiten voor een gelijkschakeling van de hogeschoolomkadering, protesteer ik. Iedereen ziet toch dat een verpleegkundige opleiden veel intensiever en meer persoonsgebonden is dan een opleiding die zich grotendeels in een aula afspeelt. Onze studenten moeten van nabij gevolgd worden, wat een ruimer kader vereist. Wie dat niet begrijpt, is van slechte wil.

Het grote probleem voor de hogescholen is evenwel niet de basisopleiding, maar wel de voortgezette opleiding. De hogescholen krijgen daar helemaal geen middelen voor. Dat is bijzonder merkwaardig omdat de voortgezette opleiding ongemeen belangrijk zijn om de opleiding opnieuw aantrekkelijk te maken voor intellectueel sterkere studenten.

Wij willen abiturienten de kans geven een gespecialiseerde verpleegkundige te worden. De hogescholen leveren nu al enorme inspanningen: geen enkele andere hogeschoolopleiding biedt zo veel voortgezette opleidingen aan. Wij leiden honderden verpleegkundigen op tot specialisten. In bepaalde departementen zijn de voortgezette opleidingen goed voor meer dan twintig procent van de studenten. Wij doen dat omdat het nodig is. Wie een voortgezette opleiding heeft gevolgd, wordt op de werkvloer gewaardeerd.

Ik wil wel heel duidelijk zijn : als we daar op korte termijn geen middelen voor krijgen, houden we dat niet vol. Ik ga dan ook akkoord met de vraag uit het voorstel van resolutie om bijkomende specialisaties mogelijk te maken, zowel onmiddellijk na de studie als later. In het voorontwerp van decreet over de structurering van het hoger onderwijs zet men de deur gelukkig op een kier. Voortgezette opleidingen zouden omgevormd kunnen worden tot een bachelor na een bachelor. Voor ons is dat van levensbelang.

Maar we dienen dit ook eens te bekijken vanuit het perspectief van de student, vaak een verpleegkundige die een voortgezette opleiding volgt. Zij volgen een intensieve opleiding van één jaar. De studenten die al werken hebben er dus een jaar wedeverlies voor over om tot een hogere deskundigheid te komen. Op de appreciatie na worden ze daar zo goed als niet voor beloond. Zou het niet redelijk om zij die een voortgezette opleiding hebben gevolgd een aangepaste beloning te geven ? Het zal iedereen die al enkele jaren werkt aansporen een voortgezette opleiding te volgen.

Een verpleegkundige moet kunnen promoveren en tegelijk een verpleegkundige blijven. Een verpleegkundige die promotie wil maken, kan dat momenteel maar op één manier : door de patiëntenzorg vaarwel te zeggen en over te stappen naar het management. Is dat niet pervers ? Het zegt veel over de maatschappelijke appreciatie voor het beroep.

Als graduaatsopleidingen vragen wij dat onze afgestudeerden zouden erkend worden als spilfiguren in de uitbouw van een kwalitatief gezondheids- en welzijnbeleid.

Wij juichen het genomen initiatief en de het voorstel van resolutie toe en hebben geprobeerd om de voorstellen met enkele accenten te versterken. We hopen in ieder geval dat het initiatief succesvol zou mogen zijn.

II.3 Uiteenzetting door mevrouw Rita Moeraert, CCV-VOCA, en ondervoorzitter van de Vlaamse Federatie voor Verzorgenden

Mevrouw Rita Moeraert : In de loop der jaren hebben de terugkeercursussen, oorspronkelijk een initiatief van het VVI (Verbond der Verzorgingsinstelling), nu door CCV-VOCA in samenwerking met de VDAB georganiseerd, reeds 1053 cursisten bereikt in 53 cursussen. Tijdens 120 uren theorie en 120 uren stage wordt door middel van 5 vakgebie-

den, de actuele kennis bijgebracht om opnieuw in het vak te stappen. Volgens ons onderzoek is dit noodzakelijk voor iedereen die meer dan 5 jaar uit het beroep geweest is.

Deze cursussen werden oorspronkelijk georganiseerd in alle Vlaamse provincies. Door het dalend aantal cursisten worden nu nog jaarlijks 2 cursussen ingericht.

De oorspronkelijke bedoeling was herintredende vrouwen te bereiken die, na een jarenlange onderbreking, terug de stap in het beroep willen zetten. Deze verborgen reserve is echter heel moeilijk bereikbaar omdat deze vrouwen meestal niet aangesloten zijn bij een beroepsvereniging en niet terug te vinden zijn in VDAB-cijfers.

De tweede groep die we willen bereiken, is die van de uitkeringsgerechtigde werkzoekende verpleegkundigen. Deze groep is wel terug te vinden in de VDAB-cijfers. In Vlaanderen ging het in februari om 428 werkzoekende verpleegkundigen op een totaal aantal van 177.000 Vlaamse werkzoekenden. Rekening houdend met de uitbreidings- en vervangingsvacatures en rekening houdend met het totaal aantal beroepsactieve verpleegkundigen is de feitelijke arbeidsreserve aan verpleegkundigen verwaarloosbaar.

Wij blijven echter met vragen zitten. Zo vragen we ons af waar de verpleegkundigen zitten die uitstromen. Blijven ze thuis of zijn ze soms in andere sectoren werkzaam ? Wij pleiten dan ook voor de registratie van de beroepsactieve en niet-beroepsactieve verpleegkundigen.

Daarnaast worden we in de terugkeercursussen vooral geconfronteerd met vrouwen die op zoek zijn naar goede arbeidsvoorwaarden zodat het gezin en de arbeid gecombineerd kunnen worden. Wij pleiten dan ook voor betere en meer flexibele arbeidsvoorwaarden, die inspelen op de beroepsloopbaan van elke individuele verpleegkundige. Vrouwen van 40 en 50 hebben immers andere vragen dan vrouwen van 20.

In elke cursus worden wij ook geconfronteerd met verpleegkundigen uit niet-EEG-landen. Zij worden vaak geconfronteerd met heel wat moeilijkheden om hun diploma te laten erkennen. Bovendien beschikken ze vaak over verworven competities waarmee in de huidige opleidingsstructuur weinig of geen rekening wordt gehouden. Zo hebben we zelfs al een aantal artsen gehad onder onze cursisten. Het feit dat zij hun studies vaak volledig zou-

den moeten overdoen, is voor de meeste onder hen een onoverkomelijke struikelblok.

Als laatste struikelblok willen we de soms negatieve houding van de eigen beroepsgroep naar deze herintredende vrouwen en mannen benadrukken. Zij moeten soms opboksen tegen negatieve vooroordelen. Het zijn echter precies hun vaardigheden die ze opgedaan hebben in andere werksituaties of bij de gezinsorganisatie, die belangrijke troeven kunnen zijn in de patiëntenzorg.

Aangezien de verpleegkundige behoort tot de knelpuntvacatures, kan ik ook stellen dat er sinds 1994 systematisch een opleidingsaanbod social profit is voor de werkzoekenden. Daardoor kunnen uitkeringsgerechtigde werkzoekenden de kwalificerende opleiding volgen in het dagonderwijs. Deeltijds werkzoekenden en deeltijds werkenden kunnen de opleiding tot verpleegkundige eveneens volgen. Het grote voordeel is dat het hier om volwassenen gaat, die door hun ervaringen een meerwaarde betekenen.

In 2000 hadden 95 procent van de cursisten die een opleiding tot gediplomeerd verpleegkundige hadden gevolgd, na 6 maanden werk. Voor degenen die een opleiding tot gegradueerd verpleegkundige hadden gevolgd, liep dit getal op tot 98 procent. Men kan dus wel stellen dat de opleiding verpleegkunde, binnen het opleidingsaanbod van de VDAB, één van de meest tewerkstellingsgerichte opleidingen is. Verpleegkunde kan dus echt iets betekenen voor de werkzoekenden.

Vanuit de hoek van de Vlaamse Federatie voor Verzorgenden wensen we ook enkele bedenkingen te formuleren.

Dat in de residentiële bejaardenzorg en in de thuiszorg, naast verpleegkundigen ook verzorgenden functioneren, is voor iemand die de sector kent geen geheim. Zij waren tot voor kort voor de verpleegkundigen een onzichtbare groep. De verzorgenden oefenden immers op een onwettige manier de geneeskunde uit. Dit laatste was een steeds weerkerend argument. Als federatie voor verzorgenden zijn we dan ook bijzonder blij met de opname van het begrip zorgkundige in KB 78.

De kerntaak van een verzorgende is het aanbieden van hulp aan personen die een tekort aan ADL-functies (Algemene dagelijkse levensverrichtingen) vertonen. De verzorgende ondersteunt en biedt hulp bij het functioneren van de zorgvrager in het dagelijks leven ; biedt ondersteuning aan bij de zelfzorg, het woon- en leefklimaat en geeft psychi-

sche ondersteuning. Indien die hulp moet aangeboden worden aan personen met gezondheidsproblemen, waarbij een verpleegprobleem en een verpleegplan aanwezig is, dan kunnen, in het kader van een structurele ploeg, verpleegkundige handelingen door de verpleegkundige aan de zorgkundige gedelegeerd worden. We pleiten er daarom voor dat er, tijdens de opleiding van verpleegkundigen, aandacht zou besteed worden aan het delegeren en opvolgen van deze taken. Het zijn immers de verpleegkundigen die moeten zorgen voor een duidelijke taakafbakening.

We pleiten er ten slotte ook voor dat er duidelijk bepaald zou worden welke van de aangeboden opleidingen, leiden tot de kwalificatie van verzorgende. Op die manier zou ook de sector een duidelijker beeld krijgen. Momenteel bestaan er immers 126 verschillende opleidingen.

III. Verpleegkundigen in de praktijk

III.1 Uiteenzetting door mevrouw Solange Indekleef, verpleegkundige zorgcoördinator Ziekenhuis Oost-Limburg Genk

Mevrouw Solange Indekleef : Uit de praktijk blijkt dat verpleegkundig handelen vaak routinematig gebeurt. Het systematisch nemen van de temperatuur om zes uur 's morgens bij alle patiënten op een revalidatieafdeling is daar een mooi voorbeeld van.

Het eigen handelen in vraag durven te stellen, is noodzakelijk om het routinematige handelen te vervangen door professioneel verpleegkundig handelen. In de verpleegkundige opleiding wordt daaraan steeds meer aandacht besteed. Zolang dat evenwel niet gebeurt op de werkvloer, kan de investering binnen de opleiding niet maximaal benut worden. Een mooi voorbeeld is de verpleegkundige diagnostiek die momenteel in de opleiding onderwezen wordt, maar waarvan de verpleegkundigen op de werkvloer nog maar weinig kaas hebben gegeten. Opleiding en werkvloer zijn nog niet voldoende op elkaar afgestemd.

Investeren in een kwaliteitsvolle studenten- en stagebegeleiding is van groot belang. Studenten zijn immers de toekomstige medewerkers. Tijdens sollicitatiegesprekken geven studenten vaak aan dat een positieve stage-ervaring de reden is waarom ze voor een bepaalde instelling of voor een bepaalde afdeling kiezen. Zich opgenomen voelen in een verpleegkundig team, is een goede stage-ervaring.

Het is dan ook belangrijk dat er voldoende tijd, middelen en omkadering van het personeel vrijgemaakt worden. Scholen en ziekenhuizen moeten elkaar op dat vlak tegemoetkomen.

Om het imago van het verpleegkundige beroep te verbeteren, kan men de opleiding aantrekkelijker maken en promoten. Maar ook de verpleegkundigen moeten hun steentje durven bijdragen. Wetenschappelijk onderzoek kan daarbij een ondersteuning bieden. Het moet voor de maatschappij duidelijk zijn wie de verpleegkundige is en wat die precies doet. Wie gaat er schuil achter de witte schort? Is dat een verpleegkundige, een logistiek assistent of een verzorgende? Dat zijn verschillende kwalificatieniveaus.

De vraag is of daarin geen duidelijker onderscheid moet worden gemaakt. Functiedifferentiatie is een belangrijk thema, maar wordt vaak bekeken vanuit een tekort aan verpleegkundigen. De vraag is evenwel of de schaarste aan verpleegkundigen geen gevolg is van te weinig functiedifferentiatie.

Een verpleegkundige kan vaak alleen maar verticaal promotie maken. Dat houdt in dat men verder weggaat van het verplegen aan het bed en van de directe patiëntenzorg. Horizontale promotie zou meer mogelijk gemaakt moeten worden.

Verpleegkundig specialist is daarvan een voorbeeld. Om te kunnen promoveren zijn vaak leiderschapsvaardigheden nodig. Daaraan wordt te weinig aandacht besteed binnen de opleiding en de verdere loopbaanontwikkeling. Uiteindelijk dient een verpleegkundige te kunnen fungeren als volwaardig lid van een team, als clinicus en coördinator, als kwaliteitsmanager, gezondheidsvoorlichter en begeleider.

III.2 Uiteenzetting door de heer Kris Vaneerdewegh, voorzitter werkgroep Psychiatrie, Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen (NVKVV):

De heer Kris Vaneerdewegh: De persoonlijke visie die ik zal uiteenzetten, is mede gekleurd door die van de werkgroep geestelijke gezondheidszorg van het NVKVV en van mijn collega's-directeurs patiëntenzorg bij de Vlaamse psychiatrische centra van de Broeders van Liefde. Ik wil deze commissie bedanken voor de uitnodiging voor deze hoorzitting, die een blijk van erkenning is voor de verpleegkundigen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De bevoegdheden inzake verpleegkundigen zijn verdeeld over het federale en het gemeenschapsniveau. Het is van het grootste belang dat het beleid op de verschillende niveaus op elkaar wordt afgestemd.

De opleiding moet worden afgestemd op de vragen en noden van het werkveld. Door de keuzes die scholen maken, is er steeds minder begeleiding door docenten op de stageplaats en wordt de begeleiding opgenomen door de stagementoren. Deze krijgen daartoe echter geen specifieke vorming.

Binnen de maatschappij bestaat er een grote waardering voor zorgberoepen. Het maatschappelijk aanzien van verpleegkundigen is echter gering. Nochtans heeft het beroep van verpleegkundige vele facetten en mogelijkheden. Om het negatieve imago van het beroep te veranderen, is een beleid op lange termijn noodzakelijk. Het numerieke tekort aan verpleegkundigen is een probleem. De vooruitzichten op werk zijn dan ook zeer goed.

Verpleegkunde in de geestelijke gezondheidszorg is een specifieke tak in de verpleegkunde. Steeds opnieuw worden normen en regels vanuit de cultuur van de algemene ziekenhuizen en de somatische zorgverlening getransponeerd naar de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Onze sector vertegenwoordigt 11,4 procent van de totale beroepsgroep. De verpleegkundigen in onze sector hebben nood aan eigen opleidingen en regels. De overheid moet dus een gedifferentieerd beleid voeren.

Bij de effectieve beroepsuitoefening bestaan er heel wat verschillen tussen de algemene en de geestelijke verpleging. Bij de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg staan de persoon, de relatiebekwaamheid, de sociale en communicatieve vaardigheden en de persoonsvorming op de voorgrond. Bovendien is een behoorlijke kennis vereist van psychofarma, psychologische benaderingswijzen- en processen, groepsdynamica enzovoort.

De verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg heeft nood aan specifieke knowhow. In de huidige voorstellen voor de verpleegopleiding tot 'algemeen inzetbare verpleegkundige', wordt dit uit het oog verloren. De voorstellen pleiten voor 80 procent algemene leerinhouden en slechts 20 procent specialisatie. Een verdeling tussen 80 procent algemene en 20 procent specifieke 'eindtermen' in plaats van 'leerinhouden' ware beter geweest. In de opleiding in de vierde graad van het secundair onderwijs is in de nieuwe modulaire structuur de spe-

cifieke opleiding voldoende vrijwaard. In het verpleegkunde onderwijs in de hogescholen (graduaat) wil men de opties afschaffen. Deze voorstellen zijn totstandgekomen onder druk van Europa. Wij pleiten echter voor een 50/50-verhouding tussen generieke en specifieke leerinhouden.

Indien de tendens die zich richt naar algemeen inzetbare verpleegkundigen wordt voortgezet, zal een aanvullende specialisatieopleiding noodzakelijk worden. Daartoe zou in een instellingsbudget kunnen worden voorzien waarmee de verpleegkundigen op de werkvloer een aangepaste vorming krijgen gedurende bijvoorbeeld de eerste twee jaren van hun tewerkstelling. Dit vergt uiteraard bijkomende financiering, barema-aanpassingen, aangepaste arbeidsovereenkomsten en vervangingsmogelijkheden.

De verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg moeten de kans krijgen om levenslang te leren, zonder nadelige zorgen voor de patiëntenzorg. De overheid draagt hierbij een grote verantwoordelijkheid. Er dient in vervanging voorzien te worden voor diegenen die vorming volgen, zodat de patiëntenzorg hier niet onder lijdt.

Een belangrijke bouwsteen van de geestelijke gezondheidszorg is het interdisciplinair samenwerken rond specifieke doelgroepen. Eén van de risico's van interdisciplinair werken is echter de vervaging van discipline-eigen opdrachten. Het is belangrijk dat elk lid van een interdisciplinair team de gezamenlijke opleiding en visie onderschrijft, maar bij de operationalisering gebruik maakt van methodes die eigen zijn aan de beroepsgroep. Daartoe is het noodzakelijk dat er vakgroepen worden opgericht. Vele psychiatrische centra ondervinden hierbij moeilijkheden, omdat het dikwijls om grote groepen gaat. Ondersteuning in de vorm van projecten zou hier aangewezen kunnen zijn.

De laatste jaren zijn er heel wat ontwikkelingen geweest in de wereld van de psychiatrie. In imago-campagnes en brochures van opleidingsinstituten moet een correct beeld gegeven worden van de psychiatrische verpleegkunde. Er moet aandacht besteed worden aan een correcte beeldvorming over de geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van leerlingen in het middelbaar onderwijs en zelfs de lagere school. Leerkrachten in het ASO laten zich soms negatief uit over zorgberoepen. De centra voor leerlingenbegeleiding doen hier, hopelijk onbewust, aan mee.

Het is belangrijk om tot een nauwere samenwerking te komen tussen de verschillende werkvelden

voor de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg en de opleidingsinstituten. Bovendien moet het wetenschappelijk onderzoek in de geestelijke verpleegkunde gestimuleerd worden. Momenteel wordt het wetenschappelijk onderzoek in deze sector stiefmoederlijk behandeld.

Er moet ook aandacht worden besteed aan kenniscreatie. Het studiewerk in de geestelijke gezondheidszorg is meestal gericht op de eigen organisatie. Kenniscreatie houdt in dat er overleg gepleegd wordt om tot de meest geschikte en, indien mogelijk, wetenschappelijk getoetste oplossing te komen. Dit is het zogenaamde evidence based handelen.

In het kader van het praktijkwetenschappelijk onderzoek dat door hogescholen kan worden uitgevoerd, gaan hier heel wat kansen verloren. Het samenbrengen van al de Vlaamse expertise op dat vlak kan de patiëntenzorg alleen maar ten goede komen. Een pluspunt is dat de scholen beschikken over een methodiek die ze hun studenten kunnen aanbieden. Ook de beroepsverenigingen moeten een rol spelen in de kenniscreatie. Experts moeten gedurende een bepaalde tijd kunnen samenkomen. Dat alles vergt echter de nodige middelen.

Een universitaire opleiding tot (psychiatrisch) verpleegkundige is noodzakelijk : ze verhoogt de aantrekkingskracht van het beroep. De overheid moet ervoor zorgen dat die verpleegkundigen op licentiaatsniveau kunnen worden betaald.

Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg hebben steeds minder tijd voor directe patiëntenzorg omdat ze alsmaar meer administratieve taken moeten vervullen. Daarom zou het zinvol zijn een secretariaatsfunctie toe te voegen aan de verpleegequipes en hen te ondersteunen met een efficiënt informaticabeleid.

Een ander steeds meer voorkomend probleem is de verhoogde stress van de verpleegkundige door al dan niet verbale agressie en intimidatie. De voorzieningen trachten traumaprotocolen te ontwikkelen voor opvang na schokkende gebeurtenissen. Ondersteuning hierbij zou welkom zijn.

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg is de psychiatrische zorg in de thuissituatie. Psychiatrisch verpleegkundigen met een bijkomende focus op het sociaal-maatschappelijke aspect zijn, gezien hun polyvalente vorming, uitermate geschikt om deze opdracht te vervullen. Zij kunnen als zorgcoördinator fungeren en de leefsituatie therapeutisch hanteren. Zij kun-

nen ook een hoofdrol spelen in de ondersteuning en begeleiding van andere hulpverleners in de thuiszorg in hun contacten met mensen met een psychosociaal probleem. De psychiatrisch verpleegkundige vervult hier de rol van expert. Daarvoor is echter nog niet in een financiering voorzien, hoewel de nood daartoe duidelijk aangetoond is.

Als men bereid is om het probleem van de verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg of de psychiatrisch verpleegkundige grondig aan te pakken, moet er een omvattend plan worden ontwikkeld dat zowel binnen de gemeenschappen als federaal door alle betrokkenen wordt ondersteund.

III.3 Uiteenzetting door mevrouw Chantal Desticker, voorzitter departement Vroedvrouwen, NVKVV

Mevrouw Chantal Desticker : In het voorstel van resolutie wordt verpleegkunde als een knelpuntberoep beschouwd ; vroedkunde wordt daarentegen niet vernoemd. Ik wil er uitdrukkelijk voor pleiten het beroep vroedkunde in te bouwen in het actieplan voor een korte- en langetermijnbeleid dat nog verder moet worden uitgewerkt.

Tot voor enkele jaren was vroedkunde rechtstreeks gekoppeld aan verpleegkunde en werden vroedvrouwen gelijkgesteld met A1-verpleegkundigen. Sinds enkele jaren is de opleiding vroedkunde volledig losgekoppeld van de opleiding verpleegkunde. In het werkveld is hierover de jongste tijd veel te doen geweest.

Veel elementen uit het voorstel van resolutie kunnen perfect naar de vroedkunde worden doorgetrokken. Ik vermeld enkele specifieke aandachtspunten. Terwijl er een tekort aan verpleegkundigen is, verwachten we in de toekomst een overschot aan vroedvrouwen. Uit een recente studententelling van de Vlhora (Vlaamse Hoger Onderwijsraad) blijkt immers dat één vijfde van de totale studentenpopulatie op de verpleegsterscholen voor de opleiding vroedkunde kiest.

Door de recente wijziging van het KB nr 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunde, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, mogen de vroedvrouwen die afstuderen na 1 oktober 2005 echter enkel nog verpleegkunde uitoefenen op de domeinen verloskunde, neonatologie en fertiliteit : een zeer eng werkterrein. Waar zullen wij al deze afgestudeerde vroedvrouwen in de toekomst nog

kunnen tewerkstellen ? We vragen om in het kader van de Bologna-akkoorden ook de opleiding vroedkunde goed te bekijken en de link met verpleegkunde te herstellen, zodat er voor onze afgestudeerden meer flexibiliteit in het werkveld mogelijk is.

Terwijl het imago van de verpleegkundigen een belangrijk aandachtspunt is, blijkt dat van vroedvrouw goed te zijn, vandaar trouwens de betere instroom. Van oudsher heeft de vroedvrouw, de wijze vrouw, aanzien genoten binnen de maatschappij. De positieve beeldvorming heeft ook te maken met het werk in een vreugdevolle situatie van nieuw leven : we werken meestal met gezonde vrouwen, niet met zieke patiënten.

Wij pleiten ervoor onze arbeidsomstandigheden prioritair aan te pakken. Werkende verpleegkundigen en vroedvrouwen die tevreden zijn en trots op hun beroep, voeren zelf de beste imagocampagne.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : We laten nu de vertegenwoordigers van de thuisverpleging aan het woord.

III.4 Uiteenzetting door mevrouw Ilse Gorissen, Wit-Gele Kruis, mevrouw Virginie Huys, stafmedewerker, v.z.w. Sovervlag, de heer Leo Minnen, hoofdverpleegkundige, v.z.w. Thuisverzorging de Voorzorg-Bond Moyson

Mevrouw Ilse Gorissen : Met veel belangstelling lezen wij het voorstel van resolutie, waarin veel waarheden zitten. Toch willen we vanuit de wereld van de thuisverpleging een aantal bezorgdheden mee onderstrepen. Verpleegkundigen hebben de hulp nodig van beroepsverenigingen en anderen die de job van verpleegkundige de nodige aandacht willen geven.

Vroeger lag het accent voor verpleegkundigen in de thuiszorg hoofdzakelijk op de basiszorg. Door de hulp van de verpleegkundigen bleef thuiszorg voor vele mensen mogelijk. Toiletzorg is meer dan hygiënische zorg alleen. Toiletzorg is de basiszorg, en de basiszorg is een totaalzorg met veel aandacht voor observatie, zowel van patiënt als van familie. De verpleegkundige doet dit op doktersvoorschrift of voor de toiletzorg via een aanvraag bij het ziekenfonds van de patiënt. Doorverwijzen is in vele gevallen absoluut noodzakelijk.

Doorverwijzen mondt uit in een multidisciplinaire samenwerking, intra- en extramuraal. Geleidelijk

aan werd de verpleegkundige zorg in de thuissituatie meer specialistisch. De verkorte ziekenhuisopnames en de ouder wordende bevolking zijn daarvoor verantwoordelijk. Op dit ogenblik verdedigen wij dat in de thuiszorg alles kan, op voorwaarde dat de patiënt in kwestie ook een thuis heeft. En een thuis is meer dan een huis. De verpleegkundige is een niet te onderschatten professionele ondersteuning om de thuiszorg op lange termijn mogelijk te maken. Palliatieve patiënten, patiënten met chronische wonden, zware zorgbehoevenden en al dan niet ingewikkelde verzorgingen, maken frequent deel uit van de dagelijkse praktijk van een thuisverpleegkundige.

Ook thuisverpleegkundigen willen kwaliteit leveren. Vandaar dat levenslang leren ook voor hen noodzakelijk is. Kwaliteitszorg vereist immers permanente bijscholing. De thuisverpleegkundige wordt in haar dagelijks werk met verschillende zorgvragen en zorgbehoeften geconfronteerd. Zij wordt verondersteld alles te kennen. Het uitgangspunt bij thuisverpleging blijft dat de vaste verpleegkundige de verantwoordelijke verpleegkundige is en blijft, ook wanneer specialistische zorgen nodig zijn. De thuisverpleegkundige wordt ondersteund door de meer gespecialiseerde verpleegkundige, ook de referentieverpleegkundige genoemd, die ook in de thuiszorg werkzaam is. Van transmurale zorg is in onze filosofie van zorgverlening geen sprake. Op deze manier stellen wij de patiënt duidelijk centraal, verzorgd door zijn vaste verpleegkundige en op afstand ondersteund door een meer gespecialiseerde thuisverpleegkundige.

Wij, thuisverpleegkundigen, pleiten hier voor specialisaties. De dag van vandaag zijn gespecialiseerde opleidingen vooral op de ziekenhuispraktijk gericht. Zelfs in de opleiding tot verpleegkundige wordt de eigenheid van de thuisverpleging vaak vergeten. Pas in het derde jaar maakt de student kennis met de thuisverpleging. De ervaring leert ons dat de interesse voor de thuisverpleging heel vaak groeit tijdens deze stage.

De bijgeschoolde thuisverpleegkundige is de specialist in de thuisverpleging en ondersteunt de thuisverpleegkundige in haar totaalzorg voor haar patiënt. Verpleegkundige specialisten en referentieverpleegkundigen kunnen procedures en standaardverplegingsplannen maken, die de collega's kunnen gebruiken in de thuiszorg.

Ook in de thuiszorg dreigt een tekort aan verpleegkundigen. Op verschillende niveaus worden acties ondernomen om pro actief met dit probleem om te gaan. Zo hebben wij in Limburg samen met verzor-

gingsinstellingen en scholen voor verpleegkundigen de directies van de scholen voor middelbaar onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding uitgenodigd om hen in te lichten over de mogelijkheden en uitdagingen van het beroep als verpleegkundige op de verschillende werkterreinen. Het was de bedoeling een zo realistisch mogelijk beeld van de job te schetsen.

Om dezelfde reden hebben we ook al heel wat geïnvesteerd in de begeleiding van studenten tijdens hun stage in het Wit-Gele Kruis Limburg. De studenten worden door bijgeschoolde stagebegeleiders opgevangen. Op regelmatige tijdstippen is er een overleg met de scholen. In het begin van het schooljaar worden afspraken gemaakt, op het einde van het schooljaar is er ruimte voor evaluatie. Eenmaal per jaar zijn de stagebegeleiders daarbij aanwezig.

We besteden ook aandacht aan de screening van de kandidaat-verpleegkundigen, de opleiding van nieuwe verpleegkundigen, de rol van peter of meter bij de opvang van nieuwe verpleegkundigen en de permanente bijscholing van verpleegkundigen. Deze acties zijn onontbeerlijk, eigenlijk vanzelfsprekend en niet meer weg te denken, maar de overheid en het Riziv trekken er geen geld voor uit. Integratie, opvolging en permanente bijscholing van verpleegkundigen kunnen over het algemeen de draagkracht van de verpleegkundigen verhogen.

Om verpleegkundigen langer aan het werk te houden, moeten mogelijkheden worden gecreëerd om de job makkelijk te kunnen combineren met een gezin. Verpleegkundigen werken onregelmatig en het zoeken van opvang voor de kinderen is vaak een hele opgave. Wij pleiten voor opvangmogelijkheden die voldoen aan de behoeften van ouders die in de verpleging werken.

De opleiding van verpleegkundigen is fundamenteel en we pleiten voor een integratie van het aspect thuisverpleging in de opleiding. We zouden het evident vinden dat de opleiding van toekomstige verpleegkundigen in de school gebeurt door ervaren mensen.

Niet alleen de theoretische lessen zijn belangrijk, maar zeker ook de stages. De stagebegeleiding moet optimaal zijn, door de school, maar zeker door mensen van het werkveld. Op dit ogenblik is hier niets voor geregeld. Of een student goed opgevangen, begeleid en ingewerkt wordt, hangt af van het enthousiasme van de verpleegkundige, die naast haar taken in de directe patiëntenzorg, deze verantwoordelijkheid er nog bovenop krijgt. Dit is

zeer arbeidsintensief. Blijkbaar worden in de instellingen (ziekenhuizen) wel subsidies voorzien om de stagebegeleiding door de instelling te ondersteunen. Bij mijn weten kan een medewerker in het ziekenhuis hierdoor worden vrijgesteld om de studenten op te vangen en op te volgen.

Het is zeer positief dat sommige geïnteresseerden op latere leeftijd voor de verpleging kiezen en dus instappen in het onderwijs om er na drie jaar het diploma van verpleegkundige te behalen. Dit is mee mogelijk door de financiële ondersteuning van de overheid.

De financiële opwaardering van het beroep van thuisverpleegkundige en de gelijkschakeling met de lonen van het ziekenhuis zijn lovenswaardig voor de thuisverpleegkundige. We noemen de haard- en standplaatsvergoeding, de loonharmonisering en de arbeidsduurvermindering, maar zeker ook het tijdskrediet. Ook de erkenning van de diensten voor thuisverpleging is voor ons een welgekomen ondersteuning. De thuisverpleging werd lang gezien als het zwakke broertje van de verpleging in ziekenhuizen. We zijn blij dat daar eindelijk verandering in is gekomen.

Mevrouw Virginie Huys : Er is op dit moment een groot tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. De vraag naar verpleegkundige hulp blijft stijgen, terwijl er steeds minder nieuwe verpleegkundigen afstuderen en er ook een hoog percentage afhaakt. De verpleegkundige zorg bestaat uit hulp bij het toilet, de hygiënische zorgen en specifieke verpleegkundige prestaties. Door de stijgende vraag naar toiletzorg kan men bijna niet meer aan de vraag naar verpleegkundige zorg voldoen. De werkdruk wordt te hoog. Op deze manier zit de sector volledig klem. Het gevaar van selectie om toch aan de hulpvraag te kunnen voldoen, is niet denkbeeldig.

Een oplossing zou de intrede van de zorgkundige in de thuisverpleging kunnen zijn. Toch vinden wij het belangrijk dat de verpleegkundige de totaalzorg op zich neemt en betrokken blijft bij het uitvoeren van de ADL-taken (activiteiten dagelijks leven) en de hygiënische zorg, dit om de kwaliteit van de zorgen te waarborgen. In de totaalzorg zijn er ongetwijfeld een aantal daden die kunnen worden toevertrouwd aan de zorgkundige. Wij zijn dan ook voorstander van een inschakeling van zorgkundigen, maar enkel onder supervisie van de verpleegkundige. Zij kunnen een meerwaarde betekenen voor de patiënten en het verpleegkundig beroep. Ze vormen ook een brug tussen de verpleegkundige zorg en de ADL-ondersteuning.

Een belangrijke voorwaarde is dat de zorgkundige enkel tewerkgesteld kan worden in een gestructureerde ploeg en onder het toezicht van de verpleegkundige. Haar taken beperken zich tot ADL-assistentie en hygiënische verzorgingen. We zijn van mening dat de thuisverpleging moet worden betrokken bij de discussie over de opleiding van de zorgkundige : de taak van de zorgkundige zal anders worden ingevuld dan in een ziekenhuis of rusthuis.

Zorgoverleg is ongetwijfeld zeer belangrijk. De Vlaamse regering gaat ervan uit dat dit gebeurt binnen de SIT's (samenwerkingsinitiatief in thuiszorg), en in de toekomst de SEL's (samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg). Toch moeten we erover waken dat de verpleegkundigen niet verdrinken in de verschillende structuren en overlegplatforms. Wij voelen dat de SIT's nu steeds verder van de basisverpleegkundige komen te staan. Verpleegkundigen kunnen zich ook niet heel de tijd bezighouden met overleg, want wie staat intussen in voor de verzorging ? Wij hebben de indruk dat de overheid op dit moment denkt dat zorgoverleg enkel kan gebeuren op vergaderingen of een overlegplatform. Dit kan niet de bedoeling zijn.

Het informeel overleg is van essentieel belang om de kwaliteit en de continuïteit van de zorg te waarborgen. De overlegplatforms kunnen een meerwaarde hebben door het overleg te vergemakkelijken. Nu moet een verpleegkundige soms zesmaal bellen naar een ziekenhuisdienst voordat zij de juiste persoon bereikt. Binnen het overlegplatform kan naar een sneller of eenvoudiger communicatiemiddel worden gezocht.

Wij pleiten ook voor meer geïntegreerde diensten. Binnen de Socialistische Mutualiteit hebben wij dit concept reeds uitgewerkt in de centra voor thuiszorgwerking. Deze centra zijn er gekomen door onze bekommernis dat er geen structuur was om de complexe hulpvraag van de patiënt op een eenvoudige manier te onderzoeken. Wij hebben nu een telefoonnummer waarop iedereen met zijn vragen terecht kan. Wij organiseren dan de eerste lijnsdiensten, zodat de cliënt niet meer hoeft rond te bellen. In een meer complexe situatie maken wij een afspraak met het centrum voor algemeen welzijnswerk, dat de hulpvraag dan zo goed mogelijk onderzoekt. Deze samenwerking gaat verder dan enkel louter met onze eigen diensten.

De Vlaamse regering vraagt naar mogelijkheden en stimuli om de verpleegkundigen meer te laten participeren in het beleid. Binnen de thuisverplegingsdiensten zijn er reeds verschillende werkgroe-

pen, waarbij verpleegkundigen van het werkveld betrokken worden. Voorts zijn er ook geregeld overlegmomenten tussen de verschillende diensten. Wij stellen echter vast dat de samenstelling van de commissies – ik weet dat dit eerder een federale materie is – niet overeenstemt met het werkveld.

Daarnaast vertegenwoordigen beroepsverenigingen alle verpleegkundigen uit verschillende subsectoren. Hierbij willen wij toch beklemtonen dat de thuisverpleegkundigen een zeer specifieke groep vormen met een specifieke werking en problemen. Het is de enige tak binnen de verpleging waar zelfstandigen en loontrekkenden onder dezelfde prestatiefinanciering werken. Verpleegkundigen zijn continu alleen op de baan en moeten hun plan kunnen trekken in bepaalde situaties.

III.5 Uiteenzetting door de heer Raf Bronselaer, vertegenwoordiger van ARKADE, het overkoepelend orgaan voor zelfstandige verpleegkundigen

De heer Raf Bronselaer : Het feit dat de zelfstandig verpleegkundigen hier als een afzonderlijke groep gehoord worden, wijst op het toenemend belang van deze deelsector. Zelfstandig verpleegkundigen kampen met specifieke problemen. We vragen de indieners van dit voorstel van resolutie rekening te houden met onze bekommernissen en zo mogelijk de tekst aan te passen.

Steeds meer verpleegkundigen kiezen voor het statuut van het vrije beroep omwille van de grotere flexibiliteit bij de beroepsuitoefening en loopbaan. Zelfstandige verpleegkundigen zijn meer betrokken bij en verantwoordelijk voor patiëntenzorg en beroepsuitoefening en kunnen hun eigen mogelijkheden volledig benutten. Door meer uren te presteren kunnen ze ook meer verdienen. Een zelfstandig beroep heeft ook een hogere maatschappelijke status. Er zijn ook nadelen onder meer op het vlak van de sociale zekerheid.

Er is nooit een strikte afbakening van arbeid en vrije tijd. Desondanks groeit het aantal zelfstandige verpleegkundigen tot meer dan 10.000. In de thuiszorg zorgden ze twee jaar geleden al voor 63 procent van de omzet.

Steeds meer zelfstandige verpleegkundigen werken in een groepspraktijk. Samenwerken heeft veel voordelen voor de patiënten. Men kan flexibel op behoeften inspelen en er zijn meer garanties voor

continue zorg. Het team heeft meer knowhow. Ook gezamenlijke investeringen verbeteren de kwaliteit. In groepspraktijken kunnen de verpleegkundigen arbeid beter verzoenen met hun sociaal en familiaal leven. Daarom werken mensen langer.

In groepspraktijken kan men ook gemakkelijker opleidingen volgen, wat de specialisatie bevordert. Daardoor verbetert de concurrentiepositie van de praktijk. Door de grotere betrokkenheid, oefenen de verpleegkundigen meer taken uit : bedrijfsbeheer, beleidsbepaling, vertegenwoordiging van de praktijk.

Door het systeem van de groepspraktijken wordt de sector beter beheersbaar voor de overheid. Promotie en regulering van deze sector bieden de overheid meer mogelijkheden om responsabilisering of financieringsmodellen op te stellen. Een deel van het tekort aan verpleegkundigen wordt opgevangen doordat het zelfstandig statuut flexibel is. Wij zijn niet gebonden door de afspraken voor de werknemers en kunnen dus meer uren presteren.

Voor het samenwerken van zelfstandigen als volwaardige partners zijn er geen specifieke regelingen. Er is een archaïsche wetgeving die enkel het onderscheid maakt tussen het zelfstandig- en werknemersstatuut. Samenwerken van zelfstandigen is nog altijd verdacht : men vermoedt nog altijd een verdoken bediendestatuut. De wetgeving moet dringend aangepast zodat deze bijzondere vorm van praktijkvoering ondersteund wordt. Daarvoor zijn specifieke erkenningen en regelgevingen nodig.

Het is goed dat de diensten van loontrekkende thuisverpleegkundigen erkend en ondersteund worden, maar een gelijkaardige regeling is nodig voor samenwerkingsverbanden van zelfstandige verpleegkundigen. Hun kosten zijn immers even groot. Er is al heel wat voorbereidend werk gebeurd maar voornamelijk Wallonië ligt dwars.

De geïntegreerde thuiszorg, de multidisciplinaire aanpak en het inschakelen van deskundigen, zijn zeer belangrijk. Grote en logge overlegstructuren zijn uit den boze, wij hebben een eenvoudig overlegplatform nodig. Te veel vergaderen is gezien de mogelijkheden van de moderne communicatie niet nodig. Het platform moet wel voldoende middelen krijgen en niet zoals de SIT's een beroep doen op vrijwillige medewerkers.

De integratie van het zorgaanbod moet pluralistisch zijn. Het mag niet enkel gaan over zorgverle-

ning, maar ook de data-analyse moet worden betrokken. De administratieve rompslomp moet beperkt worden. Ik pleit voor individuele financiële stimulansen voor samenspraak en samenwerking.

Over de verruiming van het verpleegkundig team is reeds voldoende gezegd. De zorgkundigen moeten er komen en moeten in de teams voor thuisverpleging worden geïntegreerd.

Voorts wil ik de bevordering van vernieuwde vormen van patiëntenopvang en zorgverlening toelichten. Mits er nieuwe woon- en zorgvormen voor patiënten met een verhoogde zorgvraag komen, kunnen de capaciteiten van de thuiszorg verhogen. Dat zal ook het tekort aan verpleegkundigen beperken. De nieuwe aanpak maakt dat men minder verpleegkundigen nodig heeft omdat de mantelzorg heel wat taken overneemt. Het is belangrijk dat de juiste zorg op het juiste niveau gegeven wordt.

Ik pleit voor het afbreken van beschotten tussen diverse actoren binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerstelijnszorg en de andere echelons in de gezondheidszorg, vooral in de grote steden. Het tekort aan verpleegkundigen daar is dramatisch. In Brussel kunnen alleen rijke mensen thuis verzorgd worden.

Verpleegkundigen die zelfstandig willen worden in de thuiszorg, hebben in de opleiding geen informatie over bedrijfsvoering gekregen. In tegenstelling tot de meeste andere zelfstandige beroepen, moet men geen specifieke opleiding volgen. Er zijn een aantal cursussen over management en thuiszorg, maar de overheid moet ze ondersteunen.

Kortom, wij vragen aandacht voor de moeilijkheden van de zelfstandige verpleegkundigen. Zij mogen niet uitgesloten worden van de maatregelen ter bevordering en ondersteuning van de sector. Een CAO opstellen is onvoldoende, zelfstandigen moeten dezelfde voordelen krijgen. We vragen de erkenning van de samenwerkingsverbanden, groepspraktijken en associaties tussen verpleegkundigen. De overheid moet haar verantwoordelijkheid opnemen en extra vorming en begeleiding van de diverse praktijkvormen mogelijk maken.

III.6 Uiteenzetting door de heer Joris Pauwels, hoofdverpleegkundige Rust- en Verzorgings-tehuis Sint-Petrus, Turnhout

De heer Joris Pauwels : Ik heb het voorstel van resolutie geïnterpreteerd als een alarmkreet over het

nijpend tekort aan verpleegkundigen. Recent werd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid een onderzoek uitgevoerd. Blijkbaar voelde 22 procent van de 1.243 ondervraagde jongeren zich aangetrokken door het vak. Toch is er nog steeds een tekort aan verpleegkundigen. Waarom blijft de instroom dan zo klein ?

Er werden nochtans al heel wat initiatieven genomen om het beroep aantrekkelijker te maken. Een van deze initiatieven was het Project 600, dat mensen uit andere sectoren wil motiveren om met behoud van loon een verpleegkundig diploma te behalen. Dit project kende een groot succes. De meesten die van deze kans gebruik maakten, werkten echter al in de sector. Sommigen onder hen wilden een gemist derde jaar verpleegkunde inhalen. Dit initiatief kan volgens mij voordelen opleveren voor de ziekenhuissector, maar niet voor de bejaardensector.

Een ander initiatief was de arbeidstijdverkorting. Dat betekent dat een verpleegkundige een extra vrije dag per maand kan krijgen vanaf de leeftijd van 45 jaar en per schijf van vijf jaar, tenzij hij of zij kiest voor de premie. In mijn team is de helft van het personeel ouder dan 40 jaar en de meesten kiezen voor de premie. Dat zegt toch iets over de verloning. Voor de anderen diende er a rato van het verloren aantal actieve dagen een andere verpleegkundige te worden aangeworven. Dat was echter vaak onmogelijk en daarom ging men over tot de aanwerving van verzorgenden, wat tot kwaliteitsverlies leidde.

Verpleegkundigen boven de veertig betekenen een attitudewinst. Ze zijn beter dan de jongeren in staat om de bejaarden met respect en met gevoeligheid te bejegenen. Lichamelijk krijgen ze het echter steeds moeilijker. Dat zijn de mensen die avonddienst aanvragen omdat ze de druk van de ochtenddiensten niet meer aankunnen. Ze zijn ook vaker afwezig wegens ziekte. Dat heeft dan te maken met letsels van het bewegingsstelsel, rugklachten of stresshoofdpijn.

Zowel in 2001 als in 2002 gebeurde er een korte sensibiliseringscampagne om jongeren te motiveren voor verpleegkundige studies. De slogan was : 'lange nachten, high-tech, snelle beats, adrenaline'. In deze slogan kon ik onmogelijk mijn eigen job in de bejaardenzorg herkennen. Tezelfdertijd startte een campagne voor de lerarenopleiding en die kende wel succes. Hoe kan men dat verschil verklaren ?

Onlangs had ik een gesprek met een leerkracht die les geeft in het laatste jaar van de sociaal-technische afdeling. Vroeger begon de helft van de leerlingen van deze afdeling aan een verpleegkundige opleiding en de andere helft aan een lerarenopleiding. Vorig jaar bleek echter helemaal niemand geïnteresseerd te zijn in een verpleegkundige opleiding. Als voornaamste reden werden het ploegensysteem en het weekendwerk aangegeven, die nochtans inherent zijn aan de verpleging. Die zijn moeilijk te combineren met een gezinsleven en met de tegenwoordig heersende vrijetijdsmentaliteit. Het baat dus niet de opleiding aantrekkelijker te maken als men het beroep niet aantrekkelijker kan maken.

Ik heb ook aan halftijds werkende collega's gevraagd wat hen het meest stoort aan het beroep en wat hen zou kunnen motiveren om fulltime te werken. Hun keuze voor een halftijdse baan heeft vooral te maken met het ontbreken van aangepaste mogelijkheden van kinderopvang. Wie fulltime werkt, heeft meestal ouders in de buurt die in geval van nood kunnen inspringen. De meeste verpleegkundigen werken twee weekends per maand, maar wanneer iemand ziek wordt, moeten de collega's inspringen en een derde weekend werken. In het weekend is er een minimumbezetting en daarom kan er onmogelijk iemand thuis blijven. Dat werkt erg demotiverend.

Hoe kunnen deze problemen worden opgelost? Sommige zaken moeten op korte termijn aangepakt worden, andere op lange termijn.

Om de verpleegkundigen binnen de sector te houden, moet men werk maken van aangepaste mogelijkheden van kinderopvang. Men zou het aantal personeelsleden per dienst moeten optrekken. Als er iemand wegvalt wegens ziekte, moeten we soms met minder volk voortwerken en dat leidt tot kwaliteitsverlies. Misschien moet men zoals in de fabrieken, het weekendwerk en de nachtdiensten beter gaan verlonen. Dan zullen de voordelen van de job beter opwegen tegen de nadelen. Op lange termijn dient men een campagne te voeren om het beroep op te waarderen. Men mag een verpleegkundige niet voorstellen als een meid voor alle werk. Ten slotte ben ik ervan overtuigd dat men in alle lagen van de bevolking een campagne dient te voeren om de cultus van de vrije tijd te doorbreken.

III.7 Uiteenzetting door mevrouw Simone Boeckmans, afdeling Preventieve Gezinsondersteuning, Kind en Gezin

Mevrouw Simone Boeckmans, Afdeling Preventieve Gezinsondersteuning, Kind en Gezin : Namens Kind en Gezin, die 650 verpleegkundigen tewerkstelt, zal ik onze visie op dit voorstel van resolutie verwoorden.

Ik heb de stellingen volgens een aantal thema's gegroepeerd : de voorstellen voor de opvolging van de evolutie inzake de verpleegkundigen en de maatregelen om de instroom te vergroten en de uitstroom te verkleinen.

Het voorstel van resolutie bevat een voorstel om de behoefte aan verpleegkundigen in de verschillende sectoren in kaart te brengen. Dat speelt in op de behoeften van Kind en Gezin, want de vereiste kwalificaties voor verpleegkundigen kunnen evolueren. Op dit ogenblik moeten onze verpleegkundigen kunnen omgaan met verschillende doelgroepen en moeten ze aan opvoedingsondersteuning kunnen doen. Tien jaar geleden was daarvan minder sprake. Verpleegkundigen moeten ook in team kunnen werken en communicatievaardig zijn. Het is belangrijk dergelijke kwalificaties expliciet te vermelden zodat het onderwijs daarop kan inspelen.

Totnogtoe zat Kind en Gezin in een luxepositie. We kunnen alle diensten invullen en we kunnen soms nog selecteren. Dat zal echter niet lang meer duren en daarom nemen we nu al onze voorzorgen. Sommige taken worden afgesplitst en aan andere paramedici toevertrouwd. De aanwervingen die totnogtoe provinciaal gebeurden, worden nu gecentraliseerd.

Kind en Gezin juicht het voorstel toe om het bestaande vormingsaanbod door te lichten en af te stemmen. Wij pleiten er ook voor om bijkomende specialisaties mogelijk te maken.

Bij de indienstneming geeft Kind en Gezin de voorkeur aan kandidaten die een vierjarige opleiding volgden, inclusief de voortgezette opleiding sociale gezondheidszorg, en aan vroedkundigen met één jaar voortgezette opleiding of ten minste twee jaar relevante ervaring. Andere kandidaten

die in dienst worden genomen, krijgen een individueel ontwikkelingsplan. Het aanbod bij de werving is erg divers. Wij stellen vast dat meer mensen dan vroeger slechts een lage basisopleiding kregen. Zij beschikken over onvoldoende leerpotentieel. Kind en Gezin heeft nochtans hoog gekwalificeerde gegradueerden nodig.

Sinds het diploma van gegradueerde in de sociale verpleegkunde niet langer wordt toegekend, overweegt de Kind en Gezin-academie te investeren in bijkomende opleiding en specifieke begeleiding van diegenen die een driejarige opleiding genoten. Wij willen ook als werkgever samenwerken met de hogescholen met het oog op de ontwikkeling van een vormingsaanbod inzake jeugdgezondheidszorg. De overheid moet dan wel zorgen voor afstemming en specialisatie binnen de hogescholen, met het oog op een beter rendement. Wij staan huiverachtig tegenover maatregelen om zoveel mogelijk mensen naar de verpleegkunde te lokken. De kandidaten moeten immers een voldoende hoog opleidingsniveau hebben om tijdens hun carrière te kunnen bijleren en inspelen op nieuwe ontwikkelingen. Dat is ook goed voor het imago van het beroep, wat de aantrekkingskracht ook weer vergroot. Ten slotte moet men ook kunnen communiceren met andere medische beroepsgroepen.

Kind en Gezin investeert zwaar in stagebegeleiding. Per jaar lopen 200 tot 250 studenten stage bij ons en begeleiden wij vijftien eindstages. Dat betekent dat elk van de zestig regioteams drie tot vier stageairs per jaar begeleidt. Per provincie is iemand van Kind en Gezin deeltijds bezig met de coördinatie van de stages en het contact met de onderwijsinstellingen. Op dit ogenblik worden wij niet gesubsidieerd voor die voorbereiding, begeleiding en evaluatie. De enige winst is dat we de stageairs later ook kunnen rekruteren. Voor veel stageairs vormen ook de reiskosten een barrière. Daarom betaalt Kind en Gezin hun daarvoor vrijwillig een vergoeding. Moet men overigens niet overwegen om de praktische stagebegeleiding per opleidingsinstituut in handen te geven van een team van stagebegeleiders uit de verschillende stage terreinen, die gedeeltelijk vrijgesteld worden voor de stagebegeleiding, die ook goed opgeleid worden voor die taak en waarvoor de werkgever looncompensaties ontvangt? Een betere afstemming van onderwijs en beroepspraktijk zou ons inziens de kwaliteit van de praktijkstage ten goede komen.

Bij Kind en Gezin is het probleem van de uitstroom beperkt. In 2001 was het verloop beperkt tot 49 verpleegkundigen, waarvan er slechts acht

vrijwillig ontslag namen. Ze werden voor de helft vervangen door sociaal verpleegkundigen, voor een kwart door vroedvrouwen en voor een ander kwart door anders gekwalificeerde verpleegkundigen. Vaak zijn de nieuwe medewerkers verpleegkundigen die voordien elders werkten.

Het salaris bij Kind en Gezin is even hoog als elders, terwijl arbeid en gezin er gemakkelijker te combineren zijn. Wij hebben 35 dagen vakantie, allerlei vormen van deeltijds werk, geen nacht- of weekenddienst. De helft werkt ook op minder dan twintig minuten van zijn woonplaats. De medewerkers waarderen ook het imago van Kind en Gezin, zo leren enquêtes, evenals het sociaal-opvoedkundige en preventieve aspect van de jobinhoud. Voorts beschermt ook de autonome teamwerking tegen de werkdruk. Ook het gamma van opleidingsmogelijkheden in onze lerende organisatie wordt gewaardeerd. Stressonderzoek in 1996 leerde dat de meesten tevreden waren, maar dat het werktempo, de werkomvang en – bij sommigen – de verantwoordelijkheid voor anderen de belangrijkste bronnen van stress waren. De helft van de verpleegkundigen bleek geen hobby te hebben en nooit aan sport te doen. Wij namen echter onmiddellijk maatregelen om de overbelasting en de negatieve impact van de verantwoordelijkheid te verminderen, de beslissingsmogelijkheden over het werk te verhogen, de sociale ondersteuning te versterken en het modererend effect van vrije tijd te verhogen, zoals bijvoorbeeld de afschaffing van betutteling bij de werkregeling en de invoering van een motiverende leiderschapstijl met beloningen en gesprekken. Inmiddels daalde het ziektecijfer van de verpleegkundigen van 11,1 procent in 1996 tot een aanvaardbare 6,2 procent in 2000. Dit voorstel van resolutie legt niet genoeg de nadruk op de verantwoordelijkheid die de werkgever zelf draagt om de arbeidsomstandigheden van zijn werknemers te verbeteren. De werkgever kan zelf heel wat maatregelen nemen.

Van de overheid verwachten we niet zozeer meer geld. We moeten in de eerste plaats eens goed nadenken over de verschillende functies die een verpleegkundige moet vervullen. Misschien moeten we minder de nadruk leggen op het verzorgende aspect? Zowel in de preventieve als in de curatieve sector merk ik voorts dat verpleegkundigen taken uitvoeren waarvoor anderen verantwoordelijk zijn en beloond worden. Zowel de prestaties als de beloning dienen dus herverdeeld te worden. Als er meer de nadruk wordt gelegd op het technische en interactieve aspect van de functie en als de verpleegkundige bovendien een volwaardige en zelfstandige functie krijgt binnen het multidisciplinaire

team, zal het beroep waarschijnlijk ook meer mannen aantrekken. Nu is men nog al te zeer hulpje van.

Verpleegkundigen zouden op een uitermate flexibele kinderopvang moeten kunnen rekenen. Gelukkig kunnen verpleegkundigen terugvallen op de privé-sector en de onthaalmoeders. Flexibele kinderopvang in de kinderdagverblijven wordt nu reeds in een aantal gevallen vergoed door het Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten (FCUD). Ook al werkt men momenteel aan een ministerieel besluit terzake, toch zal de ideale opvang organiseren wellicht nooit lukken, wegens onbetaalbaar. Wij hopen alleen op verbetering.

III.8 Uiteenzetting door de heer Frank Cuyt, algemeen directeur van het Vlaams Welzijnsverbond

De heer Frank Cuyt : In de kinderopvang vinden we het grootste aantal verpleegkundigen terug. Volgens Kind en Gezin zijn er in Vlaanderen 316 kinderdagverblijven waar 567 verpleegsters werken. Zij zijn samen goed voor 344 voltijdse equivalenten. In de 206 diensten voor opvanggezinnen werken 46 verpleegkundigen die goed zijn voor 28 voltijdse equivalenten. In de initiatieven voor buitenschoolse opvang werken wellicht geen verpleegkundigen. In de Vlaamse kinderopvang werken dus ongeveer 600 verpleegsters.

In 2001 nam de Vlaamse regering in de sector van de gesubsidieerde kinderdagverblijven maatregelen voor de subsidiering van een omvattende tewerkstellingstijd voor een sociaal-pedagogische en paramedische functie. De verpleegkundigen verloren dus hun specifieke norm. Kinderdagverblijven moeten weliswaar minimaal een halftijdse verpleegkundige in dienst hebben, maar beslissen zelf over de inzet van de verpleegkundige binnen de beschikbare tewerkstellingstijd. Op die manier kregen de kinderdagverblijven meer verantwoordelijkheid en ging men in op de vraag naar extra pedagogische ondersteuning van het kader, dat voornamelijk uit kinderverzorgsters bestaat. Kind en Gezin besloot dit jaar bovendien om ook A2-verpleegkundigen de kans te geven verpleegkundige te worden in de kinderdagverblijven. Wellicht wou men zo het schaarse aanbod verhogen.

We mogen er dus van uitgaan dat door deze twee maatregelen het aantal gegradueerde verpleegkundigen in de kinderdagverblijven zal verminderen. We maken ons daar zorgen over en hebben bezwa-

ren tegen de kwalificatieverlaging. De functie van verpleegkundige in een kinderdagverblijf en in een opvanggezin wordt meestal door één persoon uitgeoefend. Zij maken bovendien deel uit van een klein team dat uit voornamelijk kinderverzorgsters bestaat. Een dergelijke functie toevertrouwen aan een A2-verpleegkundige is niet vanzelfsprekend.

De verpleegkundige in een kinderdagverblijf vervult vaak een staffunctie. Naast preventieve medische begeleiding, moeten vaak curatieve en urgente medische handelingen uitgevoerd worden. Bovendien dient deze persoon nog eens de kinderverzorgsters te begeleiden. Ze is de eindverantwoordelijke die rapporteert aan de raad van bestuur. Ze voert dus ook administratieve en beleidsvoorbereidende taken uit. Een graduaatsopleiding en ervaring zijn dan ook wenselijk.

Een dienst voor opvanggezinnen wordt vaak door één persoon georganiseerd. Meestal is dat een sociaal verpleegkundige of een maatschappelijk werker, die in de meeste gevallen slechts deeltijds werkt. In de 206 diensten zijn immers maar 28 voltijdse equivalenten actief. Van deze mensen wordt dus een grote verantwoordelijkheid verwacht. Ze komen in contact met alle onthaalmoeders en alle gezinnen. Ze selecteren onthaalmoeders. Ze komen in contact met het OCMW. De lijst van taken is lang. Ten slotte verzorgen ze alle administratieve taken voor Kind en Gezin.

De sector van de gehandicaptenzorg is volgens het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH) goed voor 250 voltijdse equivalenten : 103 gebrevetteerde verpleegkundigen, 130 A1-verpleegkundigen en 16 sociaal verpleegkundigen. Het grote aantal gebrevetteerde verpleegkundigen valt onmiddellijk op.

De sector heeft het zeer moeilijk om verpleegkundigen te vinden. Vaak doet men in deze sector heel wat permanenties en heeft men een enorme verantwoordelijkheid. De sector heeft steeds meer te maken met bijkomende verzorgingsproblemen, zoals vergrijzing, meervoudige handicaps, grotere verzorgingsbehoefte. Er zijn heel wat rekruteringsproblemen in de gehandicaptenzorg.

Geen enkele interim wordt nog vervangen. Men vindt geen geïnteresseerde tijdelijke verpleegkundigen meer. De concurrentie met de sector van de gezondheidszorg is vrij groot : de lonen in deze laatste sector zijn heel wat hoger dan die in de welzijnssector. Daarenboven wordt de aantrekkingskracht niet gestimuleerd door de scholen tijdens de opleiding.

Het curriculum van de opleiding besteedt weinig aandacht aan de specifieke problemen van mensen met een handicap. Ook stages in de sector zijn grote uitzonderingen. Sommige studenten moeten zelf sterk aandringen om aan de slag te kunnen in instellingen voor gehandicaptenzorg. De school waardeert dat meestal niet omdat het te specialistisch en te specifiek is.

Een aantal verpleegkundige handelingen worden voorbehouden aan verpleegkundigen, zoals het toedienen van medicatie, het vervoeren van gehandicapten en courante verzorgingen. Momenteel voeren de opvoeders die taken allemaal uit. In de instellingen zijn er immers niet altijd voldoende verpleegkundigen aanwezig als men rekening houdt met de permanenties en het feit dat er zeven dagen op zeven moet worden gewerkt.

Opvoeders werken daardoor vaak op de rand van het KB dat de verpleegkundige handelingen in de ruimste zin voorbehoudt voor gediplomeerd verpleegkundigen. De vraag is of het statuut van de opvoeder en/of de verpleger niet moet worden aangepast. Als ervaren opvoeders kunnen bewijzen dat ze een bijkomende opleiding hebben genoten, kunnen ze evengoed verpleegkundige handelingen uitvoeren.

In de bijzondere jeugdzorg is de job momenteel niet meer subsidieerbaar. Er zijn nog slechts enkele verpleegkundigen in dienst. Men doet een beroep op ambulante verpleegkundige ondersteuning. In de 23 centra voor kindergzorg en gezinsondersteuning en in de 6 centra voor integrale gezinszorg zijn ongeveer 20 verpleegkundigen aan de slag.

Voorts geef ik nog een aantal algemene vaststellingen. Verpleegkundigen hebben over het algemeen een erg verantwoordelijke job in de welzijnsinstellingen. Vaak gaat het over eenmansfuncties in instellingen of diensten waar geen arts dagelijks of constant aanwezig is.

De verpleegkundige is lid van een multidisciplinair team met opvoeders, paramedici, medici, maatschappelijk werkers, kinderverzorgsters, psychologen en pedagogen. Dat ervaren heel wat verpleegkundigen in het begin vaak als vreemd, maar na een aantal jaren als een enorme bevestiging van hun taak. Voorts zijn er ernstige rekruteringsproblemen. Interim-functies kunnen niet worden ingevuld. De beloning ligt lager dan in de gezondheidssector. Er zijn nauwelijks of geen doorgroeimogelijkheden.

Ten slotte is de verpleegkundige een spilfiguur in het medisch-verpleegkundige werk waarbij de arts(en) vrij beperkt aanwezig zijn en vaak op consultbasis werken. De conclusie is dat de taak van verpleegkundige in de welzijnssector vaak een eenmansfunctie is met grote verantwoordelijkheden.

III.9 Bespreking

De heer Jan Van Duppen : De heer Bronselaer pleit voor een degelijkere en financieel beter gestructureerde vorm van zelfstandige thuisverpleging, maar hij vindt het ook belangrijk dat thuisverpleging ook door loontrekkenden uitgebouwd wordt.

De thuisverpleging is onderhevig aan een toenevende vraag en het beperkende aanbod. Gelet op de marktmechanismen zullen de zelfstandige verpleegkundigen daaruit het hoogste rendement halen in functie van de verdiensten. In Italië moet men 100 euro bijbetalen als men thuisverpleging wil krijgen. Als de marktmechanismen spelen, zullen organisaties met loontrekkende verpleegkundigen gevraagd worden voor complexe en minder rendabele taken terwijl zelfstandigen meer gevraagd zullen worden voor snelle interventies.

Sinds het betoog van de heer Hertogen hebben we voortdurend het omgekeerde gehoord. Ik zou graag een duidelijker antwoord krijgen op de vraag of er nu al dan niet een tekort aan verpleegkundigen is. De behoeften in de verschillende sectoren zijn anders en moeten variabel bespeeld worden om een maximaal rendement te behalen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : De heer Vaneerde wegh stelt dat men moet evolueren naar een meer specifieke opleiding psychiatrie, 50 procent algemeen en 50 procent specifiek, terwijl de huidige verhouding 80 procent algemeen is en 20 procent specifiek. Mevrouw De Sticker stelt daarentegen dat de opleiding vroedkunde momenteel te specifiek is. Ik heb wel wat vragen bij de 50/50-verhouding. Het blijft belangrijk om uit te gaan van zoveel mogelijk algemeen inzetbare verpleegkundigen.

Volgens de heer Hertogen werden verpleegkundigen er in het verleden in de thuisverpleegkunde bewust toe aangezet, en soms zelfs verplicht, om deeltijds te werken. Is dat juist ? Is de thuisverpleging een dienstgebonden sector ? Niet minder dan 63 procent van de thuisverzorgers werkt als zelfstandige. Leidt dit niet tot misbruiken, gezien de prestatiefinanciering ?

In de streek Mechelen-Turnhout hebben we onlangs een actie georganiseerd in de rusthuizen. Het grootste probleem bleek de financiering van het personeel te zijn. De heer Pauwels wil meer personeel. Ik begrijp hem volledig. Dat is echter toch niet haalbaar binnen de huidige financiering ?

Zou de heer Frank Cuyt me kunnen vertellen of er nu al dan niet een zorgtekort bestaat in de sector of niet ?

De heer Raf Bronselaer : Op het vlak van de selectie van de zorg bestaat er geen verschil tussen de profielen van de zelfstandige verpleegkundigen en de loontrekkenden. De cijfers van het Riziv tonen dat aan. Als het tekort aan verpleegkundigen zou toenemen, zouden er wel bepaalde misbruiken kunnen ontstaan.

We zijn zelf vragende partij voor een duidelijke regelgeving. In dit kader lijkt het aangewezen om af te stappen van prestatiefinanciering en over te schakelen naar meer forfaitaire vormen van financiering. Dat is enkel mogelijk als de juiste praktijken worden erkend en gesubsidieerd. Daartoe is er nood aan erkenning van groepspraktijken en samenwerkingverbanden.

De heer Jan Van Duppen : Is uw vraag naar forfaitisering niet in strijd met uw vurig pleidooi voor het zelfstandig statuut ?

De heer Raf Bronselaer : Niet noodzakelijk. Dankzij het zelfstandig statuut wordt een grotere flexibiliteit en inzetbaarheid mogelijk. Er wordt een grotere ondernemingsgeest mogelijk binnen de bedrijfsvoering. Forfaitaire financiering biedt zelfs bepaalde voordelen : de mogelijkheden voor inzetbaarheid worden erdoor verbeterd.

De heer Jan Van Duppen : Waarom pleit u dan voor het verder ondersteunen van de loontrekkenden ?

De heer Raf Bronselaer : Ik wil geen van beide statuten promoten. Niemand kan verwachten dat alle verpleegkundigen uiteindelijk onder eenzelfde statuut zullen vallen. De loontrekkenden hadden recht op de erkenning van diensten en op de bijkomende forfaitaire financiering van specifieke kosten.

Ik ben geen tegenstander van het statuut van loontrekkenden. Ik vraag alleen een rechtvaardige behandeling. De kwaliteitsnormering en kwaliteitszorg binnen de groepspraktijken moeten erkenning krijgen.

Mevrouw Ilse Gorissen : Het feit dat veel werknemers van het Wit-Gele Kruis deeltijds werken, heeft te maken met de zorgvraag. Chronisch zieken moeten meestal 's morgens en 's avonds verzorgd worden. Wanneer verpleegkundigen voltijds zouden werken in de thuissituatie, betekent dit dat zij hoofdzakelijk onderbroken dienen te werken. Constant onderbroken werken, zowel 's morgens als 's avonds is op termijn niet vol te houden. De zorgvraag, toch wel eigen aan de thuiszorg, is de belangrijkste reden voor het deeltijds werken van verpleegkundigen.

Een tweede reden is de combinatie met het gezin. Veel verpleegkundigen (hoofdzakelijk vrouwen) verkiezen de combinatie werk en gezin op elkaar af te stemmen. Hoe dan ook, het gezin blijft in onze maatschappij vooral de verantwoordelijkheid van de vrouw. Deeltijds werken is een mooie oplossing. Dit kan gaan van 20 uur per week, tot 24, 28 of 32 uur per week, afhankelijk van de eigen mogelijkheden van de verpleegkundige. In het verleden ondervonden we dat voltijdse contracten (38 uur per week) laten invullen door medewerkers van het Wit-Gele Kruis, niet zo vanzelfsprekend was. Soms waren er dus behoeften vanuit de dienst, maar geen kandidaten. We ondervonden om deze reden ook dat mensen hun job in het ziekenhuis opzegden om bij het Wit-Gele Kruis deeltijds te komen werken. Deeltijds werken is in ziekenhuizen immers niet altijd mogelijk. De dag van vandaag kiezen steeds meer schoolverlaters er wel voor om voltijds te werken. Om meer voltijds werken toe te laten, is er wel behoefte aan een reorganisatie.

De heer Jan Duppen : Waarom kiest u er in de thuiszorg voor om met loontrekkenden te werken ?

Mevrouw Virginie Huys : Binnen het socialistische ziekenfonds hebben sommige federaties ervoor gekozen om te werken met loontrekkenden ; andere federaties verkiezen zelfstandigen. Deze keuze heeft een historische verklaring.

De heer Leo Minnen : Bij ons werd bewust gekozen voor loontrekkenden met het oog op de integratie van de thuisverzorgingssector in het totale thuiszorgpakket. Door te werken met een eenvoudiger statuut van loontrekkenden, kan de sector beter worden gecontroleerd en bestuurd.

De heer Raf Bronselaer : Als er alleen solo-praktijken van zelfstandigen zouden bestaan, zou er inderdaad een coördinatieprobleem kunnen ontstaan. In de praktijk wordt echter vaak gewerkt

met groepspraktijken, die perfect dezelfde kwaliteit kunnen verlenen als diensten.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Zijn er inderdaad zware tekorten in de sector, of zijn de verhalen hierover overdreven ?

De heer Leo Minnen : Er zijn inderdaad tekorten in de sector. Het is een zwaar beroep. Er zijn wel een aantal maatregelen genomen om de uitoefening van het beroep aantrekkelijker te maken, zoals het tijdskrediet, de loopbaanonderbreking, het ploegenstelsel, het ouderschaps- en het zwangerschapsverlof. Toch is er geen mens meer te vinden om nog tijdelijke functies in te vullen. In een periode dat jongeren afstuderen, lukt dat nog net, in oktober of november helemaal niet meer.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Er was ook nog de vraag of we moeten evolueren naar een specifieke opleiding psychiatische verpleegkunde.

De heer Kris Vaneerdewegh : In een psychiatrisch centrum heeft men geen algemeen verpleegkundige nodig. Mensen die daar werken, moeten wel een basiskennis als algemeen verpleegkundige hebben maar moeten ook voldoende kennis hebben van specifieke aspecten van de psychiatrische verpleegkunde. Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn er heel wat specifieke problematieken die elk een eigen aanpak vragen en die een even ruime kennis vereisen dan deze van de somatische zorgverlening. Een 70/30-verhouding binnen de opleiding lijkt me zinvol. Het alternatief, een vierjarige opleiding tot verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg, is niet aanvaardbaar als de verloning niet wordt aangepast.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Er dreigt een overaanbod aan vroedvrouwen. Vragen zij een terugkeer naar een meer algemene opleiding ?

Mevrouw Chantal De Sticker : Vroeger was er een tweejarige opleiding tot verpleegkundige en één jaar specialisatie tot vroedvrouw. Omdat dat specialisatiejaar onvoldoende op het beroep voorbereidde, wilden vooral onderwijskringen een meer specifieke benadering. Het resultaat was een totale ommekeer : een specifieke driejarige opleiding tot vroedvrouw, zonder enige verpleegkundige basis. We willen niet terug naar het vroegere systeem maar we willen wel de link met de verpleegkunde opnieuw in de opleiding ingelast zien. Door de recente aanpassing van KB 78 krijgen vroedvrouwen

een zeer eng werkterrein. Daardoor kunnen ze bijna nergens meer terecht.

De heer Jan Van Duppen : Uit demografische gegevens blijkt dat er rond 2020 minstens 1 miljoen 85-plussers in ons land zware zorg zullen behoeven. De tekorten aan zorg opvangen door een gecontroleerde en gecontingenteerde immigratie kan slechts op korte termijn een oplossing bieden omdat de immigranten spoedig het demografisch patroon van hun nieuwe land aannemen. Over twintig tot dertig jaar zullen er dus nog eens 2 miljoen voltijdse equivalenten nodig zijn om de ouderlingen een waardige zorg aan te bieden. Dat kunnen we onmogelijk blijven volhouden. Ouderen zullen zelfstandig thuis moeten blijven of door hun omgeving opgenomen moeten worden, met een minimum aan professionele bijstand.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Deze discussie moet binnen het parlement gevoerd worden. Er is meer wetenschappelijk onderzoek nodig om het langetermijndenken te ondersteunen.

De volgende groep die we uitnodigen, de mensen die aan beleidsbeïnvloeding doen, kunnen ons misschien een aantal hints geven inzake het beleid op lange termijn.

IV. Beleidsbeïnvloeding

IV.1 Uiteenzetting door de heer Paul Cappelier, nationaal woordvoerder werkgroep verpleging en verzorging LBC-NVK

De heer Paul Cappelier : LBC-NVK heeft altijd een leidende rol gespeeld om het beroep van verpleegkundige en verzorgende aantrekkelijk te maken. Dankzij de 'witte woede' zijn de lonen van de verpleegkundigen er met een kwart op vooruitgegaan tussen 1989 en 1996. Dankzij onze strijd studeren 1.416 personeelsleden uit de non-profit voor verpleegkundige, met doorbetaling van hun loon. Via de sociale Maribel werden meer dan 5000 personeelsleden aangeworven in de ziekenhuizen om de arbeidsdruk te milderen en vooral de dienstverlening te verbeteren.

De lonen van de personeelsleden van rustoorden, rust- en verzorgingstehuizen en thuisverpleging zijn geharmoniseerd. Ook dat was een eis van uitsluitend LBC-NVK, die hiervoor maandenlang actie voerde met de steun van duizenden personeelsleden. Een groot deel van de 13,5 miljard

frank is hierin geïnvesteerd. Ook de eindeloopbaanregeling om de eventuele uitstroom van verplegend en verzorgend personeel tegen te gaan vanaf de leeftijd van 45 jaar werd door ons aangebracht.

Verpleegkundige (her)intreders worden vanaf de start begeleid. Hiervoor werd 1 voltijds equivalent per ziekenhuis gefinancierd. De twee opleidingen voor verpleegkunde zijn behouden. Als de beroepsorganisaties hun zin hadden gekregen, was het tekort aan verpleegkundigen maatschappelijk onoplosbaar geworden. De brugopleiding, waarbij een gebrevetteerde verpleegkundige zich kan omscholen tot gegradueerde verpleegkundige, werd gerealiseerd in het sociaal akkoord van maart 2000. Specialisatie-opleidingen voor verpleegkundigen worden aangemoedigd.

Als verpleegkundige ben ik trots om militant te kunnen zijn binnen een werknemersorganisatie die drie belangrijke stellingen steeds centraal stelt. Onder onze strijd voor een zorgzame samenleving wordt verstaan : opkomen voor degenen die in de steek gelaten zijn, onverzorgd zijn, zich angstig, eenzaam en soms onveilig voelen. Men kan bovendien geen goede gezondheidszorg uitbouwen op de onverzorgdheid van het personeel. Tot slot komen we op voor en willen we kansen bieden aan laaggeschoolden en allochtonen.

Onze vakbondsorganisatie is er de voorbije jaren in geslaagd om daadwerkelijk iets te verbeteren aan de loon- en arbeidsomstandigheden van de verpleegkundigen en verzorgenden. Alleen wij hebben problemen als instroom, uitstroom, personeelstekort en verloning aangekaart en publiek heel krachtig naar buiten gebracht. Wij hebben zowel inhoudelijk als tactisch in dit dossier de sterkste rol gespeeld. Dit ging niet ongemerkt voorbij. Ik verwijs maar naar het artikel van Herman Deleeck in De Gids op Maatschappelijk Gebied.

We komen op voor de belangen van onze patiënten en bewoners, en ook voor degenen die minder kansen krijgen binnen onze maatschappij. We wensen geen corporatistische vakbondsorganisatie te zijn. We willen een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid op ons nemen als sociale partner. We weten dat er vandaag nog heel wat kan verbeteren, zeker inzake de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige.

De federale ministers van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Arbeid gingen de verbintenis aan dit proces te begeleiden. Helaas werden enkele voor-

stellen, ook van ons, geblokkeerd in een begrotingsronde op de ministerraad van 11 juli 2001.

De vacatures van verpleegkundig personeel raken moeilijk tot helemaal niet ingevuld. Dat is niet omdat er verpleegkundigen en verzorgenden te weinig zijn. Neen, te weinig verpleegkundigen en verzorgenden wensen hun job voltijds uit te oefenen. Niet alleen is de combinatie met hun gezinsleven zwaar, sommigen stappen er ook uit omdat het beroep te weinig aantrekkelijk is geworden.

Door de vergrijzing zal de vraag naar opvang van bejaarden verder stijgen en zal de zorgzwaarte binnen de ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen en thuiszorg nog meer toenemen. Er zijn dan ook dringend maatregelen nodig.

Ik ga even in op een toekomstgericht beleid voor verpleegkundigen en verzorgenden in Vlaanderen. Door de akkoorden in het verleden hebben we wel degelijk oplossingen aangeboden binnen het sociaal overleg. Onze engagementen zijn essentieel, maar de weg is lang. Door mijn aanwezigheid hier als gewone verpleegkundige, voltijds aan het werk in een ziekenhuis, wordt het bewijs geleverd dat we met LBC vooral vanuit de basis een antwoord willen vinden op onze noden. We willen een luisterend oor zijn voor de duizenden verpleegkundigen en verzorgenden. We doen dit in overleg met de vele andere werknemers van de non-profitsector. Wij zijn immers sociaal geëngageerd, het zit in ons bloed als verpleegkundige. We zijn gewoon om in team te werken. Wij hebben hiervoor geen wetenschappelijk onderzoek nodig. Wij staan immers tussen onze mensen, praten en werken met onze mensen, patiënten en bewoners.

We zijn tevreden dat we hier werden uitgenodigd en hopen dat het daadwerkelijk een eerste stap mag zijn om het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker te maken. Wij willen alvast enkele raadgevingen meegeven. LBC heeft na ruim overleg met de basis en andere actoren ingezien dat het een kapitale vergissing zou zijn om de vierde graad af te schaffen. We namen dan ook het voortouw om minister Colla op andere ideeën te brengen en beide opleidingen te behouden. We slaagden erin de vierde graad te vrijwaren. Vandaag blijft ons standpunt duidelijk : voor ons moet de vierde graad behouden blijven. Iedereen, ook mensen met een lager opleidingsniveau, moet de kans krijgen verpleegkunde te studeren. Iedereen moet de kans krijgen zich te ontplooiën via de verschillende leertrajecten die vandaag worden aangeboden.

We vinden de naam ‘vierde graad van het secundair beroepsonderwijs’ wel negatief. Misschien moet het beleid nadenken over het statuut van deze opleiding en ze loskoppelen van het secundair beroepsonderwijs. Het gaat over 18-jarigen die niet meer schoolplichtig zijn. Het niveau ligt ook heel wat hoger dan in het beroepssecundair onderwijs. De toegang ertoe moet echter dezelfde blijven.

We realiseerden binnen het sociaal akkoord de mogelijkheid om aan 600 werknemers uit de sector een opleiding tot verpleegkundige aan te bieden van drie jaar, met behoud van loon. Hiervoor werd in een eerste fase geld gevonden via de saldi die beschikbaar zijn voor de niet-recurrente tewerkstelling in de fondsen van de sociale Maribel. Vorig jaar werd deze maatregel verlengd. Recent werd ook voor het komende schooljaar een budget gevonden. Voor de volgende jaren is het nog onduidelijk of er financiële middelen zullen worden gevonden.

Hierdoor is de instroom van verpleegkundigen wel gestabiliseerd. Het is opvallend dat er in Vlaanderen minder studenten verpleegkunde zijn dan in Wallonië. Het probleem van de instroom is dus vooral voelbaar in Vlaanderen. De Vlaamse overheid zou een financiële injectie kunnen geven om dit project te kunnen voortzetten of uit te breiden, als de instroom verder zou dalen.

De verpleegkundigen op de werkvloer leveren heel wat inspanningen om studenten te begeleiden via de stage mentoren op de verpleegafdelingen, al is hier heel wat verbetering mogelijk. De stage mentoren moeten het meestal stellen zonder enige vorm van begeleiding. Ze weten ook te weinig wat de studenten wordt aangeleerd en wat ze reeds kunnen of mogen doen tijdens hun stage. Er bestaat in de meeste instellingen geen overleg tussen de scholen en de stage mentoren. Integendeel, door de afbouw van personeel in sommige scholen wordt omwille van het dalend aantal studenten vooral bespaard op de stagebegeleiding. Ook stagedocenten komen ons dit vertellen.

Ze willen wel inspanningen leveren, maar hebben er niet de middelen of de tijd voor.

De studenten moeten het met steeds minder begeleidingsuren van de school doen.

Het gevaar bestaat dat men zo onvoldoende in staat zal zijn de nieuwe evoluties binnen de sector op te volgen en door te geven aan de studenten. Deze opmerkingen hoorden we ook al in een vorige hoorzitting met de heer Fons Smets. Zijn oproep

viel in dovemansoren, de toestand is er sindsdien alleen maar op achteruit gegaan. Het is een pijnlijke vaststelling dat heel wat studenten tijdens hun stage aan hun lot worden overgelaten, wat het imago van ons beroep geen goed doet. De afbouw van uren stagebegeleiding is onverantwoord in een tijd waar de zorg steeds complexer wordt.

De stage mentoren kunnen bovendien niet steeds aanwezig zijn op het ogenblik dat de studenten stage lopen. De hoge werkdruk laat het dikwijls niet toe om de begeleiding van studenten ter harte te nemen. Een aantal docenten heeft het hier moeilijk mee en compenseert dit door heel wat uren extra te presteren bovenop hun dagelijkse dagtaak. Ze weten echter dat dit niet vol te houden is.

Studenten zouden hun stageplaatsen ook moeten kunnen evalueren. Dikwijls worden ze gewoon gedropt op een afdeling. Ze worden in een ongeschikte rol geduwd, veelal door de hoge werkdruk en zijn enkel de goedkope hulpjes op de afdeling. Studenten zijn hier niet blind voor en sommigen krijgen via deze weg ook een negatief beeld van hun toekomstig beroep en haken af. Indien bepaalde stageplaatsen totaal geen meerwaarde bieden omdat de student niet wordt begeleid, zouden de studenten dit moeten kunnen melden via de school.

De school kan daar dan in de toekomst rekening mee houden.

Wij stellen dan ook voor om het overleg met stage mentoren en de scholen via de overheid op te leggen en er de nodige middelen voor uit te trekken. De opdracht voor begeleiding is normaal gezien een taak van de scholen, maar wordt nu grotendeels overgenomen door de stage mentoren. Stage mentoren zouden minimum twee dagen per jaar vorming moeten krijgen, georganiseerd door de scholen om de kloof tussen werkveld en scholen kleiner te maken. Ook hier kan Vlaanderen zijn verantwoordelijkheid opnemen en voorzien in een financiering voor vorming van deze verpleegkundige stage mentoren. Wij blijven echter ook van mening dat de scholen meer middelen moeten krijgen voor stagebegeleiding.

We betreuren dat we er niet in slaagden om verder te gaan in de brugopleidingen voor de gediplomeerd verpleegkundigen. Nu moet men ten minste vijf jaar beroepservaring kunnen voorleggen, voor men van start kan gaan met de brugopleiding. Graag hadden we hier een versoepeling gezien om gediplomeerd verpleegkundigen toch een aanbod aan te reiken om zich verder te bekwamen binnen

bepaalde modules. Deze modules zouden kunnen meetellen om een vrijstelling te krijgen bij de start met de eigenlijke brugopleiding na vijf jaar beroepservaring als verpleegkundige. We doen een oproep tot alle organisaties voor verpleegkundigen om ook deze groep van verpleegkundigen als volwaardige partners binnen het zorgverleningproces te aanzien. Het gaat om verpleegkundigen die een deskundige bijdrage leveren binnen de gezondheidszorg.

Zij blijken ook zeer trouw te zijn in hun job. Hierover is overleg nodig tussen de gemeenschappen en de federale overheid. Ook voor de ziekenhuis-assistenten zou men een brug kunnen uitbouwen binnen de vierde graad. Hopelijk kan hier in de toekomst ook vanuit Vlaanderen een impuls worden gegeven om het overleg te starten.

Als we de huidige brugopleiding A2-A1 evalueren, merken we dat er enorme verschillen bestaan tussen de scholen. Dit heeft waarschijnlijk met de autonomie van de hogescholen te maken. Over de theoretische opleiding horen we niet zoveel negatieve signalen. Scholen werken immers met een bijzonder gemotiveerde groep van verpleegkundigen die bereid zijn zich verder te ontplooiën. We zijn dan ook tevreden dat we met LBC in het verleden de brug daadwerkelijk op de politieke agenda konden plaatsen en erin slaagden dit te laten opnemen binnen het sociaal akkoord.

Reeds 1.896 verpleegkundigen werden ingeschreven in de brugopleiding, wat een succes is.

Studenten vertellen ons vaak dat er grote verschillen bestaan tussen de scholen met betrekking tot het geven van vrijstellingen voor opleidingen die men eerder volgde binnen de hogescholen en waarvan een erkend diploma of getuigschrift werd uitgereikt door de hogescholen en de Vlaamse Gemeenschap. Wij adviseren hier aan de hogescholen om via overleg in de Vlaamse Hogescholenraad tot uniforme afspraken te komen en rekening te houden met eerder gevolgde opleidingen.

Over de stages krijgen wij heel veel negatieve signalen van de studenten. Er wordt volgens hen te weinig rekening gehouden met de verworven competenties uit het verleden. Allen hebben reeds tien jaar beroepservaring. Als studenten liepen ze veel meer stage dan hun collega's-gegradueerden. Anderzijds volgden heel wat gebrevetteerde verpleegkundigen in het verleden erkende opleidingen aan hogescholen, waar ook heel wat stage-uren aan werden gekoppeld. Men vraagt om hiermee reke-

ning te houden en eventueel een vrijstelling te krijgen voor een deel van de stage-uren.

Anderzijds wordt er gevraagd naar de zin van de stages. Ze krijgen er geen begeleiding voor. Ze moeten er bovendien heel wat van hun vrije tijd en vakantiedagen in investeren zonder dat het een echte meerwaarde biedt. Voor de afdeling die deze verpleegkundige moet missen, is het een enorme belasting. Ze worden niet vervangen op de afdeling, dit terwijl men nu reeds te kampen heeft met tekorten. Wij vragen niet om de stage af te schaffen. We vinden het echter belangrijk rekening te houden met eerder verworven competenties en specialisatieopleidingen, maar vooral dient men oog te hebben voor de extra druk die op de schouders komt van de collega's die moeten inspringen.

Te veel uren stage biedt geen meerwaarde voor de student. Een korte stage kan wel nuttig zijn om kennis te maken met een dienst waar men niet gewoon is te werken en om bepaalde nieuwe technieken in te oefenen.

We willen scholen oproepen om creatiever te zijn in de organisatie van de specialisatieopleidingen. De gezondheidssector evolueert heel snel en verpleegkundigen zullen zich continu moeten bijscholen. Dit moet echter haalbaar blijven voor de verpleegkundigen. Het kan niet zijn dat bij iedere wending in hun loopbaan weer een volledig nieuwe specialisatieopleiding moet worden gevolgd. Wij vragen dan ook met aandrang om de specialisatieopleiding modulair te organiseren.

Ik zal dit even uitleggen met een voorbeeld. Een verpleegkundige volgt een specialisatieopleiding oncologie en werkt op een oncologische afdeling. Na enkele jaren beslist hij om op een palliatieve eenheid te gaan werken. Hiervoor dient hij een opleiding van palliatief verpleegkundige te volgen. Heel wat vakken zijn nochtans gemeenschappelijk. Via een modulair onderwijssysteem of het toekennen van reeds gevolgde studiepunten zou het mogelijk moeten zijn om nog een beperkte opleiding te volgen. Men zou bij de opleidingen ook rekening kunnen houden met het stelsel van educatief verlof om zo de combinatie arbeid en gezin makkelijker te maken.

Heel wat verpleegkundigen moeten om bijkomende opleidingen te volgen, heel veel inleveren binnen het gezin. Ze werken één op twee weekends, draaien vroegdiensten, avonddiensten, onderbroken diensten, nachtdiensten en feestdagen. Een opleiding daarbovenop zorgt ervoor dat ze hieraan ook nog eens hun recuperatiedagen en vakantieda-

gen moeten spenderen. Het gezinsleven wordt danig ontwricht. Niet alleen het gezinsleven lijdt eronder, maar het belast ook hun collega's die moeten inspringen en die al overbevraagd zijn op hun afdeling.

Hoe kan Vlaanderen voor een ruimere instroom van studenten in de scholen zorgen? Ten eerste willen we stellen dat indien de opleiding voor verpleegkundigen en de instroom van verpleegkundigen in Vlaanderen werkelijk een knelpunt blijft, men de opleiding goedkoper of gratis zou kunnen maken.

Ten tweede moeten studenten heel wat onkosten maken voor stages, bijvoorbeeld verplaatsingskosten, overnachtingen, parkeren, maaltijden, werk-kledij. Voor geneesheren die stage lopen, is dit meestal gratis. Waarom niet in een minimale tegemoetkoming voorzien voor verpleegkundige studenten die stage doen?

Als derde punt willen we meegeven dat men in de scholen al eerder campagne moet voeren dan voor 18-jarigen. Velen hebben dan immers al lang hun keuze gemaakt. In Vlaanderen zou men een campagne kunnen ondersteunen waarbij verpleegkundigen die nog echt actief zijn op de werkvloer, in de scholen komen getuigen over hun beroep. Hierbij moeten studenten reeds vroeger in het middelbaar onderwijs worden opgezocht. Een campagne van ongeveer 1 miljoen euro met spotjes op televisie heeft volgens ons niet veel zin. Laat de mensen op het veld zelf hun verhaal vertellen aan jonge studenten voor ze een definitieve keuze maken.

We pleiten ook voor meer controle op de werkomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. Tijdens het sociaal overleg op federaal niveau in 2000 had men het over de bescherming van de non-profitwerkers. Door het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden wordt hun bescherming veel meer uitgehold dan bij andere werknemers in de gezondheidssectoren, waarvan de meeste op meer regelmatige uren werken. De arbeidswetgeving binnen de gezondheidssector wordt niet gerespecteerd en in heel wat instellingen voelen de verpleegkundigen en verzorgenden zich vogelvrij verklaard.

De Europese richtlijnen van 23 november 1993 worden niet toegepast. Bij het opmaken van uurroosters wordt geen rekening gehouden met gezondheidsprincipes. Door het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden overtreedt men de arbeidswetgeving steeds meer. Dat gaat ten koste van de gezondheid van verpleegkundigen en verzor-

genden. De arbeidsomstandigheden schaden het imago en de aantrekkelijkheid van ons beroep. Dit is volgens ons een van de belangrijkste redenen waarom verpleegkundigen uit het beroep stappen of minder werken.

De regel van dagelijkse rust wordt bijvoorbeeld voortdurend overtreden. Heel wat verpleegkundigen hebben geen elf uur pauze tussen de diensten en werken meer dan 10 dagen na elkaar met de meest uiteenlopende dienstroosters. Deze roosters worden daarbij voortdurend gewijzigd door ziektes en afwezigheden van collega's. Het gezinsleven moet steeds opnieuw worden herschikt in functie van de onregelmatige werkuren. Nogal wat diensten van de perifere ziekenhuizen werken soms onder de wettelijke normen. Deze diensten worden niet gesloten, maar verpleegkundigen moeten blijven doorwerken en de druk op het personeel wordt almaar opgevoerd.

In de thuiszorg kan regelmatige en continue hulpverlening door personeelstekort vaak niet meer verzekerd worden. Verpleegkundigen kunnen hun vrije dagen moeilijk plannen en kunnen vaak zelf niet kiezen wanneer ze met vakantie gaan. Het begrip arbeidsduur, zijnde de tijd dat het personeel ter beschikking is van de werkgever, wordt op alle mogelijke manieren omzeild en overtreden. In bepaalde instellingen werkt men met slapende waken, thuiswachten, wachtdiensten. Verpleegkundigen moeten dan beschikbaar zijn, maar dat wordt niet beschouwd als arbeidstijd. Ik verwijs als voorbeeld naar de operatieverpleegkundigen.

De overheid moet ook meer controle uitoefenen op de regels voor het belasten van de rug. De ergonomische aanpak laat veelal te wensen over. De EG-richtlijn, omgezet in het KB manueel hanteren van lasten, wordt veelal onvoldoende toegepast. Reeds meermaals heeft het LBC hiervoor acties gevoerd.

Ook de moederschapsbescherming wordt vaak uitgehold. Men past de regeling aan aan het tekort van verpleegkundigen waardoor die langer moeten blijven werken als ze zwanger zijn. Zo lopen zij grotere risico's. Door de nieuwe medische evoluties en de zwaardere pathologie met de dubbele vergrijzing nemen de gevaren toe op vlak van ergonomie, infecties, chemische agentia, chemotherapie, ioniserende stralen en agressie.

Die problemen kunnen besproken worden op het sociale overleg van de instellingen. In de kleine gezondheidsinstellingen heeft men dikwijls geen sociaal overleg en zijn de overtredingen van de ar-

beidswetgeving en -bescherming nog groter. Verpleegkundigen hebben heel dikwijls de tijd niet meer om aan het sociaal overleg deel te nemen. Door de werkgever wordt vaak overmacht ingeroepen door onderbezetting op een afdeling. Anderzijds moeten hun collega's nog maar eens opdraaien indien ze afwezig zijn ; ze worden immers niet vervangen bij vorming en overlegmomenten.

Zowel de regelgeving als de arbeidsinspectie zijn federale bevoegdheden. Vlaanderen kan inspecteurs op pad sturen om wantoestanden op te sporen. Het ministerie van Arbeid en Tewerkstelling zou onaangekondigde inspecties moeten organiseren. Zo kan Vlaanderen een belangrijke bijdrage leveren om de situatie van 'on-verzorgdheid' van de verpleegkundigen te verbeteren.

LBC pleit reeds jaren voor het inzetten van zorgkundigen in de ouderenzorg, in de thuiszorg en in beperkte mate ook in de ziekenhuizen. Ik verwijs naar onze nota daaromtrent.

Door de fusies kampen tal van ziekenhuizen met financieringsproblemen. Men houdt bij de subsidiëring wel rekening met het aantal bedden, maar niet met het feit dat ziekenhuizen op verschillende campussen gevestigd zijn en daardoor extra kosten hebben. Zij hebben bijvoorbeeld twee spoedgevallendiensten en intensieve diensten, maar krijgen maar subsidies voor één dienst. Ze krijgen ook geen financiële tegemoetkoming voor het transport tussen beide vestigingsplaatsen. Er zijn dus dubbele medische kosten, onderhoudskosten, algemene kosten, enzovoort. Die ziekenhuizen moeten dus besparen en verhalen de meerkosten onder meer op het personeel. Ik verwijs daarvoor naar het voorbeeld van Ieper.

We vragen aan de Vlaamse overheid om de mogelijkheid te onderzoeken om overbruggingskredieten toe te staan aan ziekenhuizen die wachten op financiële middelen om een nieuwbouw op te richten. Deze procedure kan jaren aanslepen waardoor ziekenhuizen binnen hun begroting in de problemen komen. Nu moet men immers verpleegkundigen inzetten op afdelingen waarvoor men niet wordt gefinancierd, terwijl deze verpleegkundigen broodnodig zijn op de andere afdelingen. Binnen de nota motiveer ik waarom Volksgezondheid beter een Vlaamse bevoegdheid zou worden.

Een grotere uitdaging in Vlaanderen is echter een eigen Vlaams beleid te voeren voor verpleegkundigen en verzorgenden. Het is aan jullie, het Vlaams Parlement, om deze uitdaging te durven aangaan,

hierover het sociaal overleg met ons op te starten en te zoeken wat de mogelijkheden zijn.

Met de sociale partners zijn we tot een akkoord gekomen om een functieclassificatie op te maken voor de non-profit. Deze moet uiterlijk 30 mei 2004 klaar zijn. Het is een project dat gefinancierd wordt door het Sociaal Fonds voor Privé-Ziekenhuizen. Deze nieuwe functieclassificatie zal tot gevolg hebben dat het loonvolume voor bepaalde beroepscategorieën kan stijgen. LBC-NVK zal u bij de aanvang van 2004 uitdagen om ook in deze een eigen Vlaams beleid te voeren.

De huidige coalities stellen alles in het werk om de vakbonden te neutraliseren. Wij zullen onze eisen echter blijven herhalen. En herinner u dan we stoppen niet tot we hebben wat we willen.

IV.2 Uiteenzetting door de heer Michel Foulon, voorzitter van de Nationale Raad voor Verpleegkunde

De heer Michel Foulon : Ik vertegenwoordig de Nationale Raad voor Verpleegkunde, half jaren zeventig opgericht voor beleidsparticipatie en -beïnvloeding, maar ook de beroepsorganisatie Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV).

Ik wil de opmerkingen over beroepsuitoefening, bevoegdheden, opleiding en vorming niet herhalen. Ik benadruk de vraag van de beroepswereld naar een coherentere visie over de regeerperiodes heen. De Vlaamse en federale overheid hebben al heel wat positieve initiatieven genomen. Toch wachten nog heel wat maatregelen op uitvoering, bijvoorbeeld de nota 'Zorg voor zorgpersoneel', die om budgettaire redenen werd ingehouden. Een aantal aspecten vinden we terug in het voorstel van resolutie.

Ik zal de participatie en beïnvloeding van verpleegkundigen in de federale en regionale beleidsvorming situeren en toelichten. De professionalisering van de verpleegkunde is geen goed af te bakenen proces met een eenduidig eindpunt, maar een voortdurende interactie tussen beroepen met als gevolg een telkens terugkerend proces van aanpassingen aan externe veranderingen en nieuwe onderlinge verhoudingen.

Tijdens dat proces is onze beroepsgroep verwikkeld in een voortdurende strijd om de zeggenschap van het eigen beroep. De context speelt een be-

langrijke rol bij deze strijd. De heer Abott deelde de context in in drie verschillende delen : de publieke arena, de regelgevende arena en de arena van de werkplek.

De publieke arena bestaat uit de mening van de samenleving en de media. Hoe meer het publieksbeeld het ideaaltypische beeld van een professie benadert, hoe meer rechten dat beroep kan opeisen. Ook kan meer druk op de regelgevende arena worden uitgeoefend om het beroep te beschermen en te privilegiëren.

De regelgevende arena is de wet- en regelgeving over het beroep. De regelgevende arena kan het publieksbeeld van een professie bevestigen door formele erkenning, bijvoorbeeld door de titels te beschermen. In de arena van de werkplek wordt deze formele erkenning van zeggenschap vertaald in claims om bepaalde werkzaamheden te verrichten en om supervisie en controle uit te oefenen.

Ik zal mijn betoog toespitsten op de arena van de interne besturing en de regelgevende arena. De positie in de regelgevende arena hangt nauw samen met de participatie van de verpleegkundigen in de federale en regionale beleidsvorming. Op de werkplek kan een beroepsgroep zijn positie verbeteren door een plaats hoger in de lijnstructuur te betreden. Een beroepsgroep kan de positie in de regelgevende arena versterken door meer invloed te krijgen op de beleidsvorming. Een veelgebruikt meetinstrument voor participatie is de participatieladder. Hoe hoger op de ladder, hoe meer invloed op het beleid.

De eerste vorm van participatie in de beleidsvorming op de treden van de participatieladder is meeweten : de beleidsvormen stellen de participanten, meestal achteraf, in de gelegenheid om kennis te nemen van een bepaalde materie of beslissing, door voorlichting of informatieverschaffing. De andere treden zijn : meedenken, meepraten, adviseren en meebeslissen. De vierde stap, adviseren, is een essentiële stap en in praktijk de hoogst haalbare trede op de participatieladder. Participatie houdt een goede organisatie in van de verpleegkundigen. Onder meer beroepsorganisaties dragen bij tot een vlottere organisatie van een complexe en boeiende professie. Het vergt veel inspanning, vaak vrijwillig, om op een adequate wijze in te spelen op de continu evoluerende verwachtingen van de beroepsbeoefenaars en van de samenleving.

Beroepsorganisaties trachten onder meer macht en beleidsimpact te verwerven om hun ideaal na te streven. Invloed op het overheidsbeleid wordt dus

bepaald door interne en externe factoren. In de mate dat de overheid en de samenleving belang hechten aan de belangen waarvoor onder meer de beroepsorganisaties opkomen, zullen deze organisaties impact hebben op het beleid.

In België zijn er verschillende beroepsorganisaties voor verpleegkundigen. Om de professionele samenwerking te versterken, werd in 1952 de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België opgericht (AUVB). De AUVB is een overkoepelend orgaan waar vijf beroepsorganisaties elkaar ontmoeten en los van overtuigingen of communautaire verschillen, streven naar een bundeling van krachten en gemeenschappelijke standpunten om het verpleegkundige beroep te duiden. In mijn tekst vindt u voorbeelden van deze samenwerking, alsook de namen van de vijf beroepsorganisaties.

Voor verpleegkundigen is inspraak op federaal beleidsniveau mogelijk door een engagement binnen de beroepsorganisaties. Deze organisaties vaardigen verpleegkundigen af in de verschillende officiële raden en commissies.

Op dit ogenblik participeren verpleegkundigen aan het overheidsbeleid in de Nationale Raad voor Verpleegkunde, in de Technische Commissie voor Verpleegkunde, in de provinciale geneeskundige commissies, in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, in de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens inzake de medische activiteiten, binnen de verschillende raden van het Riziv, in de Nationale Raad voor Vroedvrouwen, in de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen en in het Federale Borstvoedingscomité.

Deze raden en commissies hebben ook invloed gehad in de Rondetafelconferentie voor verpleegkundigen en vroedvrouwen, in het sociaal akkoord en in de nota Zorg voor zorgpersoneel.

Een aantal andere voorstellen ter versterking van het overleg met verpleegkundigen werd echter nog niet gerealiseerd. Ik noem er een paar : een basisfinanciering van de werking van de beroepsorganisaties via de verpleegdagprijs, een verplichte registratie van verpleegkundigen in een federale gegevensbank, de oprichting van een verpleegkundig departement binnen het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu en ten slotte de inspraak in de instellingen. Voor dat laatste denken we aan een overlegstructuur voor de dagelijkse organisatie van het werk, het betrekken van het hoofd van het verpleegkundig departement bij het dagelijks bestuur van de instelling en de verster-

king van de vertegenwoordiging in de ethische commissies.

De adviesmogelijkheden op federaal niveau naar de gemeenschappen werden geregeld op basis van het KB 78 m.n. de wet op de gezondheidszorgberoepen. Daarin staat dat de Nationale Raad voor Verpleegkunde advies kan verstrekken aan de overheden van de gemeenschappen die bevoegd zijn voor onderwijs en dit op hun verzoek of op eigen initiatief. Deze adviezen kunnen betrekking hebben op alles wat verband houdt met de opleiding van de beoefenaars van de verpleegkunde.

De verpleegkundigen participeren echter niet op een gestructureerde manier in het Vlaamse gezondheids- en welzijnsbeleid. Er is wel informeel overleg. Verpleegkundige beroepsorganisaties worden sporadisch uitgenodigd om advies te verlenen aan werkzaamheden van onder meer de Vlaamse Onderwijsraad, de inspectie, de SERV en de VDAB.

Met het oog op de verdere federalisering heeft de AUVB op het einde van de jaren '80 een Vlaamse afdeling opgericht. Deze groepeerde sinds 1999 naast de twee traditionele beroepsorganisaties een tiental gespecialiseerde beroepsverenigingen. Deze Vlaamse afdeling wil voor de Vlaamse overheid een officieel aanspreekpunt zijn. In mijn tekst heb ik de twaalf organisaties opgesomd die aangesloten zijn bij deze Vlaamse afdeling. De aangesloten leden voeren op dit ogenblik gesprekken om in de toekomst uit te groeien tot één nieuwe Vlaamse koepel voor verpleegkundigen.

Ten slotte wens ik te benadrukken dat verpleegkunde in deze tijd meer is dan een verzameling van taken die iedereen op een aanvaardbare wijze kan uitvoeren mits een beetje opleiding. Verplegen vereist uiteraard technische vaardigheden en een begripvolle benadering, maar het is ook een intellectuele, emotionele en morele activiteit. Bovendien is het meer dan ooit een beleidsactiviteit, want het heeft te maken met de toewijzing van schaarse middelen in situaties waarin de vraag groter kan zijn dan het aanbod. Daarom moeten de verpleegkundigen worden aangemoedigd zich te organiseren. De overheid kan dat financieel ondersteunen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Ik dank de heer Foulon voor zijn tekst die een goede afsluiting vormt voor deze dag.

IV.3 Bespreking

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : De heer Foulon zegt dat de verpleegkundigen op Vlaams niveau niet betrokken zijn bij gestructureerd overleg. Zou een vertegenwoordiging binnen de Vlaamse Gezondheidsraad opportuun zijn ? Verpleegkundigen kunnen daar immers op verschillende domeinen een belangrijke inbreng hebben.

De heer Michel Foulon : Op dit ogenblik zijn we vooral betrokken bij de federale aangelegenheden.

Binnen de Vlaamse Gezondheidsraad zijn één of twee verpleegkundigen actief, maar er is geen gestructureerd overleg. De leden van de Vlaamse Gezondheidsraad zijn eerder individuen die worden uitgenodigd op basis van hun deskundigheid. In de raden die werden afgeschaft, was er wel een structurele betrokkenheid van de verpleegkundige sector. Dat hangt ook samen met de verdere federalisering van de geneeskunde.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Zelfs met de huidige bevoegdheidsverdeling kan een structurele betrokkenheid nuttig zijn.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, waarnemend voorzitter : Het voorstel van resolutie dateert van het einde van 2000. Het parlement moet de verdere discussie voeren, gevoed door deze studiedag, en eventueel het voorstel van resolutie aanpassen in functie van opmerkingen die vandaag zijn gemaakt.

Ik dank alle sprekers voor hun inbreng. Zij hebben vandaag allen aan beleidsbeïnvloeding gedaan.

De verslaggever,

Waarnemend voorzitter,

Jan
VAN DUPPEN

Riet
VAN CLEUVENBERGEN

BIJLAGE

HOORZITTING

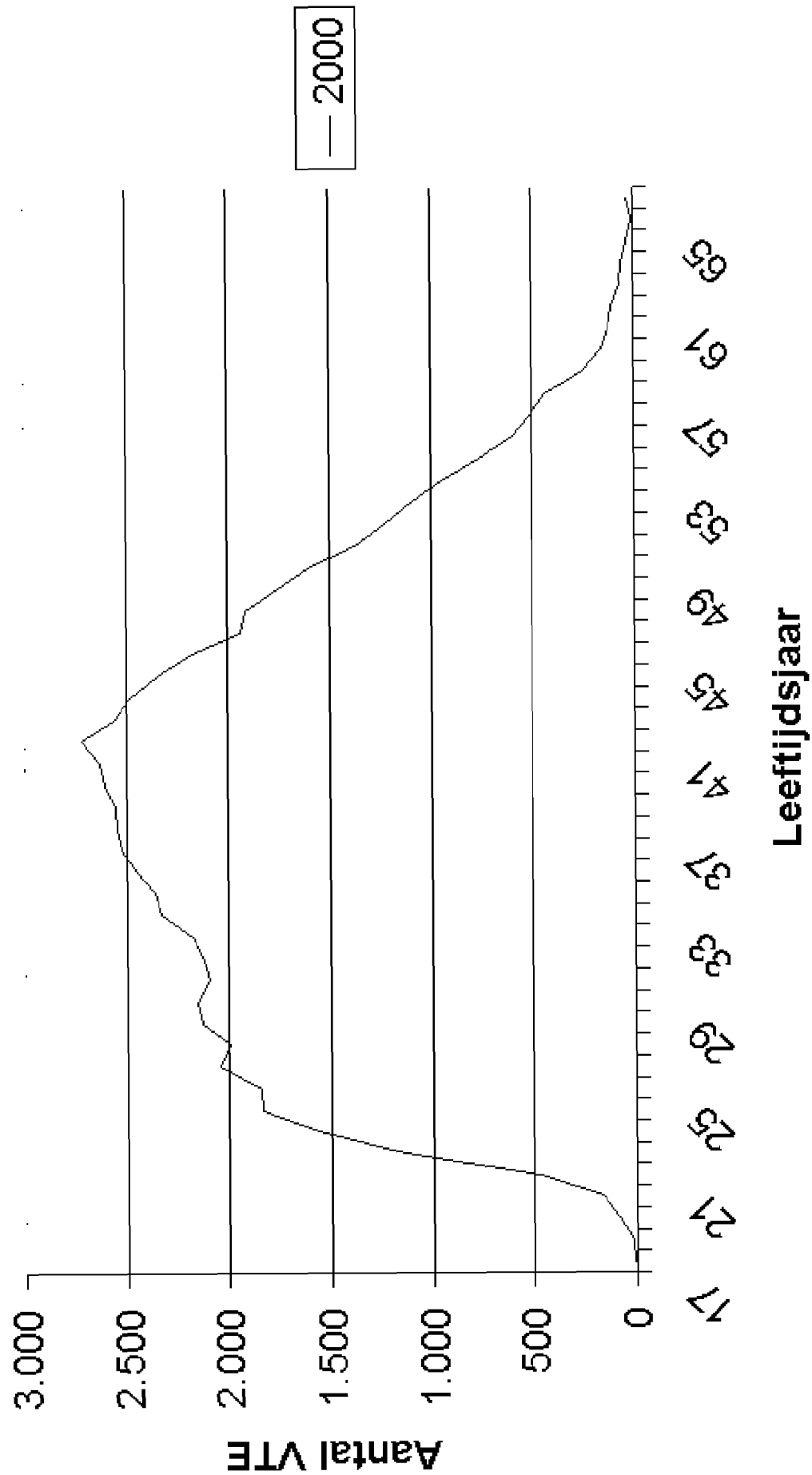
Vlaams Parlement
donderdag 16 mei 2002

Toekomstgericht beleid verpleegkunde

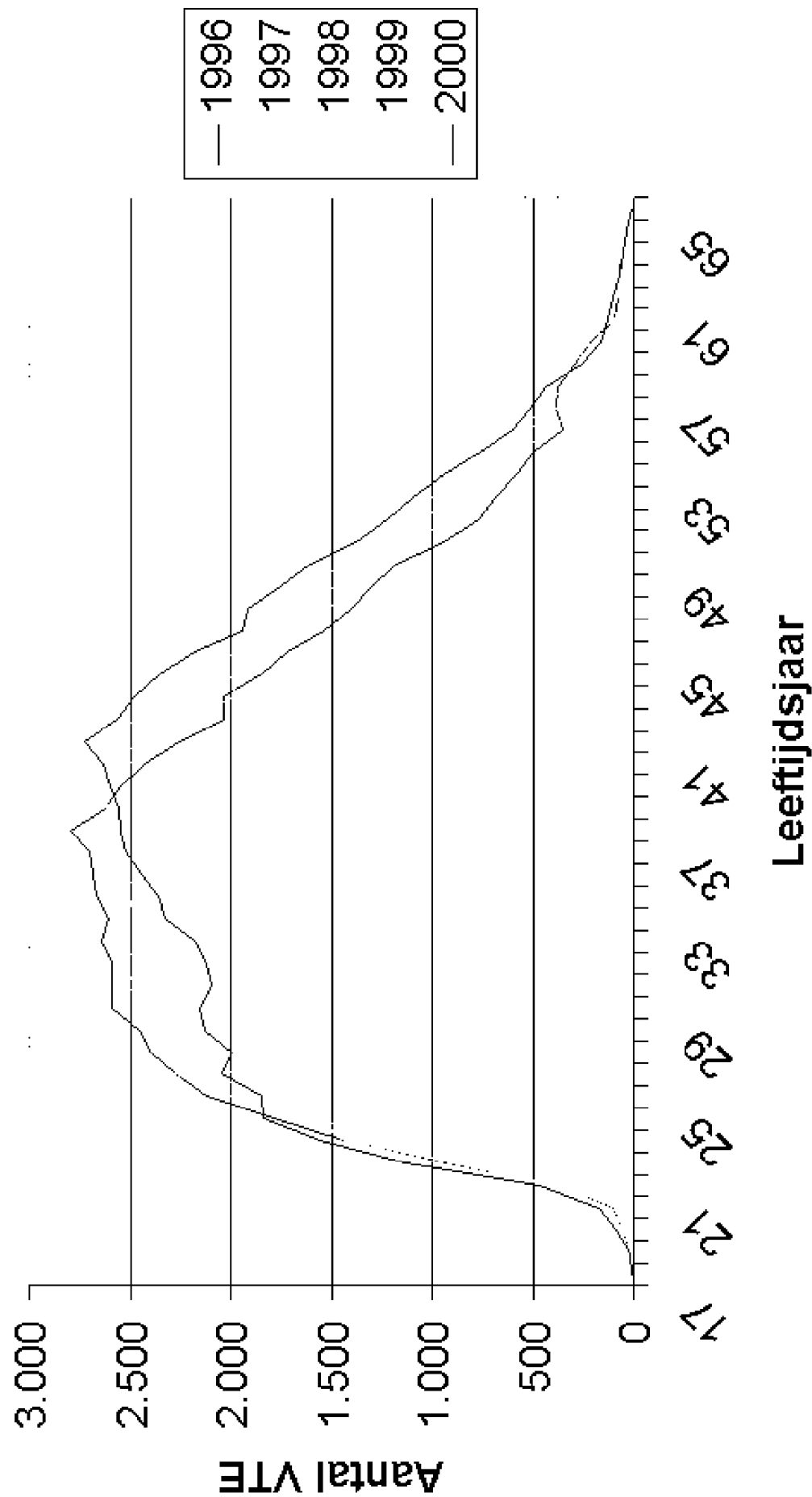
Jan Hertogen
StudieEenheid LBC-NVK in Vesofa (SELV)

Wetenschappelijk onderzoek

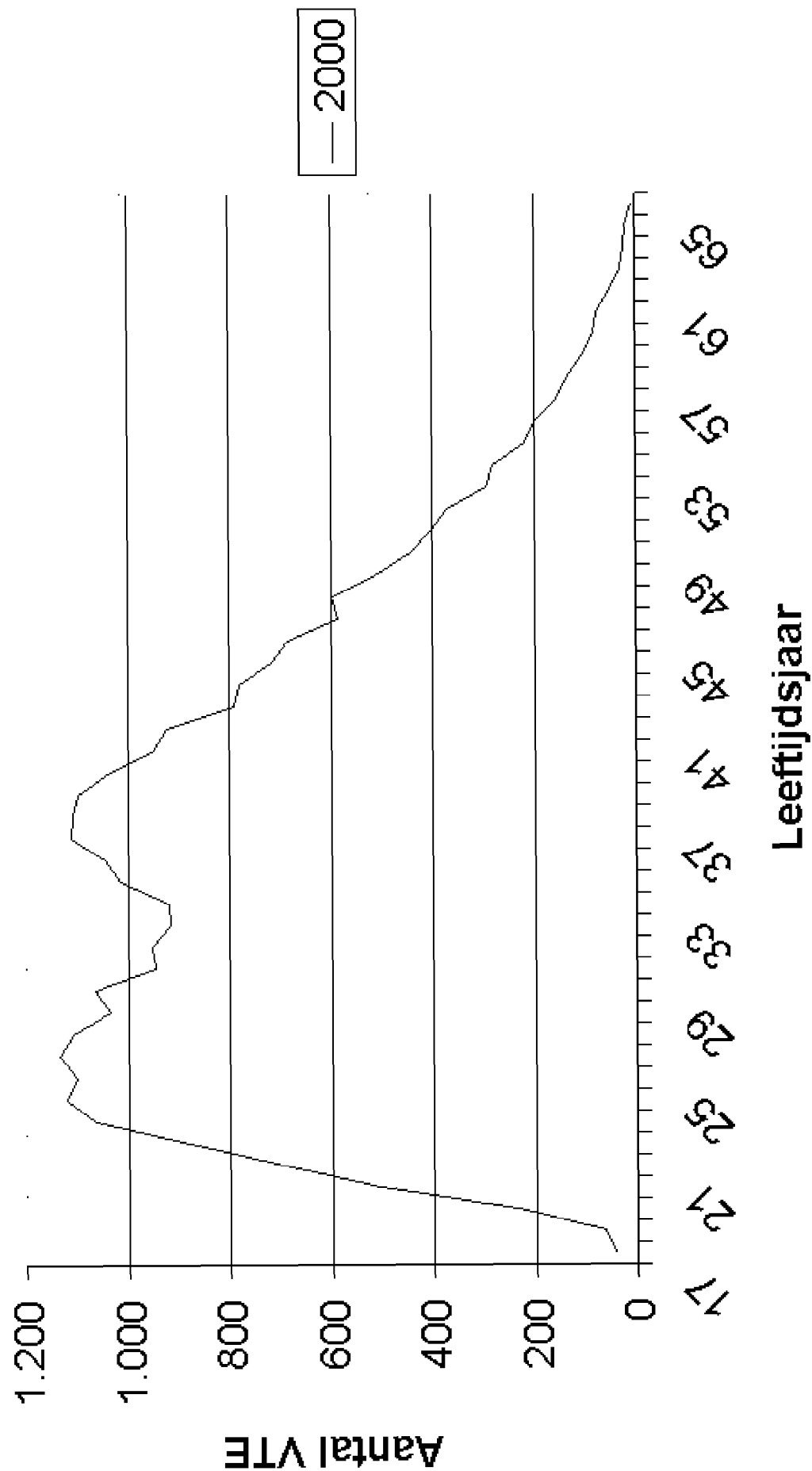
Leeftijdverdeling Ziekenhuizen VTE - 2000



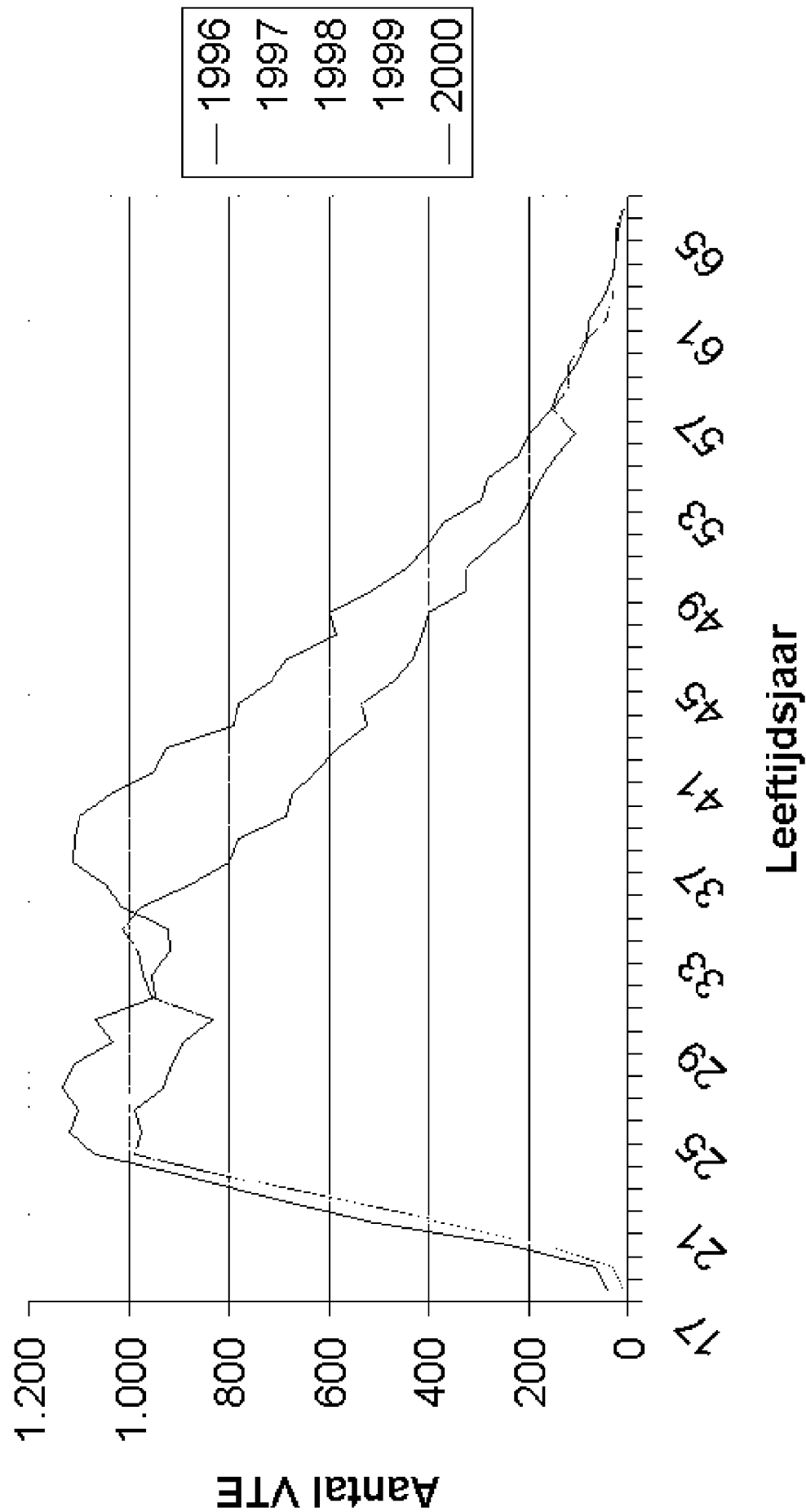
Leeftijdsverdeling Ziekenhuizen VTE 1996-2000



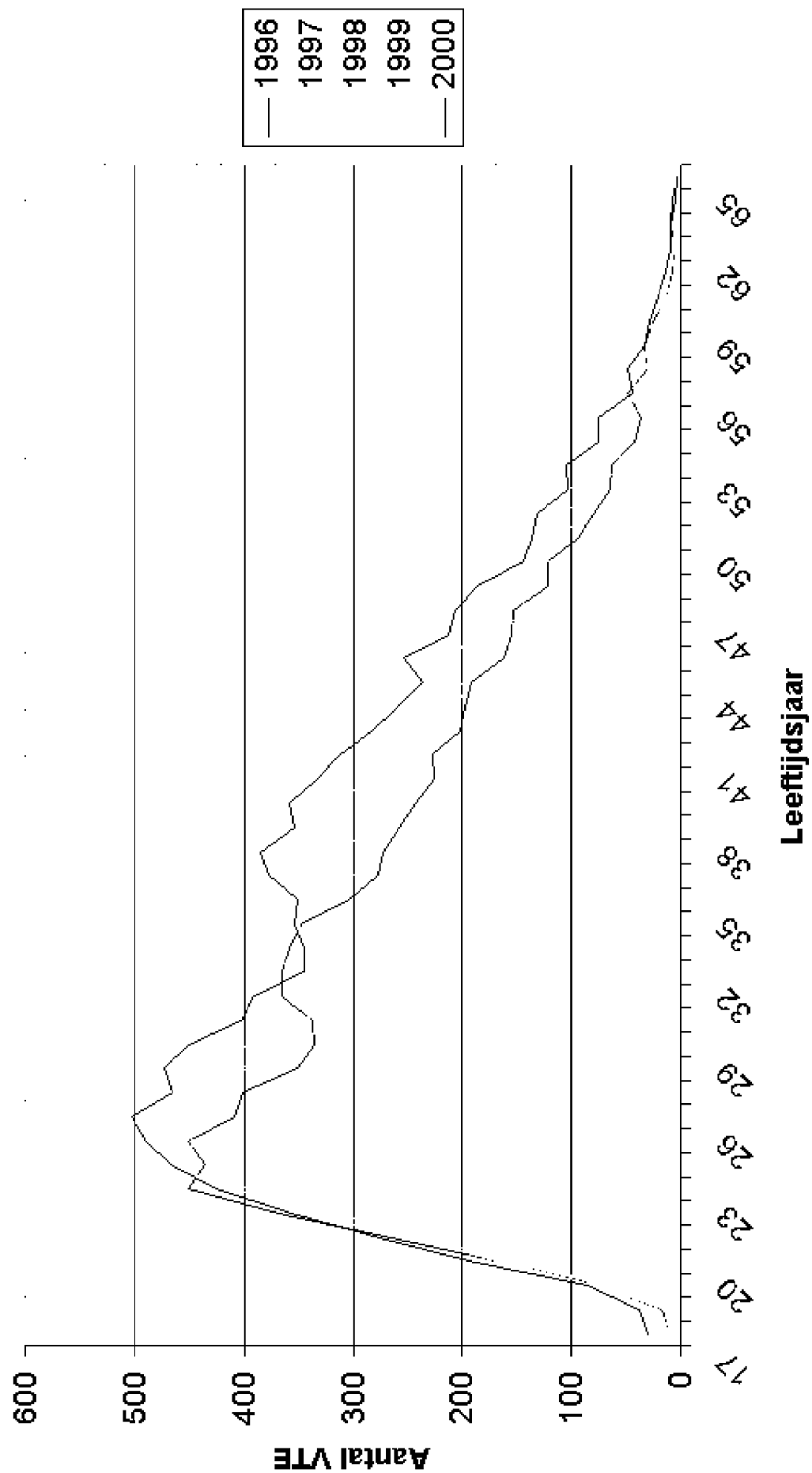
Leeftijdverdeling private Rusthuizen 2000



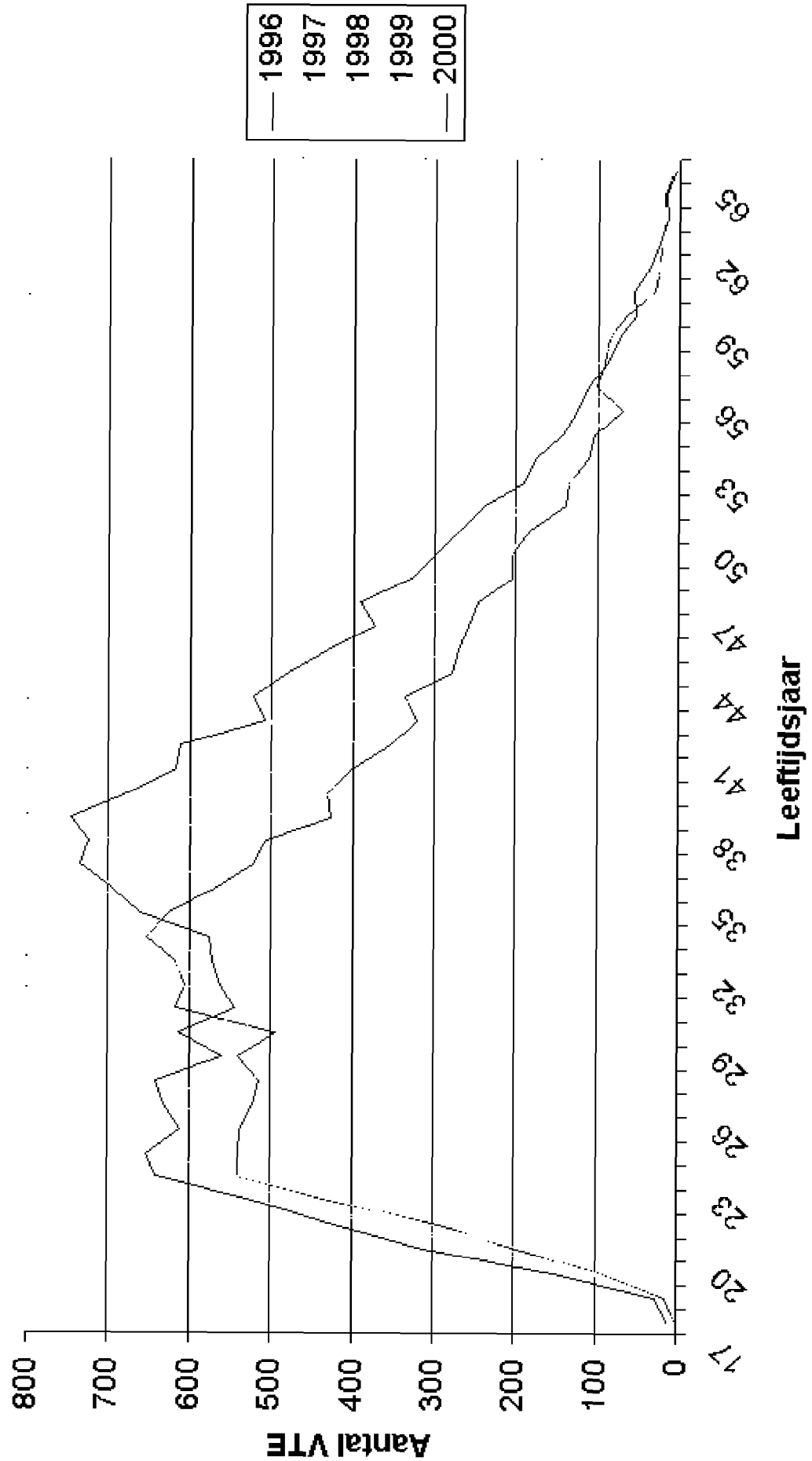
Leeftijdsverdeling Private Rusthuizen 1996-2000



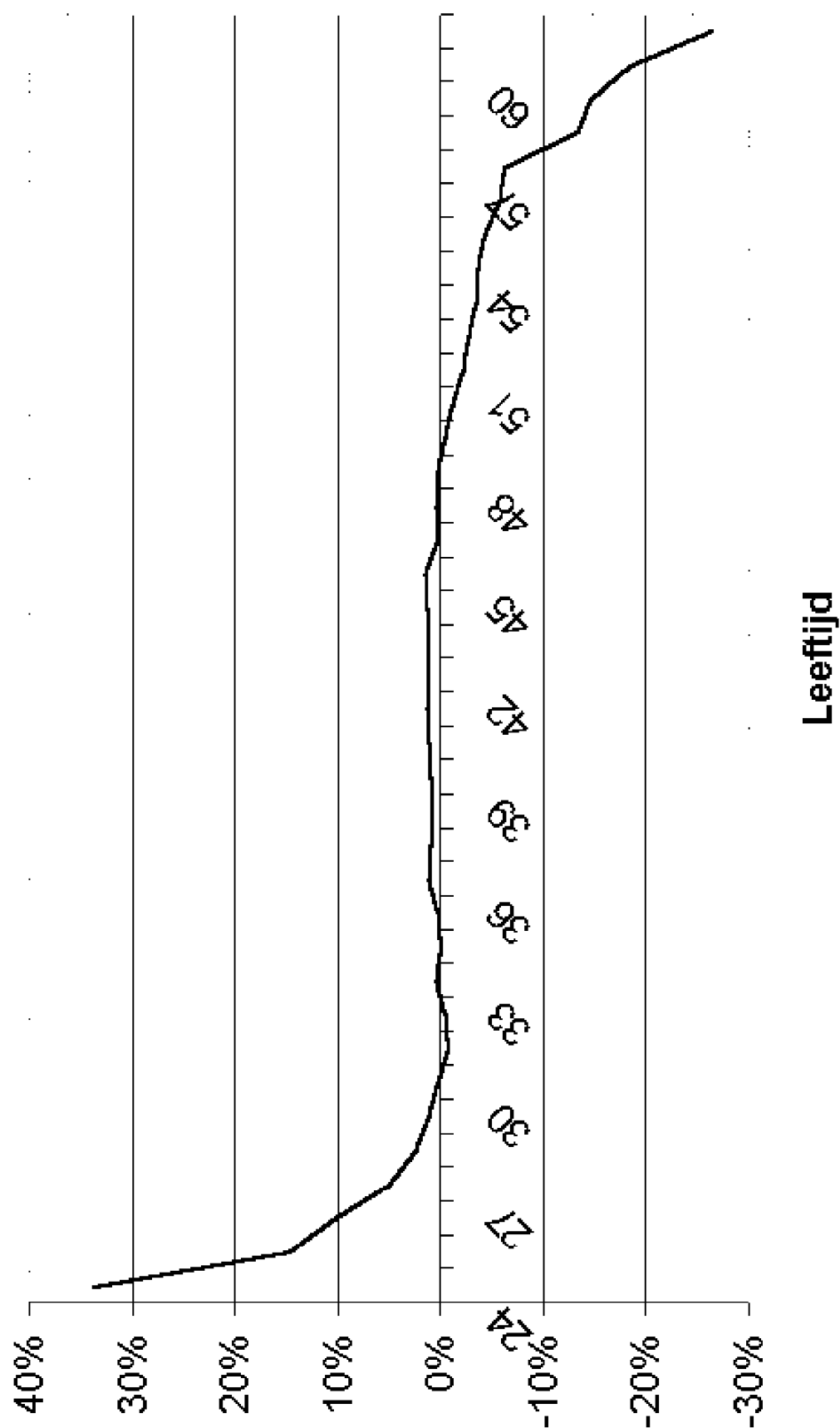
Leeftijdsverdeling Commerciële rusthuizen 1996-2000



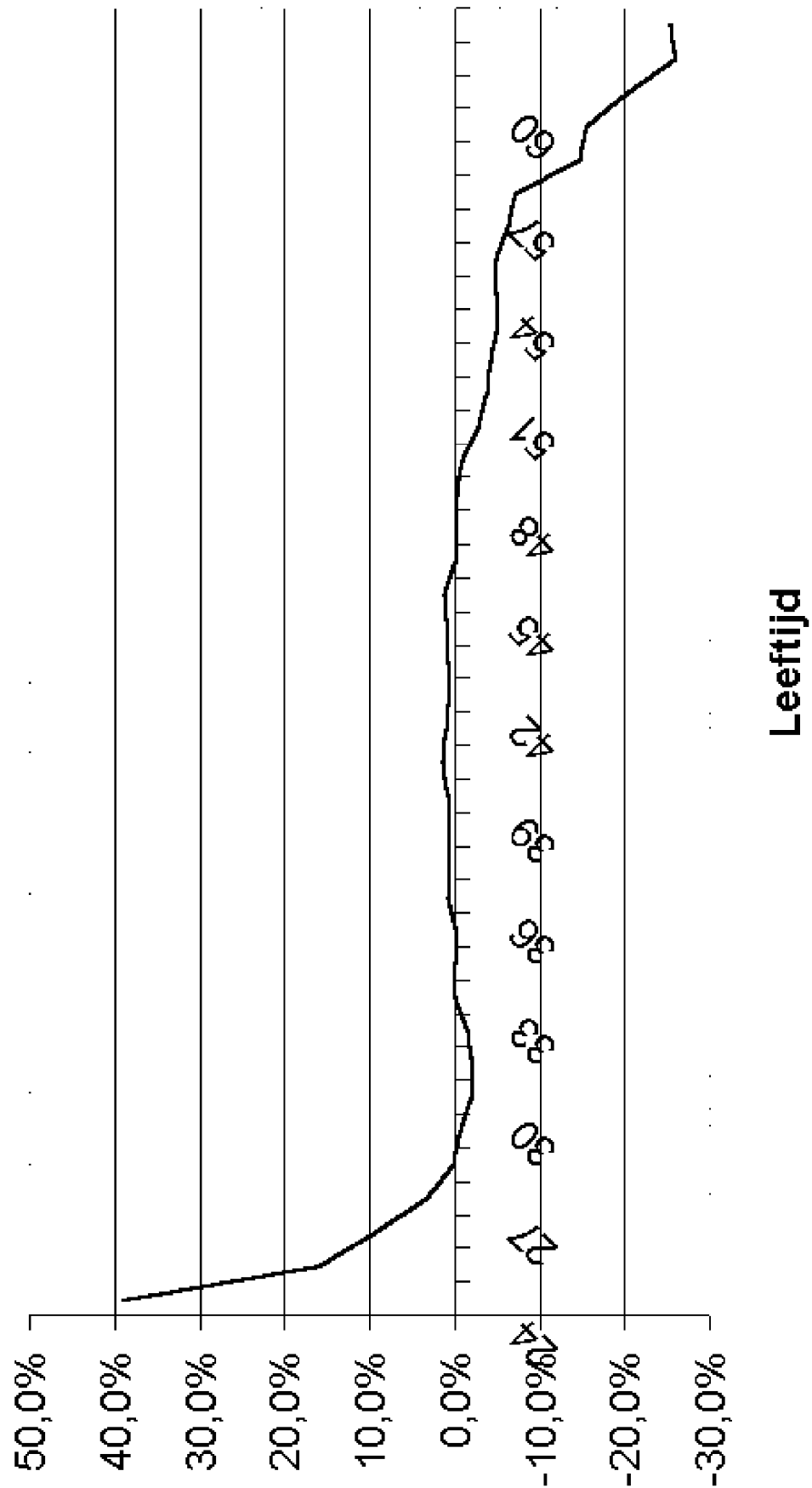
Leeftijdverdeling VZW-Rusthuizen 1996-2000



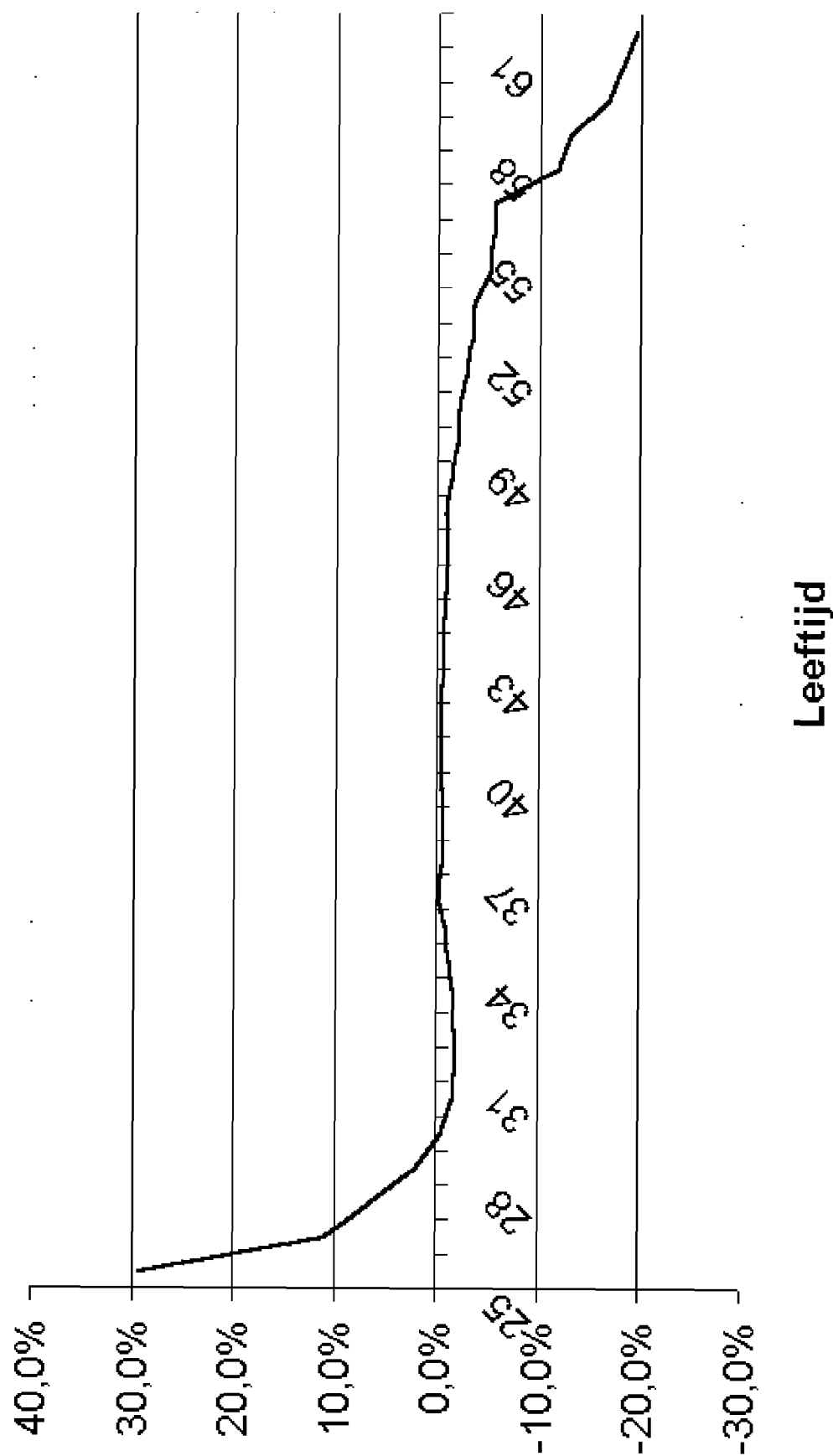
In- en uitstroom personeel in de gezondheidszorg, gemiddeld % per jaar tussen 1997-2000



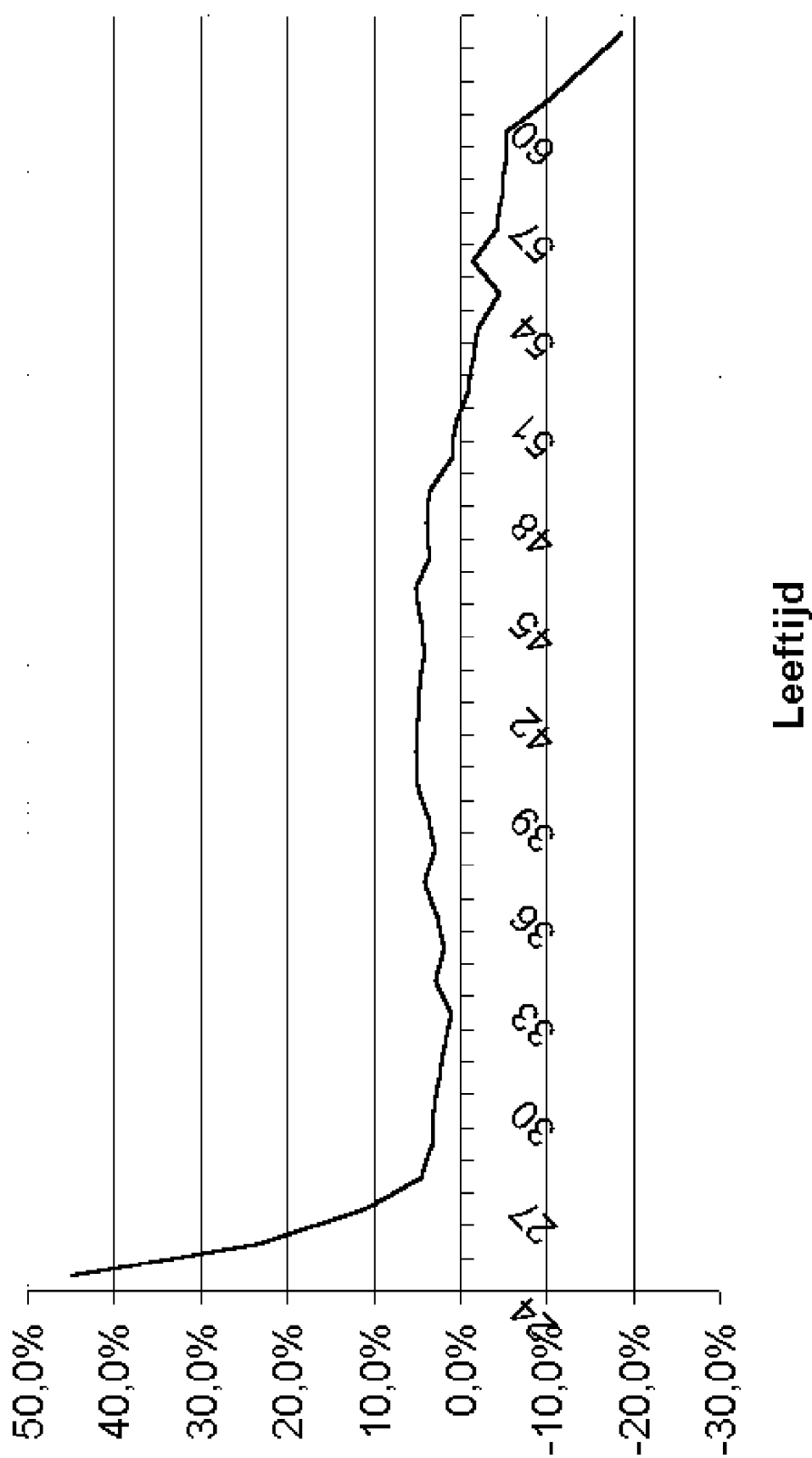
In- en uitstroom personeel Gezondheidszorg in VTE, gemiddeld % per leeftijdsjaar 1997-2000



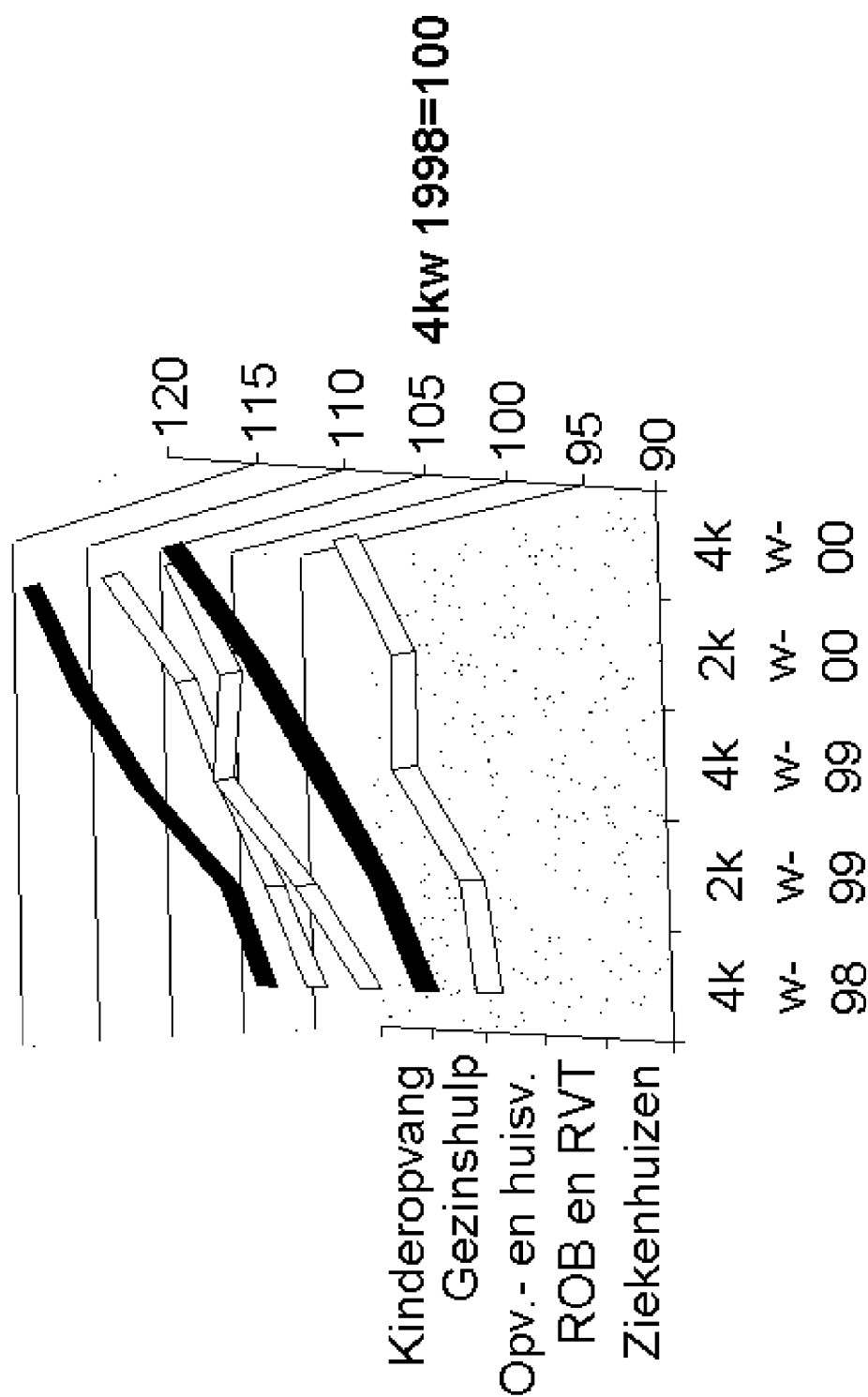
In- en uitstroom personeel in de ziekenhuizen: gemiddeld % per jaar tussen 1996-2000



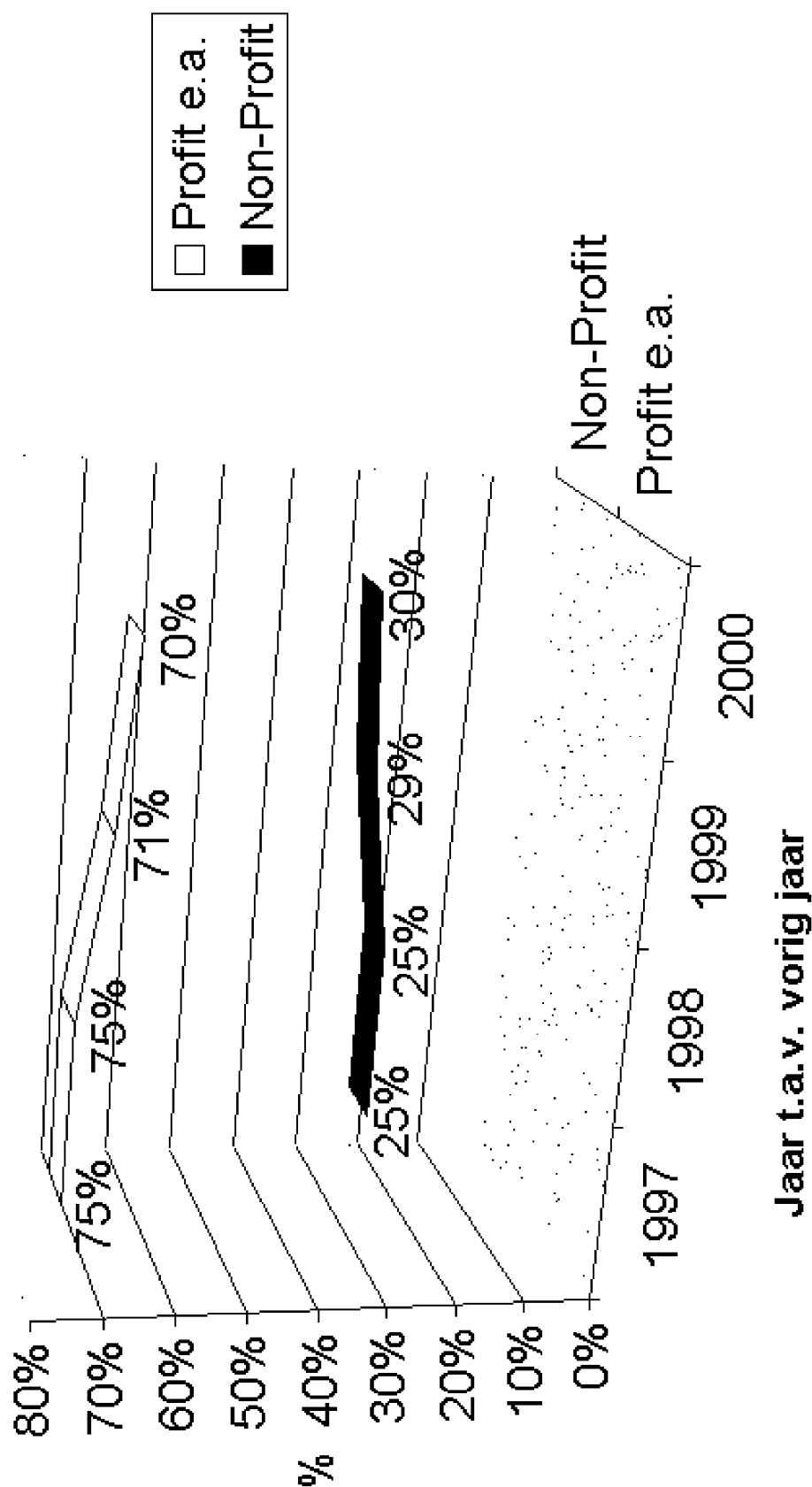
In- en uitstroom personeel Rustoorden, in een gemiddeld % per jaar tussen 1996-2000



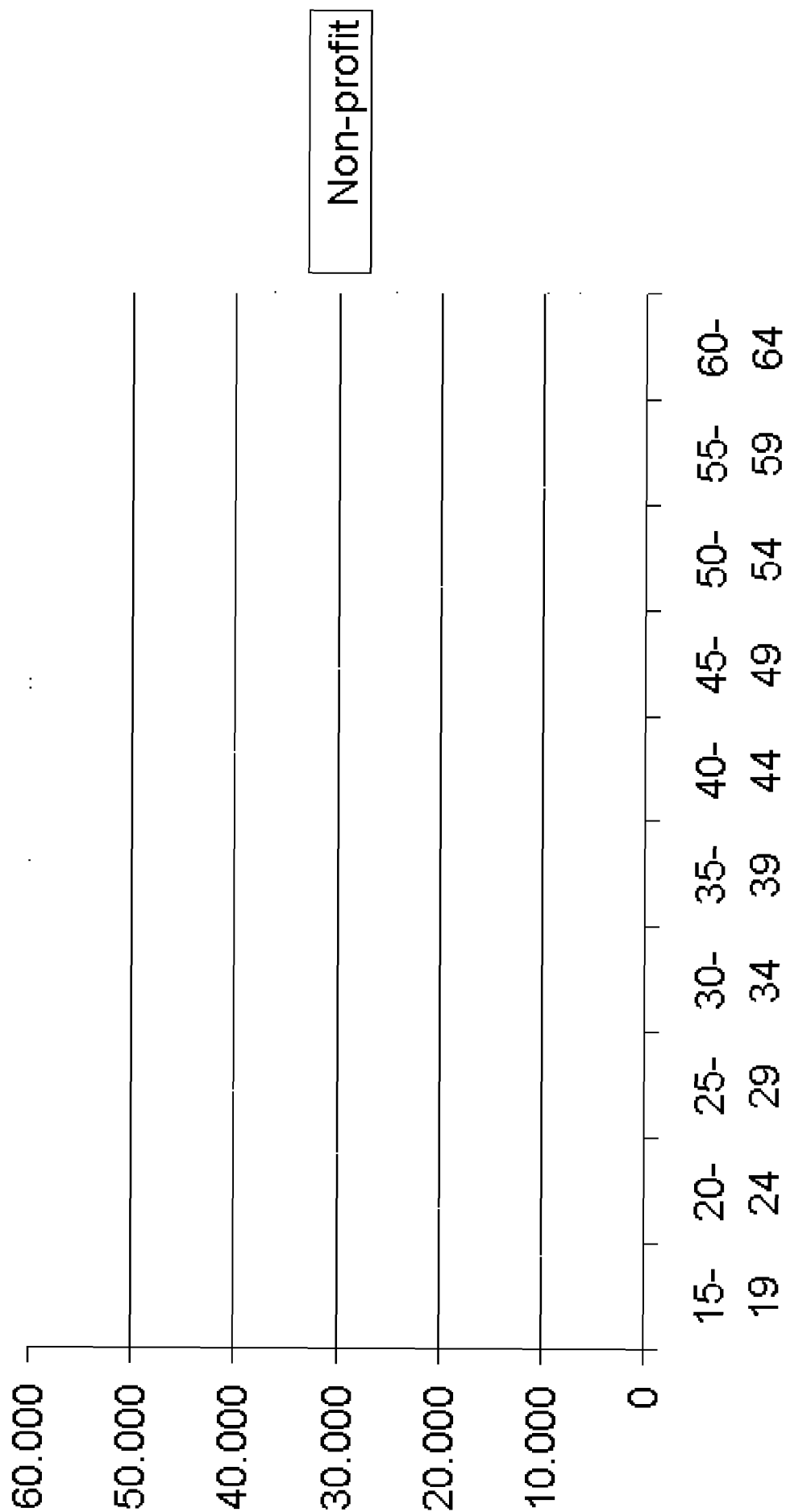
Tewerkstellingsevolutie Non-Profit 99-00 per semester



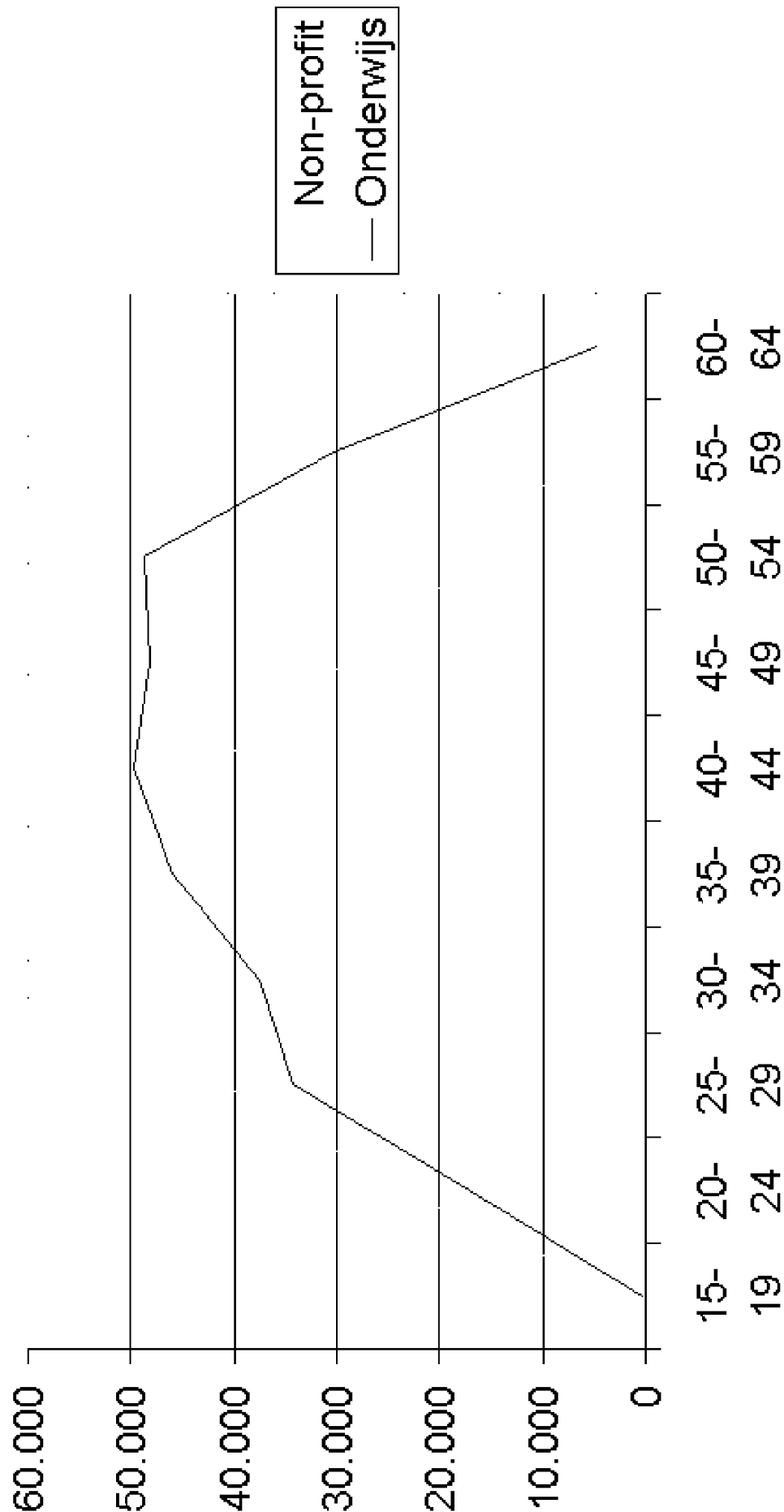
% tewerkstellingsgroei Non-Profit en de andere sectoren tussen 1996 en 2000 in België



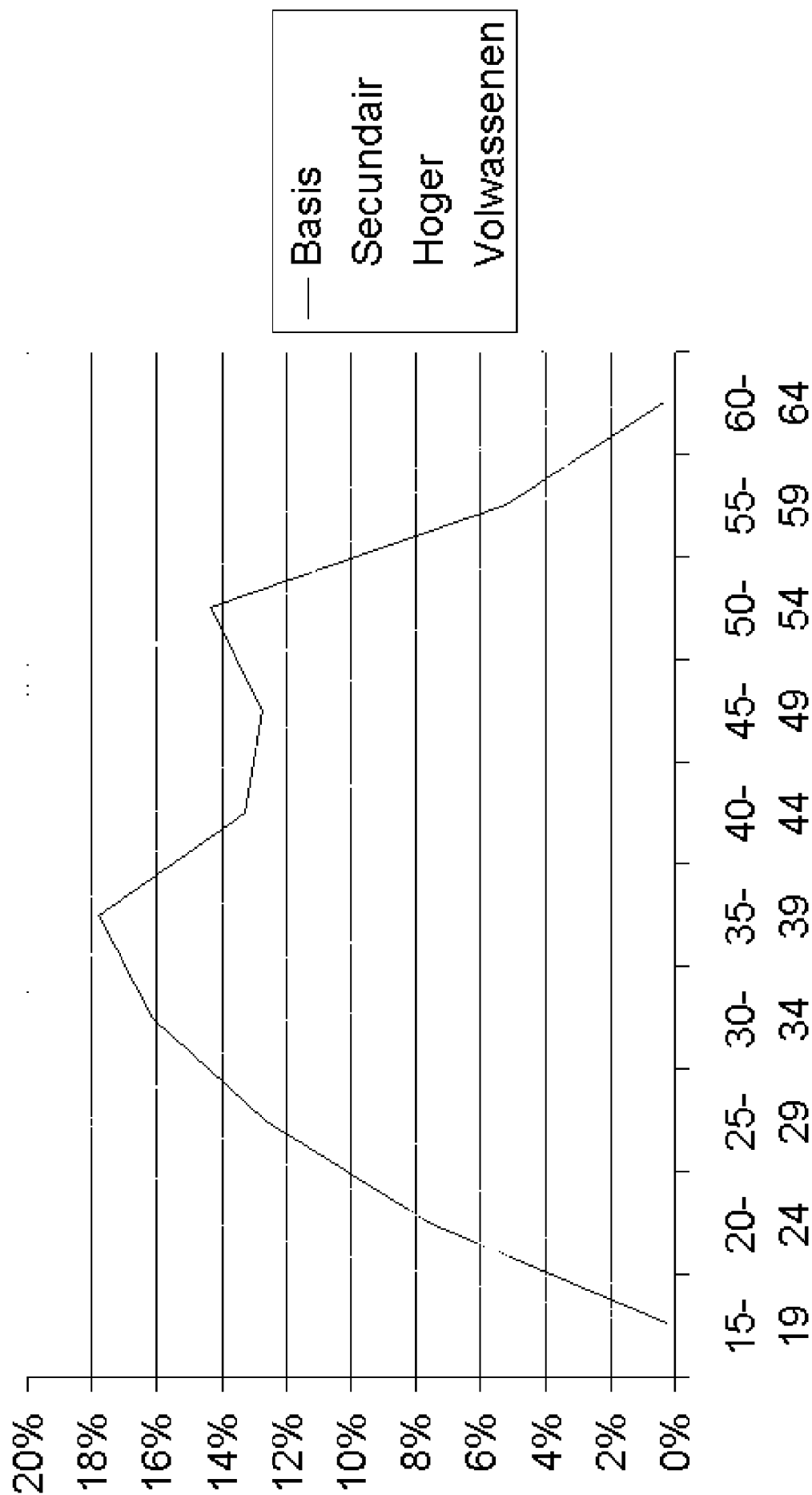
Verdeling werknemers naar leeftijd in de non-profit - 2000



Verdeling werknemers naar leeftijd in de non-profit en het onderwijs - 2000



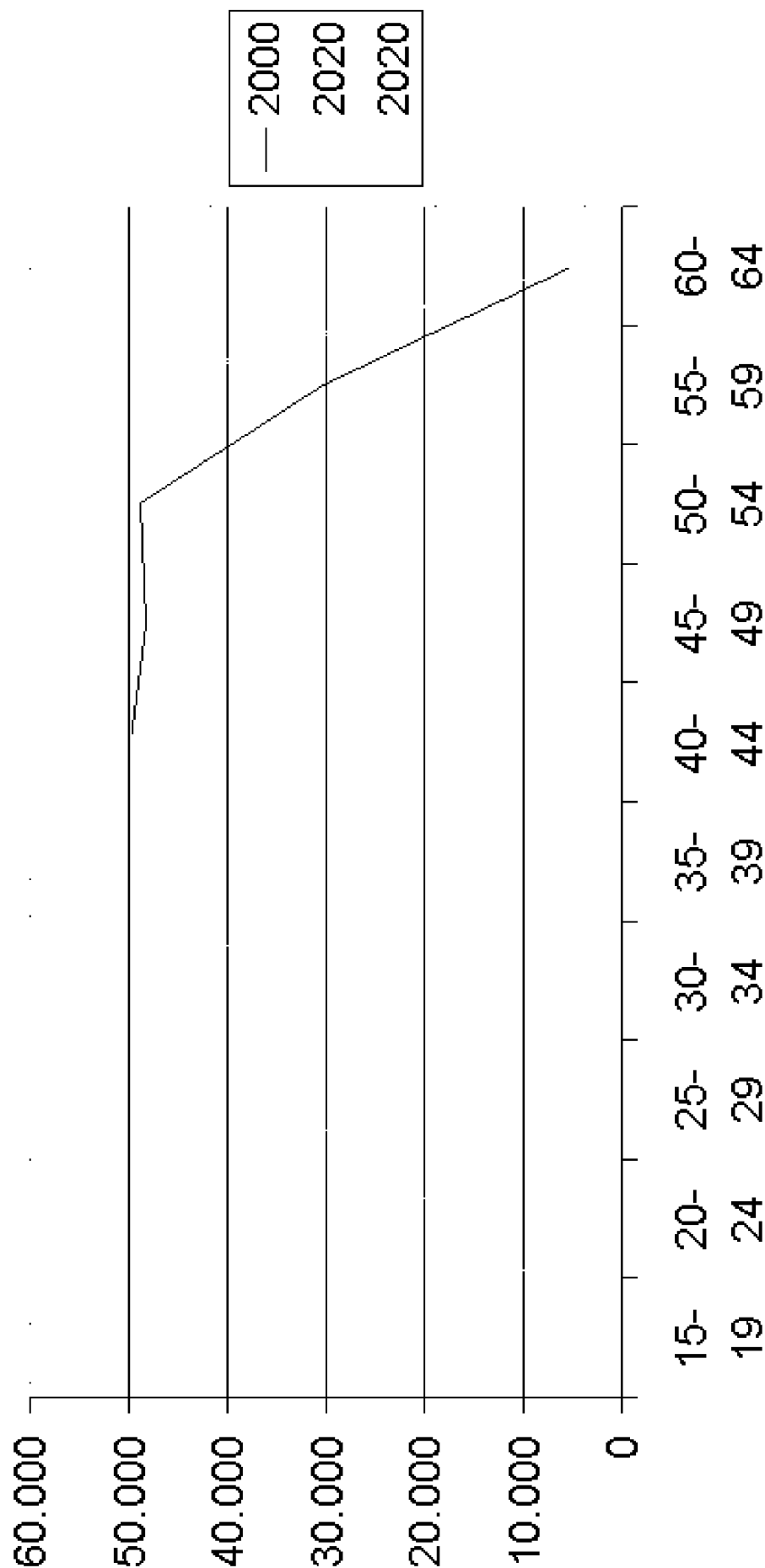
Leeftijdsverdeling personeel onderwijs woonachtig in Vlaanderen 1998 naar niveau



Doorgroei reserve onderwijs in 2010 en 2020

Hypothese = instroom, geen uitstroom

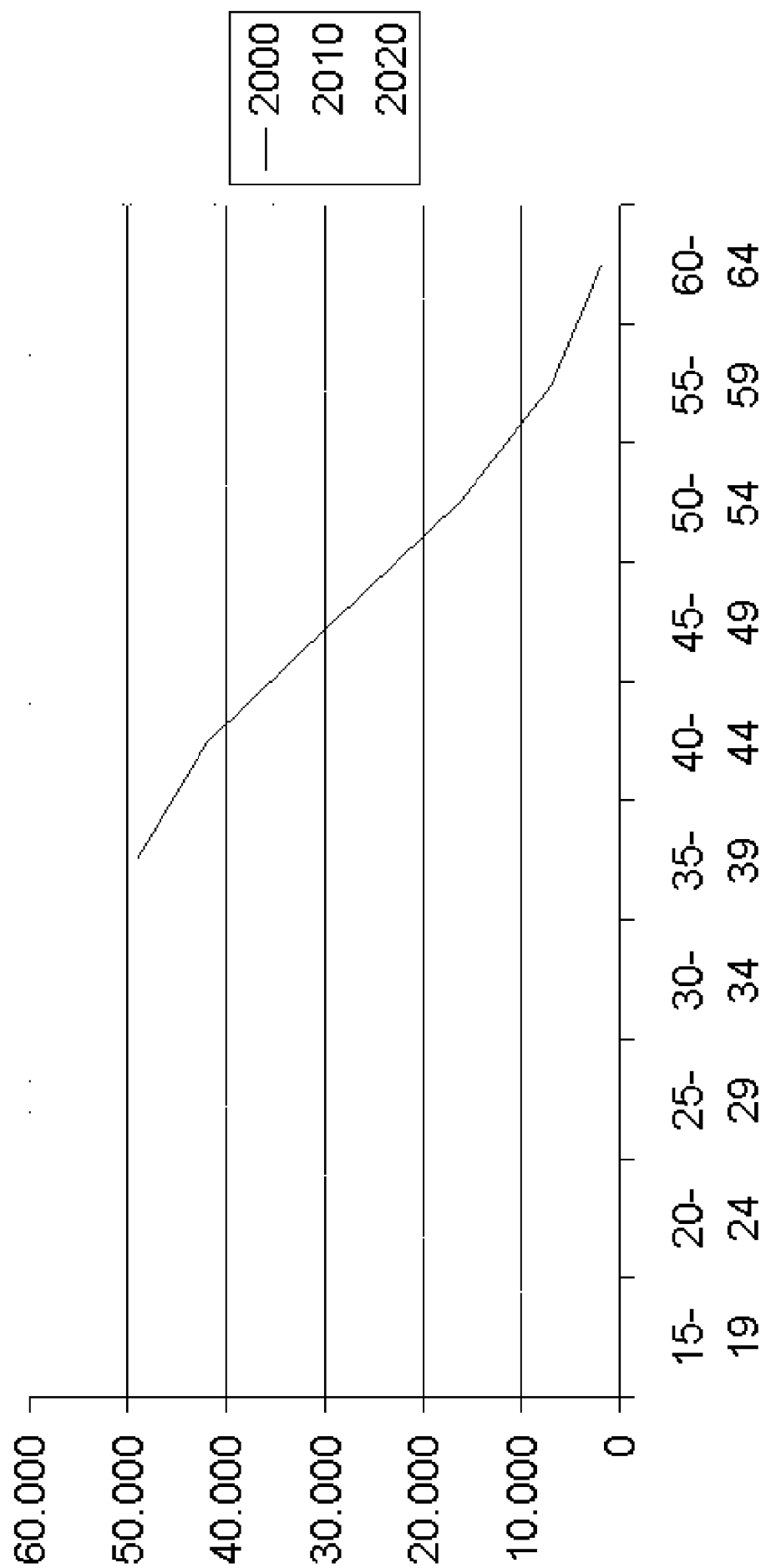
Reserve 2010 = 20.204 of 6%, 2020 = 21.688 of 7%



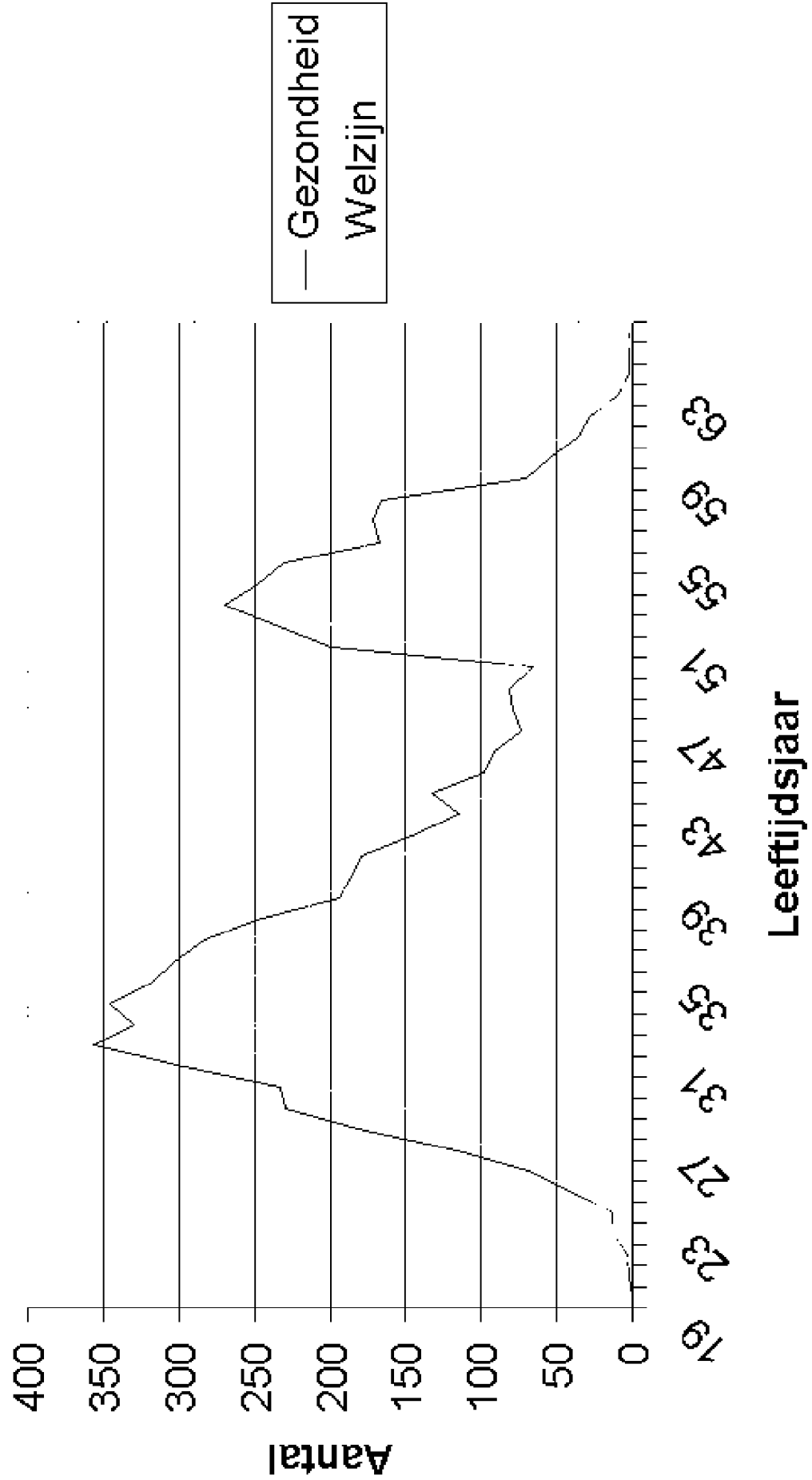
Doorgroeireserve non-profit in 2000, 2010 en 2020

Hypothese = instroom, geen uitstroom

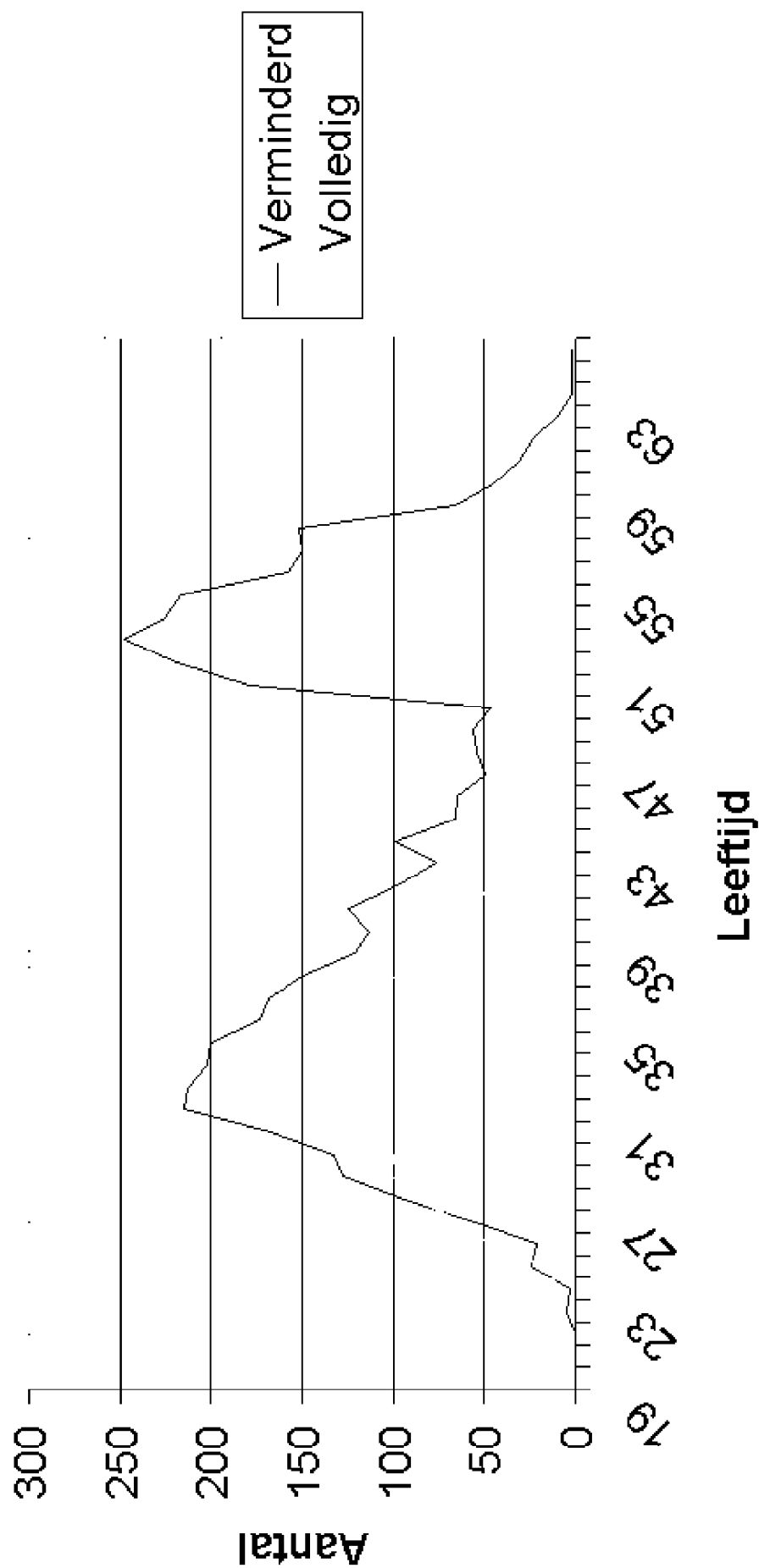
Reserve 2010 = 89.751 of 35%, in 2020 = 142.603 of 55%



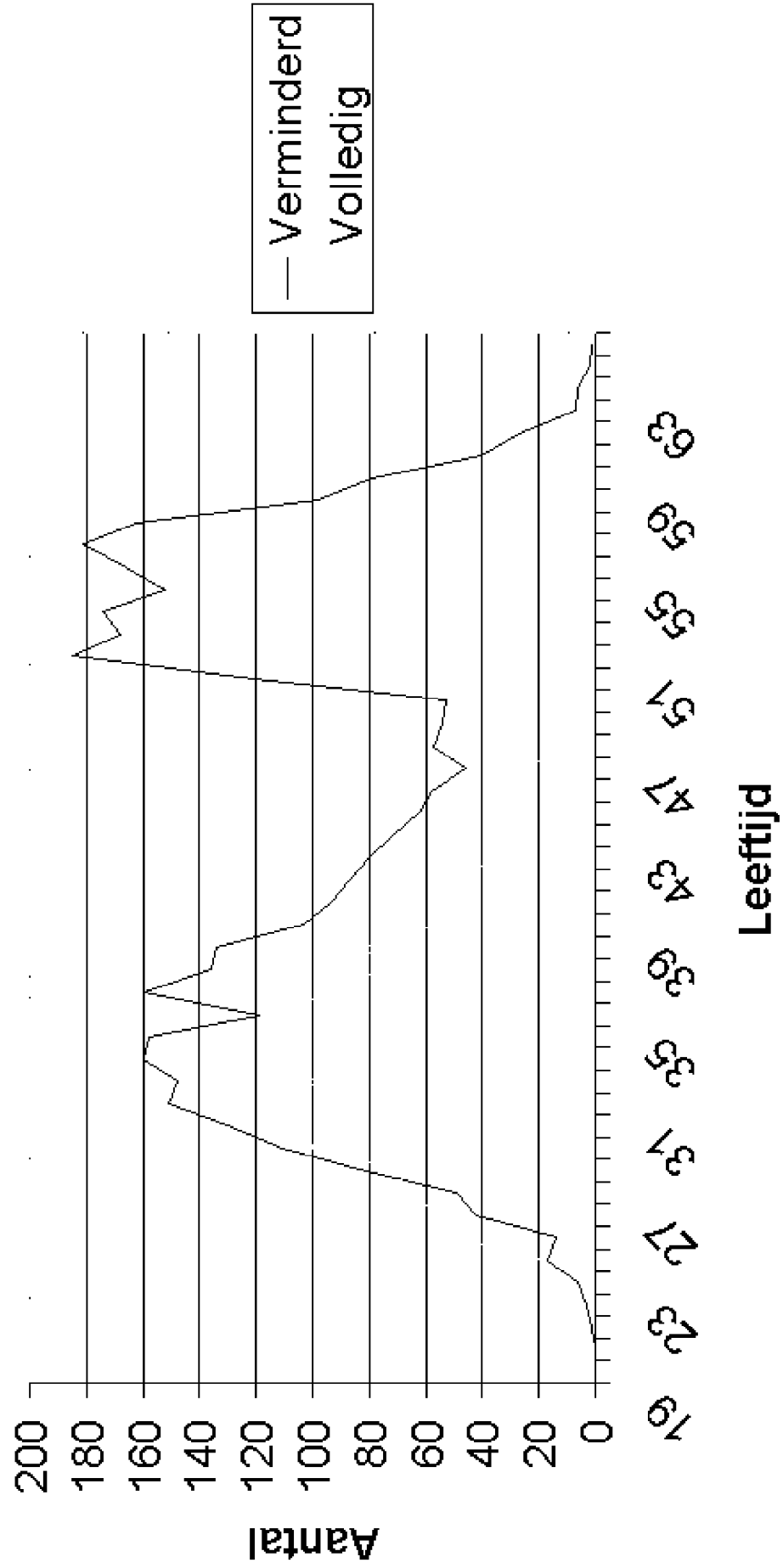
Loopbaanonderbreking Welzijn Gezonheid - 2000



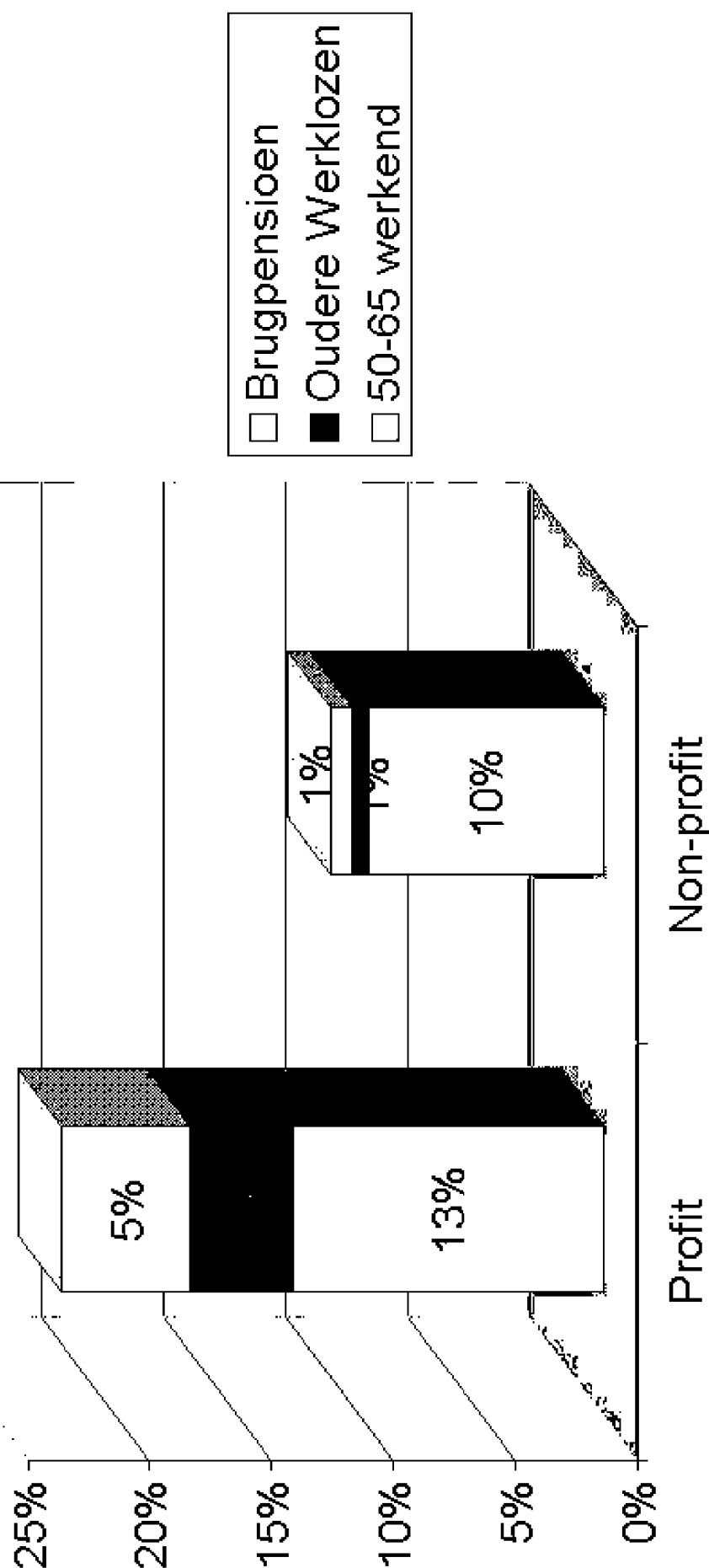
Gezondheidszorg: loopbaanonderbreking - volledig en met verminderde prestaties - 2000



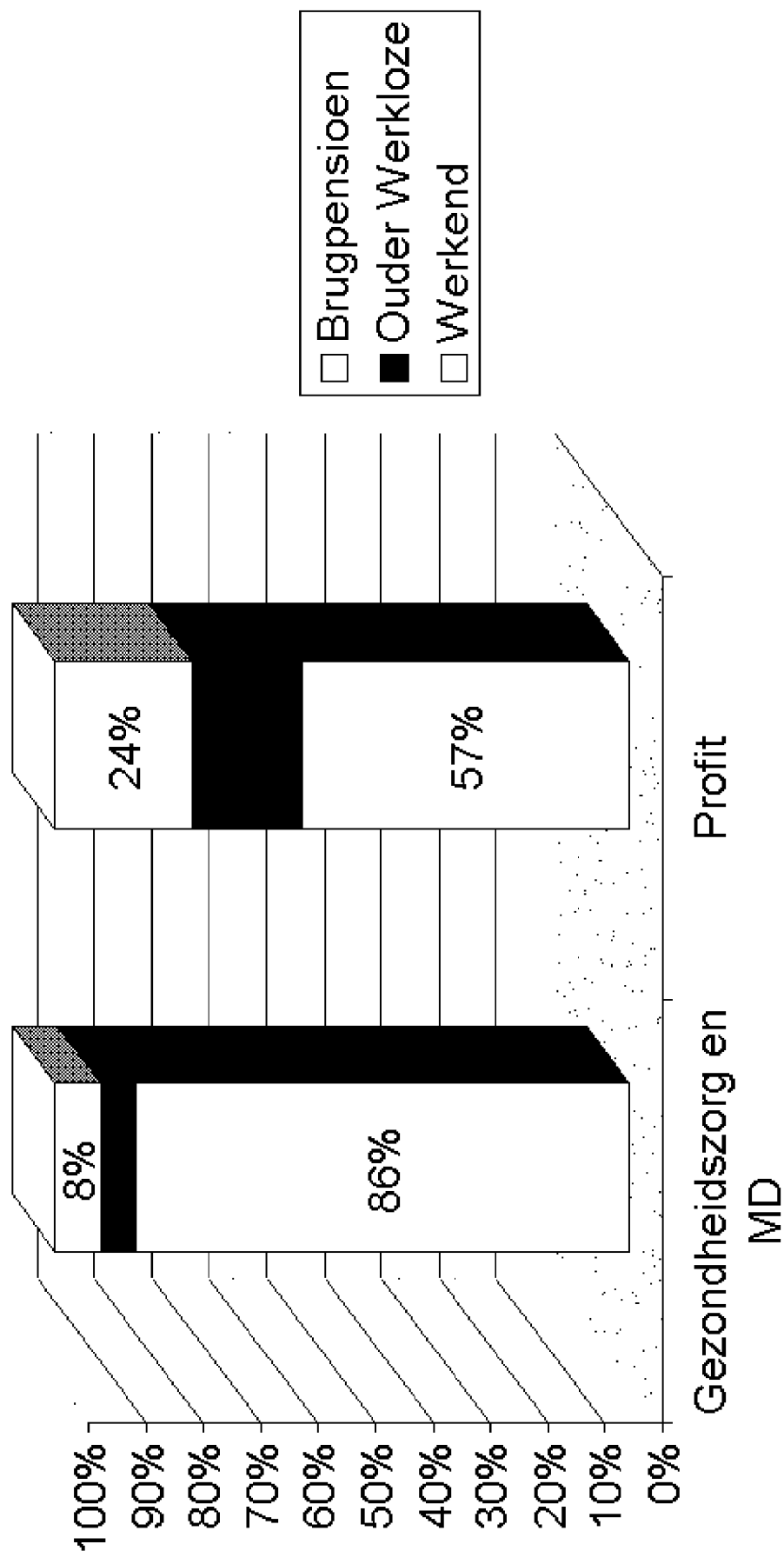
Welzijnszorg: loopbaanonderbreking - volledig en met verminderde prestaties - 2000



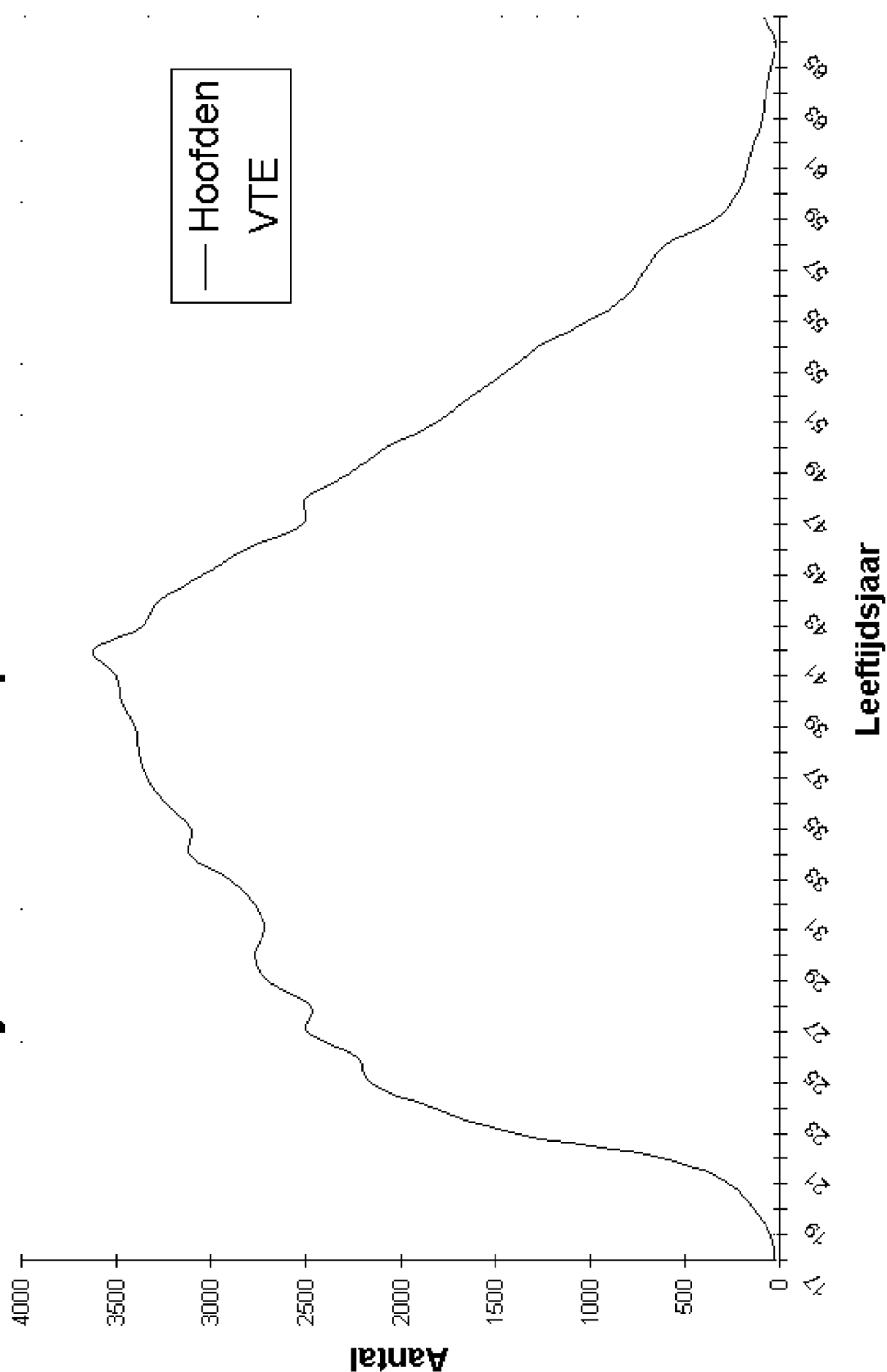
% 50-65 op totaal werkenden in de non-profit en profit naar statuut



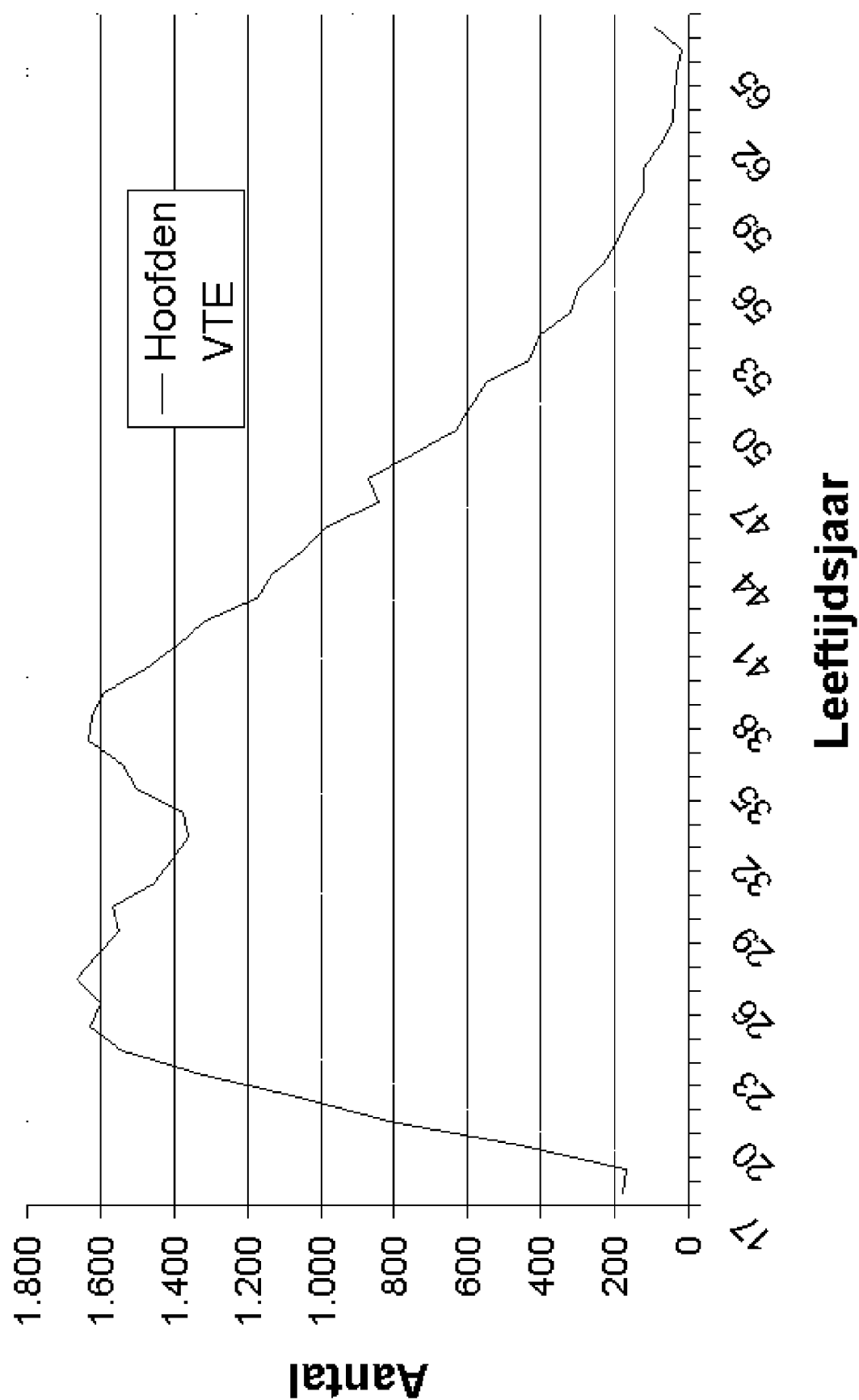
Beroepsbevolking 50-65 jaar naar statuut en sector



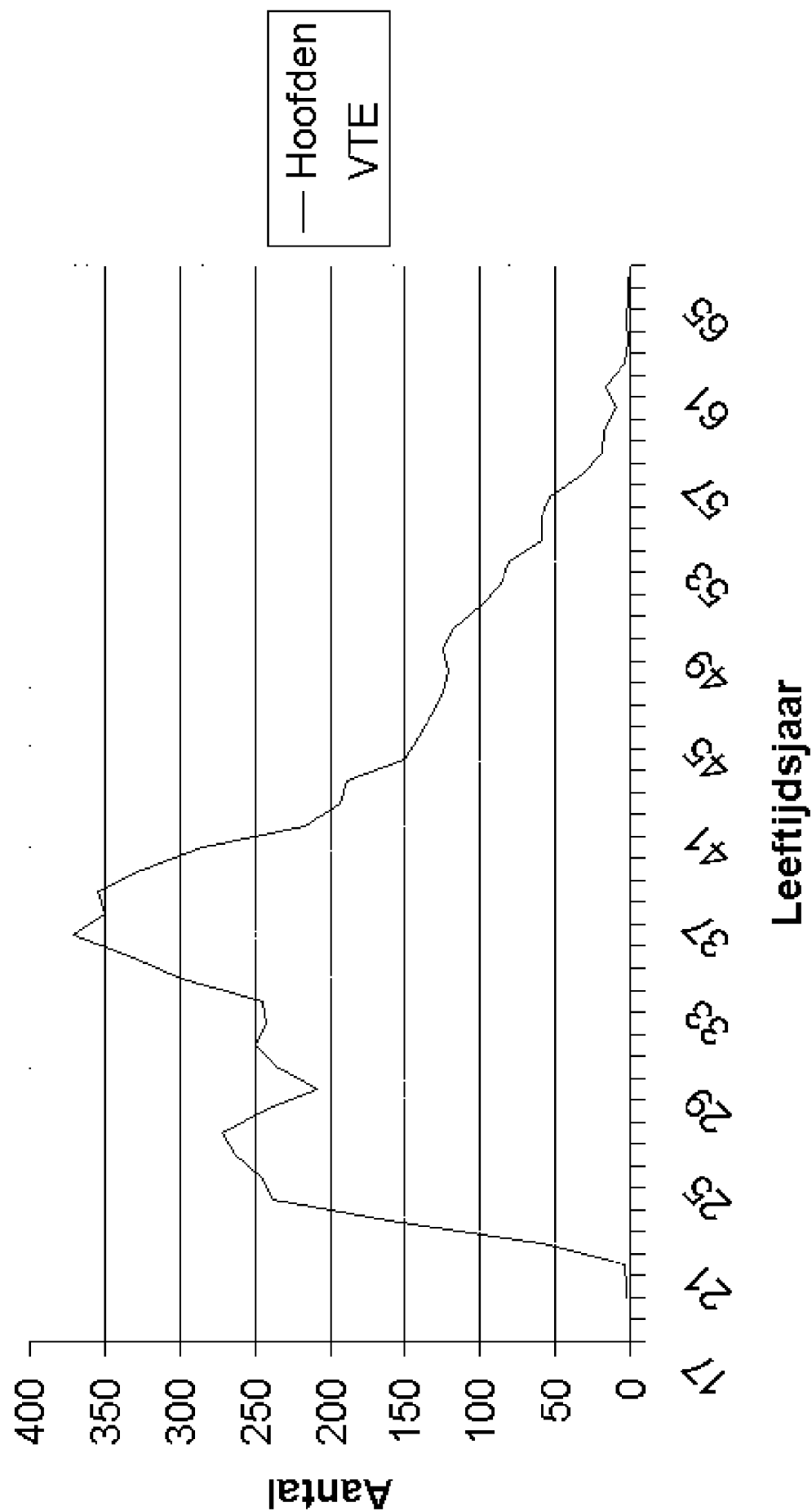
Deeltijdreserve in de private Ziekenhuizen - 2000



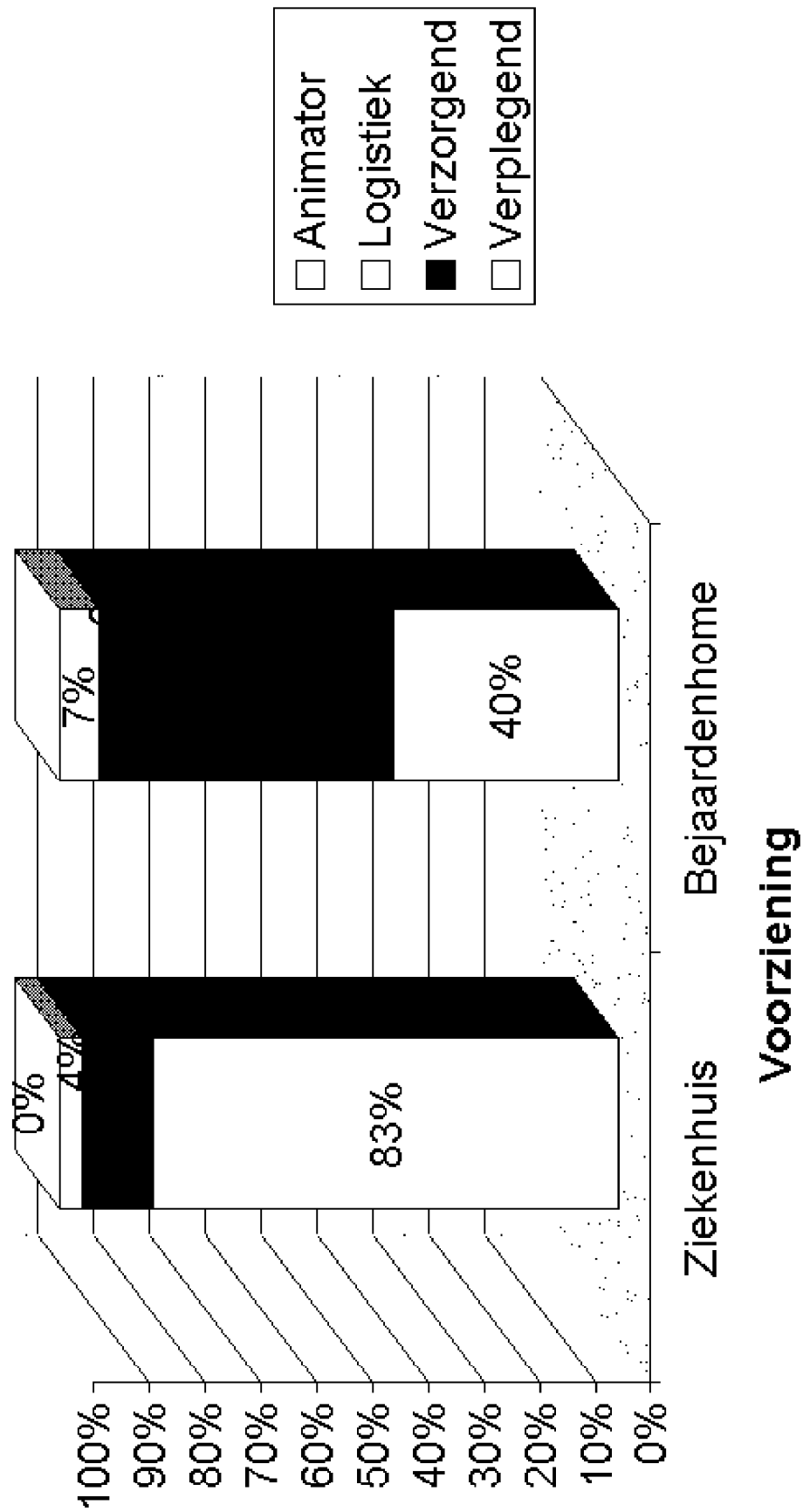
Deeltijdreserve private rusthuizen Bejaarden 2000



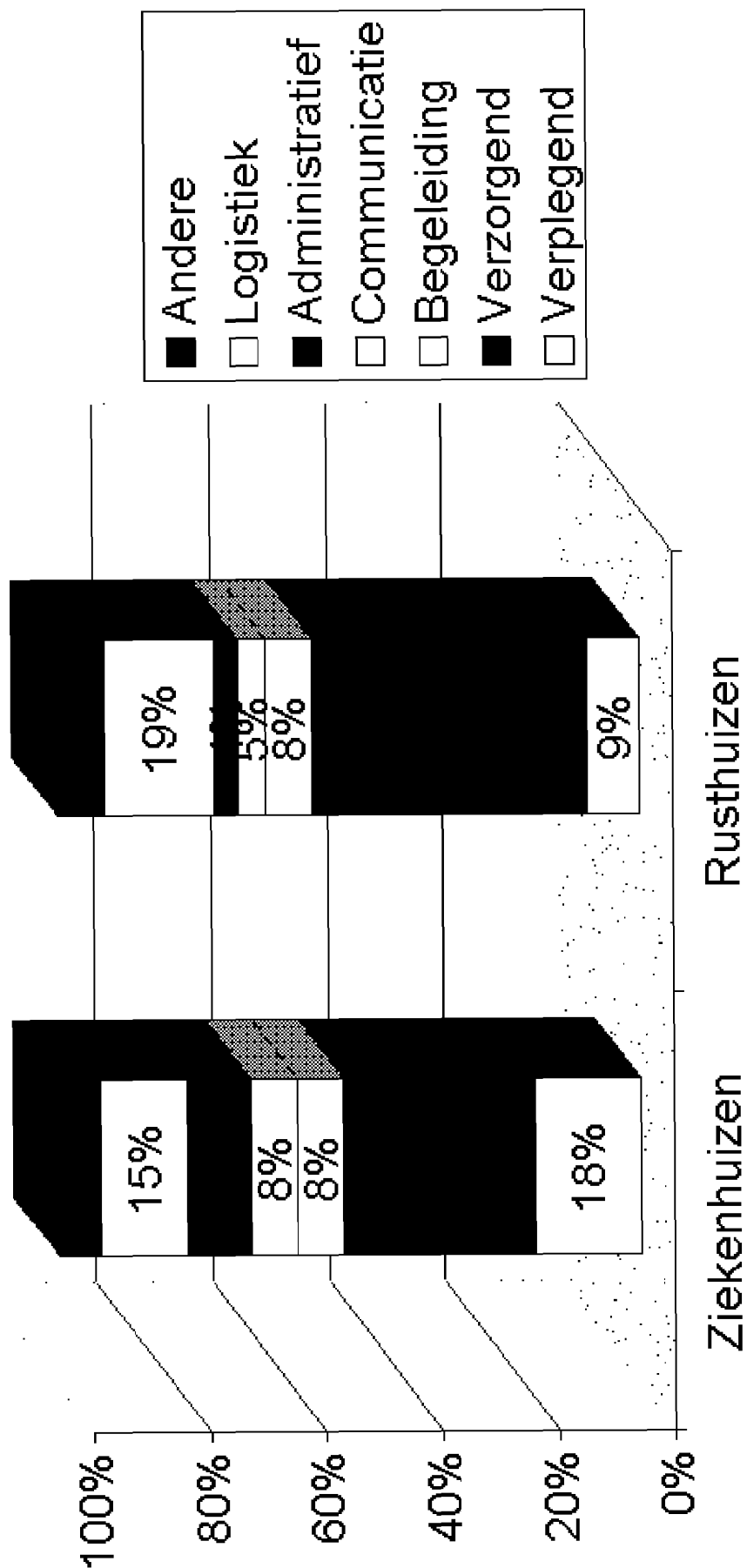
Deeltijdreserve Thuisverpleging - 2000



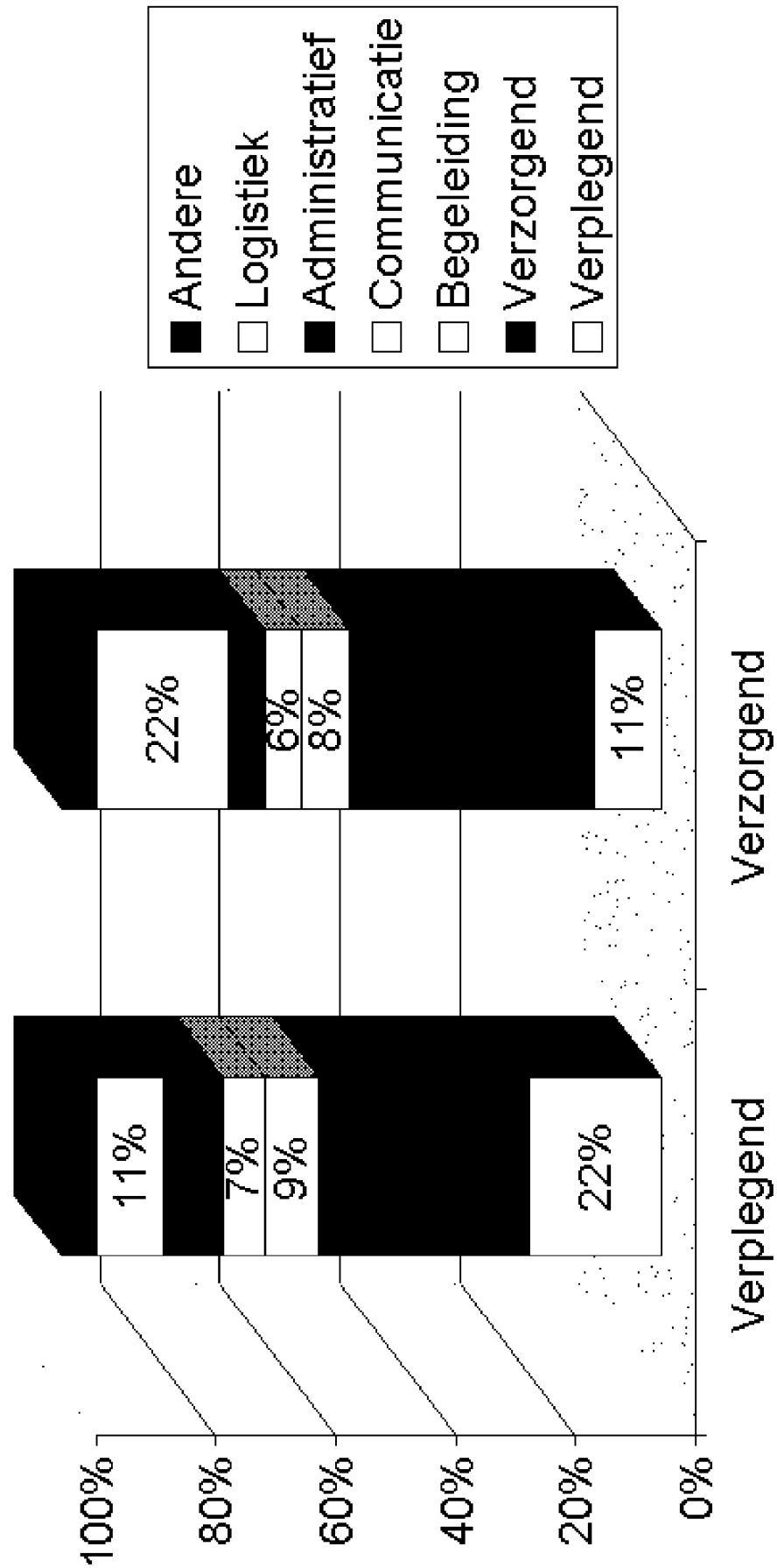
Aard zorgpersoneel in Ziekenhuizen en Bejaardenhomes - 2000



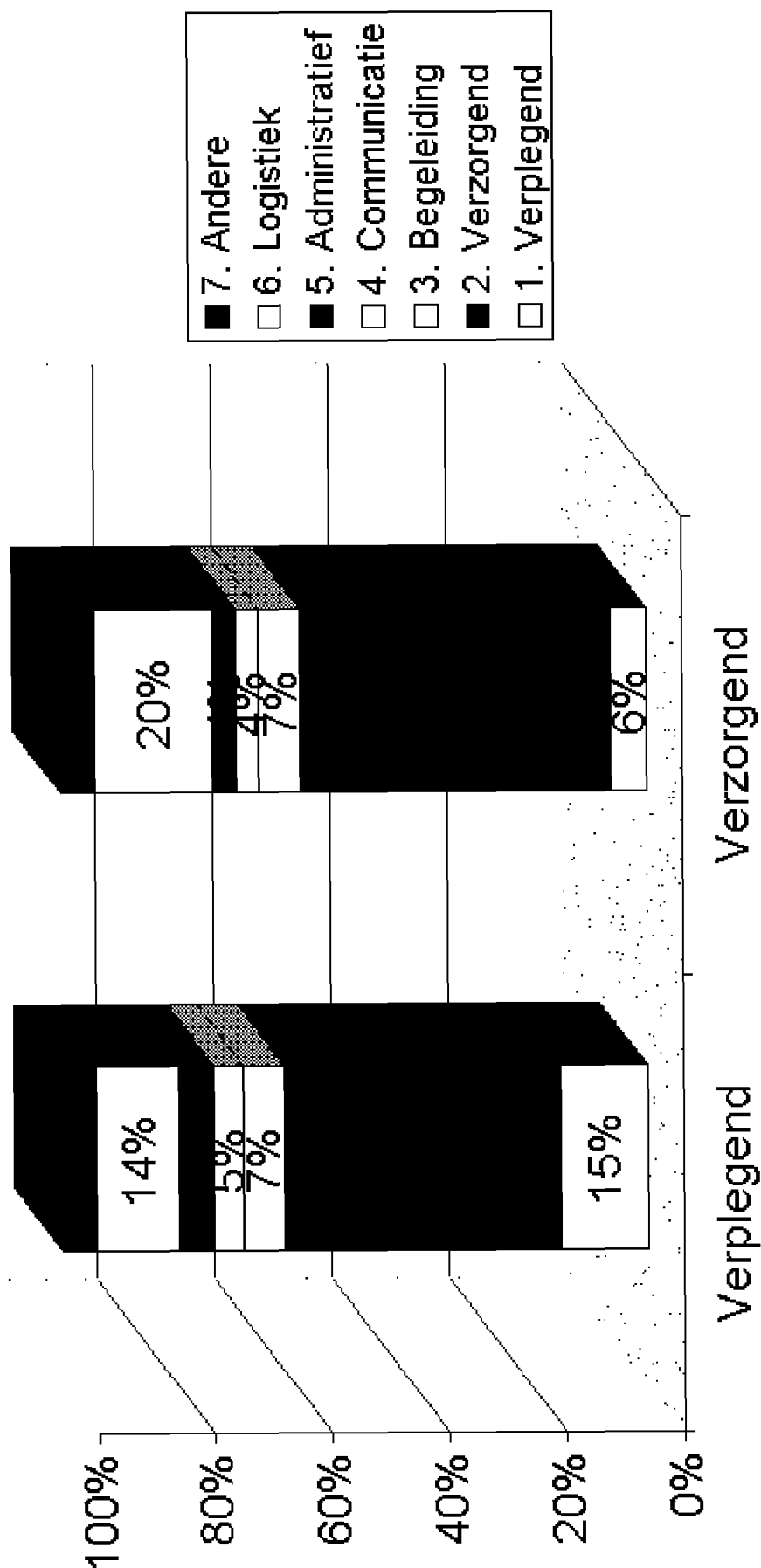
% tijdsbesteding naar aard taken in ziekenhuizen en rusthuizen - 2000



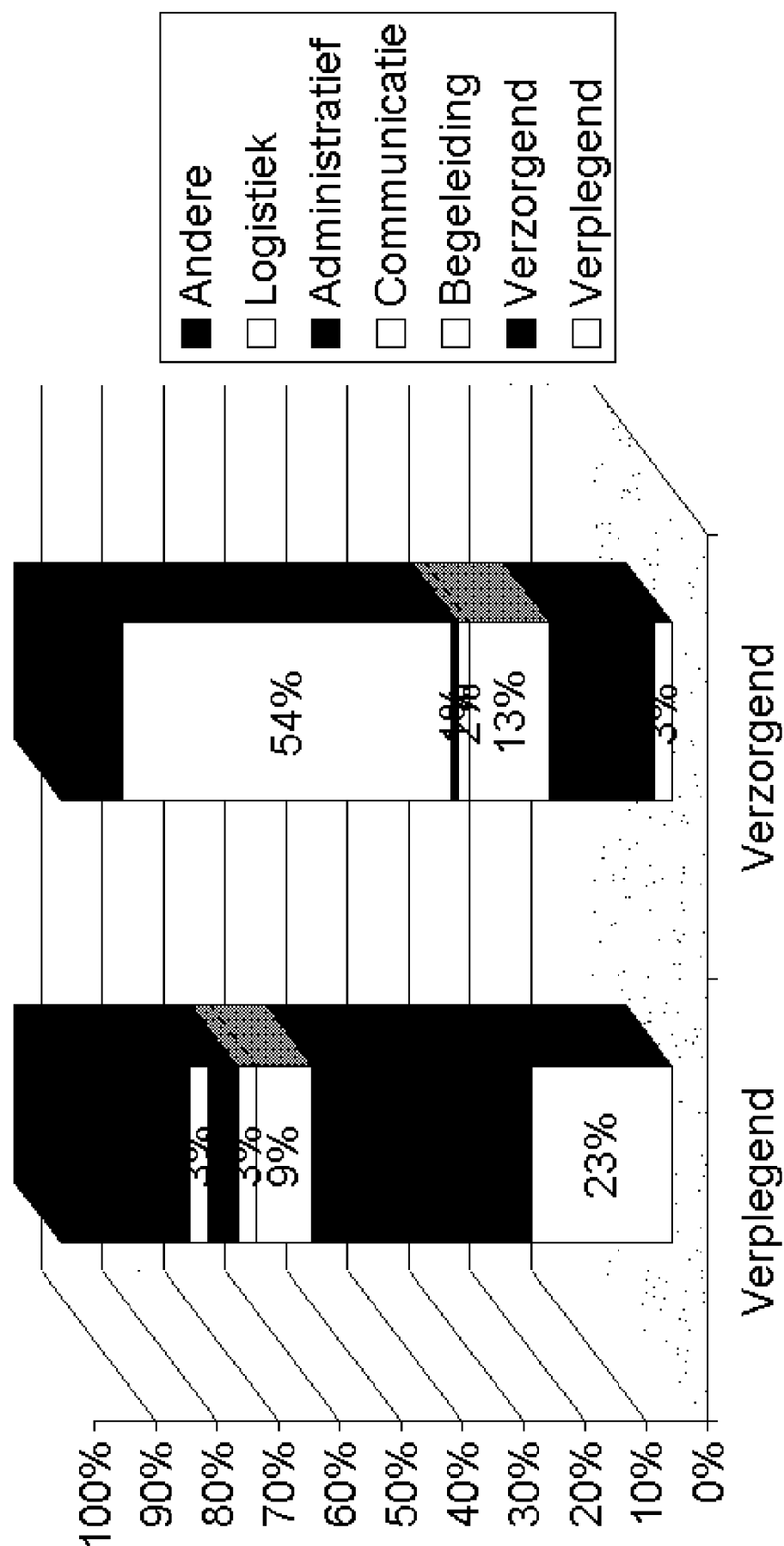
ZIEKENHUIZEN - % tijd aan taken door verplegenden en verzorgenden



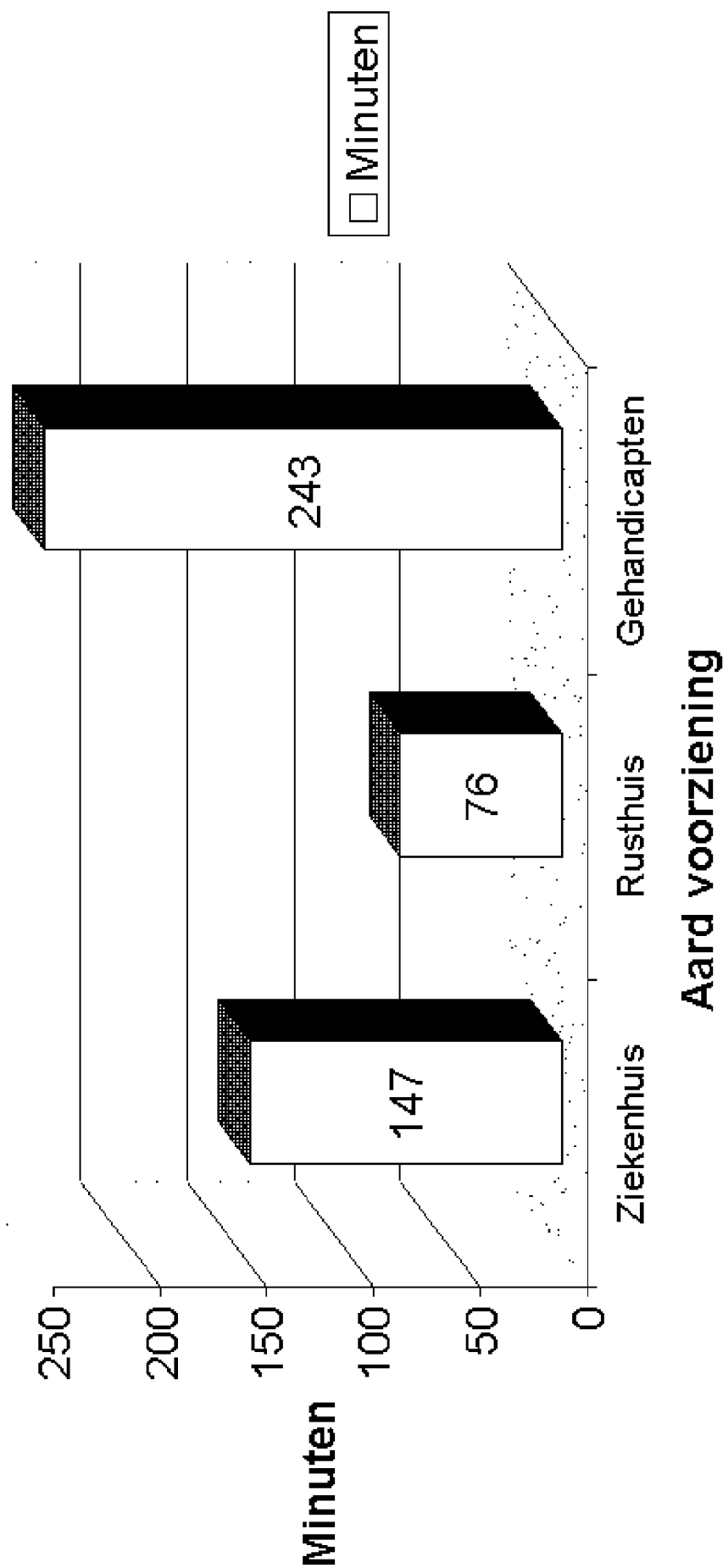
BEJAARDENHOMES: % tijd aan taken door verpleegkundigen en verzorgenden



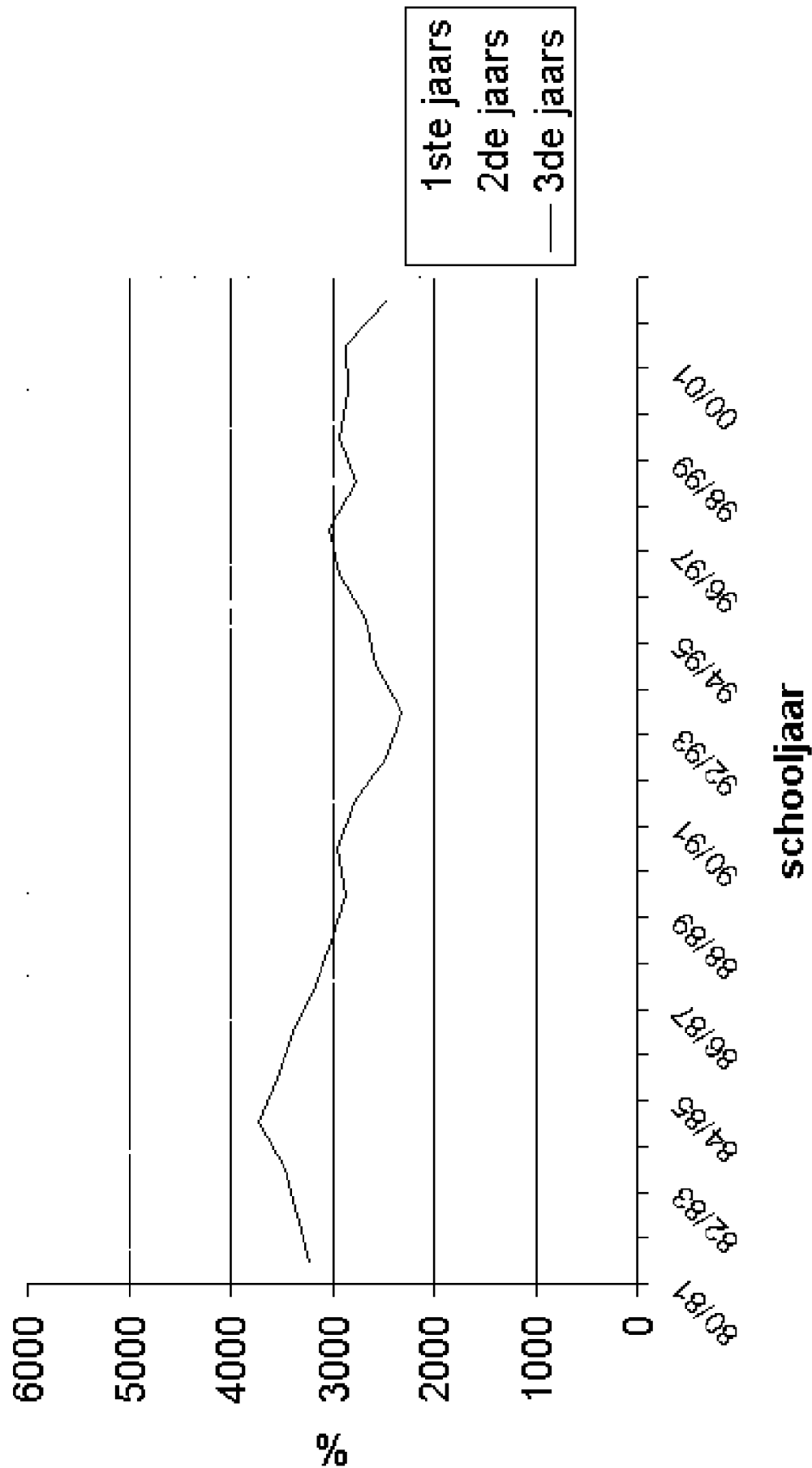
Thuisverpleging: % tijd aan taken door verplegenden en verzorgenden



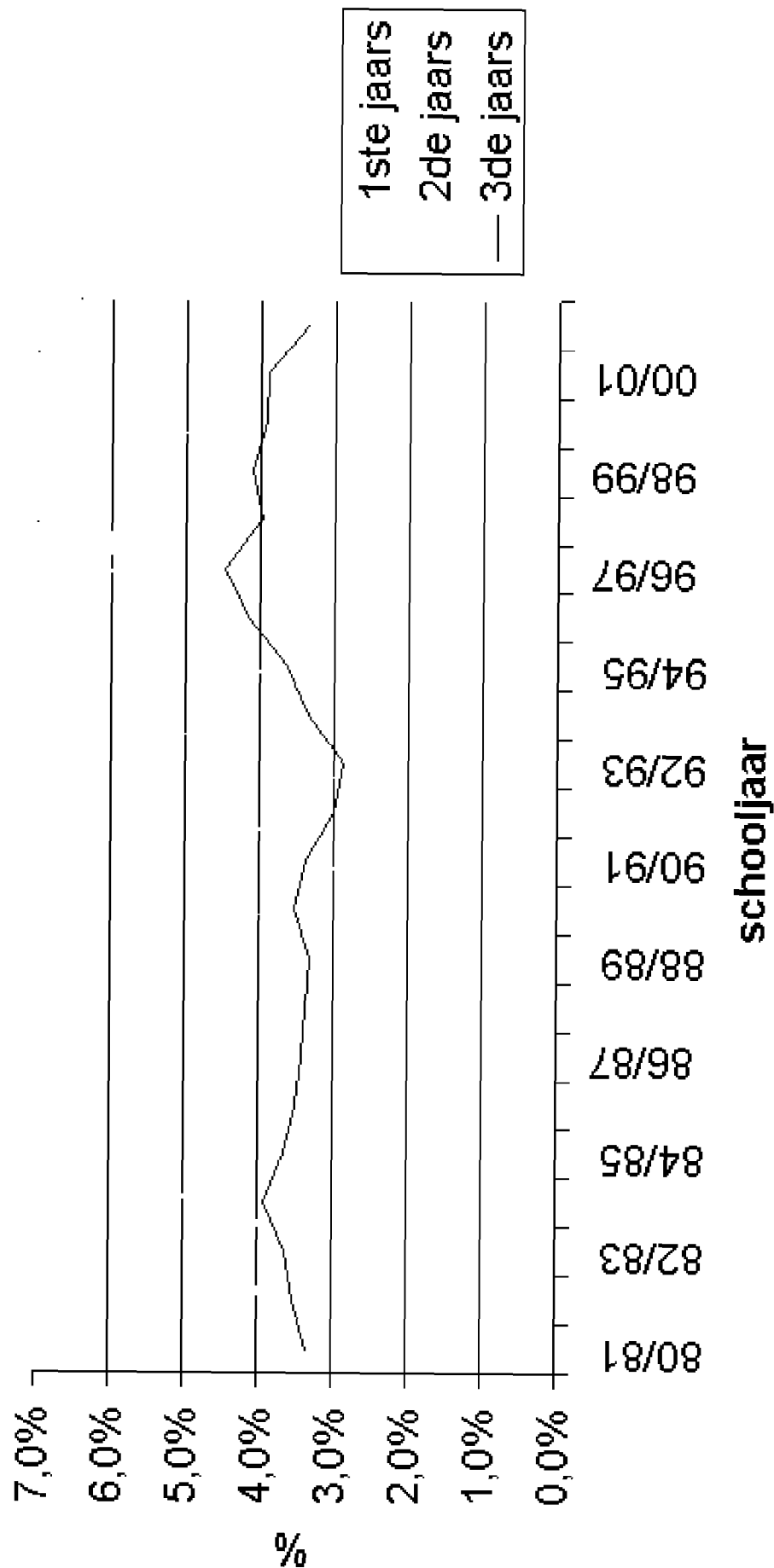
Aantal minuten zorg per dag per zorgvrager in Vlaanderen naar aard voorziening - 2000



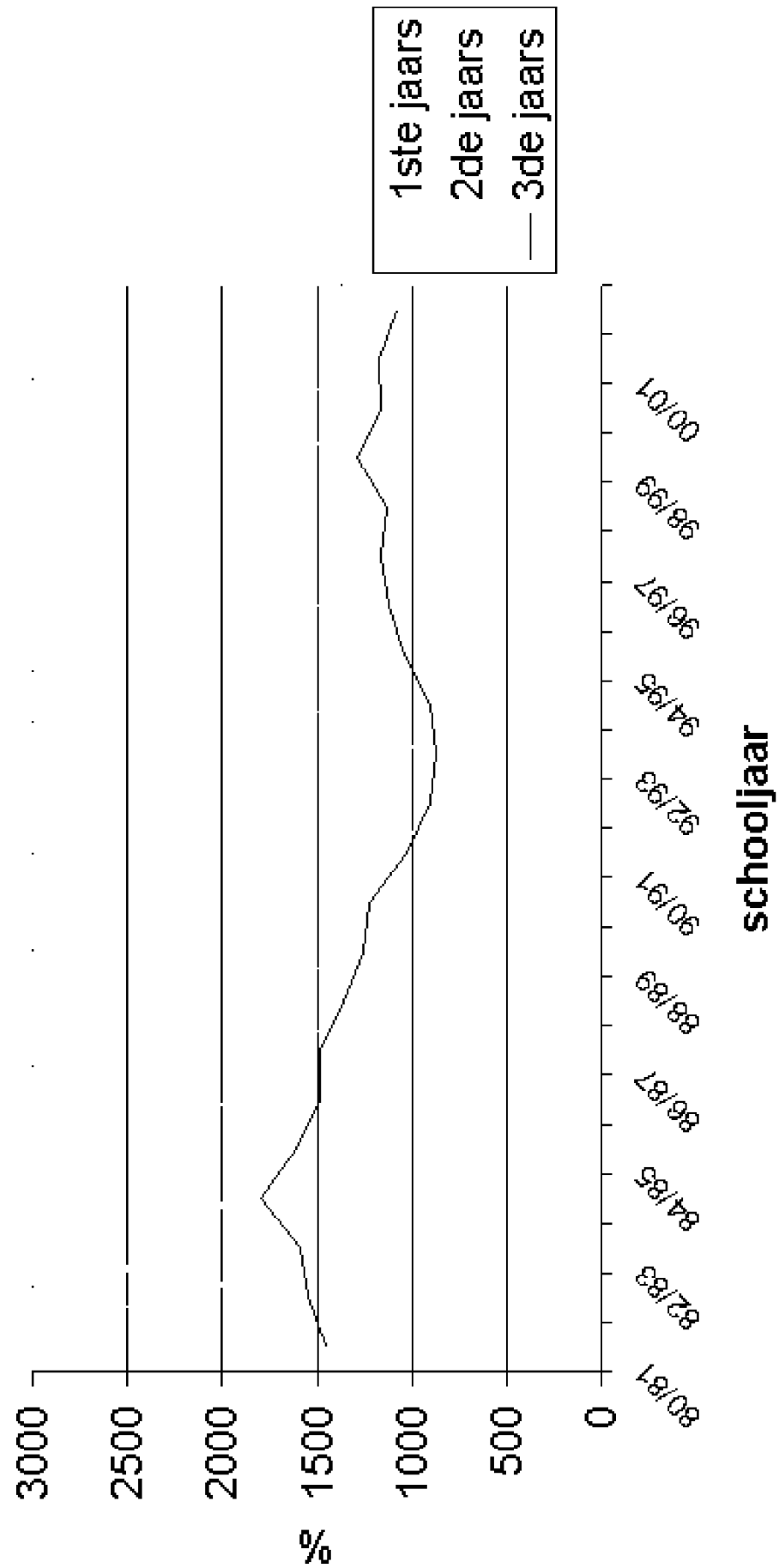
Evolutie 1980-2002 A2 en A1 verpleegkunde in absolute aantallen



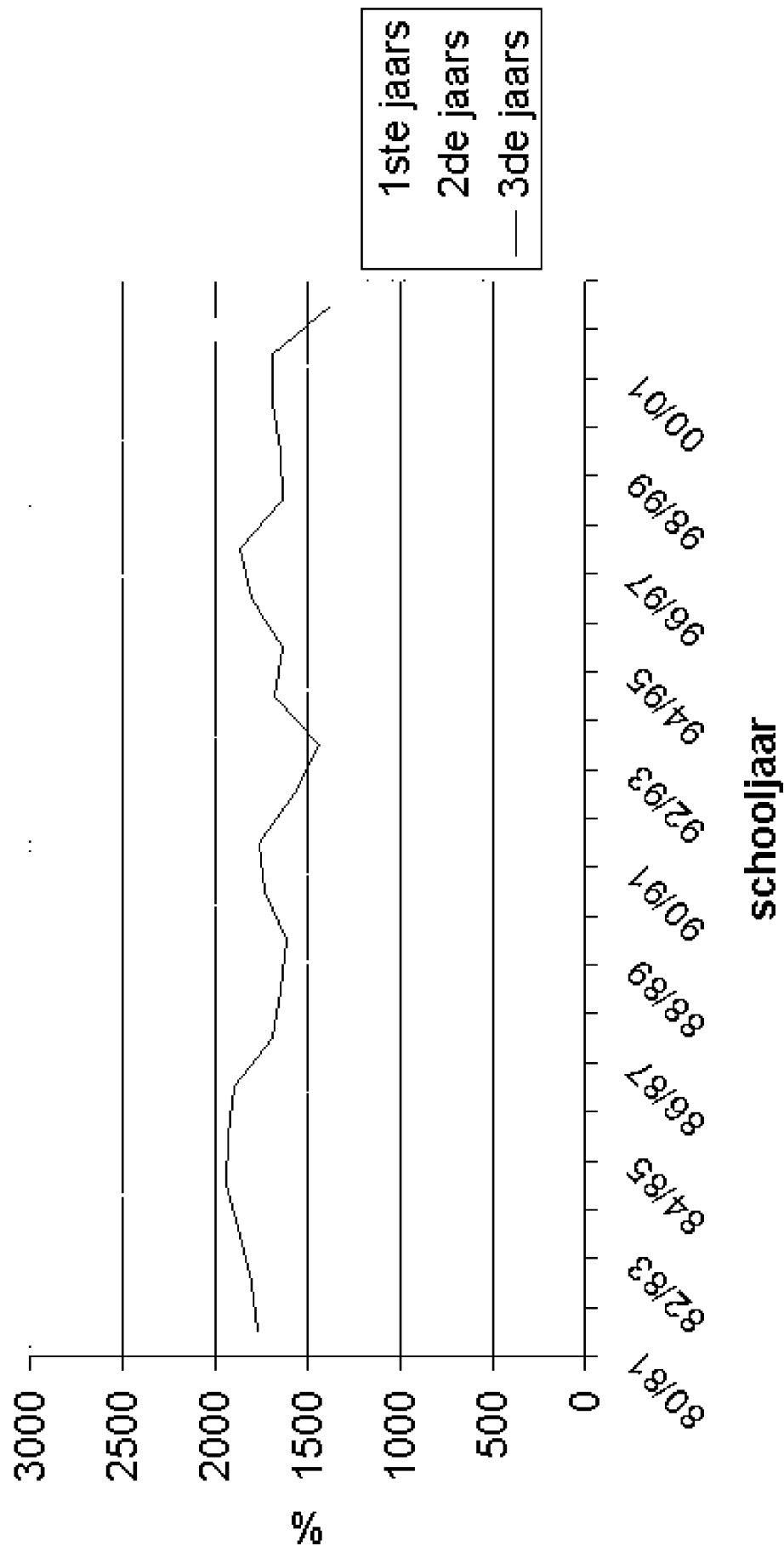
Evolutie 1980-2002 A1 en A2 verpleegkunde in % bevolking in Vlaanderen



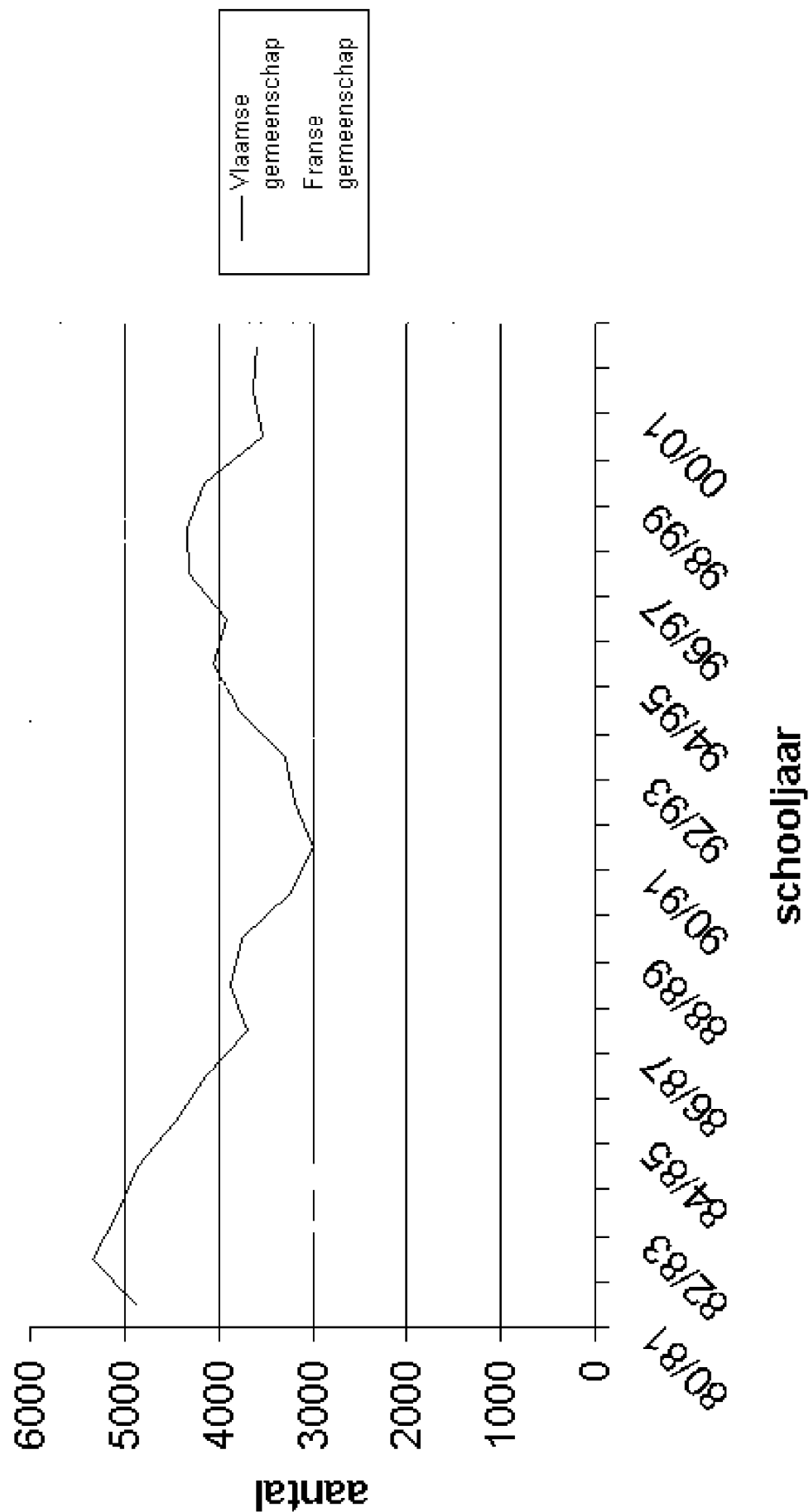
Evolutie 1980-2002 A2 verpleegkunde in absolute aantallen



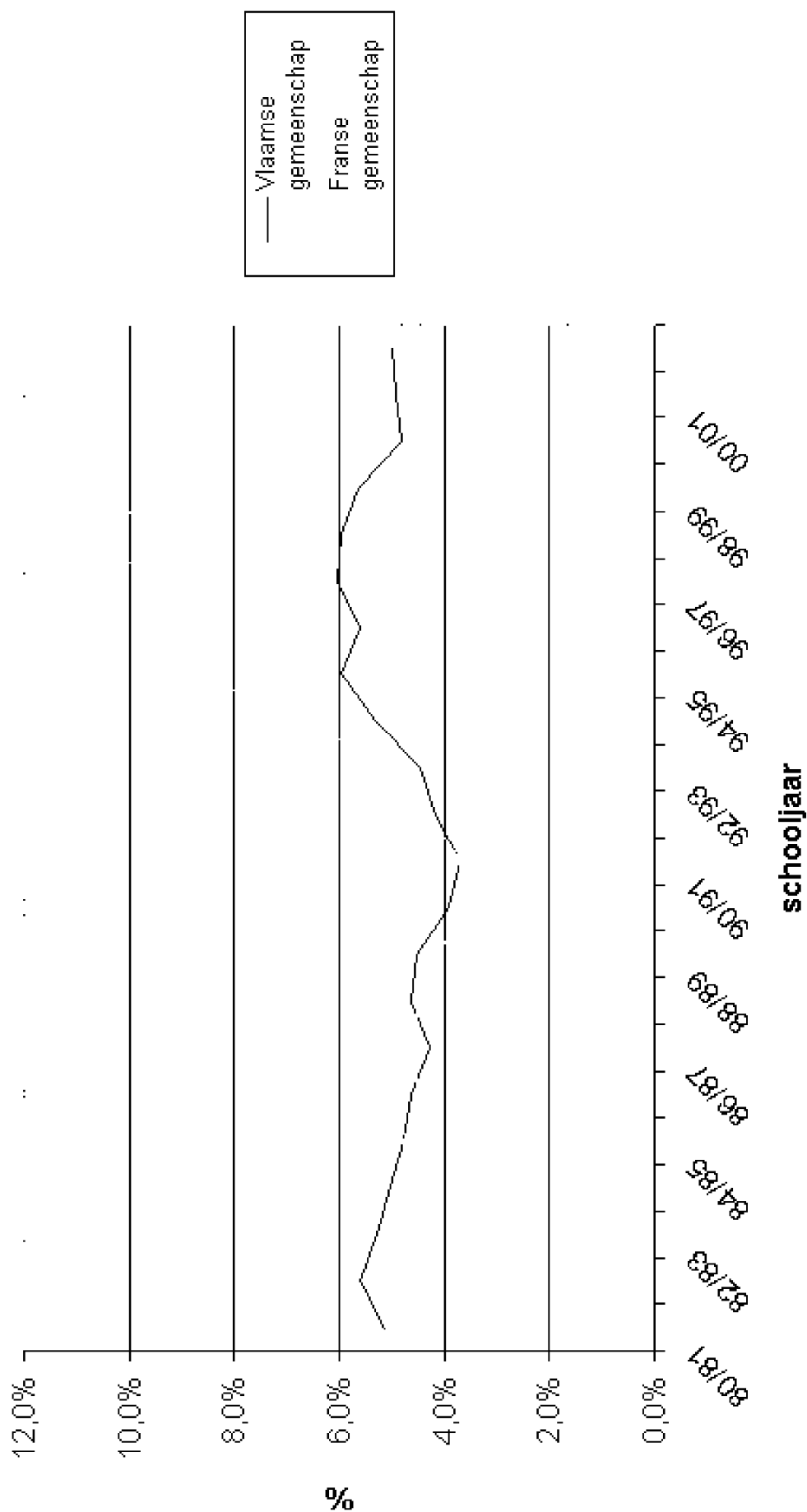
Evolutie 1980-2002 A1 verpleegkunde in absolute aantallen



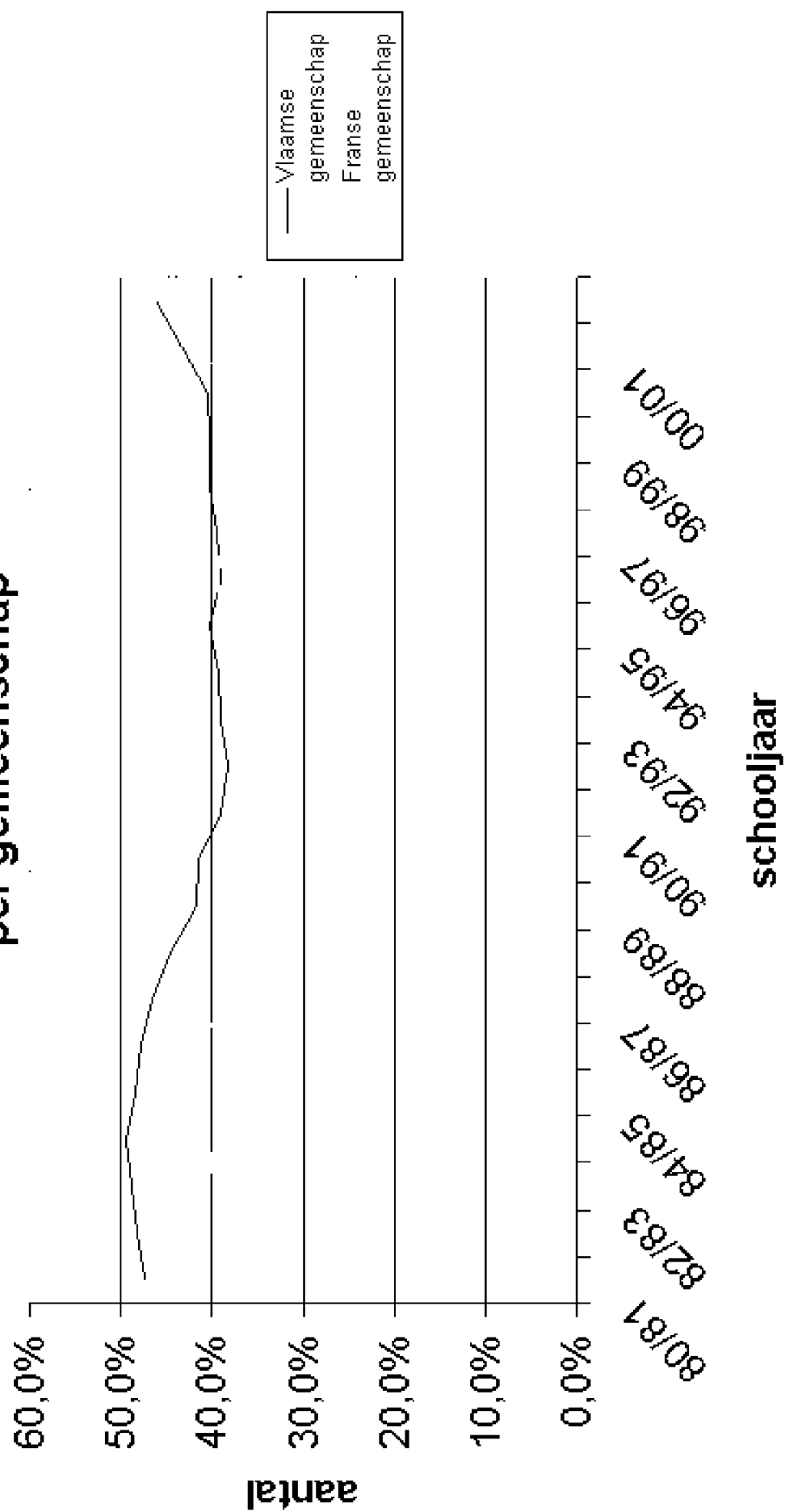
1ste jaars verpleegkunde A1 en A2 1980-2002 per gemeenschap in aantallen



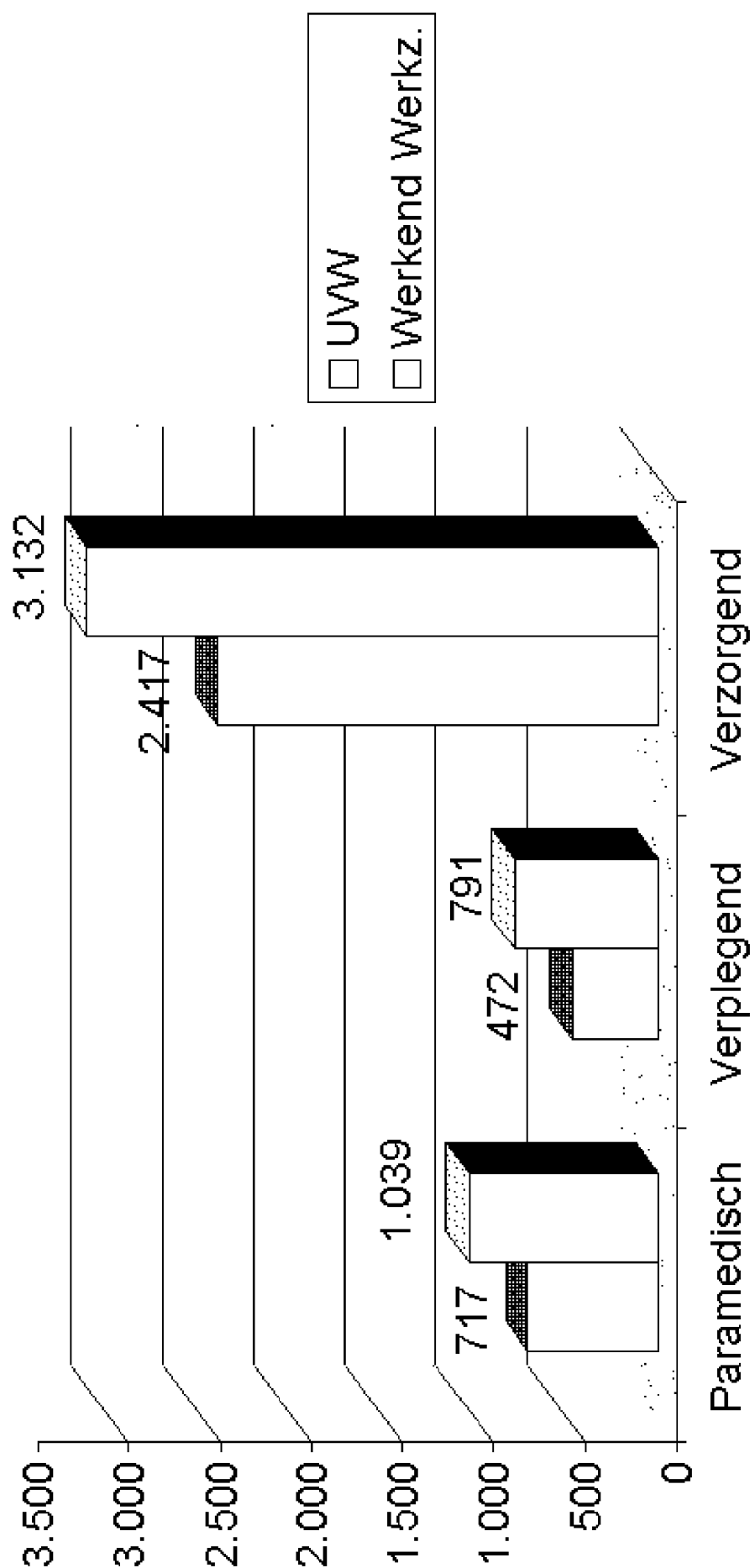
1ste jaars verpleegkunde A1 en A2 1980-2002 per gemeenschap in % tav 18-21 jarigen



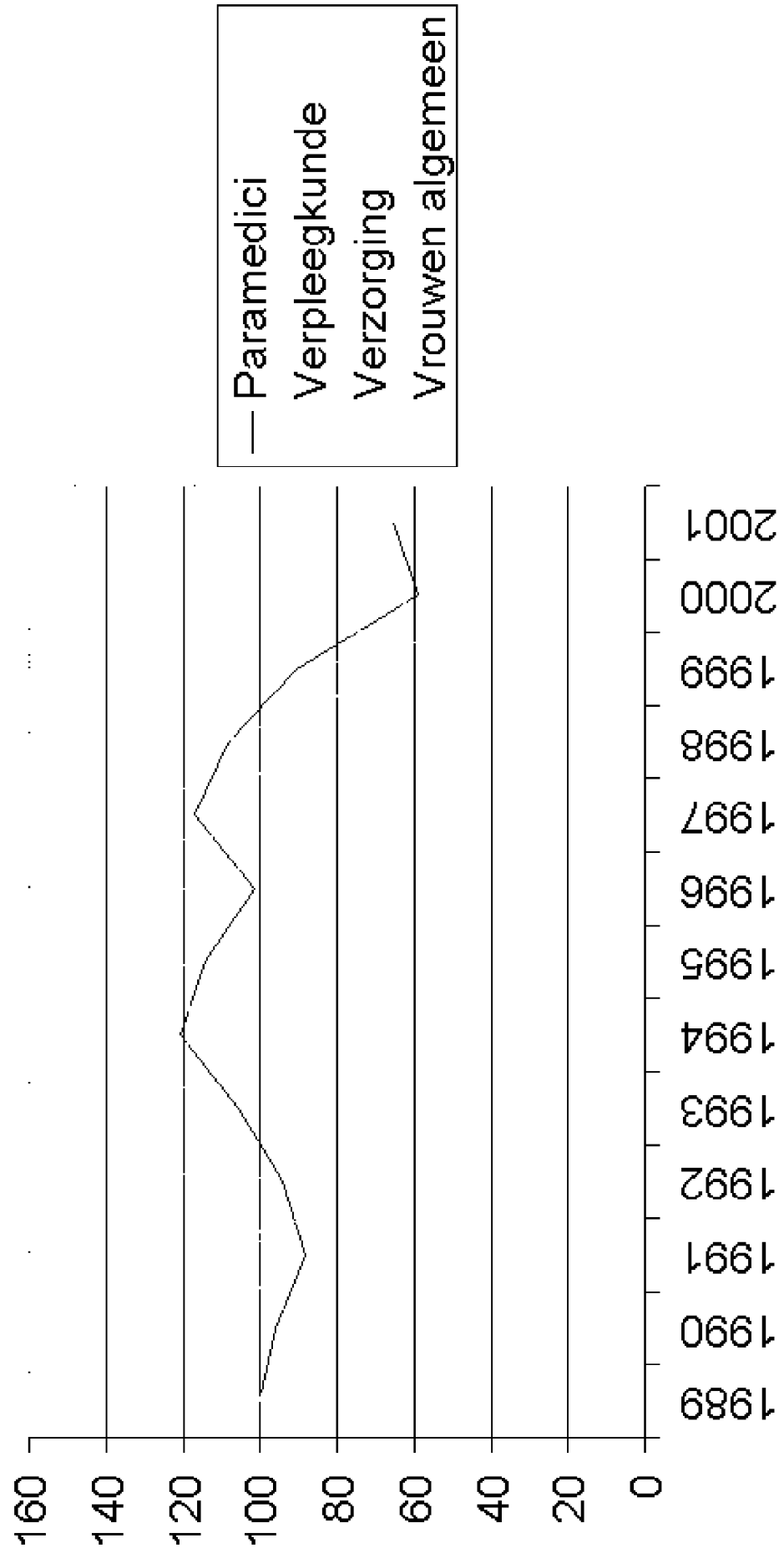
Totaal aantal verpleegkunde %A2 1980-2002 per gemeenschap



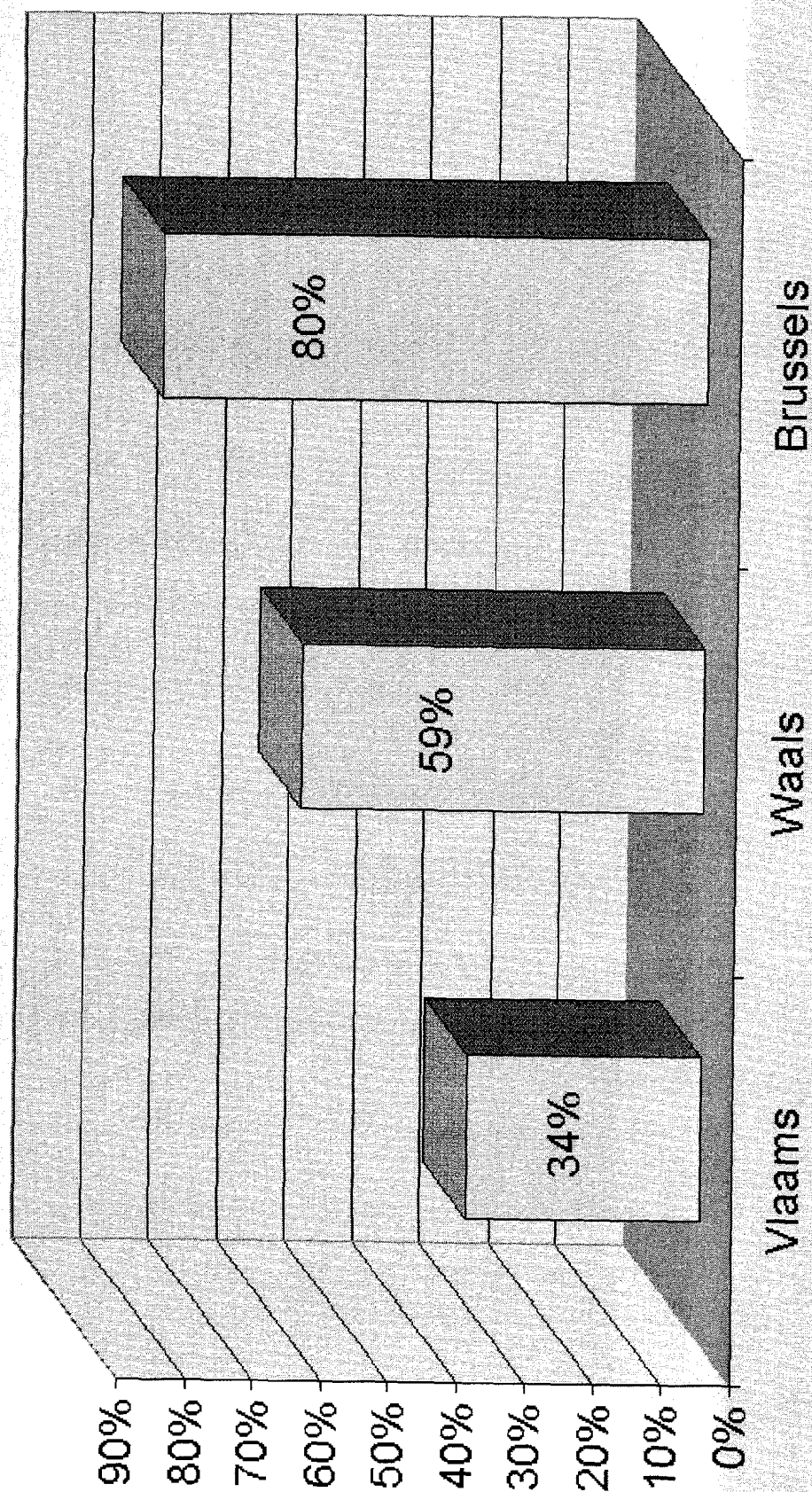
Werkloosheidsreserve naar beroep en statuut - Vlaanderen o.a. de werkend werkzoekenden- 2001



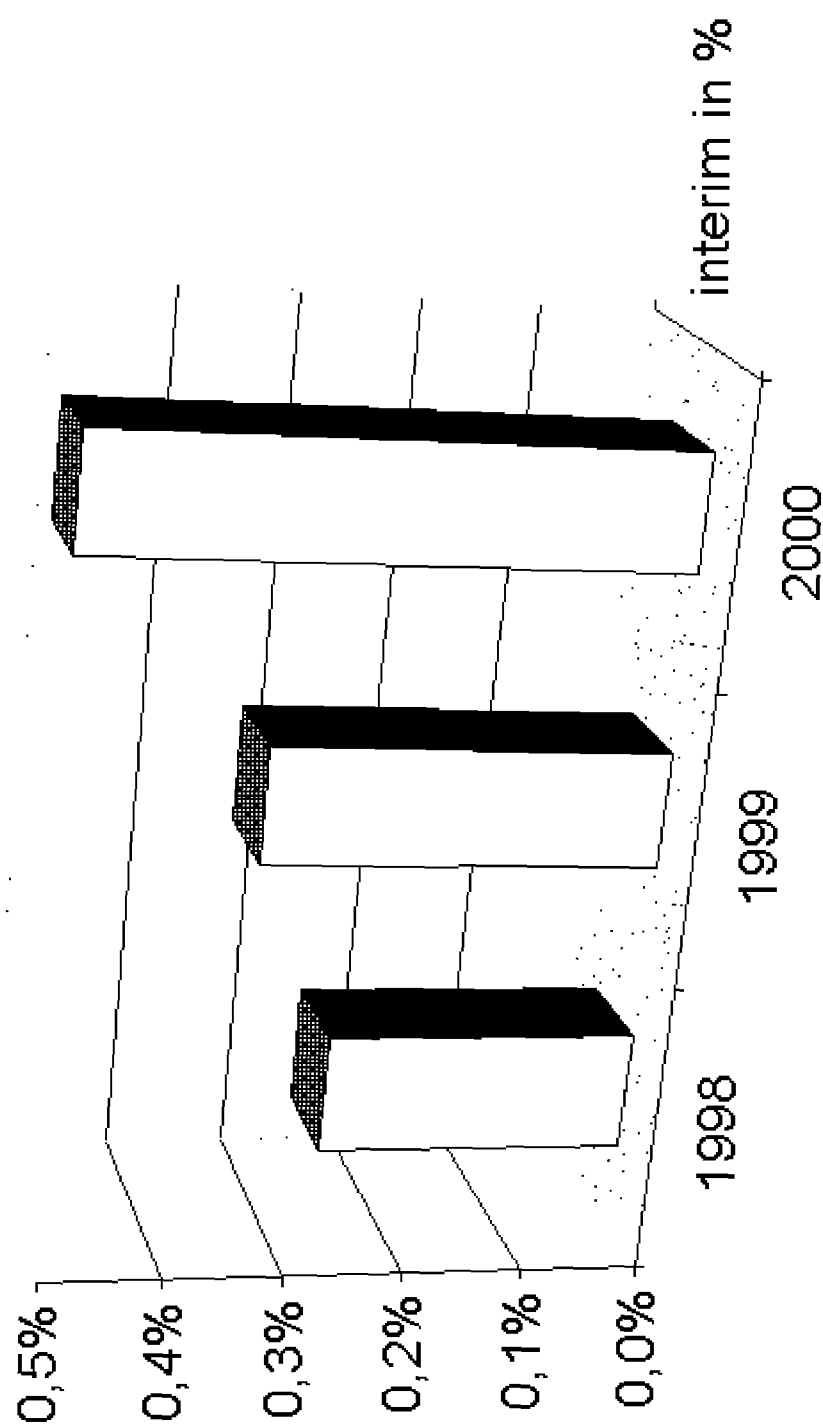
Evolutie Uitkeringsgerechtigde Volledig Werklozen van 1989 tot 2001 (1989 = Index 100)



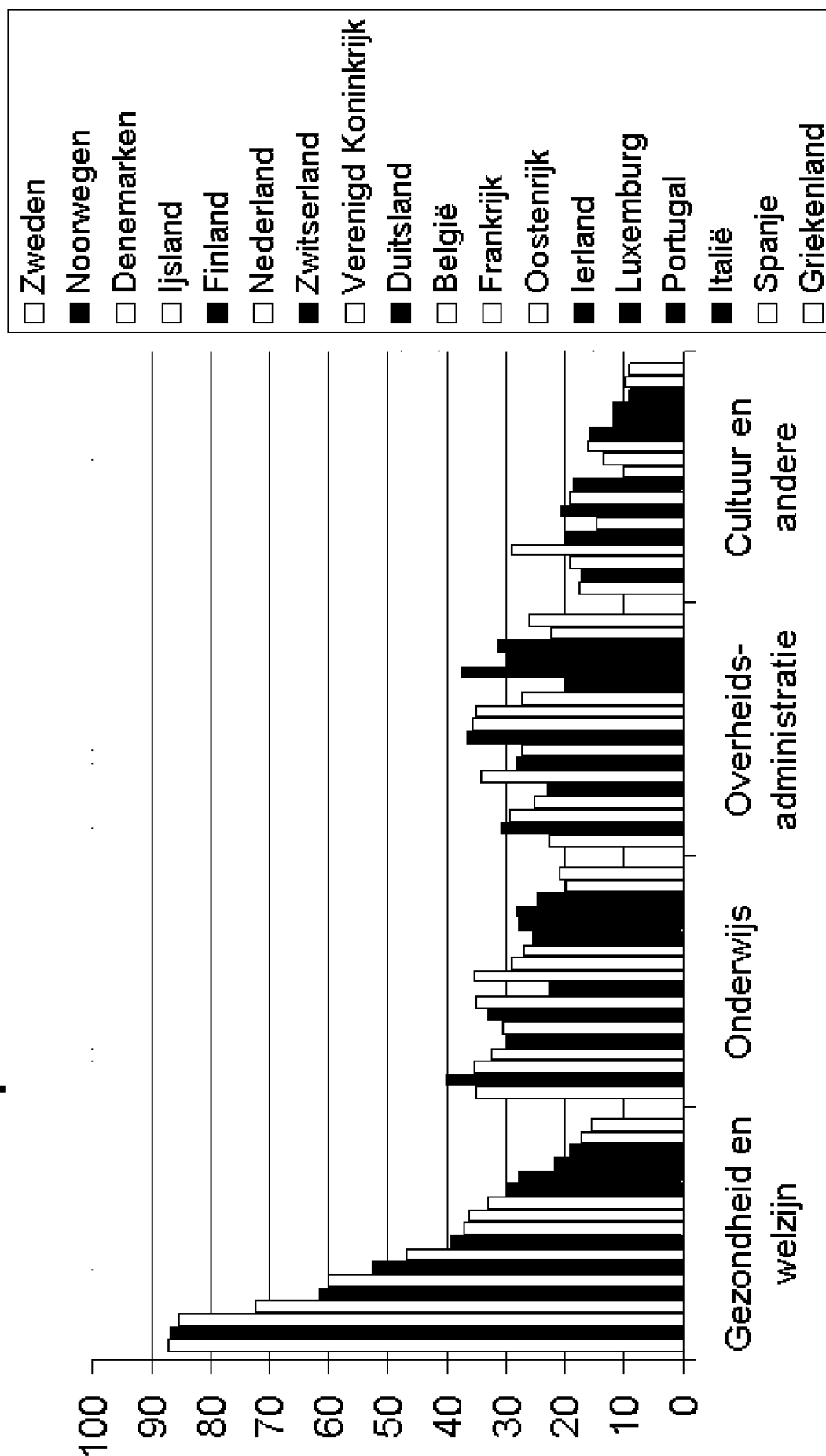
**Vreemde werknemers in de non-profit als % van een
evenredige vertegenwoordiging per gewest (VI= 3,8%,
WI=10,6% en Br=11,1% vreemdelingen op totaal werknemers)**



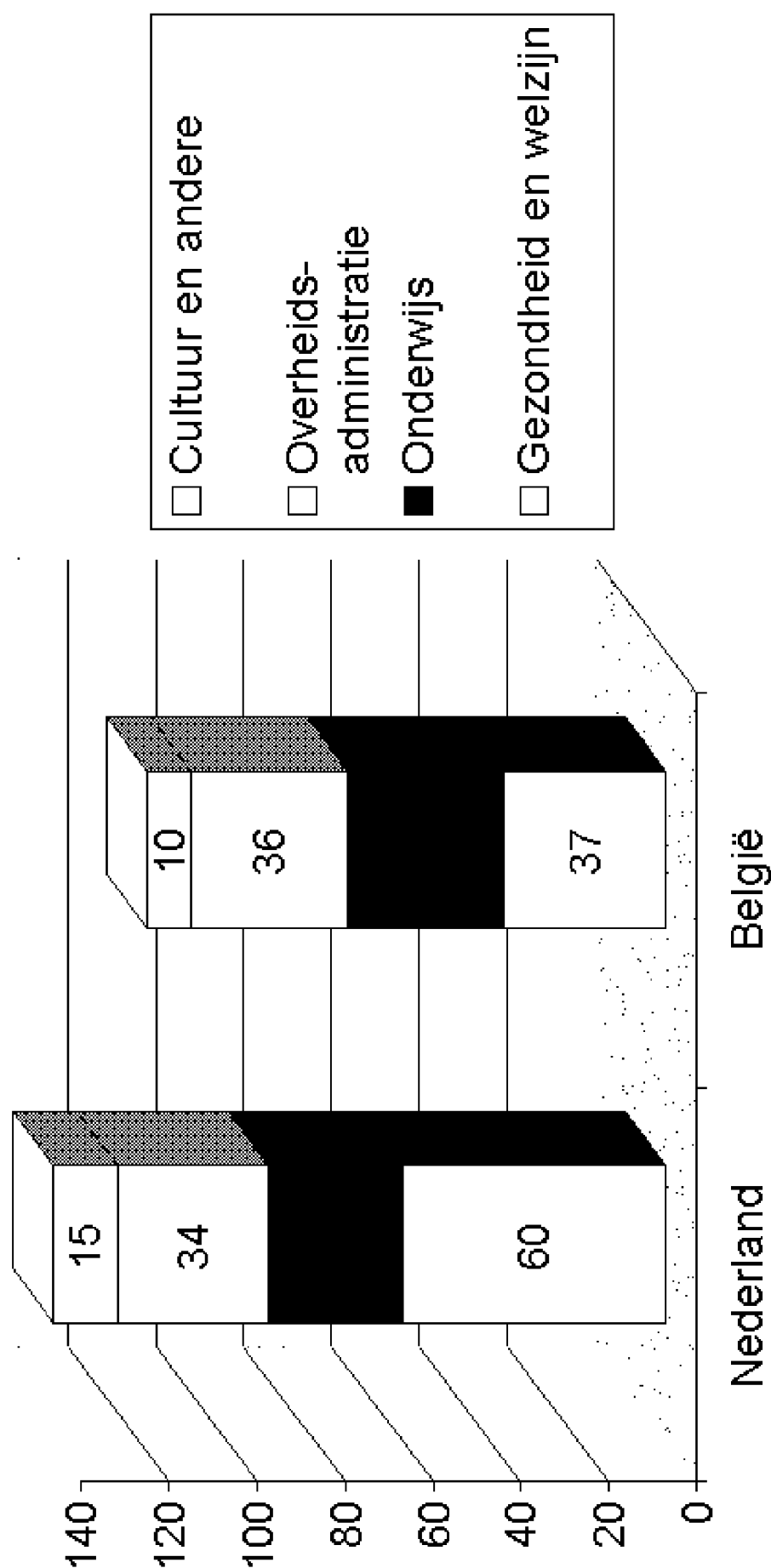
Evolutie interimwerkstelling in de non-profit in België tussen 1998 en 2000 (voor 2000 komt 0,5% neer op 1 interim per 200 werknemers)



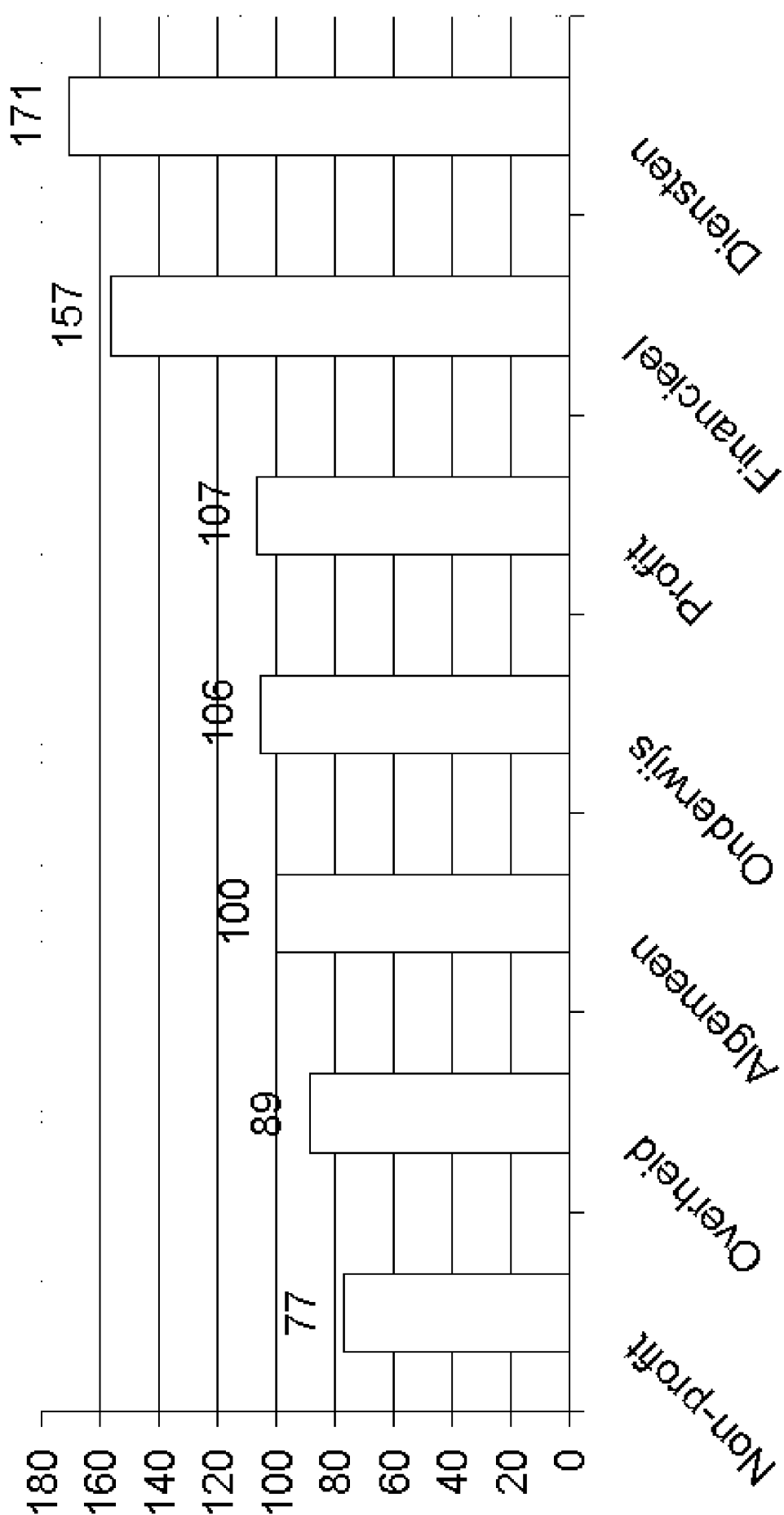
Aantal werknemers Quartaire sector per duizend inwoners in de EU



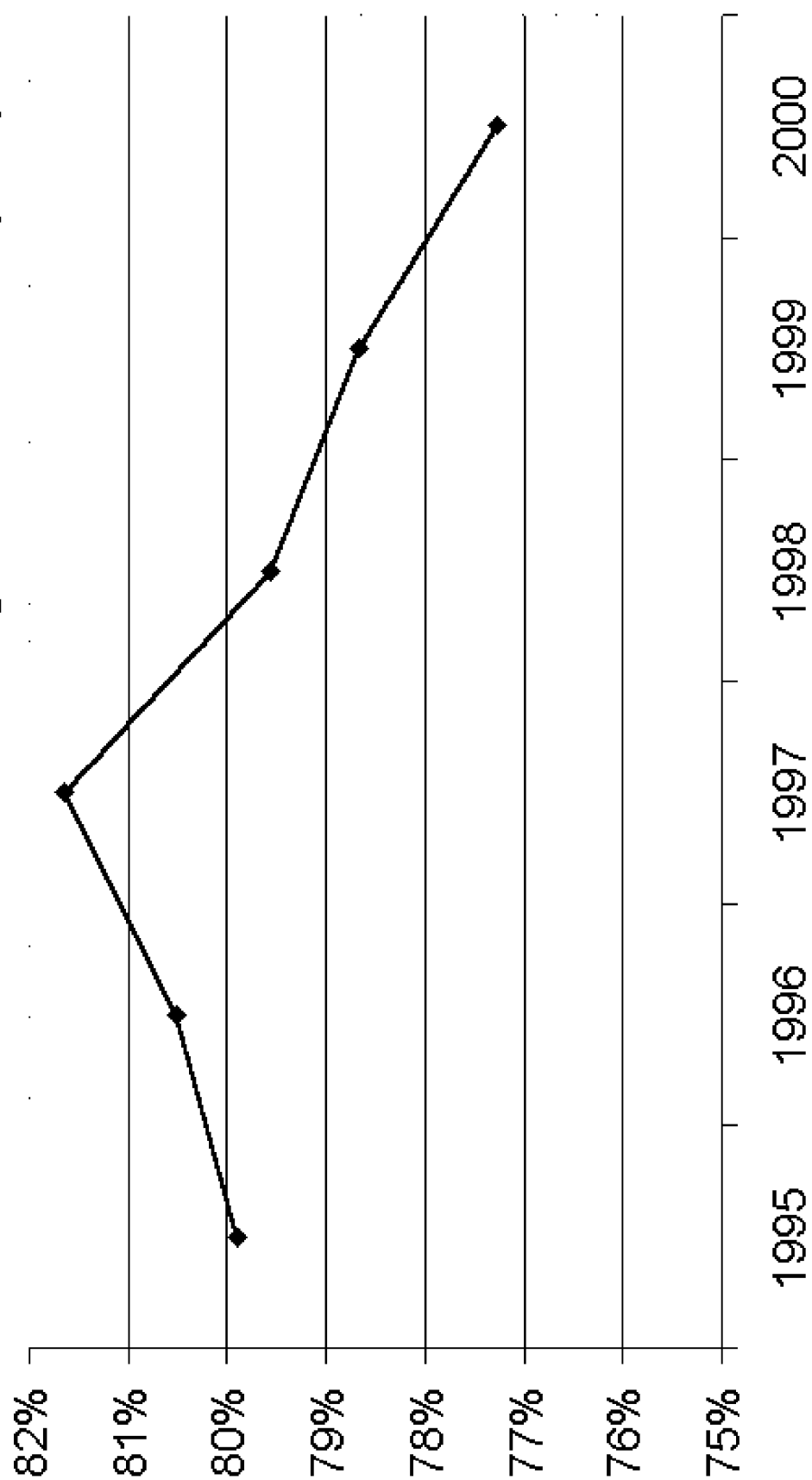
Aantal werknemers quartaire sectoren per duizend inwoners in Nederland en België



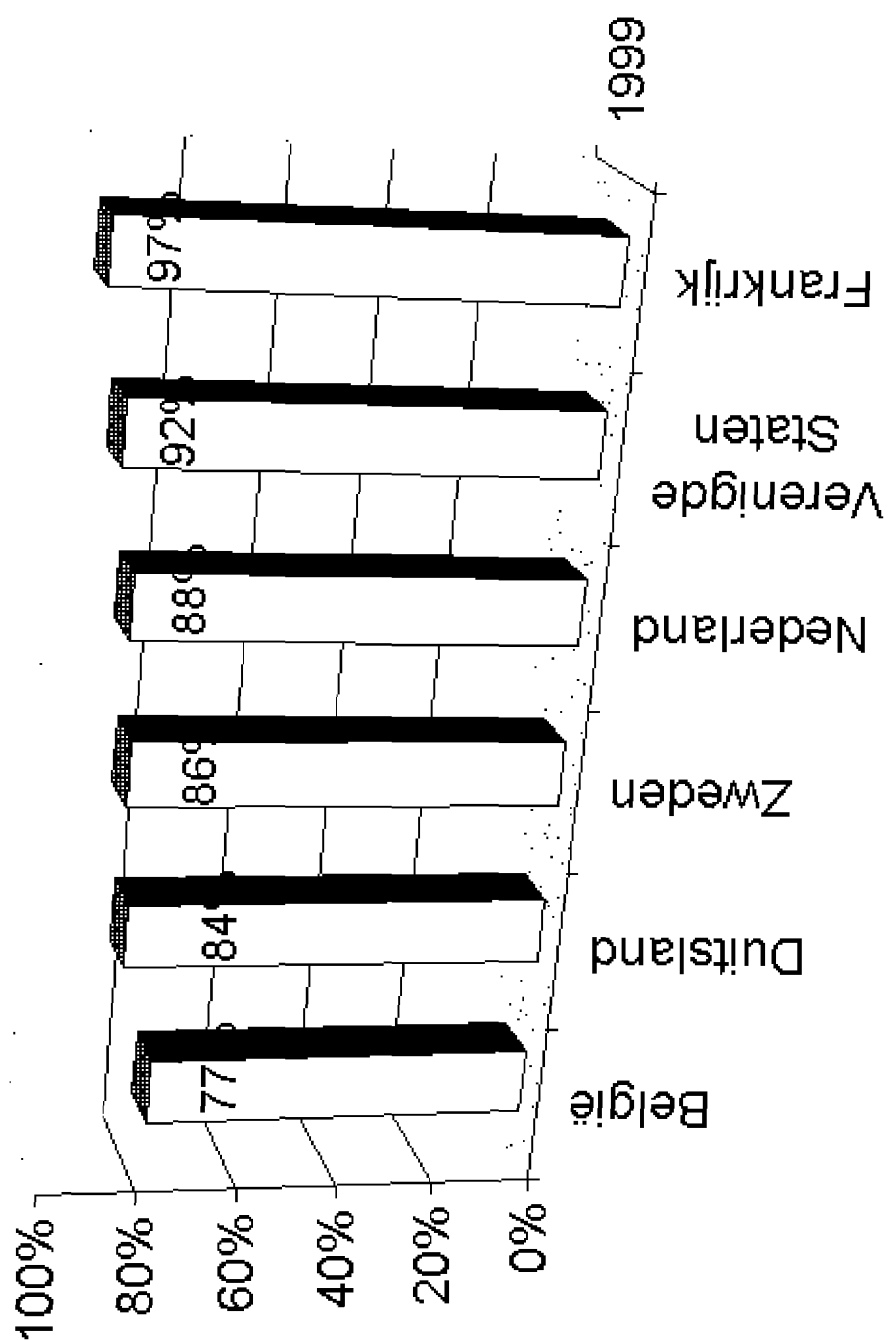
Loonafstand Non-Profit t.a.v. de andere sectoren 2000 - INR (Gemiddeld loon per VTE België = 100)



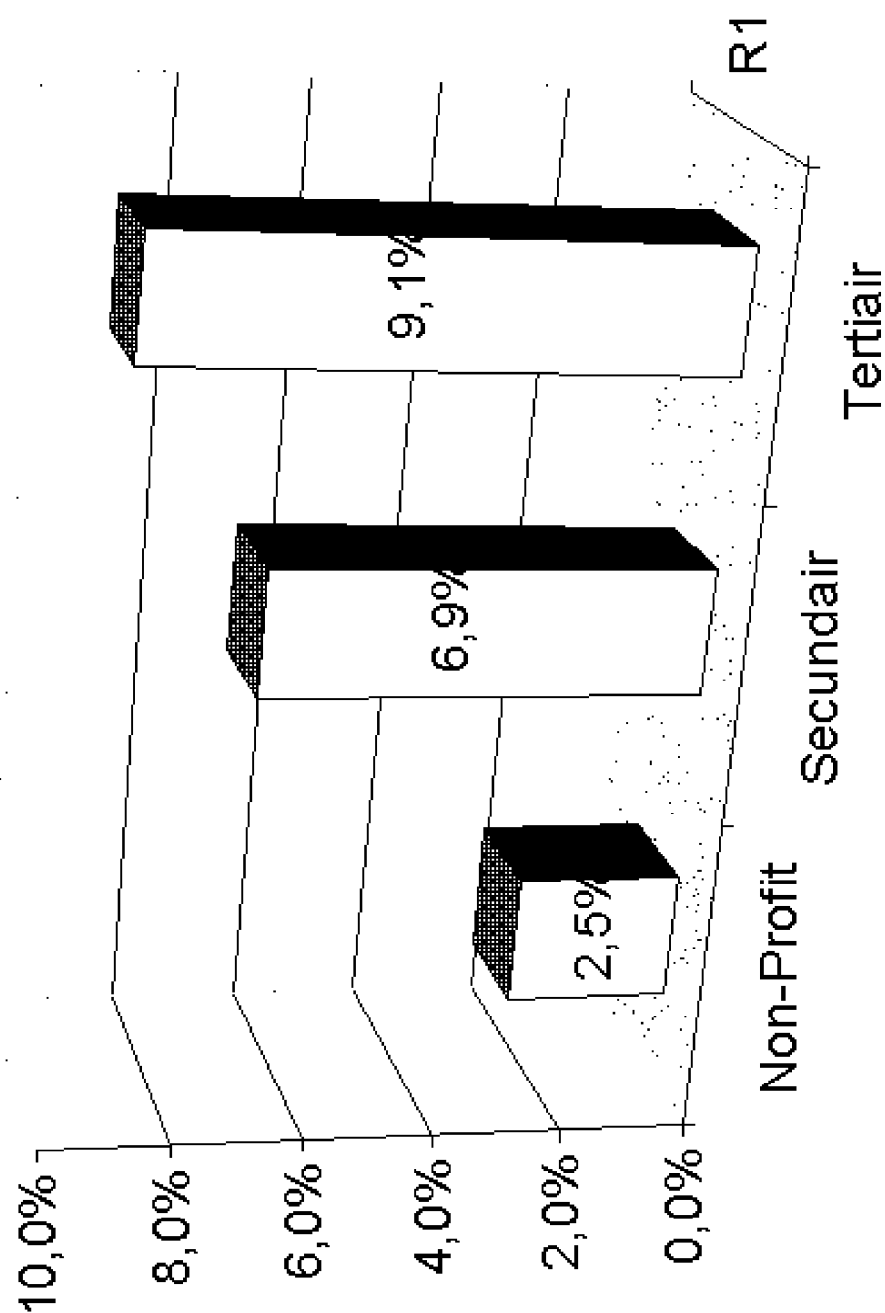
**Loon per VTE in de Non-Profit sector
als % van de lonen in België 1996 - 2000 (INR)**



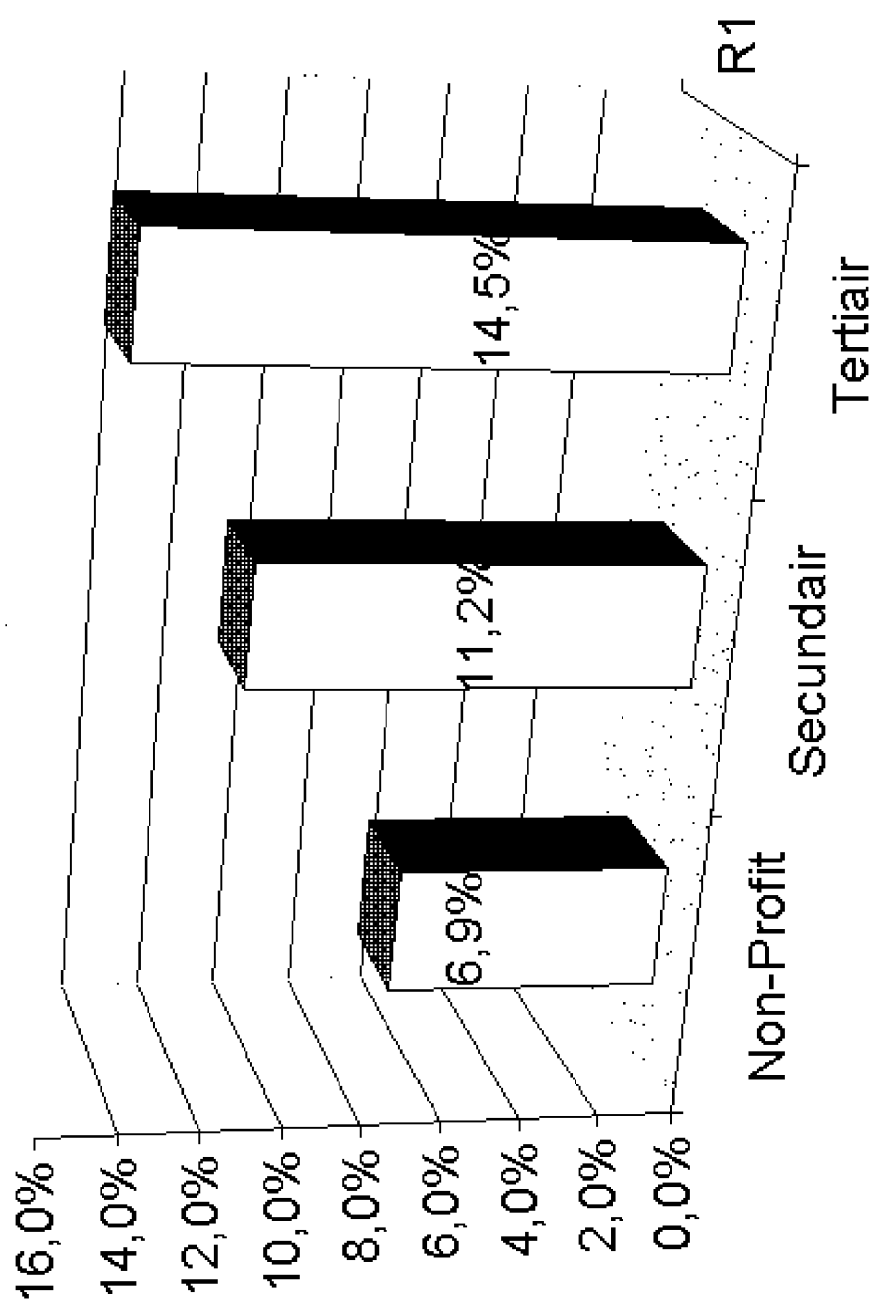
Non-Profit loon per VTE als % op gemiddeld loon voor enkele landen van de EU -1999 (Eurostat)



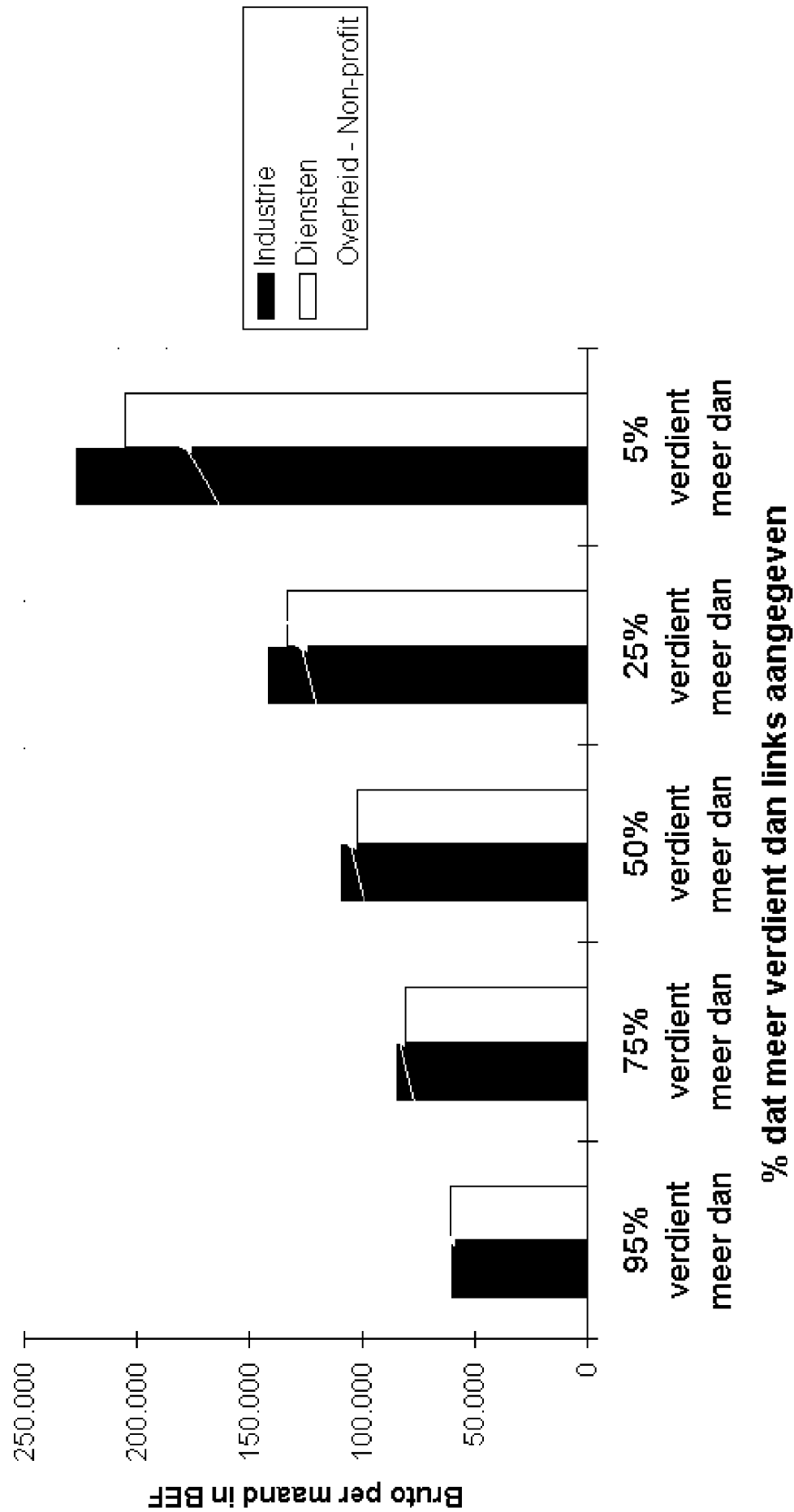
Evolutie loonkost per VTE buiten index tussen 1996-2000 (INR) in de sectoren



Evolutie loonkost per VTE met index tussen 1997 en 2000 (2 IPA's) - INR



% bedienden per verdienste naar sectorgroep (bedienden/ambtenaren) Vacature - 1998



Loonvergelijking Onderwijs en Profit (Hay-studie) en vergelijking met de Non-Profit

