



Instituut voor de gelijkheid
van vrouwen en mannen

STUDIE

Goede praktijken uit het buitenland voor het opwaarderen van zorgberoepen

Een casestudy van vier Europese landen

Auteurs

Christine Grard & Chloé Allen

| Laboratoire d'anthropologie prospective LAAP, UCLouvain



Gefinancierd door
de Europese Unie
NextGenerationEU

.be

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
1. Context	8
1.1 Het Franse zorgsysteem	9
1.1.1 Algemene kenmerken van het sociale beschermingsstelsel.....	9
1.1.2 Bijzondere kenmerken van het Franse zorgsysteem	9
1.1.3 In het kort.....	10
1.2 De Spaanse zorgsystemen: 3 parallelle systemen	11
1.2.1 Het universele wettelijke zorgsysteem.....	11
1.2.2 Particuliere ziekenfondsen	12
1.2.3 Geneeskunde en particuliere zorg: de vele onzichtbare helpende handen	12
1.2.4 In het kort.....	13
1.3 Het Nederlandse zorgsysteem: een sociaal verzekeringsstelsel dat de privémarkt combineert met overheidstoezicht	14
1.3.1 Basiszorgverzekering en aanvullende zorgverzekering	15
1.3.2 Eerstelijnszorg: de huisartsenpraktijken.....	15
1.3.3 Langdurige zorg en de hervorming van 2015	16
1.3.4 In het kort.....	17
1.4 Het Deense zorgsysteem: een gedecentraliseerd systeem	18
1.4.1 Hervorming van 2007: versterking van de eerstelijnszorg, 'superziekenhuizen' en telegeneeskunde.....	19
1.4.2 Chronische ziekten en langdurige zorg	19
1.4.3 In het kort.....	20
2. Profielen van de opleidingen en zorgprofessionals	21
2.1 Dichtheid van VVAZ's en ZK's in Europa	21
2.2 Profielen van professionele en studerende VVAZ's en ZK's in Frankrijk	23
2.2.1 Profiel van VVAZ's in Frankrijk.....	23
2.2.2 Profiel van ZK's in Frankrijk.....	25
2.2.3 Mantelzorgers in Frankrijk.....	26

2.2.4	In het kort.....	26
2.3	Profiel van VVAZ's, ZK's, mantelzorgers en opleidingen in Spanje.....	27
2.3.1	Profiel van VVAZ's in Spanje.....	27
2.3.2	Het tekort aan VVAZ's en ZK's in Spanje.....	28
2.3.3	Opleidingen tot VVAZ in Spanje.....	30
2.3.4	Opleiding tot verpleegassistent (gelijkwaardig aan ZK).....	31
2.3.5	Mantelzorgers en thuishulp.....	31
2.3.6	In het kort.....	32
2.4	Profiel van VVAZ's, ZK's en mantelzorgers in Nederland.....	32
2.4.1	Personeelstekort en bureaucratie verergeren burn-out.....	33
2.4.2	Buurtzorg: een antwoord uit het middenveld.....	34
2.4.3	Opleidingen tot VVAZ in Nederland: een model dat aanleunt bij het Vlaamse model.....	35
2.4.4	Mantelzorgers en thuishulp.....	36
2.4.5	In het kort.....	36
2.5	Profiel van VVAZ's, ZK's en mantelzorgers in Denemarken.....	37
2.5.1	Profiel en opleiding.....	37
2.5.2	Een beroep in crisis.....	38
2.5.3	Tekort en selectieve vraag naar arbeidskrachten.....	38
2.5.4	Mantelzorgers.....	39
2.5.5	In het kort.....	39
3.	Oplossingen die in de vier landen worden voorgesteld.....	40
3.1	Advies van WHO Europe: iedereen toegang geven tot gezondheidszorg en werknemers beschermen.....	40
3.2	Franse voorstellen: veel voorstellen maar geen consensus.....	41
3.3	Spaanse voorstellen.....	45
3.4	Nederlandse voorstellen.....	46
3.4.1	Beloften en potentiële beperkingen van het Buurtzorgmodel.....	47
3.4.2	Vragen in de huidige context.....	48
3.5	Deense voorstellen.....	49
4.	Wat kunnen we meenemen om de zorgberoepen in België aantrekkelijker te maken?.....	50
4.1	Steun voor mantelzorgers en een evenwichtige, genderneutrale verdeling van zorgtaken.....	50
4.2	Een sterke eerstelijnszorg die zo dicht mogelijk bij de mensen staat.....	51
4.3	Meer zorgprofessionals zodat ze hun werk op een ethische manier kunnen uitvoeren en diversere profielen.....	52

4.4	Studenten VVAZ en ZK ondersteunen, de opleidingen afstemmen op de zorgnoden en de kwaliteit van de stages bewaken.....	53
-----	--	----

Bibliografie 55

Artikelen en naslagwerken	55
---------------------------------	----

Werkdocumenten en studierapporten	56
---	----

Websites en online persartikelen	58
--	----

Bijlage..... 60

Socialezekerheidsstelsels in Europa	60
---	----

Glossarium

Om het schrijven en lezen van deze tekst te vergemakkelijken en om zoveel mogelijk te voorkomen dat een beroep dat overwegend vrouwelijk is maar zich vaak liever niet zo definieert vermannelijkt wordt, hebben we ervoor gekozen om waar mogelijk neutrale afkortingen te gebruiken.

VVAZ: verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, dat veelvuldig in de tekst wordt gebruikt omdat dit de officiële Europese titel is voor deze functie, ook al is dit niet altijd de meest gangbare term in het land.

ZK: zorgkundige of een soortgelijke functie

OIVK: opleidingsinstituut verpleegkunde

Inleiding

De gezondheids crisissen die we de afgelopen decennia hebben doorgemaakt, zoals COVID-19, SARS, spongiforme encefalopathieën en andere, lieten zich niet door grenzen tegenhouden. Dit toont nog maar eens hoe belangrijk het is om gezondheid vanuit een Europees perspectief te bekijken¹.

Het feit dat de COVID-19-pandemie maar moeilijk onder controle te krijgen was, het ernstige personeelstekort, het gebrek aan middelen, het leed van patiënten die in isolatie werden gehouden, de indruk dat hen geweld werd aangedaan en de hoge infectie- en sterftcijfers onder eerstelijns werkers in Europa tijdens de pandemie hebben diepe sporen nagelaten. Tijdens de pandemie verklaarden maar liefst 9 op de 10 verpleegkundigen in Europa dat ze van plan waren om hun job vaarwel te zeggen (WGO, 2022) omdat ze er niet langer de zin van inzagen. Hoewel het werk in de zorg sinds het einde van de pandemie is teruggekeerd naar het niveau van voor de pandemie, is het aantal zorgprofessionals dat effectief voor patiënten zorgt nooit meer op hetzelfde peil gekomen. In veel Europese landen is het personeelstekort zo groot dat er een keuze moet worden gemaakt: bedden en soms hele ziekenhuisafdelingen worden gesloten, terwijl andere op halve snelheid werken.

Het tekort treft de hele EU en wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gezien als 'een "tikkende tijdbom" die een gezondheidsramp zou kunnen veroorzaken'². Het meest zorgwekkende probleem is het lage vervangingspercentage voor een vergrijzende populatie van zorgprofessionals net nu er eigenlijk meer personeel nodig is³. De jongere generatie heeft niet veel zin in een beroep dat synoniem is met uitgeputte professionals, een mindere mentale gezondheid, verlies van betekenis van wat er van hen gevraagd wordt, moeilijke werkuren, een onaantrekkelijk loon en te weinig professionele ondersteuning. De waarschijnlijke verergering van het tekort aan zorgpersoneel zou ernstige gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van de bevolking, met onder meer langere wachttijden voor behandelingen, een geneeskunde met twee snelheden, met aan de ene kant gesubsidieerde zorg van middelmatige kwaliteit en aan de andere kant de

¹ We hebben dit bijvoorbeeld gezien tijdens de COVID-19-pandemie: sommige patiënten werden overgebracht naar andere landen omdat er in de overvolle ziekenhuizen geen plaats meer was. Dit geldt ook voor de behandeling van bepaalde pathologieën die alleen in hypergespecialiseerde afdelingen kunnen worden behandeld. Zo worden Belgische patiënten bijvoorbeeld soms naar Parijs doorverwezen.

² Persbericht WHO van 14/09/2022: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>

³ De stijgende levensverwachting, in combinatie met de schadelijke effecten van verschillende gezondheids-, milieu-, economische en sociale crisissen, leidt tot een toename van het aantal personen dat afhankelijk is van hulp en het aantal personen dat te maken krijgt met complexe en precare sociale en gezondheidsproblemen.

ontwikkeling van hoogwaardige, maar zeer dure zorg die wordt aangeboden door een privésector met winstoogmerk en die enkel toegankelijk is voor wie een privéverzekering kan afsluiten.

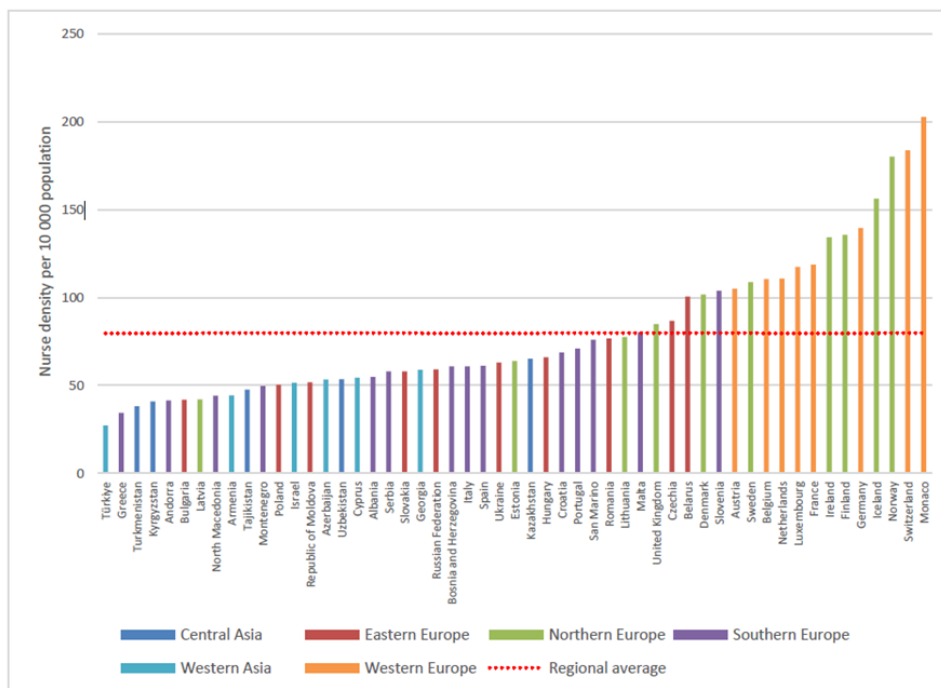
De moeilijkheden die zorgprofessionals in Europa ondervinden in het post-COVID-19 tijdperk brengen meerdere structurele problemen aan het licht, waarvan sommige eigen zijn aan bepaalde landen of deelgebieden en andere grensoverschrijdend zijn. Overal worden initiatieven genomen om het tekort aan zorgprofessionals te counteren. Om de context van dit tekort, de problemen die spelen en de bestaande oplossingen in Europa te schetsen, wordt in dit onderzoek gekozen voor een verkennende kwalitatieve benadering op basis van een uitgebreide literatuurstudie van onder andere wetenschappelijke en beroepsgerelateerde teksten, rapporten van verschillende organisaties en documenten van de Europese Unie (EU), evaluaties, persberichten en berichten van vakbonden. We zullen meer in detail kijken naar de context, met inbegrip van de genderdimensie, waarin moeilijkheden ontstaan en oplossingen worden voorgesteld in vier landen: Frankrijk, Spanje, Nederland en in mindere mate Denemarken.

Deze tekst belicht eerst de specifieke kenmerken van de Europese gezondheidszorg en de zorgsystemen in elk van de vier landen. Vervolgens wordt gekeken naar de profielen van de zorgprofessionals en de opleidingen, waarbij we inzoomen op de sterke punten en de problemen die zich voordoen. Tot slot schetsen we in grote lijnen de voorstellen die ons in het kader van dit onderzoek zinvol lijken.

1. Context

Naast de algemene alarmkreet is het belangrijk om op te merken dat het personeelstekort zich voordoet in een context die soms sterk verschilt van land tot land. De situaties en profielen van de zorgprofessionals zijn in elk land erg uiteenlopend. Aan het begin van de gezondheids crisis was het aantal zorgprofessionals in Europa tussen 2010 en 2020 in zijn geheel fors gestegen tot gemiddeld 80 VVAZ's/10.000 inwoners. In werkelijkheid zette die stijging zich niet in alle landen van de eurozone door. Terwijl in Noord- en West-Europa het aantal VVAZ's (verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg) met 8% toenam, ging hun aantal in Oost-Europa met 9% naar beneden (WGO, 2022). De tabel hieronder van de WGO laat de grote verschillen tussen de EU-landen zien.

Figuur 1: Dichtheid van verpleegkundigen vergeleken met het regionale gemiddelde van 80 per 10.000 inwoners



Bron: Tabel overgenomen uit het rapport 2022 van de Wereldgezondheidsorganisatie.

We geven hieronder een beschrijving van de verschillende zorgsystemen in de vier landen die we voor onze studie hebben gekozen.

1.1 Het Franse zorgsysteem

1.1.1 Algemene kenmerken van het sociale beschermingsstelsel

Hoewel het Franse systeem aanvankelijk gebaseerd was op een Bismarckiaanse logica, werden geleidelijk Beveridgiaanse principes⁴ in het systeem geïntroduceerd: universele ziektekostendekking, overheidsbijdragen, parlementaire bevoegdheid voor het beheer van de sociale zekerheid. De uitgaven voor sociale bescherming in Frankrijk bedroegen in 2022 30,5% van het bbp en de uitgaven voor gezondheidszorg 11,9% van het bbp (Dress 2023, p.140)⁵.

De administratieve organisatie van het Franse sociale beschermingsstelsel is relatief complex. Er zijn ongeveer honderd stelsels, gegroepeerd in vier grote blokken:

- Het algemene stelsel (dat geldt voor de meeste werknemers en andere categorieën zoals studenten);
- Bijzondere stelsels voor alle werknemers die niet onder het algemene stelsel vallen (ambtenaren, SNCF, EDF enz.);
- Het stelsel voor landbouwers, opgedeeld in twee systemen: één voor de landbouwers zelf en één voor hun werknemers;
- Het stelsel voor zelfstandigen buiten de landbouw.

Alle stelsels staan onder toezicht van het ministerie van Sociale Zaken, met uitzondering van het stelsel voor landbouwers. Het toezicht wordt op een gedecentraliseerd niveau uitgeoefend via de regionale gezondheidsagentschappen (*agences régionales en santé* of ARS), die de decentralisatie van de macht en de overdracht van bevoegdheden verder ondersteunen⁶ (Polton, 2022, p.122-128). Het algemene stelsel omvat vier takken: ziekte en moederschap, arbeidsongevallen en beroepsziekten, ouderdom en gezin.

1.1.2 Bijzondere kenmerken van het Franse zorgsysteem

Het uitgangspunt van het Franse systeem is een verzekering op basis van arbeid. Er is geen vrijstelling van verzekering. De afgeleide rechten komen onder bepaalde voorwaarden ten goede aan de echtgeno(o)t(e) en de kinderen ten laste. Verwanten in opgaande en neergaande lijn kunnen ook profiteren van de uitbreiding van de sociale bescherming.

⁴ Zie bijlage.

⁵ Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023, PANORAMAS DE LA DREES, verschenen op 20/09/2023

⁶ Opmerkelijk is hier dat er aan de ene kant sprake is van een nieuwe vorm van centralisatie op departementaal niveau, die nog ver afstaat van veel burgers, en dat dit aan de andere kant in sommige departementen, zoals Saône et Loire, heeft geleid tot de oprichting van multidisciplinaire gezondheidscentra die dicht bij de inwoners staan en die een werkomgeving bieden die voldoet aan de verwachtingen van de zorgprofessionals: een degelijk loon, goede arbeidsomstandigheden, apparatuur en een gemeenschapsleven. De werving van personeel is fel verbeterd (Polton, 2022, p. 128).

De organisatie van de geneeskunde is liberaal, waarbij de artsen en VVAZ's vergoed worden per prestatie volgens een tarief dat centraal is vastgesteld voor geconventioneerde artsen en VVAZ's. Verzekerden zijn vrij om hun huisarts, hun VVAZ, de specialisten die ze willen raadplegen en het ziekenhuis waar ze behandeld willen worden te kiezen. Ook de keuze tussen een openbare of privé-instelling is vrij. De patiënt schiet de erelonen voor en krijgt het conventionele tarief terugbetaald: 30% voor erelonen en 20% voor de zorg in het ziekenhuis. Voor een opname in het ziekenhuis wordt een vast bedrag van 11 euro per dag aangerekend. Dat bedrag wordt afgeschaft vanaf de 31e dag van opname en voor bepaalde categorieën van patiënten zelfs vanaf de eerste dag. De bijdrage in de kosten van geneesmiddelen bedraagt 35%, of 65% voor geneesmiddelen voor de behandeling van minder ernstige ziekten. Zogenaamde comfortgeneesmiddelen worden niet terugbetaald. Tandheekkundige zorg en optische zorg worden nauwelijks terugbetaald. De zorgprestaties en het vervoer bij ziekenhuisopname worden terugbetaald op basis van het conventionele tarief, verminderd met het remgeld, dat meestal door een aanvullende instelling ten laste wordt genomen. De universele ziektekostenverzekering, die door de wet van 29 juni 1999 in het leven werd geroepen, dekt 100% van de kosten van de allerarmsten. De moederschapsverzekering maakt deel uit van de ziekteverzekering. De terugbetaling dekt 100% van de medische zorg, pre- en postnatale onderzoeken en medische prestaties. Vrouwelijke werknemers hebben recht op een dagelijkse uitkering gedurende 16 weken (6 voor en 10 na de bevalling), maar dit kan variëren in geval van een pathologische zwangerschap of de komst van een derde kind in het gezin.

1.1.3 In het kort

Sterkten van het Franse systeem

1. Een systeem dat duidelijk gedomineerd wordt door staatsstructuren die toegankelijk zijn voor zo veel mogelijk burgers.
2. De kosten voor zorg en medicatie zijn vaak lager dan in België.

Zwakten van het Franse systeem

1. Het systeem is veelal gericht op zorg en weinig op preventie⁷, met een ziekenhuisgerichte aanpak, vooral in departementen die worden omschreven als medische woestijnen (European Union, State of Health in the EU, France, p. 3-10).
2. Er zijn nog steeds grote ongelijkheden in de gezondheidstoestand van de bevolking. Franse burgers behoren tot de Europeanen met het hoogste aantal comorbiditeiten op 65-jarige leeftijd, wat zorgt voor een gestage en onvermijdelijke toename van complexe zorgsituaties waar het systeem steeds moeilijker mee om kan gaan (Chauvin & Lepeltier, p. 87-89).
3. De lonen van de VVAZ's en ZK's liggen onder de Franse mediaan, terwijl ze in veel Europese landen op of zelfs iets boven de mediaan liggen (Duitsland, België).
4. Een gestaag vergrijzende beroepsbevolking in de zorg, met een gemiddelde leeftijd van 40,3 jaar in 2010, oplopend tot 45 jaar in 2020. Er werd onvoldoende geanticipeerd op de

⁷ "Hoewel het Franse zorgsysteem goede toegang biedt tot zorg van hoge kwaliteit, bracht de COVID-19-pandemie belangrijke structurele zwakheden aan het licht, met name een gebrek aan investeringen in preventie, volksgezondheid en het zorgpersoneel".

steeds grotere zorgvraag als gevolg van demografische groei en vergrijzing. Die toenemende druk op het zorgsysteem heeft geleid tot een verzaaiing van de ziekenhuizen en spoeddiensten (*Ibid.*, p. 91).

5. De verslechterende werkomstandigheden liggen aan de basis van ethisch lijden onder zorgprofessionals, omdat ze niet meer genoeg tijd kunnen nemen voor hun patiënten (*Ibid.*, p. 92-93).
6. De gezondheidssituatie in de Franse overzeese gebieden is bijzonder alarmerend en kan, wanneer geen krachtige initiatieven worden genomen, een echte gezondheidsramp veroorzaken (*Ibid.*, p. 87; HCSP 2023).

1.2 De Spaanse zorgsystemen: 3 parallelle systemen

1.2.1 Het universele wettelijke zorgsysteem

Het Spaanse sociale beschermingsstelsel hanteert een Beveridgiaanse aanpak⁸ ten aanzien van ziekte, met een nationale gezondheidsdienst die in 1986 werd opgericht. Het stelsel is universeel en wordt bijna volledig gefinancierd met belastingen. De zorg is gratis zolang die deel uitmaakt van het basispakket zoals bepaald door het ministerie van Volksgezondheid, met uitzondering van geneesmiddelen die worden voorgeschreven aan mensen jonger dan 65 jaar, waarvoor remgeld - meestal 50% - wordt gevraagd. Het nationale zorgsysteem dekt alle of een deel van de volgende basisprestaties:

- Preventie, diagnose, behandeling en revalidatie op gezondheids- of medisch-sociaal gebied
- Dringend ziekenvervoer
- Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen
- Orthesen en prothesen
- Dieetproducten
- Niet-dringend ziekenvervoer, op doktersvoorschrift om medische redenen.

Het Spaanse zorgsysteem is opgebouwd rond een sterke eerstelijnszorg, die concreet wordt georganiseerd via gezondheidszones en multidisciplinaire buurtgezondheidscentra met personeel dat wordt betaald door het ministerie van Volksgezondheid. Die gezondheidscentra bieden eerstelijnszorg (preventieve, educatieve en curatieve zorg), algemene geneeskunde, verpleging, pediatrie, fysiotherapie en sociale diensten. Het principe is dat patiënten naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum gaan, dat meestal op minder dan 15 minuten gelegen is. Wanneer het niet anders kan, komen de professionals ook aan huis. Om te kunnen profiteren van de gratis diensten (er moet niet vooraf worden betaald), moeten patiënten eerst de behandeld arts raadplegen in een kliniek in hun buurt. De keuze van arts en referentiekliniek wordt daarom beperkt door nabijheid en vaak ook door het feit dat veel huisartsen hun patiëntenquota al hebben bereikt. Gespecialiseerde zorg, indien die nodig is, moet nog steeds worden verstrekt binnen de publieke diensten, na

⁸ Zie bijlage.

verwijzing door de huisarts, en is eveneens gratis. Het referentieziekenhuis is direct verbonden aan de kliniek van de patiënt (Cleiss, 2021).

De organisatie en zorgverlening zijn geregionaliseerd, zodat de uitgaven voor gezondheidszorg voornamelijk worden bepaald en gefinancierd door de regionale overheden, binnen de grenzen van het totaalbudget dat op nationaal niveau is vastgesteld. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de volksgezondheid op het gebied van preventie (bestrijding van verslavingen, medische en sociale zorg) en milieugezondheid.

Het nationale ministerie van Gezondheid en Sociaal Beleid is bevoegd voor wetgeving met betrekking tot farmaceutische producten en is verantwoordelijk voor het garanderen van een eerlijke werking van de gezondheidsdiensten in het hele land (het definiëren van het basiszorgpakket, d.w.z. de zorg die wordt terugbetaald, het vaststellen van minimumdrempels voor gezondheidsdiensten, de kwaliteit van de zorg en het toezicht op de prestaties van het zorgsysteem). De regio's kunnen de tenlasteneming van technieken of procedures die geen deel uitmaken van het nationale zorgpakket opnemen als ze de nodige financiële middelen ter beschikking stellen en het nationale ministerie van Gezondheid informeren over de redenen voor deze maatregelen.

1.2.2 Particuliere ziekenfondsen

Naast het publieke zorgsysteem is er ook een particulier zorgsysteem, met eigen huisartsen, specialisten en overeenkomsten met privéziekenhuizen. Die particuliere ziekenfondsen werken op basis van privécontracten tussen verzekeraars en particulieren. Bedrijven bieden vaak dergelijke diensten aan hun werknemers aan. De premies voor deze contracten worden bepaald volgens de prestaties die zonder extra kosten gedekt zijn. Artsen in de privésector kunnen hun patiënten niet doorverwijzen naar publieke ziekenhuizen of zorgdiensten. De diensten die binnen dit systeem worden verstrekt, zijn niet gedekt door de sociale zekerheid.

1.2.3 Geneeskunde en particuliere zorg: de vele onzichtbare helpende handen

De particuliere geneeskunde omvat alle beroepsbeoefenaars die niet onder het socialezekerheidsstelsel vallen. De kosten van de behandeling worden volledig gedragen door de patiënt, zonder mogelijkheid tot terugbetaling door de sociale zekerheid. Particuliere zorg is vooral belangrijk voor de begeleiding van afhankelijke personen: volgens de Spaanse vakcentrale CCOO wordt bijna 80% van de gezondheidszorg door de overheid beheerd, terwijl slechts 23% van de zorg voor afhankelijke personen door de overheid wordt beheerd en de rest door de particuliere sector (Carmona, 2021).

Hoewel zorgen voor de eigen familie deel uitmaakt van een lang gevestigde traditie in Spanje, heeft de zorgmarkt de afgelopen jaren meer dan 600.000 mensen aangetrokken, van wie er 274.000

thuis ouderen verzorgen en 346.000 in rusthuizen. De meeste werknemers in deze sector zijn vrouwen (90%) en de meesten zijn van buitenlandse afkomst. Hoewel hun werk van professioneel niveau is, blijft het grotendeels onzichtbaar en wordt er weinig aandacht aan besteed. Hun lonen situeren zich onderaan de loonschaal en het percentage deeltijds werk ligt er hoger dan het gemiddelde voor alle andere beroepen, waardoor ze zich vaak in een preciaire financiële positie bevinden. De vele fysieke en psychologische risico's die ze lopen worden evenwel niet erkend. Het statuut van 'verzorger' werd in 2006 officieel vastgelegd, tegelijk met het opstellen van het wetsvoorstel over de zorg voor afhankelijke personen, waarin voor het eerst het recht van elke persoon werd vastgelegd om zorg te ontvangen tot aan zijn of haar laatste dagen, maar de situatie van deze werknemers is sindsdien nauwelijks verbeterd. In 2021 werd de vraag naar zorg en naar arbeidskrachten zo groot dat de Spaanse regering besliste om bedrijven en vakbonden te mobiliseren als onderdeel van een 'shokplan'. Het doel van dit plan is om het chronische tekort aan zorgfinanciering op te vangen door 3,6 miljard euro in het zorgsysteem voor afhankelijke personen te pompen en zo meer personeel aan te trekken.

1.2.4 In het kort

Sterkten van het Spaanse systeem

1. Het zorgsysteem draait rond een sterke, multidisciplinaire en goed georganiseerde eerstelijnszorg die zo dicht mogelijk bij de bevolking staat. De professionals krijgen een loon en worden niet per prestatie betaald, wat betekent dat ze naast curatieve activiteiten ook preventief en gezondheidsbevorderend kunnen werken.
2. De Spaanse visie op zorg en verzorging ziet overmedicalisering als verspilling en vaak als schadelijk. Patiëntenzorg vertrekt vanuit de premisse dat de wortels van gezondheid en welzijn in de gemeenschap liggen: het gevoel verbonden te zijn met een zorgzame gemeenschap is even belangrijk als medische zorg en behandeling in het ziekenhuis (Finnis, A *et al.*, 2016).
3. VVAZ's worden opgeleid op universitair niveau, met een theoretische en praktische achtergrond die veel meer gericht is op eerstelijnszorg en de autonomie van verpleegkundigen binnen die eerste lijn.
4. ZK's werken nauw samen met de VVAZ's.

Zwakten van het Spaanse systeem

1. De zorgsector in Spanje kampt al jaren met een tekort aan middelen. De overheidsuitgaven voor gezondheid bedroegen in 2022 amper 6,5% van het bbp⁹, wat betekent dat er vanaf de geboorte veel tekortkomingen zijn. Dit redenen voor dit lage niveau van uitgaven voor gezondheidszorg zijn de lage lonen voor zorgprofessionals en een dichtheid van 6,3 VVAZ's/1.000 inwoners, wat een van de laagste is in Europa (OESO, 2023). De werkdruk ligt dus erg hoog en de VVAZ's hebben te veel verantwoordelijkheden (Bastin, 2022).

⁹ Ter vergelijking: de Franse overheidsuitgaven voor gezondheid bedragen 11% (Bastin, 2022).

2. De eerstelijnsklinieken en openbare ziekenhuizen zijn verzadigd en de wachtlijsten voor consulten zijn vaak lang (*Ibid.*).
3. De zorg voor afhankelijke personen wordt voornamelijk verleend door particuliere diensten die met elkaar concurreren. De lonen van de voornamelijk vrouwelijke zorgassistenten zijn lager dan die van andere beroepen op hetzelfde niveau en omdat maximale winst wordt nagestreefd, ligt de werkdruk er erg hoog.
4. Jobonzekerheid: VVAZ's en ZK's hebben zelden een vast contract. In de eerste jaren hebben ze vaak meerdere contracten in één jaar, afgewisseld met periodes van werkloosheid. Voor thuiszorgprofessionals is de situatie nog precairder. Omdat ze in een ander vakgebied of in een ander land wel een voltijds vast contract kunnen krijgen, geven sommige zorgprofessionals hun job in de Spaanse zorgsector op.

Vragen uit het praktijkveld

1. Deeltijdse contracten - de belangrijkste oorzaak van jobonzekerheid - beperken.
2. Meer vaste contracten geven.
3. De personeelsbezetting in verzorgingshuizen effectief verhogen, zoals vastgelegd in de nieuwe overeenkomst voor de erkenning van instellingen.
4. Vrouwelijke werknemers en vakbonden stellen dat de gezondheid van en de zorg voor afhankelijke personen op overheidsniveau beheerd moeten worden. Dit zou de arbeidsomstandigheden en de zorg verbeteren volgens een studie van de Universiteit van Valencia (Carmona, 2021). Het loonverschil tussen een zorgprofessional in de overheidssector en in de privésector kan immers oplopen tot 15%.

1.3 Het Nederlandse zorgsysteem: een sociaal verzekeringsstelsel dat de privémarkt combineert met overheidstoezicht

Het Nederlandse zorgsysteem staat bekend als een van de beste in Europa. Het is in drie fases geëvolueerd, die elk belangrijke veranderingen hebben teweeggebracht, zowel wat de toegankelijkheid als de grenzen en terugbetalingsvoorwaarden van de gezondheidszorg betreft. Van de jaren 1940 tot 1970 was het systeem gebaseerd op een universele ziektekostenverzekering voor alle burgers. Van de jaren 1970 tot 1990 werden er verschillende beleidsmaatregelen genomen om de stijgende kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Aan het begin van de 21^e eeuw werd een concurrerend marktmechanisme geïntroduceerd en vandaag wordt gewerkt met 'geleide concurrentie' om het zorgsysteem efficiënter te maken.

Het systeem bestaat uit drie componenten: een basiszorgverzekering, langdurige zorg en een aanvullende zorgverzekering. Het huidige zorgsysteem in Nederland wordt gezamenlijk bestuurd door de overheid, beroepsorganisaties en zorgverzekeraars (privésector). De rol die de overheid vervult is voornamelijk die van toezichthouder en facilitator van de gezondheidszorgmarkten. De gemeenten moeten gemeentelijke gezondheidsdiensten opzetten en zijn verantwoordelijk voor ziektepreventie, gezondheidsbevordering en -bescherming (vaccinaties, gezondheidsinspecties, preventieve screening, epidemiologie, gezondheidsvoorlichting, geestelijke gezondheid) (Cleiss, 2021).

1.3.1 Basiszorgverzekering en aanvullende zorgverzekering

Het zorgsysteem wordt gefinancierd door bijdragen en door maandelijkse premies die de verzekerden rechtstreeks aan hun particuliere zorgverzekeraar betalen. Alle burgers moeten de verplichte zorgverzekering afsluiten, die de basiszorg dekt, en betalen daarvoor een stevig bedrag aan de zorgverzekeraar van hun keuze (ongeveer 1.522 euro per jaar in 2022¹⁰). Als tegemoetkoming aan deze hoge kosten, is het mogelijk om een zorgtoeslag aan te vragen op voorwaarde dat het inkomen en vermogen onder een bepaalde grens ligt. De hoogte van de toeslag is afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. De basiszorgverzekering dekt onder meer bezoeken aan de huisarts en thuisbezoeken van VVAZ's (omdat zij een essentiële rol vervullen als eerste aanspreekpunt), andere medische zorgen (ziekenhuiszorg, bezoeken aan een specialist met doktersvoorschrift en sommige geestelijke gezondheidszorgen) en tandheelkundige zorg voor jongeren onder de 18 jaar en specialistische tandheelkundige zorg en gebitsprotheses voor volwassenen.

Vier particuliere zorgverzekeraars verdelen de basisverzekeringsmarkt en dekken de basiszorgkosten van 90% van de bevolking. Die verzekeraars mogen winst maken, maar zijn verplicht om elke nieuwe aanvrager te aanvaarden, ongeacht leeftijd of gezondheidstoestand. Gezondheidszorg moet voor iedereen toegankelijk zijn, maar het is de vrije markt die de kwaliteit en de kosten bepaalt. Om het hoge risico te compenseren dat verbonden is aan bepaalde personen, voor wie de kosten voor de verzekeraars zouden kunnen oplopen, heeft de overheid een ziekenfonds opgericht dat gefinancierd wordt met de bedragen die rechtstreeks door de werkgever worden ingehouden op het belastbare loon van de werknemers (5,45% of 7,75% van het loon van de werknemer, afhankelijk van het type bedrijf). Het fonds wordt vervolgens verdeeld onder de verzekeraars op basis van een risicootpassingssysteem. Een groot deel van de zorg is gratis, maar er geldt wel een verplicht jaarlijks eigen risico van 385 euro (bedrag voor 2022, dit kan vrijwillig opgehoogd worden met maximaal 500 euro) voor medische zorgen, wat betekent dat de verzekerde (ouder dan 18 jaar) tot dat plafond zelf voor zijn of haar zorgen en geneesmiddelen betaalt. Sommige werkgevers sluiten een particuliere verzekering af voor hun werknemers om de kosten te betalen van gezondheidszorg die niet door het overheidssysteem wordt gedekt.

We wijzen hier op het belang van de aanvullende verzekering in Nederland, die kosten dekt die niet door de basisverzekering worden betaald. Hoewel die optioneel is, sluit meer dan 90% van de Nederlanders zo'n verzekering af.

1.3.2 Eerstelijnszorg: de huisartsenpraktijken

In Nederland verloopt de eerstelijnszorg via de huisartsenpraktijk, die een multidisciplinaire organisatie is geworden waarin verschillende categorieën van zorgprofessionals samenwerken. Patiëntenzorg begint altijd met een afspraak in de huisartsenpraktijk, die patiënten indien nodig

¹⁰ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html

doorverwijst naar andere gespecialiseerde diensten. Die praktijk is minstens opgebouwd rond het trio 'arts-VVAZ-medisch assistent' (Rosman, 2014). Met een vergrijzende bevolking en een tekort aan zorgpersoneel maximaliseert deze configuratie de efficiëntie van de eerste lijn, maakt ze het mogelijk om de instroom van patiënten efficiënt te beheren en worden de spoeddiensten ontlast. VVAZ's vervullen ook een essentiële rol in de eerstelijnszorg, onder meer via de thuiszorg. De verdeling van taken tussen deze eerstelijnszorgverleners verloopt volgens het principe van *downgrading* (Charles-Jones et al., 2003) waarbij artsen medische taken delegeren aan VVAZ's (opvolging van chronische patiënten, ouderen, palliatieve zorg, kleine chirurgie), die op hun beurt een deel van hun werk delegeren aan de assistenten (uitstrijkjes, kleine chirurgische ingrepen, bv. wratten verwijderen, bloeddrukcontroles, bloed- en urineafnames) (Rosman, 2014). Dankzij dit systeem kunnen patiënten gesorteerd worden op basis van organisatorische factoren en de ernst en urgentie van hun aandoening. De rol van de VVAZ's wordt in dit systeem opgewaardeerd, omdat ze opleidingen kunnen volgen, zich kunnen specialiseren en technische procedures kunnen leren uitvoeren die voorheen alleen door artsen werden uitgevoerd. In Nederland heeft een arts gemiddeld 2.350 patiënten¹¹. Nederland is met ongeveer 8,4 bezoeken per inwoner per jaar een van de landen met het hoogste aantal huisartsbezoeken.

1.3.3 Langdurige zorg en de hervorming van 2015

Uniek is dat Nederland een budget uittrekt speciaal voor langdurige zorg. Een Europese analyse voorspelt dat de Nederlandse overheidsuitgaven tegen 2060 met 4,1% tot 7,5% van het bbp zouden stijgen (Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020). Om de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande stijgende kosten het hoofd te bieden, voerde Nederland in 2015 een grote hervorming door¹². Het doel van die hervorming is om de kosten onder controle te houden en tegelijkertijd de hulpverlening door de verschillende thuiszorgprofessionals (VVAZ's, maar ook huishoudhulpen en andere hulpen bij het dagelijks leven) beter te coördineren. De overheid beoordeelt via de zorgkantoren de noden van de afhankelijke personen en doet 'aanbevelingen' voor zorg - thuis of in een residentie - die met overheidsmiddelen kan worden gefinancierd. Zorg die niet door dit systeem wordt gefinancierd, wordt beschouwd als informele zorg die afhankelijk is van persoonlijke financiële middelen en hulp van familie en vrienden van de patiënt (de Foucaud, 2023).

Meer dan een derde van de ouderen, of zo'n 43.000 personen, werden naar huis gestuurd, omdat institutionele zorg voortaan voorbehouden is voor zwaar hulpbehoevenden. De overige 115.000 personen die veel zorg nodig hebben, werden ondergebracht in nieuwe, speciaal aangepaste voorzieningen (personen met Alzheimer, palliatieve zorg enz.). Dit zijn particuliere organisaties zonder winstoogmerk die door de regionale zorgkantoren erkend moeten worden. De tarieven variëren naargelang het zorgpakket van de begunstigen en hun middelen (Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020). Dit maandelijks pakket varieert van minimaal 174 euro tot maximaal 2.506 per

¹¹ Volgens de FOD was er in België in 2021 één huisarts voor gemiddeld 658 patiënten. Zie: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2021-detailstatistieken>.

¹² Vroeger woonde 6,6% van de 65-plussers in een instelling, zo blijkt uit de gegevens van de OESO (2020), overgenomen in het artikel van Tenand, M., Hussem, A., en Bakx, P. (2020), p.4.

maand (cijfers van 2022). De wachtlijsten zijn vaak lang, waardoor mensen met meer financiële middelen een beroep doen op veel duurder privévóorzieningen. De privésector ontwikkelt een residentieel aanbod dat 10% van de aanvragen voor residentiële zorg dekt. Dergelijke zorg is behoorlijk duur, met prijzen die schommelen tussen de 3.000 en 7.500 euro per maand (de Foucauld, 2023).

Wanneer de patiënt thuis wordt verzorgd, krijgt die een persoonsgebonden budget. Het is niet langer de patiënt en zijn of haar familie die kiest voor thuiszorg of verzorging in een instelling, maar ze mogen wel zelf de zorgverleners kiezen. Langdurige zorg wordt verleend door onafhankelijke zorgverleners die daarvoor een contract ondertekenen. Sinds de hervorming van januari 2015 werd de thuiszorg overgedragen aan de gemeenten en wordt die georganiseerd en verleend door particuliere verzekeraars.

Dit nieuwe systeem illustreert hoe moeilijk het is om voorzieningen te ontwikkelen die begrotingsevenwicht, keuzevrijheid voor de patiënt en universele dekking met elkaar verzoenen.

1.3.4 In het kort

Sterkten van het Nederlandse systeem

1. Een efficiënt urgentiesysteem dat zo dicht mogelijk bij de bevolking staat en dat erin slaagt aanvragen te sorteren zonder ze zomaar af te wijzen. Dit ontlast de ziekenhuizen en geeft VVAZ's meer erkenning.
2. Een van de onderscheidende kenmerken van het Nederlandse systeem is dat langdurige zorg als een aparte begrotingspost wordt behandeld. Dit kan een inspiratie zijn in de context van een vergrijzende bevolking en een toename van complexe situaties. Dit specifieke budget maakt het eenvoudiger om kosten en noden nauwkeurig in te schatten, de zorg te optimaliseren op basis van het beschikbare budget en gaat ervan uit dat de patiënt financieel moet bijdragen aan zijn of haar zorg. Dit systeem biedt perspectieven voor een duurzame continuïteit van de zorg.
3. Er wordt rekening gehouden met de problemen van personen die het financieel moeilijk hebben en er zijn mechanismen om hen vlotter toegang te geven tot basiszorg.
4. De concurrentie tussen verzekeraars dwingt hen om de kosten laag te houden en tegelijkertijd de best mogelijke diensten te bieden.

Zwakten van het Nederlandse systeem

1. Het principe van een tweede verzekeringspijler in de vorm van een aanvullende particuliere verzekering om een forfaitaire terugbetaling en aanvullende zorgen te krijgen, creëert de facto een dualiteit in de toegang tot gezondheidszorg tussen diegenen die deze optionele verzekering kunnen betalen en diegenen die ze niet kunnen betalen.
2. Het jaarlijkse verplichte eigen risico van 385 euro voordat er kan worden terugbetaald, is voor sommige mensen hoog.
3. Dit model werkt omdat de middenklasse ruim in de meerderheid is. Het is gebaseerd op de gedeeltelijke capaciteit om zichzelf te verzekeren en minder op een model dat erop gericht is het recht op gezondheid te garanderen.

4. Het model wordt bedreigd door een tekort aan zorgprofessionals, dat in een duizelingwekkend tempo groter wordt. Prognoses ramen dat er in 2031 135.000 vacatures zullen zijn, vergeleken met 61.000 vandaag. De zorgnoden nemen toe naarmate de bevolking ouder wordt, terwijl veertig procent van de zorgprofessionals zijn of haar job binnen de twee jaar zal opgeven vanwege pensionering of verandering van loopbaan. De situatie is des te kritieker omdat het aantal jongeren dat zich aanmeldt voor verpleegopleidingen jaar na jaar daalt (de Foucaud, 2023).
5. Door afhankelijke personen thuis te houden nemen de financiële kosten voor de patiënten rechtstreeks of onrechtstreeks toe en de tijd die familieleden besteden aan zogenaamde 'informele' zorg wordt niet door het toegekende forfait gedekt. Het merendeel van deze zorg wordt verleend door vrouwen.
6. Veel patiënten die in rusthuizen werden verzorgd, zijn naar huis teruggekeerd. Dit roept verschillende vragen op: Naar welk 'huis' werden deze mensen teruggestuurd? Hun huis? Dat van een familielid? Wie zorgt er dagelijks voor deze afhankelijke personen thuis, afgezien van de zorg die professionals bieden?

1.4 Het Deense zorgsysteem: een gedecentraliseerd systeem

Denemarken heeft een universele ziektekostenverzekering gebaseerd op het principe van nationale solidariteit. Het Deense zorgsysteem wordt gefinancierd met belastingen en is gedecentraliseerd, waarbij de meeste bevoegdheden toekomen aan de regio's en de gemeenten. De staat controleert de kwaliteit van de zorg en regelt de verdeling van specialisten in de ziekenhuizen. Alle inwoners van Denemarken hebben recht op gezondheidszorg. De prestaties die het Deense ziekteverzekeringssysteem volledig of gedeeltelijk ten laste neemt, omvatten (Cleiss, 2020) preventieve, curatieve, poliklinische en ziekenhuiszorg, spoedeisende zorg, tandheelkundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, maar ook langdurige zorg (inclusief thuiszorg).

Dankzij een universeel verzekeringssysteem is gezondheidszorg gratis voor iedereen die officieel in Denemarken woont. Personen die tijdelijk in Denemarken verblijven, moeten een Europese gezondheidskaart hebben om van de gratis zorg gebruik te kunnen maken. Als ze onderdanen zijn van landen buiten Europa, krijgen ze alleen dringende medische zorg. Als het gezien de gezondheidstoestand niet redelijk wordt geacht om de patiënt terug te sturen naar het land van herkomst, kan diegene op eigen kosten in het ziekenhuis worden opgenomen. Voor personen zonder papieren beperkt de wet de zorgverlening tot dringende behandelingen.

Inwoners van 15 jaar en ouder kunnen kiezen uit twee dekkingsopties binnen het openbare zorgsysteem. In de eerste groep kiezen patiënten hun huisarts binnen een straal van 15 kilometer van hun huis en zijn alle consulten gratis. Deze personen hebben toegang tot specialisten zonder doktersvoorschrift. Om van huisarts te veranderen, moeten ze contact opnemen met de lokale overheden. De tweede groep kan om het even welke huisarts of specialist raadplegen, maar moet elke overschrijding van behandelings- of raadplegingskosten zelf betalen (Cleiss, 2020).

1.4.1 Hervorming van 2007: versterking van de eerstelijnszorg, 'superziekenhuizen' en telegeneeskunde

Opmerkelijk is dat het Deense zorgsysteem in 2007 drastisch werd hervormd en het beheer van de ziekenhuizen ingrijpend werd veranderd. De 128 bestaande ziekenhuizen werden vervangen door 21 ultramoderne 'superziekenhuizen'. De ziekenhuizen met spoeddiensten werden gehalveerd, terwijl de ambulante en eerstelijnszorg werden versterkt. Telegeneeskunde, consulten op afstand, het delen van medische gegevens en het gebruik van artificiële intelligentie worden steeds meer toegepast om de zorg te rationaliseren, maar ook om de risico's van comorbiditeit te voorkomen en erop te anticiperen. Preventie is een belangrijke factor in patiëntenzorg (Cleiss, 2020).

Deze hervorming¹³ is zowel structureel als territoriaal. De bevoegdheden werden herverdeeld tussen de staat, de regio's en de gemeenten. De gemeenten zijn bevoegd voor de eerstelijnszorg, preventie en ouderenzorg. Ze bieden ook begeleiding en zorg aan personen met een handicap of chronische ziekte (inclusief geestelijke gezondheidsproblemen). De regio's zijn bevoegd voor de ziekenhuizen die door de staat en gemeenten worden gefinancierd. Het doel van deze hervorming is om het aantal ziekenhuisopnames voor patiënten met chronische ziekten, opnames op spoedafdelingen, ziekenhuisopnames in het algemeen en (her)opnames als gevolg van complicaties terug te dringen. De hervorming, die prioriteit geeft aan thuiszorg en daghospitalisatie, is bedoeld om tegemoet te komen aan de noden van een vergrijzende bevolking met een tekort aan zorgpersoneel. De grootste problemen zijn de wachttijden voor geplande operaties, chronische ziekten en langdurige zorg.

1.4.2 Chronische ziekten en langdurige zorg

In Denemarken is thuishulp een gratis openbare dienst die wordt aangeboden door de gemeenten¹⁴. Recent beleid wil ervoor zorgen dat mensen - mits thuiszorg - zo lang mogelijk thuis kunnen blijven vooraleer ze naar een rusthuis verhuizen (na een beoordeling van de individuele noden van de afhankelijke persoon). Personen met een chronische ziekte of chronische pijn hebben de mogelijkheid om thuis te blijven en worden ondersteund met een combinatie van dagdiensten. Zorg rond het levenseinde kan ook thuis worden verleend. Daarnaast moet de gemeente ervoor zorgen dat het appartement of het huis van ouderen die fysieke problemen ondervinden in hun woning wordt aangepast. Als deze aanpassingen niet mogelijk zijn, zal er een geschikte woning van gelijkwaardige grootte in de buurt worden aangeboden. De maandelijkse kosten voor een verblijf in een rusthuis liggen tussen 1.380 en 1.880 euro per maand (Healthcare Denmark 2018). Personen die het financieel moeilijk hebben, kunnen steun krijgen om de kosten met maximaal 175 euro per maand te verlagen (HCFEA, 2019). Er zijn ook verschillende voorzieningen waar voor afhankelijke

¹³ CRAPS, 2022, Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises, Parijs. <https://www.thinktankcraps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Livret-Danemark-VF-2405.pdf>

¹⁴ <https://www.lagazettedescommunes.com/737955/au-danemark-laide-a-domicile-est-un-service-public/>

personen wordt gezorgd: psychiatrische zorgcentra, co-living voor senioren, appartementen onder toezicht van zorgpersoneel, collectieve residenties en onthaalgezinnen (Cleiss, 2023).

Er is ook een grote lobby met bijna één miljoen leden die zich inzet om de rechten van ouderen te verdedigen: Ældre Sagen. Hun slogan is "vechten voor een samenleving waarin iedereen lang en goed kan leven. Een samenleving waarin de persoon belangrijker is dan de leeftijd, waarin het mogelijk is te leven en je te ontwikkelen op je eigen voorwaarden, en waar hulp en zorg beschikbaar zijn voor wie die nodig heeft"¹⁵. Zo'n 20.000 vrijwilligers komen regelmatig bij ouderen thuis om ze te helpen en gezelschap te houden.

1.4.3 In het kort

Sterkten van het Deense systeem

1. Gratis gezondheidszorg sluit sociale en territoriale ongelijkheden uit.
2. Het verstrekken van eerstelijnszorg door de gemeenten en het ontwikkelen van gratis thuiszorg en zorg in aangepaste structuren verlichten de druk op de ziekenhuizen, waarbij voorrang wordt gegeven aan daghospitalisatie.
3. Snelle behandeling van chronische ziekten en langdurige zorg om mensen zo lang mogelijk zo gezond mogelijk te houden.
4. De coördinatie van de medische opvolging wordt overgedragen aan de gemeenten om onaangepaste polyfarmacie en schadelijke interacties tussen geneesmiddelen te voorkomen.
5. Dankzij het gebruik van telegeneeskunde en consulten op afstand kunnen meer patiënten worden opgevolgd.

Zwakten van het Deense systeem

1. Telegeneeskunde wordt gebruikt om comorbiditeitsprognoses te berekenen, die bijvoorbeeld door verzekeraars worden overgenomen. Consulten op afstand creëren een eerder technische relatie die gericht is op het biomedische. Je kunt bijvoorbeeld foto's van letsels doorsturen. In een dergelijke context is het echter niet mogelijk om gegevens te verzamelen over percepties en emoties, lichaamsexpressie enz., zoals dat wel het geval is bij een persoonlijk consult en gesprek.
2. Het thuishulpprogramma is interessant, maar moeilijk uitvoerbaar omdat er te weinig personeel is.

¹⁵ <https://www.aeldresagen.dk/in-english>

2. Profielen van de opleidingen en zorgprofessionals

Een Europees kader legt de minimale opleidingsprofielen vast die vereist zijn voor het vrije verkeer van VVAZ's binnen de EU. Sinds de jaren 2000 is het studiekader gebaseerd op de Akkoorden van Bologna en Europese Richtlijn 2013/55/EU, die de criteria bepalen voor de erkenning van opleidingen tot VVAZ. Dit is een minimaal opleidingskader voor het behalen van een diploma dat in de hele EU wordt erkend. De opleiding moet over minstens drie studiejaar worden georganiseerd en de duur van het theoretische onderwijs moet minstens een derde van de minimumduur van de opleiding uitmaken, met minimaal 180 ETCS of 4.600 uren theoretisch en klinisch onderwijs. Het klinisch onderwijs moet minstens 2.300 uren aan het bed van de patiënt omvatten. De kennis en vaardigheden die aan het einde van de opleiding worden verwacht, zijn een brede wetenschappelijke kennis, de basis van algemene verpleegkundige zorg, de ethiek van het beroep, de algemene principes van gezondheid en verpleegkundige zorg, klinische ervaring en samenwerking met andere professionals¹⁶ (Grenier & Mossé, 2021). In drie van de vier onderzochte landen, en ook in België, voldoen de opleidingen voor verpleegkundigen aan deze criteria en doen ze soms zelfs beter. Franse verpleegkundigen komen evenwel 400 opleidingsuren tekort.

Buiten dat kader stellen we grote verschillen in de opleidingsprofielen en taken van VVAZ's en ZK's tussen de verschillende landen vast. Soms zijn er ook intermediaire opleidingsprofielen die wel geldig zijn op nationaal niveau, maar niet erkend worden op Europees niveau.

2.1 Dichtheid van VVAZ's en ZK's in Europa

Uit de statistieken van Eurostat voor 2020 blijkt dat het aantal VVAZ's en ZK's per 100.000 inwoners stevig verschilt van land tot land.

- In België zijn er bijna 2 VVAZ's voor 1 ZK (1.107 verpleegkundigen en 629 zorgkundigen/100.000 inwoners), terwijl de cijfers in Spanje bijna het tegenovergestelde zijn: iets meer dan 1 VVAZ voor 2 ZK's (610 VVAZ's voor 1.096 ZK's), bij een bijna gelijk totaal aantal zorgprofessionals/100.000 inwoners (1.736 in België en 1.706 in Spanje).
- In Frankrijk is het aantal VVAZ's/100.000 inwoners bijna gelijk aan dat in België (1.134), maar het aantal ZK's is er veel hoger (1.624), wat een totaal geeft van 2.758 zorgprofessionals/100.000 inwoners, dit is 59% meer dan in België en het hoogste cijfer van de vier onderzochte landen.

¹⁶ Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt ("IMI-verordening")

- In Denemarken is het aantal VVAZ's/100.000 inwoners (1.013) ook vergelijkbaar met dat in België, maar het aantal ZK's ligt er veel hoger (1.590), wat betekent dat het totale aantal zorgprofessionals er ook veel hoger is dan in België, namelijk 2.603/100.000 inwoners, of 49% meer zorgprofessionals/100.000 inwoners.
- De situatie in Nederland is behoorlijk vergelijkbaar met die in Denemarken, met 1.107 VVAZ's en 1.320 ZK's/100.000 inwoners en in totaal 2.427 zorgprofessionals/100.000 inwoners (44,6% meer dan in België).

De cijfers hierboven laten een grote verscheidenheid tussen landen zien wanneer we kijken naar het theoretisch beschikbare personeel. De variabele VVAZ/ZK-ratio laat een variatie zien in de verdeling van taken en rollen bij vergelijkbare zorgsituaties. In België, waar het aantal ZK's verhoudingsgewijs het laagst is, moeten VVAZ's bepaalde taken uitvoeren die in andere landen aan ZK's worden gedelegeerd. Naast een verschillende taakverdeling wordt ook het teamwerk anders ingevuld. In België wordt het werk meestal uitgevoerd 'tussen VVAZ's' met de hulp van ZK's, terwijl in die landen waar er 1 ZK/VVAZ is, het werk meestal in tandem wordt uitgevoerd.

We zouden kunnen verwachten dat er een groot verschil is in de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de burgers over die zorg, maar de cijfers van Eurostat voor de vier onderzochte landen schetsen een heel ander beeld: de niet ingevulde noden op het gebied van onderzoeken en behandelingen zijn het hoogst in de landen met de meeste zorgprofessionals. In Frankrijk bedraagt het percentage niet ingevulde noden 3,2%, in Denemarken 2,1%, in Spanje 1,2% en in België 1%, terwijl dit in Nederland amper 0,2% is. (Europese Commissie 2021b, p. 15, HAS, 2021)

Het statistisch beschikbare aantal opgeleide zorgprofessionals lijkt dus geen rechtstreeks verband te hebben met de perceptie van de bevolking over de invulling van hun zorgnoden in de vergeleken landen. Dit verschil kan ook verklaard worden door onder andere de ongelijke territoriale spreiding van het personeel over het land en de aanwezigheid van medische woestijnen (bijvoorbeeld in Frankrijk), de verwachtingen die verschillen van land tot land, naargelang wat de staat doet en wat als de verantwoordelijkheid van elk individu wordt gezien en dus niet door de staat ten laste wordt genomen (bijvoorbeeld in Nederland), enz.

Achter deze cijfers en statistieken gaat echter een heel andere realiteit schuil. In sommige landen zijn er vijf keer meer zorgprofessionals beschikbaar dan in andere, maar de statistische beschikbaarheid van gekwalificeerde professionals betekent niet dat ze ook effectief allemaal in de zorgsector werken. Heel wat afgestudeerden zijn namelijk van beroep veranderd, doen verplegend werk dat niet langer als 'zorg' wordt gezien (lesgeven, management enz.) of hebben gekozen voor deeltijds werk. Vrouwen zien deeltijds werk vaak als een manier om hun werk en gezin te kunnen combineren. Ze nemen ook vaker loopbaanonderbrekingen om afhankelijke personen te begeleiden en te verzorgen. In de EU zegt 29% van de vrouwen dat de belangrijkste reden om deeltijds te werken is om zorgtaken op zich te nemen, tegenover amper 6% van de mannen (Eurostat, 2019). In alle landen, zonder uitzondering, is het tekort aan zorgpersoneel een groot probleem, ook al zijn de redenen voor dat tekort niet dezelfde. Dit tekort aan zorgpersoneel zal bovendien ongetwijfeld gevolgen hebben voor mantelzorgers, van wie de meesten vrouwen met een gezin zijn. Deze onofficiële verzorgers, die vaak onder de radar blijven, offeren hun tijd en gezondheid op voor hun dierbaren (Flawinne en Perelman, 2021; Kaschowitz en Brandt, 2017). Ze

zijn een onmisbare schakel in elk zorgsysteem, vandaar dat we ze mee opnemen in de profielen van zorgprofessionals.

2.2 Profielen van professionele en studerende VVAZ's en ZK's in Frankrijk

Volgens de Franse federatie van ziekenhuizen telt Frankrijk 354.000 functies voor VVAZ's en 287.000 functies voor ZK's. Elk jaar zijn er echter 100.000 vacatures in te vullen (Medelse, 2022).

2.2.1 Profiel van VVAZ's in Frankrijk

De beroepsuitoefening van verpleegkundigen is gebaseerd op een decreet (*décret d'actes*) dat, vanwege zijn mate van nauwkeurigheid, uniek is voor Frankrijk. Het wordt omkaderd door het Franse Wetboek van Volksgezondheid, dat een gedetailleerde lijst bevat van de handelingen die onder verpleegkundig werk vallen. Het voordeel van dit decreet is dat het eenduidig is, maar het staat op gespannen voet met de voortdurend evoluerende gezondheidsnoden, waarvoor meer omvattende coördinatie- of preventieopdrachten en geavanceerde verpleegkundige praktijken (IPA) ontwikkeld moeten worden. (Fournier, Bézagu et al., 2022) In de praktijk zijn VVAZ's voornamelijk verantwoordelijk voor technische zorg en zorg die door artsen wordt gedelegeerd. Hygiëne en hulp bij het eten worden gedelegeerd aan de ZK's.

- In Frankrijk waren 764.000 verpleegkundigen werkzaam, van wie 135.000 als zelfstandige (Drees, 2022).
- Het Franse systeem draait voornamelijk rond de ziekenhuizen. Op 1 januari 2021 werkte meer dan 63% van de VVAZ's in openbare of particuliere gezondheidsinstellingen, 19% werkte als zelfstandige in de privésector en 6% werkte in rust- en verzorgingstehuizen (EHPAD) (*Ibid.*).
- Het aantal VVAZ's en hun dichtheid ten opzichte van het aantal inwoners neemt toe sinds het begin van de 21e eeuw, maar met een ongelijke geografische spreiding, met meer VVAZ's in het zuiden en het oosten.
- De verhouding tussen mannen en vrouwen is in de loop der jaren weinig veranderd: 87% zijn vrouwen (*Ibid.*).
- Hun gemiddelde leeftijd stijgt jaar na jaar en dus wordt het probleem van hun vervanging na pensionering ook groter. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg in 2022 tussen 42 en 45 jaar, naargelang welke bron we raadplegen. In 2010 was die nog 40,3 jaar (*Ibid.*).
- Het is steeds moeilijker om professionals aan te trekken en te behouden, vooral in de zorginstellingen (MACSF, 2023; Fournier en Bézagu, 2022).
- De VVAZ's die afstudeerden tussen 1989 en 2019 werken steeds minder vaak in loondienst, in een ziekenhuis of elders. Na vijf jaar werkt 87% nog steeds als VVAZ en na tien jaar nog 79%. Deze percentages dalen over de generaties heen, vooral binnen ziekenhuisafdelingen: slechts 60% van de VVAZ's die hun carrière in een ziekenhuis begonnen, werkt daar 10 jaar later nog steeds. Dit percentage zakt naar 50% voor VVAZ's die in 2004 zijn beginnen werken (Pora, 2023).

- Van de VVAZ's die van loopbaan veranderen, blijft 11% in loondienst werken, maar voor een ander soort werkgever, zoals een rust- of verzorgingstehuis voor hulpbehoevende ouderen (EHPAD), een overheidsdienst of via een uitzendbureau, 7% verandert van beroep maar blijft in de ziekenhuissector werken (bv. in een administratieve job), en 7% verandert van beroep en sector (Fournier & Bézagu, 2022).

2.2.1.1 Een tekort zoals in België

In Frankrijk ondervinden veel VVAZ's en ZK's problemen om hun werk en gezin te combineren. Er is te weinig kinderopvang op de werkplek of in de buurt die is afgestemd op hun onregelmatige werkuren. VVAZ's en ZK's, van wie de meeste vrouwen zijn, zien zich dus verplicht om minder te werken, om te gaan werken wanneer hun man thuis is¹⁷ of wanneer de grootouders de kinderen kunnen opvangen. Franse VVAZ's en ZK's blijven niet thuis wanneer ze zwanger zijn, zoals doorgaans wel het geval is in België. De Franse wetgeving biedt echter de mogelijkheid om één uur per dag minder te werken (Lazzari Dodeler en Tremblay, 2016).

Het Franse departement voor onderzoek, studies, evaluatie en statistiek (DREES, 2020) merkt op dat zelfs vóór de gezondheidscrisis veel afgestudeerde VVAZ's die hun beroep konden uitoefenen, ervoor kozen om uit het beroep te stappen of om van praktijk te veranderen. Sindsdien is de situatie nog verder verslechterd. De redenen die hiervoor worden opgegeven zijn vergelijkbaar met die in België: het gebrek aan kansen om hun vaardigheden en kennis te gebruiken, het gevoel dat ze hun werk niet naar behoren kunnen doen en de moeilijkere arbeidsomstandigheden omdat er zoveel functies niet worden ingevuld. De Nationale professionele raad van verpleegkundigen (CNPI) waarschuwt van zijn kant voor de ontmoediging van "onderbetaalde, onderbezette verpleegkundigen die worden aangevallen door patiënten en hun familie en die vaak het slachtoffer zijn van institutionele mishandeling". De gevolgen van het vertrek van VVAZ's zijn ook vergelijkbaar met wat er in België gebeurt: bedden worden geschrapt, de werkdruk komt terecht op de schouders van de overgebleven zorgprofessionals, het wordt moeilijker om stagiairs nog goed te begeleiden, de kwaliteit en veiligheid van de zorg, maar ook de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de extramurale structuren gaan erop achteruit.

2.2.1.2 Profiel van studies en studenten

Er is maar één opleidingstraject in Frankrijk dat leidt naar het staatsdiploma dat toegang geeft tot het beroep van verpleegkundige. Het aantal beschikbare plaatsen is beperkt en de toegang tot het traject wordt verleend op basis van een dossier (Parcoursup). Om aan de steeds grotere vraag naar zorgprofessionals te voldoen, heeft de Franse overheid het aantal plaatsen in de opleidingsinstituten (plan *Ségur de la santé*) geleidelijk opgetrokken. Bovendien behouden zorgkundigen en kinderverzorgers een specifiek traject voor beroeps promotie.

De opleiding duurt drie jaar, maar voldoet niet volledig aan de Europese erkenningscriteria. Ze omvat 180 ETCS - verdeeld over 2.100 lesuren en 2.100 stage-uren - gespreid over de drie opleidingsjaren. Dit zijn dus 400 opleidingsuren te weinig (200 uren theorie en 200 uren praktijk).

¹⁷ Bijvoorbeeld 's ochtends vroeg werken wanneer de partner 's avonds laat werkt, en andersom, zodat er iemand thuis is wanneer de kinderen er zijn.

Naar aanleiding van de ingebrekestelling van Frankrijk door de Europese Commissie wordt voorgesteld om de opleiding verder te ontwikkelen, met behoud van de opleidingsduur van drie jaar. De opleiding zou 2.300 uren klinische opleiding, stages en gezondheidssimulatieoefeningen moeten omvatten en 2.300 uren theoretisch onderwijs, inclusief 500 uren persoonlijk en groepswork onder toezicht.

De opleiding tot verpleegkundige blijft erg aantrekkelijk in Frankrijk, met een vraag die veel groter is dan het aantal beschikbare plaatsen: in 2020 werden in het eerste jaar 3.250 studenten ingeschreven van de 100.000 die zich hadden aangemeld. Studenten krijgen voor elke stageweek die ze doen een vergoeding die mee evolueert met hun studieniveau, wat zeker helpt om de opleiding aantrekkelijker te maken. In 2020 ontvingen ze 36 euro per week in het eerste jaar, 46 euro per week in het tweede jaar en 60 euro per week in het derde jaar.

Het profiel van de studenten is de laatste jaren sterk veranderd: ze worden steeds jonger en volgen in het middelbaar steeds minder vaak een wetenschappelijke richting. Daarnaast zien we een toename van het aantal beursstudenten, maar ook een toename van het aantal studenten dat afhaakt tijdens de studie, vooral in het eerste jaar (Fournier en Begazu, 2022).

2.2.1.3 Mogelijke specialisaties en loopbaanontwikkeling

Net als in alle andere Europese landen wordt er flink gelobbyd om onze opleiding erkend te krijgen op universitair niveau en op te nemen in de bachelor-, master- en doctoraatsprogramma's. In Frankrijk is de toegang tot specialisaties afhankelijk van ervaring en het slagen voor een examen. Vaak is enkele jaren werkervaring vereist, bv. anesthesieverpleegkundige, OK-verpleegkundige, kinderverpleegkundige, gezondheidsmanager, lesgever in een OIVK, zorgdirecteur, verpleegkundige in geavanceerde praktijk¹⁸ met een DEIPA-diploma (*diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée*), medisch assistent, verpleegkundig coördinator (IDEC) in een rusthuis, of om zich te heroriënteren naar osteopathie met gedeeltelijke opleidingsvrijstellingen. Afgestudeerden moeten drie jaar in een ziekenhuisomgeving hebben gewerkt vooraleer ze zelfstandig mogen worden en een eigen thuiszorgpraktijk mogen starten.

2.2.2 Profiel van ZK's in Frankrijk

Ongeveer 90% van de ZK-studenten zijn vrouwen. Ze zijn gemiddeld iets ouder dan 28 jaar en beginnen vaak opnieuw te studeren omwille van een omscholing of een terugkeer naar de arbeidsmarkt (74% vergeleken met 35% voor andere opleidingen in de gezondheidszorg). Zo'n 84% ontvangt financiële steun om hun studie te voltooien.

Toelating tot de opleidingsinstituten gebeurt door middel van een vergelijkend examen of door middel van validatie van eerdere ervaring (*validation des acquis de l'expérience* of VAE), zonder dat een diploma vereist is. Het aantal kandidaten voor het toelatingsexamen ZK is ook hoger dan het

¹⁸ Er zijn 4 opties: gestabiliseerde chronische ziekten, oncologie en hemato-oncologie, chronische nierziekten, dialyse en niertransplantatie, psychiatrie en geestelijke gezondheid.

aantal beschikbare plaatsen in de opleidingsinstituten maar is de afgelopen jaren wel met meer dan 40% gedaald (Croguennec, 2019).

De regering stelt voor om ZK's met minstens drie jaar voltijdse tewerkstelling toe te staan een opleiding tot VVAZ af te ronden in twee jaar in plaats van drie. Deze maatregel is bedoeld om het tekort aan VVAZ's op te vangen, maar wordt aangevochten door de vakbonden en beroepsverenigingen voor zowel verpleegkundigen als zorgkundigen. Zoals Alexandra Luthereau (2018-a) aangeeft, is de belangrijkste zorg van ZK's dat ze hun werk in goede omstandigheden kunnen doen, dat ze daar tijd voor krijgen en dat hun kwalificaties worden erkend (*Ibid.*). Heel wat verenigingen zoals Cefiec, Geracfas, Ceepam en Andep¹⁹ roepen op om de opleiding tot ZK te hervormen in functie van de reële praktijk. Ze willen dat ZK's opleidingen kunnen volgen om hun vaardigheden aan te scherpen en nieuwe vaardigheden te verwerven, wat hen meer loopbaanmogelijkheden en dus een hoger loon zou geven (Luthereau, 2018-b).

2.2.3 Mantelzorgers in Frankrijk

In Frankrijk zorgen 11 miljoen mantelzorgers, voor het merendeel vrouwen, elke dag voor iemand uit hun omgeving die hulpbehoevend is. Net als elders in Europa wordt hun rol bij de begeleiding van afhankelijke personen, maar ook als steun of palliatieve hulp omdat er te weinig verzorgers zijn, weinig gewaardeerd. Toch is hun werk met het oog op een efficiënt zorgsysteem erg waardevol (Lahidely, 2023). De familieleden en naasten van de verzorgers, die de VVAZ's en ZK's helpen om hun werk en gezin te combineren, vooral bij de opvang van de kinderen, kunnen ook als mantelzorgers worden gezien die meedraaien in het zorgsysteem bij gebrek aan concrete maatregelen om de gezinnen te ontlasten (Lazzari Dodeler, & Tremblay, 2016).

2.2.4 In het kort

Sterkten

1. Het bestaan van een orde van verpleegkundigen.
2. Het bestaan van een decreet waarin de verpleeghandelingen worden opgesomd en waardoor ze erkend kunnen worden.
3. Studies die aantrekkelijk blijven.
4. Een financiële vergoeding tijdens de opleiding tot VVAZ.
5. Een uniek opleidingsprogramma met doorstroommogelijkheden voor ZK's naar de opleiding tot VVAZ.

¹⁹ Cefiec: Comité d'entente des formations infirmières et cadres, Geracfas: Groupe d'Études de Recherche et d'Action pour la Formation d'Aides-soignants, Ceepam: Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance, Andep: Association Nationale des Directeurs d'École Paramédicale.

Pijnpunten

1. Het koste wat het kost beperken van de VVAZ-opleiding tot drie jaar, terwijl die in veel andere Europese landen vaak langer duurt, maakt het moeilijk om de vaardigheden van de studenten te verbreden en naar een universitair niveau te tillen. De opleiding voldoet niet volledig aan de eisen van de EU.
2. Het bestaan van een lijst met handelingen vastgelegd in een decreet beperkt de mogelijkheid om het werk aan te passen en deze handelingen mee te laten evolueren met de veranderende noden van de praktijk.
3. De ontwikkeling van uitzendwerk als een manier om het tekort aan zorgprofessionals op te vangen heeft een impact op de algemene organisatie van het werk.
4. Weinig aantrekkelijke lonen.
5. Demotiverende werkomstandigheden waarbij er niet langer voldoende tijd is om interpersoonlijke vaardigheden toe te passen die zinvol zijn en centraal staan in deze job.
6. Een toename van het aantal studenten dat opgeeft tijdens hun studie en het aantal zorgprofessionals dat uit de ziekenhuizen wegtrekt.
7. Moeilijkheden voor VVAZ's en ZK's om hun werk en gezin te combineren, waardoor ze minder gaan werken of van werk veranderen.
8. Een loonkloof die verband lijkt te houden met geslacht: volgens Dares verdienen vrouwelijke verpleegkundigen en vroedvrouwen in Frankrijk 7% minder dan hun mannelijke collega's²⁰.
9. De toenemende druk van de zorg voor afhankelijke personen op de mantelzorgers, die daarvoor geen compensatie of noemenswaardige erkenning krijgen.

2.3 Profiel van VVAZ's, ZK's, mantelzorgers en opleidingen in Spanje

2.3.1 Profiel van VVAZ's in Spanje

Het beroep van verpleegkundige wordt gestructureerd door een raad van de orde en ziet zorg als een menselijke waarde naargelang de noden op elk moment van het leven. Het beroep is ontstaan uit de samenvoeging van twee studierichtingen: een biomedisch georiënteerde opleiding in 1857 ('beroepsbeoefenaar en vroedvrouw') en een opleiding die in 1915 werd opgestart en die meer

²⁰ "Deze kloof kan deels worden verklaard door de arbeidstijden van vrouwen, die vaak meer gefragmenteerd en deeltijds werken", benadrukt DARES. Maar afgezien van dit verschil in werkuren, stellen beroepsverenigingen vast dat verpleegkundigen niet ontsnappen aan deze discriminatie, ook al is de loonongelijkheid met een loonkloof van -7% veel minder uitgesproken dan onder de algemene bevolking (Vlaemynck 2017).

"Bij gelijkwaardige kwalificaties en diploma's staan overwegend vrouwelijke beroepen altijd minder goed aangeschreven en worden ze bijgevolg minder goed betaald dan typisch mannelijke of gemengde beroepen," bevestigt Jean Vignes, secretaris-generaal van Sud Santé Sociaux. Hoe hoger je klimt in de hiërarchie van het ziekenhuis, hoe lager het percentage vrouwen. Wat zelfstandige verpleegkundigen betreft, is er geen inkomensongelijkheid, aangezien mannen en vrouwen betaald worden op een fee-for-service basis. Maar, zoals Catherine Kirdinis, voorzitter van de nationale vakbond van zelfstandige verpleegkundigen (Sniil) opmerkt, "aangezien verpleegkundigen vaak ook moeders zijn, kiezen ze ervoor om minder te werken om voor hun kinderen te zorgen, en deze situatie creëert uiteindelijk een inkomenskloof tussen mannen en vrouwen. Een 'keuze' die ook gevolgen heeft wanneer ze met pensioen gaan, vermits vrouwelijke werknemers en zelfstandigen tijdens hun loopbaan minder hebben bijgedragen en hun pensioenen de facto lager zijn dan die van hun mannelijke collega's" (*Ibid.*).

gericht is op de eigenlijke zorgverlening ('verpleegkundige') (del Pino Casado & Martinez Riera, 2007, geciteerd door Galbany, 2023). VVAZ's in Spanje hebben heel wat erkende vaardigheden, waaronder de mogelijkheid om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven en verpleegkundige handelingen te stellen zonder tussenkomst van een arts. Ze voeren ook bepaalde consulten uit, voornamelijk met het oog op voorlichting en preventie. In de afgelopen twintig jaar heeft de ontwikkeling van het beroep zich vooral gericht op biomedische aspecten, zoals in veel Europese landen het geval is, tegen een achtergrond van rationalisering van de zorg. Heel wat activiteiten die voorheen als een integraal onderdeel van het beroep werden gezien en die verband houden met de eigenlijke zorgverlening, zijn vandaag van de erkende verpleegkundige taken uitgesloten. (Galbany, 2023).

Wanneer we naar geslacht en loopbaan kijken, stellen we vast dat vrouwen zich veelal gaan specialiseren maar wel in een zorgomgeving blijven werken, terwijl mannen vaker de overstap maken naar een ander beroep of een andere studie gaan doen.

De projectie tot vijf jaar na afloop van de studies toont aan dat vrouwen meer belang hechten aan werkstabiliteit dan mannen. Dit kan erop wijzen dat ze eerder geneigd zijn om een solide basis van praktische ervaring op te bouwen en een eerste jobzekerheid te verwerven als onderdeel van hun professionele ontwikkeling. Mannen zijn vaker geïnteresseerd in domeinen die waarschijnlijk meer management- en coördinatietaken inhouden. Die domeinen zouden als meer strategisch kunnen worden gezien en bieden mogelijkheden om zelf invloed uit te oefenen. Binnen de verpleegkundige hiërarchieën is er nog steeds een groot verschil in kansen tussen mannen en vrouwen. Er zijn meer mannen in managementfuncties. Die verschillen kunnen wijzen op een verschillende loopbaanoriëntatie. Vrouwen zijn misschien meer gericht op de praktische zorgverlening en de interactie met de personen voor wie ze zorgen, terwijl mannen mogelijk meer geïnteresseerd zijn in het verkennen van bijvoorbeeld onderzoeks- en managementrollen. Deze verschillen zijn geworteld in een traditionele rolverdeling en perceptie. Ze kunnen de loopbaanvoorkeuren en de toegang tot verschillende jobs en werkplekken beïnvloeden. Vrouwen hebben nog vaak een dubbele rol: naast hun werk als VVAZ of ZK staan ze vaak in voor veel van de huishoudelijke taken en de zorg voor familieleden. Mannen zijn minder betrokken bij het dagelijkse huishouden en gezinsleven. Ze hebben vaker de tijd en de ruimte om hun vaardigheden te ontwikkelen, rust te nemen of de aanvullende opleidingen te volgen die essentieel zijn om promotie te maken (Corominas, 2017).

2.3.2 Het tekort aan VVAZ's en ZK's in Spanje

De verpleegkunde heeft in Spanje steeds meer aan autonomie gewonnen binnen de gezondheidszorg, zowel organisatorisch als ten opzichte van de medische beroepsgroep. Verpleegkundige activiteiten zoals de emotionele zorg voor patiënten en hun familie, creatieve zorgstrategieën rond comfort, intimiteit, pijnverlichting en het onderhouden van vertrouwensrelaties krijgen evenwel minder aandacht (Huércanos Esparza, 2012). Omgekeerd worden de technische aspecten, die geprotocolleerd en gemeten kunnen worden en die geassocieerd worden met het biomedische en vaker door mannen worden uitgevoerd, meer economisch gewaardeerd en genieten ze maatschappelijke erkenning (Huércanos Esparza, 2010).

Die ongelijke erkenning is ook merkbaar in heel wat andere landen, maar wijst vooral in Spanje op de symbolische dimensie die wordt toegeschreven aan personen en de beroepen die ze uitoefenen. Wat hier nog uit blijkt, zijn de ongelijke machtsverhoudingen die nog steeds in Spanje bestaan op het gebied van beroep en geslacht.

Veranderingen in de opvatting van de zorg zijn ook gekoppeld aan veranderingen in het zorgsysteem, bezuinigingen, kortere ziekenhuisverblijven en een van de hoogste patiënt-verpleegkundige ratio's in Europa. Dit uit zich in zorg die geprotocolleerd wordt volgens een biomedisch schema en een toename van de bureaucratische werklast van de zorgprofessionals (Galbany, 2023).

In 2022 waren er in Spanje 625 VVAZ's/100.000 inwoners, terwijl Europa een verhouding van 827 VVAZ's/100.000 inwoners aanbeveelt. Deze situatie wordt nog verergerd door het feit dat meer dan de helft van de VVAZ's, dit zijn ongeveer 150.000 professionals, van plan is om hun beroep in 2022 te verlaten. Dit is onder andere een gevolg van hun uitputting na de pandemie, maar ook omdat sommigen van hen de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. Het grote probleem in Spanje is dus de erg lage verhouding van VVAZ's/100.000 inwoners en het erg hoge aantal patiënten/VVAZ's in vergelijking met andere landen en ook Europees. Het toenemende tekort aan VVAZ's in Spanje heeft te maken met het feit dat de bevolking sneller en meer vergrijsd dan in de meeste andere Europese landen. Volgens het Spaanse Nationaal instituut voor de statistiek (INE) zal in 2022 een vijfde van de Spaanse bevolking 65 jaar of ouder zijn, en zullen 80-plussers 6% van de totale Spaanse bevolking uitmaken. Bovendien laten de prognoses van INE zien dat het percentage 65-plussers met 50% zal toenemen, met een piek in 2040. In die context heeft de verpleegsector volgens het rapport het meest te lijden onder een tekort aan personeel in vergelijking met de andere sectoren van de gezondheidszorg. Om de kloof tussen Spanje en de Europese Unie op het gebied van verplegend personeel te dichten, zouden er voor 2030 zo'n 127.000 VVAZ's bij moeten komen (INE, 2022).

Maar de steeds groter wordende zorgnoden zijn niet het enige probleem. De vergrijzing van het zorgpersoneel is ook groter dan in de rest van Europa. Ongeveer 45% van hen heeft de pensioengerechtigde leeftijd bereikt of gaat de komende jaren met pensioen en het aantal beschikbare plaatsen aan de universiteiten is onvoldoende om het voorspelde tekort op te vangen. Er zijn nochtans genoeg kandidaten die verpleegkunde willen studeren. Het probleem is dat er in de opleidingsinstellingen maar plaats is voor 21% van alle kandidaten die zich aanmelden. De overheid heeft beloofd dat ze de VVAZ-ratio's zou verbeteren, maar beroepsverenigingen en vakbonden waarschuwen dat zelfs met de verhoging van het aantal structurele plaatsen die het ministerie van Volksgezondheid in april 2023 heeft aangekondigd, het Spaanse gemiddelde van VVAZ's per inwoner niet wordt bereikt en dat de wervingsreserves chronisch leeg zijn. De verschillende universiteiten hebben het aantal pas afgestudeerden in de verpleegkunde verhoogd in een poging dit tekort op te lossen. Maar dat is niet het enige probleem. Dit grotere aantal VVAZ's moet ook nog ingeschakeld kunnen worden in het nationale zorgsysteem en op andere plaatsen waar verpleegkundigen nodig zijn. Een duidelijk politiek engagement om extra structurele banen te creëren en ze te ondersteunen met begrotingstoewijzingen is essentieel om de verhouding VVAZ's per patiënt in de buurt van het Europese gemiddelde te brengen.

Deze cijfers moeten evenwel gerelativeerd worden: in Spanje zijn er heel veel ZK's (TCAE of TMSCA) die onder meer ook basisverpleegkundige taken uitvoeren (orale medicatie verdelen, stalen nemen (behalve bloed), aerosols aanbrenge enz.). Misschien is het probleem dus niet zozeer het aantal zorgprofessionals, maar wel hun kwalificaties. De opleiding tot VVAZ in Spanje is een van de beste in Europa, maar de VVAZ's moeten samenwerken met heel wat ZK's, die een beperkte opleiding hebben gekregen.

Tot slot is er sprake van beroepsinstabiliteit, wat leidt tot een vlucht van professionals. In Spanje zijn de banen bij de overheid beperkt en VVAZ's kunnen alleen maar hopen dat ze na enkele jaren jobstabiliteit vinden. Zorgpersoneel werkt vaak met het ene na het andere contract, soms voor een paar dagen of zelfs een paar uren. Deze situatie zorgt voor heel wat stress, onzekerheid en angst (IEFS, 2023). Vanwege de jobonzekerheid is het aantal in Spanje opgeleide verpleegkundigen dat in een ander land is gaan werken verdubbeld, van 572 in 2021 naar 1.100 in 2022. Ze wijken vooral uit naar Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Ierland, in die volgorde (CGE in IEFS 2023, *ibid.*).

2.3.3 Opleidingen tot VVAZ in Spanje

VVAZ's studeren aan de universiteit of een universitair centrum, maar het diploma is sowieso identiek. De studies staan onder toezicht van de universiteiten en het ministerie van Volksgezondheid. Het *Diplomatura de Enfermería* wordt uitgereikt na een opleiding van vier jaar. Openbare universiteiten werven studenten op basis van een toelatingsexamen (*Note de Corte*) en het aantal beschikbare plaatsen. De cursussen zijn onderverdeeld in gemeenschappelijke cursussen, keuzevakken die per regio verschillen en niet-verplichte keuzevakken die de student zelf kan kiezen. Gespecialiseerde opleidingen worden georganiseerd aan de universiteiten. Ze geven toegang tot een master of onderzoeksdoctoraat.

Het collegegeld ligt dicht bij de Europese normen voor openbare universiteiten (rond de 1.000 euro), maar er zijn weinig plaatsen beschikbaar. Een opleidingen aan een privé-universiteit of universitair centrum is erg duur en kost tussen 5.000 en 5.000 euro per jaar. Studenten ontvangen geen financiële vergoeding tijdens hun stage.

De lesmethode is gebaseerd op aandacht voor en de empathische begeleiding van studenten door zowel docenten als professionals uit het praktijkveld. Wederzijds respect staat hierin centraal. Voor de stages wordt gewerkt in duo's van één stagiair en één VVAZ, wat garant staat voor een praktijkopleiding van hoge kwaliteit. De moeilijkheid om een plaats te pakken te krijgen aan een openbare universiteit en de hoge kosten van studeren aan een privé-universiteit verklaren ongetwijfeld ook deels het lage uitvalpercentage (het slaagpercentage is in Spanje ongeveer 80%, terwijl in België slechts één derde van de studenten die aan deze studie begint effectief slaagt).

Een in november 2023 verschenen studie (Ferrús Estopà, Gutiérrez Martí en Sanchez Rueda, 2023) benadrukt het belang dat studenten en professionals van gen Z hechten aan de erkenning van hun autonomie en vaardigheden. Ook de mogelijkheid van voortgezette opleiding en professionele ontwikkeling, economische en professionele erkenning van diversiteit in zorgfuncties, de integratie van onderzoek en innovatie, en leadership bij het dagelijkse werk van verpleegkundigen worden

als belangrijke factoren naar voren geschoven. Een goed evenwicht tussen werk en privéleven is eveneens belangrijk, met regelmatige werkuren die lang op voorhand gekend zijn. Deze voorstellen van gen Z komen in grote lijnen overeen met die van dezelfde generatie in andere landen. Deze generatie is zich immers beter bewust van hoe zwaar zorgberoepen zijn. Hoewel er in Spanje meer kandidaten zijn om verpleegkunde te studeren dan er plaatsen beschikbaar zijn, lijken de verwachtingen van gen Z te wijzen op een verschuiving in de verwachtingen van jongeren en studenten waarmee rekening moet worden gehouden als we de leegloop uit de zorgsector willen tegenhouden.

2.3.4 Opleiding tot verpleegassistent (gelijkwaardig aan ZK)

Een verpleegassistent, officieel *Técnico Medio Sanitario en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TMSCA)*, wordt ook wel *Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)* genoemd. De cursus omvat 1.400 uren, waarvan 410 stage-uren, of ongeveer 18 maanden (educaweb, 2023).

Hun werk is vergelijkbaar met dat van ZK's in België (hygiëne en voeding), met de toevoeging, onder toezicht van VVAZ's, van het klaarmaken en toedienen van medicatie, het opnemen van parameters, het aanbrengen van bepaalde verbanden en het nemen van sommige biologische stalen. Die laatste activiteiten komen overeen met de aanvullende opleiding die ZK's sinds 2020 in België kunnen volgen.

2.3.5 Mantelzorgers en thuishulp

In Spanje is de zorg voor afhankelijke personen altijd de taak geweest van de familie en, meer recent, van zorgverleners van allochtone afkomst (Jiménez-Martín en Vilaplana-Prieto, 2012; Ibáñez en León, 2014). Ongeveer 80% van deze familiehelpen zijn vrouwen tussen 45 en 65 jaar. In slechts 20% van de gevallen wordt de zorg verleend door een mannelijk familielid of een andere persoon. Slechts 12% van alle zorg wordt verleend door zorgpersoneel. Zorgen voor een familielid is in Spanje historisch gezien een vrouwenzaak en wordt gezien als een morele verplichting voor de familie die verder reikt dan het leven alleen (Rodríguez-Rodríguez et al., 2017). De komst van vrouwelijke werknemers uit het buitenland naar Spanje wordt gezien als een kans om de problemen en de vermoeidheid die de zorg voor het gezin met zich meebrengt op te vangen, vooral bij werkende vrouwen uit de middenklasse en huisvrouwen uit de hogere klassen, die zo hun status willen behouden en zich kunnen bezighouden met activiteiten die hen meer aanzien geven, zonder de ongelijke en genderspecifieke taakverdeling tussen mannen en vrouwen ter discussie te stellen. Deze vaak onzichtbare vrouwelijke arbeidsmigranten zijn dus geen marginaal residu van een systeem van gender- en klassenstratificatie, maar eerder het middel waarmee dit systeem in stand wordt gehouden zonder het in vraag te stellen (Oso, 2000). Deze thuishulp wordt via het beleid institutioneel door de Spaanse overheid geaccepteerd, gekanaliseerd en gepromoot. Deze hulp maakt het mogelijk om het ontbreken van oplossingen voor een vergrijzende bevolking op te vangen en vergemakkelijkt de toegang tot betaald werk voor vrouwen die traditioneel de zorg voor

het gezin op zich nemen, zonder dat de staat zelf hoeft te investeren in deze zorg, die noodzakelijk is voor het sociaaleconomische evenwicht²¹ (Rodríguez-Rodríguez et al., 2017).

2.3.6 In het kort

Sterkten

1. VVAZ's in Spanje hebben een uitgebreider pakket van erkende taken dan in veel andere landen en mogen bijvoorbeeld sommige geneesmiddelen zelf voorschrijven en bepaalde verpleeghandelingen stellen. Ze voeren ook zelfstandig bepaalde consulten uit, voornamelijk met het oog op voorlichting en preventie.
2. VVAZ's worden in Spanje zeer goed opgeleid.
3. Er zijn twee keer zoveel ZK's als VVAZ's en de officiële lijst van hun taken werd uitgebreid met het klaarmaken en verdelen van orale medicatie, het opnemen van parameters, het controleren van de bloedsuikerspiegel enz., taken die in België uitsluitend door verpleegkundigen worden uitgevoerd.
4. Veel studenten zijn geïnteresseerd in een opleiding tot VVAZ.

Pijnpunten

1. De steeds groter wordende kloof tussen de vraag naar gekwalificeerd personeel en het aanbod van gekwalificeerde professionals.
2. VVAZ's en ZK's raken uitgeput door het aantal patiënten dat ze moeten behandelen.
3. De jobinstabiliteit zet verpleegkundigen aan om naar een ander Europees land uit te wijken of naar een ander beroep over te stappen.
4. De vergrijzing van het zorgpersoneel is er groter en sneller dan in de rest van Europa.
5. Traditioneel spelen mantelzorgers (meestal vrouwen) of thuishulpen (vaak vrouwelijke migranten) een belangrijke rol in de zorg voor afhankelijke personen.
6. Over het algemeen zijn er nog veel ongelijkheden tussen mannen en vrouwen, die vaak geworteld zijn in culturele gewoonten die deze zorg traditioneel toewijzen aan een bepaald geslacht. Die ongelijkheden worden in de hand gewerkt door de onzichtbaarheid van de personen die familiehelp verlenen, maar ook door de vrouwen die van hun diensten gebruikmaken.

2.4 Profiel van VVAZ's, ZK's en mantelzorgers in Nederland

In Nederland zijn er zes zorgniveaus, die een efficiënte taakverdeling mogelijk maken:

- Niveau 1: zorghulp, wat in België overeenkomt met logistiek assistent. Deze persoon zorgt niet zelf voor de patiënt, maar kookt, maakt schoon enz.

²¹ Om deze zorg door zorgprofessionals te laten uitvoeren, zouden er in Spanje 650.000 voltijdse professionals bij moeten komen (Rodríguez-Rodríguez et al., 2017).

- Niveau 2: helpende, wat in België overeenkomt met zorgassistent zonder bijkomende kwalificaties. Deze persoon helpt het personeel bij de verzorging van de patiënt, maar is niet bevoegd om handelingen uit te voeren die zijn voorbehouden aan VVAZ's, zoals het toedienen van medicatie of het geven van inspuitingen.
- Niveau 3: verzorgende, wat overeenkomt met een zorgassistent die een aanvullende opleiding heeft gevolgd die toegang geeft tot het stellen van bepaalde verpleegkundige handelingen. Deze persoon zorgt voor de patiënt, kan medicatie toedienen, maar mag alleen bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren. Een verzorgende mag bijvoorbeeld geen infuus zetten.
- Niveau 4: mbo-verpleegkundige, wat overeenkomt met een Vlaamse HBO 5 en vergelijkbaar is met een Waalse *breveté*.
- Niveau 5: hbo-verpleegkundige, dit is een verpleegkundige op hogeschool niveau.

Personen van niveau 4 en 5 hebben de titel van verpleegkundige en worden door de wet als zodanig erkend. Ze hebben dezelfde functie, maar niet dezelfde opleiding. Doorgaans moeten hbo-verpleegkundigen kunnen werken in moeilijkere en onverwachte situaties waarin geen protocol voorhanden is, terwijl de opleiding van mbo-verpleegkundigen meer gericht is op protocollen. Verpleegkundigen van niveau 5 hebben ook rechtstreeks toegang tot een master waarmee ze zich kunnen specialiseren (niveau 6).

2.4.1 Personeelstekort en bureaucratie verergeren burn-out

Het tekort treft al het zorgpersoneel, ook de artsen. In een interview met RFI²² legde een stakende arts uit dat het administratieve werk dat zowel door de staat als door particuliere verzekeraars wordt opgelegd zwaar is, waardoor veel zorgprofessionals ontmoedigd raken.

Het gemiddelde van 2.350 patiënten per huisarts is zorgwekkend en de wachtlijsten in ziekenhuizen en psychiatrische zorgcentra zijn erg lang. Ondanks een nauwe coördinatie met de VVAZ's en eerstelijns medisch assistenten, die patiënten sorteren en de dokterspraktijken ontlasten, blijft de toestand penibel. Samenwerking met VVAZ's wordt cruciaal om artsen te ontlasten van hun dagelijkse taken, maar er zijn gewoon te weinig VVAZ's. Veel VVAZ's die met pensioen gaan, worden niet vervangen en het aantal zorgprofessionals dat ontslag neemt of een ander beroep kiest omwille van burn-out is hoog. In Nederland is ongeveer één op de tien VVAZ's een jaar na afstuderen niet (langer) werkzaam in de verpleegkunde (KOX, 2020; Statistics Netherlands, 2019).

De redenen voor die uitstap uit de verpleegkunde in Nederland zijn:

- Vooral nieuwe VVAZ's (KOX, 2020) zijn ontgoocheld omdat hun verwachtingen van het beroep niet overeenkomen met de realiteit, wat leidt tot een verlies van motivatie en passie voor het beroep, een gevoel van gebrek aan vaardigheden en supervisie, maar ook isolement of ontevredenheid over de te zware werklust.

²²<https://www.rfi.fr/europe/20220702-aux-pays-bas-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-en-gr%C3%A8ve-face-%C3%A0-la-surcharge-de-travail>

- In een ziekenhuisomgeving is het ontslag van VVAZ's en ZK's vaak het gevolg van een hiërarchische en stresserende werkomgeving. Emotionele uitputting wordt voornamelijk geassocieerd met de eisen van het werk en agressie of conflicten met patiënten en leidinggevenden.
- In centra en instellingen die zorg verlenen aan afhankelijke personen, zijn burn-outfactoren veelal gelinkt aan de mentale belasting in verband met het welzijn van hun patiënten. Tijdens de COVID-19-pandemie maakten veel VVAZ's zich, naast de te hoge werklast, ook zorgen over de effecten van eenzaamheid, isolatie en het in de steek laten van hun patiënten (De vos et al., 2016). Sommigen lijden zelfs aan posttraumatische stress (De Wijn et al., 2022).

2.4.2 Buurtzorg: een antwoord uit het middenveld

Vanuit die frustratie van het zorgpersoneel, dat nauwelijks het hoofd boven water kan houden omwille van de administratieve rompslomp en een te hoge werkdruk, werd in 2007 een nieuw model van thuiszorg bedacht door een verpleegkundige, Jos de Blok. Dit initiatief, dat op gang wordt getrokken door het middenveld, legt de klemtoon op meer menselijke begeleiding van patiënten thuis via een andere vorm van zorgorganisatie: kleine teams van autonome VVAZ's die worden bijgestaan door coaches. Elk team werkt zelfstandig en de VVAZ's stemmen af met de artsen om de zorg en de duur van de bezoeken te kiezen, waarbij ze zelfstandig beslissingen nemen. De teams zijn vrij om nieuw personeel te werven, hun werk te organiseren, hun klanten en werkperimeter te kiezen. De zorgteams die lid zijn van Buurtzorg zijn met elkaar verbonden via een intranet, waardoor ze hun werkwijzen kunnen delen (Mouzon, 2018).

De nadruk ligt op een horizontaal beheer, wat volgens de initiatiefnemer tijd en geld bespaart en zorgprofessionals in staat stelt hun werk onder fatsoenlijke omstandigheden uit te voeren. Er wordt tijd bespaard door een groot deel van de bureaucratie en het middenmanagement weg te nemen en een vereenvoudigde facturatie door te voeren. Dit model, dat één enkel tarief voorstelt in plaats van een fee-for-service, betekent een grondige transformatie van het thuiszorgsysteem. Dat tarief, vastgesteld in samenwerking met de privéverzekeraars, komt overeen met één huisbezoek, ongeacht de duur ervan of de aard, het aantal of het type handelingen dat bij de patiënt wordt uitgevoerd. Het helpt om de relatie tussen de patiënt en de zorgprofessional te verbeteren en patiënten voor te lichten en te responsabiliseren zodat ze zelfstandiger worden. Dit systeem zou tot 3.000 euro per patiënt kunnen besparen in vergelijking met een conventioneel zorgmodel. Dit model komt tegemoet aan de verzuchtingen en terugkerende problemen van zorgprofessionals: horizontaliteit biedt een antwoord op het risico van wrijvingen in verband met de hiërarchie en vermindert het risico van burn-out op het werk. Bovendien geeft de tijd die wordt bespaard dankzij een vereenvoudigde facturatie en minder administratieve rompslomp zorgprofessionals de kans om hun werk onder fatsoenlijke omstandigheden te doen en menselijke relaties weer centraal te stellen. In 2023 was Buurtzorg verantwoordelijk voor 70% van de thuiszorg in Nederland, met ongeveer 10.000 VVAZ's die meer dan 70.000 patiënten verzorgen (Instituut Montaigne, februari 2023 rapport, p.26). Dit initiatief is een oplossing voor een beroep dat in crisis verkeert, maar stelt het zorgsysteem niet ter discussie of stelt niet voor het volledig te hervormen op basis van een marktlogica, op een zo egalitair mogelijke manier. De spanning die in Nederland ontstaat tussen

vrije keuze, het zo lang mogelijk thuis houden van personen en de noodzaak om de overheidsuitgaven voor de zorg die afhankelijke personen nodig hebben onder controle te houden, illustreert hoe moeilijk het is om systemen te ontwikkelen die keuzevrijheid en universele zorg met elkaar verzoenen. Het gevaar van geprivatiseerde modellen is dat de verzorgingsstaat zich terugtrekt ten gunste van particuliere verzekeringssystemen met winstoogmerk en de 'startupisering' van zorg en sociale diensten (Célérier en Arfaoui, 2021). De startupisering van sociale diensten en het overheidsbeleid verwijst naar "het inbedden van de start-up in de bureaucratie", zoals Célérier en Arfaoui (2021) uitleggen, wat "in wezen bijdraagt tot een vernieuwing, eerder dan een afwijzing, van het bureaucratistische gedrag van de overheid". Met andere woorden, voorstellen uit het middenveld, die innovatieve modellen voorstellen zoals Buurtzorg, transformeren het systeem niet, maar verschuiven gewoon het probleem (*Ibid.*). Met een vast tarief voor thuiszorg en uitkeringen kunnen ouderen rekenen op een uitgebreide zorg terwijl ze in theorie thuis kunnen blijven wonen. De resultaten en beperkingen van dit type zorg zijn echter nog niet goed gedocumenteerd. Het lijkt erop dat de kosten worden gedeeld tussen de overheidsdiensten en de begunstigden. Deze financiering lijkt net zo goed bij te dragen aan de thuiszorg als aan de ontwikkeling van niet geconventioneerde privé-instellingen, die dus een winstoogmerk hebben. Zo ontstaat een zorgsysteem met twee snelheden, wat vragen doet rijzen in verband met de rechtvaardigheid van de zorg en de financiering die ten grondslag ligt aan de sociale verzekering in Nederland (Tenand, Hussem, & Bakx, 2020).

2.4.3 Opleidingen tot VVAZ in Nederland: een model dat aanleunt bij het Vlaamse model

Er zijn twee studietrajecten die leiden naar de titel van verpleegkundige in Nederland. Studenten volgen ofwel een bacheloropleiding verpleegkunde aan een van de 15 instellingen voor Hoger Beroepsonderwijs (HBO), of volgen een beroepsopleiding aan een van de 41 scholen voor Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO). De academische bachelor (HBO) duurt 4 jaar en biedt de mogelijkheid om een master van 1 of 2 jaar te doorlopen. De studie verpleegkunde in het MBO duurt drie jaar en biedt de mogelijkheid om een niet-academische masteropleiding te volgen die deel uitmaakt van een beroepstraject waarin de student verplicht een baan moet hebben (Rosman, 2014). In Nederland gebeurt er geen selectie bij de inschrijving zoals in het Franse systeem. Elke student die de vereiste opleiding heeft gevolgd en een diploma secundair onderwijs heeft behaald, kan toegang vragen tot de hogeronderwijsopleiding van zijn of haar keuze. Wel kunnen de instellingen eisen dat de kandidaat over specifieke kennis beschikt.

Het beroepsgerichte karakter van de opleidingen aan de hogescholen, die korter zijn en direct zijn afgestemd op de praktijk, is zeer aantrekkelijk voor studenten, vooral omdat de huidige trend is om het hogeronderwijssysteem te rationaliseren om de kosten te drukken, de kwaliteit van de opleidingen te verbeteren en ze aan te passen aan de arbeidsmarkt.

Vanwege het tekort aan verpleegkundigen rekruteren Nederlandse zorgorganisaties ook graag VVAZ's van buiten Europa (bv. uit Indonesië of Zuid-Afrika). De Nederlandse overheid moedigt dit beleid echter niet aan en geeft de voorkeur aan werving vanuit de Europese Unie. Gelijkwaardigheid

wordt alleen verleend aan VVAZ's uit de EU, wat betekent dat het diploma van VVAZ's uit niet-EU-landen niet als gelijkwaardig wordt erkend. Ze moeten daarom examens afleggen en eventueel een deel van hun studietraject overdoen. Daarnaast is een goede beheersing van de Nederlandse taal essentieel om als zorgprofessional in het land te kunnen werken.

2.4.4 Mantelzorgers en thuishulp

In Nederland werd na de hervorming van 2015, die leidde tot de hervorming van de rusthuizen, een coördinatie tussen verzekeraars, regio's en gemeenten georganiseerd om een betere thuiszorg in de breedste zin van het woord (VVAZ, ZK, huishoudhulp enz.) mogelijk te maken. Afhankelijke personen en hun families hebben verschillende keuzes. Eén daarvan is om te kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB), dat de afhankelijke persoon kan gebruiken om de professionals in dienst te nemen die hij of zij wil, of om een mantelzorger via een contract te betalen. Deze optie geeft ouderen de mogelijkheid om een keuze te maken op basis van hun voorkeuren, terwijl de kosten binnen de perken blijven (Tenand, Hussem en Bakx, 2020). Mantelzorgers die niet worden betaald door de persoon die ze helpen, kunnen een relatief klein bedrag van de overheid krijgen (200 euro per jaar) dat dus geen vervanging is voor een loon. Een werkloze mantelzorger kan wel worden vrijgesteld van het zoeken naar werk.

Hoewel ten tijde van de hervorming wel over de integratie van mantelzorgers werd nagedacht, blijven er nog een aantal vragen over. Deze poging tot de-institutionalisering, die de overheidsuitgaven wil verminderen en tegelijkertijd patiënten een keuze wil bieden in de manier waarop ze worden verzorgd, lijkt het gevaar in te houden dat de mentale last en uitputting van verzorgers wordt verlegd naar de naasten, die noodgedwongen loopbaanonderbreking of onbetaald verlof moeten nemen. Anderzijds houdt het ondertekenen van een formeel contract waarbij de verzorger een vergoeding krijgt het gevaar in dat een relatie van informele en familiale solidariteit evolueert naar een meer professionele relatie.

2.4.5 In het kort

Sterkten

1. De vijf zorgniveaus maken een goede taakverdeling mogelijk en maken het zorgberoep toegankelijk voor heel veel studenten.
2. De kosten van een vergrijzende bevolking beschouwen als een economisch probleem dat moet worden opgelost, betekent dat de nodige budgetten kunnen worden uitgetrokken en zorgstrategieën kunnen worden uitgevoerd.
3. Initiatieven vanuit het middenveld, zoals Buurtzorg, stellen zorg en zingeving weer centraal in de verpleegkundige praktijk door nieuwe zorgmodellen voor te stellen (Creten en Nève, 2023).

Pijnpunten

1. Het verdelen van de zorgtaken in vijf competentieniveaus brengt het risico met zich mee dat het werk wordt opgedeeld in restrictieve taken als het werk niet wordt uitgevoerd door een inclusief multidisciplinair team waarbij de teamleden elkaar ondersteunen.
2. Een groot tekort aan zorgprofessionals.
3. De opkomst van extreemrechts en van een retoriek die werknemers van buitenlandse afkomst een onzeker gevoel geeft.
4. De onzichtbaarheid van mantelzorgers ondanks hun erg belangrijke rol in de thuiszorg.
5. De toenemende onzekerheid bij de middenklasse en het afnemende gevoel van veiligheid, dat volgens de uitgevoerde enquêtes onder andere tot uiting komt in de steeds moeilijkere toegang tot huisvesting (kopen of huren), ondermijnen het systeem.

2.5 Profiel van VVAZ's, ZK's en mantelzorgers in Denemarken

2.5.1 Profiel en opleiding

De opleiding tot verpleegkundige in Denemarken is een universitaire opleiding van 3,5 jaar (4.600 uren volgens de Bolognaverklaring) die bestaat uit theorielessen en klinische stages. Studenten die zich willen specialiseren kunnen verschillende masteropleidingen en een doctoraat volgen. Om toestemming te krijgen om te praktiseren, moeten professionals zich registreren bij de nationale gezondheidsraad. De meerderheid van het verplegend personeel (tot 2/3) werkt in ziekenhuizen.

In 2015 (OESO, 2017) was de verhouding VVAZ's per arts vrij goed in vergelijking met andere landen (4,6 VVAZ's/arts) en ook het aantal VVAZ's per inwoner is behoorlijk hoog (14/1.000 inwoners)²³. Achter deze officiële cijfers gaat echter een andere realiteit schuil. Veel VVAZ's (1 op 8)²⁴ verlaten het beroep vanwege de arbeidsomstandigheden in de overheidssector. Tussen november 2021 en november 2022 nam ongeveer 14% van de VVAZ's ontslag, en zij zijn niet de enigen: al het medisch personeel wordt getroffen. Dit zou het gevolg kunnen zijn van uitputting na de pandemie, maar ook van het feit dat de VVAZ's niet tevreden zijn over de loonafspraken na de staking van 2021.

Vrouwen vormen de meerderheid van het verplegend personeel en de zorgkundigen in Denemarken. Als ruggengraat van de gezondheidszorg organiseren ze zich al sinds 2008 om een hoger loon te eisen. Ondanks het feit dat dit land geprezen wordt om zijn verzorgingsstaat en gelijkheidsbeleid, blijft de indexering te laag (werknemers in de privégezondheidszorg verdienen 27% meer bij dezelfde opleiding). Bovendien krijgen Deense verpleegkundigen, ondanks de reputatie van Denemarken op het gebied van gelijkheidsbeleid, 10-20% minder betaald dan in door mannen gedomineerde beroepen met een vergelijkbaar opleidingsniveau²⁵.

²³https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-56-fr.pdf

²⁴ <https://www.thelocal.dk/20230620/almost-one-in-eight-nurses-leave-danish-health-service>

²⁵ <https://theconversation.com/why-nursing-in-denmark-pays-less-than-professions-dominated-by-men-158912>

2.5.2 Een beroep in crisis

Naast looneisen kampt het beroep van verpleegkundige ook met een hoog risico op afhaken en burn-out als gevolg van het tekort. De DNO stelde vast dat tijdens de pandemie, in 2020, negen op de tien VVAZ's in de gemeenten en regio's van plan waren om ontslag te nemen. In een oriëntatienota van de International Council of Nurses gaf meer dan een derde van de VVAZ's aan het beroep helemaal te willen opgeven. In Denemarken draaien de belangrijkste eisen van de VVAZ's rond loonsverhogingen om het beroep op te waarderen en nieuwe professionals te behouden, die nu tijdens de eerste jaren na hun indiensttreding massaal afhaken. Ondanks de inspanningen die de overheid levert om nieuwe inschrijvingen aan de universiteiten aan te moedigen, blijft de structurele steun in de ziekenhuizen onvoldoende.

In Denemarken blijven de VVAZ's (vertegenwoordigd door de DSR, de Deense koepel van verpleegkundigen en verzorgenden) en de overheid op gespannen voet staan. Deze twee partijen lijken het niet eens te kunnen worden over de omvang van het tekort aan zorgpersoneel. Volgens de overheid stijgt het aantal VVAZ's, terwijl de DSR beweert dat die stijging geen gelijke tred houdt met de toenemende werkdruk en het benodigde personeel. Die toenemende werklast is niet alleen te wijten aan de vergrijzing, maar ook aan de verschuiving van taken van artsen en andere zorgverleners naar de VVAZ's (Attree, M., Flinkman et al., 2011). En omdat de gemiddelde leeftijd van de Deense verpleegkundigen zorgwekkend blijft stijgen, dreigt bovendien het doembeeld van een massale uitstroom.

2.5.3 Tekort en selectieve vraag naar arbeidskrachten

Zodra het tekort aan artsen, VVAZ's en ZK's pijnlijk duidelijk werd, koos de regering ervoor om tijdelijke medewerkers en buitenlandse arbeidskrachten in te zetten.²⁶ In een artikel bespreekt econome Christelle Meilland de ambivalentie van een migratiebeleid met twee snelheden en een tekort aan arbeidskrachten dat zowel de overheid als de privésector in Denemarken treft. In 2019 kondigde de premier haar voornemen aan om van Denemarken een land zonder asielzoekers (maar niet zonder arbeidsmigranten) te maken. Het tekort is nochtans nijpend: de vakbond voor de overheidssector *Forbundet af Offenligt Ansatte (FOA)* waarschuwt in zijn rapport van 2020 dat er tegen 2029 een tekort zal zijn van 40.000 werknemers in de gezondheidszorg en sociale zorg (SOSU). De Deense vakbond van verpleegkundigen (*Dansk Sygeplejeråd*) verwacht een tekort van 6.000 verpleegkundigen tegen 2025 (Meilland, 2022).

Denemarken is dus afhankelijk van artsen en VVAZ's uit andere landen. In 2021 had volgens de OESO 9,54% van de artsen en 1,84% van de VVAZ's een opleiding in het buitenland gevolgd. Dit land is ook voorstander van de migratie van hooggekwalificeerd personeel met hoge

²⁶ <https://www.thinktankcraps.fr/sante-le-danemark-les-enseignements-dune-reforme-aboutie/>

weddeschalen, ook al schrikken de verplichting om Deens te spreken en de omslachtige administratieve procedures sommige buitenlandse professionals af.²⁷

Het personeelstekort is een groot probleem: de wachttijden voor patiënten zijn sinds 2019 de helft langer geworden. Ook hier werpt het werven van personeel uit het buitenland ethische vragen op wereldniveau op, omdat artsen en VVAZ's overal worden weggekaapt, ten koste van andere zorgsystemen in Afrika, Azië, Latijns-Amerika, het Midden-Oosten en Zuid- en Oost-Europa.

2.5.4 Mantelzorgers

In Denemarken kunnen de gemeenten een financiële vergoeding geven aan mantelzorgers voor maximaal 6 maanden. Die vergoeding wordt voornamelijk toegekend voor palliatieve zorgen. Die betaalde diensten creëren echter soms een situatie waarin het familielid - vaak vrouwen - vast komt te zitten in een moeilijke en vermoeiende rol (een kind of echtgeno(o)t(e) die verzorger wordt) (Gimbert & Malochet, 2012).

2.5.5 In het kort

Sterkten

1. Een opleiding tot verpleegkundige van 3,5 jaar die voldoet aan de criteria van de Europese Unie en de mogelijkheid biedt om een master en een doctoraat te behalen.
2. Een sterke en dynamische verpleegkundigenorganisatie die ijvert voor verbetering van het beroep.
3. Tijdelijke financiële steun voor mantelzorgers.

Pijnpunten

1. Een groot tekort en een hoog uitvalpercentage onder zorgpersoneel.
2. Mislukte dialoog tussen overheid en zorgpersoneel: frustratie en uitputting bij het medisch personeel tijdens de onderhandelingen met de overheid om het beroep financieel op te waarderen.
3. Een groot verschil tussen de lonen van VVAZ's die bij de overheid werken en VVAZ's die in de privésector werken.
4. Omslachtige bureaucratie die de werving van buitenlands zorgpersoneel belemmert.
5. De opkomst van een populisme dat pleit voor het sluiten van de grenzen, vooral voor asielzoekers. Naast de nood aan zorgpersoneel zal een forse beperking van de immigratiemogelijkheden de vernieuwing van een vergrijzende bevolking tegengaan en de financiering van de sociale zekerheid op middellange termijn moeilijker maken.

²⁷ <https://www.courrierinternational.com/article/2007/10/18/des-medecins-venus-d-inde-en-passant-par-la-finlande>

3. Oplossingen die in de vier landen worden voorgesteld

De oplossingen die de vier onderzochte landen buiten België voorstellen, worden hieronder in grote lijnen geschetst. Die voorstellen worden zelden vertaald naar concrete organisatorische en beleidsbeslissingen. Ze helpen ons echter wel om de gewenste richting en de omvang van de maatregelen die dringend moeten worden genomen, te begrijpen. Het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie en het Franse voorbeeld, waarop we hieronder inzoomen, laten dit duidelijk zien: er zijn heel veel interessante ideeën, maar het blijft echter veelal bij aanbevelingen.

3.1 Advies van WHO Europe: iedereen toegang geven tot gezondheidszorg en werknemers beschermen

In het rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie voor 2022 staat dat alle landen in de Europese regio te maken hebben met ernstige problemen rond hun gezondheids- en zorgpersoneel. Deze kritieke situatie houdt verband met de veranderende noden van de samenleving op het gebied van gezondheidszorg en van de zorgprofessionals, als gevolg van een vergrijzende bevolking en een toename van multimorbiditeit en chronische ziekten. Ze is ook het gevolg van de vergrijzing bij het zorgpersoneel, de zwaarte van de zorgberoepen en de stijgende kosten van levensonderhoud sinds medio 2022. De weinig aantrekkelijke lonen hebben bovendien een invloed op het personeelsverloop en de aantrekkingskracht van de zorgberoepen. Deze problemen zijn niet nieuw, maar ze worden wel groter. En de COVID-19-pandemie heeft hier nog een schepje bovenop gedaan. Om aan de gezondheidsnoden van de Europese bevolking te voldoen, zullen de vaardigheden van het zorgpersoneel meer ontwikkeld of gericht moeten worden. Professionals moeten in staat zijn om complexere curatieve, preventieve en educatieve zorg te bieden binnen interdisciplinaire teams, niet alleen in zorginstellingen, maar ook thuis en in de gemeenschappen.

Een strategische planning van de investeringen is cruciaal om te zorgen voor voldoende zorgprofessionals, zodat iedereen toegang heeft tot gezondheidszorg en om tegelijkertijd de gezondheid van de zorgprofessionals zelf te beschermen (Kluge, 2022).

De Wereldgezondheidsorganisatie dringt er bij de Europese landen op aan om van hun zorgprofessionals en hun welzijn een prioriteit te maken, omdat zij een centrale spil zijn in de samenleving en in de afzonderlijke zorgsystemen. Ze zijn essentieel voor ons economisch en sociaal herstel. Om dat mogelijk te maken heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een lijst met dringende beleidsmaatregelen opgesteld:

1. Meer overheidsinvesteringen in de opleiding, ontwikkeling en bescherming van zorgprofessionals.

2. De fondsen optimaal inzetten dankzij een innovatief beleid voor de werving, opleiding en bescherming van zorgprofessionals.
3. Het onderwijs afstemmen op de noden van de bevolking en de eisen van de gezondheidsdiensten.
4. De professionele ontwikkeling en bijscholing versterken zodat zorgprofessionals over de nieuwste kennis en vaardigheden beschikken.
5. Strategieën ontwikkelen om zorgprofessionals op het platteland en in afgelegen gebieden te werven en te behouden.
6. Arbeidsomstandigheden creëren die een evenwicht tussen werk en privéleven bevorderen.
7. De gezondheid en het mentale welzijn van het personeel beschermen.
8. Leiderschapscapaciteiten in verband met bestuur en personeelsplanning versterken.
9. Gezondheidsinformatiesystemen versterken om de gegevens beter te verzamelen en te analyseren.
10. Meer gebruik maken van digitale hulpmiddelen om zorgprofessionals te helpen.

3.2 Franse voorstellen: veel voorstellen maar geen consensus

De kortetermijnmaatregelen hebben in Frankrijk geen beslissende invloed gehad op het tekort aan VVAZ's. Rekrutering blijft moeilijk, er haken nog veel professionals af en er is nog steeds veel ontevredenheid bij het zorgpersoneel, omdat de arbeidsomstandigheden er niet echt op zijn verbeterd. Er zijn veel interessante suggesties, maar ze lijken nogal gefragmenteerd te zijn. Bovendien lijkt de overheid ze maar mondjesmaat in haar voorstellen mee te nemen.

De maatregelen die de overheid voorstelt om de dagelijkse realiteit van zorgprofessionals te verbeteren, mikken voornamelijk op een loonsverhoging (hogere lonen voor het zorgpersoneel als teken van erkenning en om ze te behouden, met hogere premies voor overuren en nachtwerk), het promoten van zorgberoepen (een campagne om kandidaten aan te trekken en omscholing naar de zorgsector gemakkelijker te maken) en het openstellen van meer plaatsen in de opleidingsinstituten (*Séгур de la santé*, 2021).

Hogere lonen en premies zijn een must, maar zullen de uitstroom niet tegenhouden als de arbeidsomstandigheden niet beter worden (verlichting van de werkdruk, meer tijd voor patiënten, een betere balans tussen werk en privé). Zorgen voor meer beschikbare plaatsen in de opleidingsinstituten is zeker een goed idee, maar dan moeten er ook voldoende stageplaatsen zijn om een praktijkopleiding van hoge kwaliteit te garanderen.

Wat de opleiding in Frankrijk betreft, die voldoet volgens de FNESI (*Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers*) niet meer aan de verwachtingen van studenten. De FNESI stelt een volledige herziening van de curricula voor, een transformatie van de onderwijsmethoden, een competentiegebaseerde aanpak en de uitreiking van een universitaire licentie²⁸ aan afgestudeerde VVAZ's. De toekenning van een universitaire licentie geeft studenten die dat willen toegang tot een

²⁸ De Franse licentie komt overeen met de academische bachelor in België.

master en doctoraat, zonder de huidige administratieve belemmeringen. De FNESI stelt ook voor om een gemeenschappelijk pakket van theoretische vakken in te voeren voor de verschillende gezondheidsopleidingen²⁹ en doorstroming van de ene opleiding naar de andere mogelijk te maken (Langlois, 2023).

De CNPI (*Conseil national professionnel des infirmières*, 2023) stelt voor om nuttige ervaring te erkennen (*valorisation des acquis de l'expérience* - VAE) van ZK's die aan een opleiding tot VVAZ beginnen en om aangepast onderwijs te ontwikkelen dat rekening houdt met de opgebouwde ervaring, maar in tegenstelling tot de studentenvereniging FNESI legt de CNPI de nadruk op de finaliteit van de studies. Volgens de CNPI moet er worden gekeken naar de vaardigheden en kennis die nodig zijn en moet de initiële opleidingsduur vervolgens op die noden worden afgestemd. Dit gaat gepaard met een herziening van de handelingen die verpleegkundigen mogen uitvoeren en van de manier waarop de verschillende beroepen samenwerken. Volgens de CNPI hebben de prioriteiten voor het behouden van personeel meer te maken met de voorwaarden waaronder het beroep wordt uitgeoefend dan met het loon, terwijl de belangrijkste prioriteiten voor de SNPI (vakbond van professionele verpleegkundigen) zijn om de lonen op te trekken zodat ze aansluiten bij het Europese gemiddelde en om de verhouding patiënt-verpleegkundige in overeenstemming te brengen met de internationale normen (6-8 patiënten per VVAZ).

Het voorstel van de FNESI wil iets doen aan het gebrek aan identiteit van de beroepsgroep en het zoeken naar erkenning, maar beantwoordt niet meteen aan de noden van professionals en patiënten. Het voorstel om de studies op universitair niveau te brengen en op hetzelfde niveau te erkennen als andere paramedische opleidingen opent ook de mogelijkheid tot loopbaanontwikkeling, iets wat tegemoetkomt aan de noden van de zorgprofessionals én van de studenten. Die nood aan erkenning, het hertekenen van de opleiding en loopbaanontwikkeling is ook een van de verzuchtingen in België. Het voorstel sluit aan bij de verwachtingen van gen Z en moet ernstig genomen worden. Het onopgeloste debat in Frankrijk over de mogelijkheid van een redelijke loopbaanontwikkeling op basis van de ervaring die nuttig is voor ZK's is een belangrijk spoor om gemotiveerde VVAZ's aan het bed van patiënten te hebben, terwijl veel VVAZ-studenten uit de klassieke opleidingen aan het einde van hun studie zeggen dat ze net dat niet willen doen.

De zorg- en opleidingsinstellingen stellen voor om het aantal studenten dat tot het eerste jaar van de opleiding tot VVAZ wordt toegelaten, te bepalen door rekening te houden met het aantal afgestudeerden, om de opleiding te reorganiseren en ze in overeenstemming te brengen met de Europese eisen, om de rol van de stagementor te versterken en tegelijk het stageaanbod te diversifiëren door meer te kijken naar extramurale settings, en om de samenwerking tussen scholen en zorginstellingen gemakkelijker te maken (bijvoorbeeld via een platform) om zoveel mogelijk stagiairs te kunnen onthalen en hen beter te begeleiden. Ze stellen ook voor om de integratie van het verpleegkundige curriculum op universitair niveau te voltooien door er een universitair diploma aan te koppelen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen twee opleidingsniveaus: een initiële VVAZ-opleiding die afgestemd is op het werkveld; en VVAZ's die hun vaardigheden aanvullen met extra kwalificaties die zoveel mogelijk toegankelijk zijn door validatie van de

²⁹ De theorielessen zijn goed voor 75% van de uren in het eerste jaar van de studie verpleegkunde.

opgedane ervaring (Fournier, Bézagu *et al.*, 2022). Ze vragen ook om kadervoorwaarden die het behoud van het bestaande personeel in de hand werken: VVAZ's de wettelijke bevoegdheid geven om geneesmiddelen voor te schrijven in overeenstemming met hun takenpakket (zoals al het geval is in Spanje en het VK), maar ook VVAZ's en ZK's de kans geven om voldoende tijd te besteden aan hun patiënten door systemen te ontwikkelen die de werkelijke werklast nauwkeurig meten, inclusief de tijd om actief te luisteren en aan voorlichting te doen, met als doel de levenskwaliteit op het werk te verbeteren.

Het voorstel van de Franse vereniging *Soignons Humain* SoHu suggereert enkele interessante denksporen. Het pleit voor een holistische zorg voor patiënten door middel van samenwerking en de erkenning van vaak onzichtbare coördinatiepraktijken. Het is geïnspireerd op het Nederlandse Buurtzorginitiatief³⁰ en stelt teamwerk centraal. Eind 2020 had SoHu al een veertigtal VVAZ's, verdeeld over zeven teams, met een patiëntenbestand van ongeveer 400 patiënten in het Nord-departement (5.742 km) (Cristofalo & Dariel, 2021). Naar aanleiding van het SoHu-initiatief worden ook vraagtekens gezet bij de fee-for-service facturatie, net zoals Buurtzorg dat in Nederland deed. Sinds mei 2019 neemt SoHu, dankzij de steun van de overheid, deel aan het experiment dat een afwijking van de fee-for-service financiering voorstelt in het kader van artikel 51 van de wet betreffende de financiering van de sociale zekerheid. Dankzij dit initiatief, dat de naam "Équilibres" kreeg, kunnen de teams van SoHu maar ook zelfstandige verpleegkundigen (alleen of in een praktijk) betaling op uurbasis testen als vervanging voor het fee-for-service systeem (*Ibid.*). Deze betaling per uur betekent een opwaardering van zelfstandig verpleegkundig werk (hygiënische zorg, actief luisteren, voorlichting, gezondheidsbevordering enz.), dat in een fee-for-service systeem wordt ondergewaardeerd, en maakt het voor elke VVAZ die aan dit project meewerkt mogelijk om minder patiënten aan te nemen en de ondersteuning te geven die elke patiënt nodig heeft (Cristofalo & Dariel, 2021, Cristofalo, Dariel & Durand, 2019).

In een poging om het evenwicht in het Franse zorgsysteem te herstellen, stelt de HSCP, de Franse hoge raad voor de volksgezondheid, dat de druk als gevolg van chronische ziekten moet worden verminderd. De raad stelt een nationale strategie voor, die loopt over 10 jaar, om te komen tot een nieuw model dat sociale en territoriale ongelijkheden in het gezondheidsdomein aanpakt. Het voorstel legt de nadruk op preventie en gezondheidsbevordering in plaats van op een ziekenhuisgericht beleid dankzij opsporing, waarbij rekening wordt gehouden met individuele en milieugebonden gezondheidsdeterminanten. Het stelt voor om 'preventieafspraken' te organiseren in verschillende levensfasen, om problemen op te sporen, vragen te stellen en de bevolking voor te lichten over individuele en milieugebonden welzijnsmaatregelen. Die initiatieven zijn bedoeld voor iedereen, met de nadruk op de meest kwetsbaren en degenen die het verst van de gezondheidszorg af staan. Deze strategie moet kunnen rekenen op een interministeriële coördinatie over alle beleidsdomeinen heen (Chauvin & Lepeltier, 2023, p. 6-7).

³⁰ De twee modellen zijn echter niet identiek, omdat hun nationale context verschillend is. In Nederland was het vooral het gebrek aan autonomie dat leidde tot de oprichting van Buurtzorg. Er zijn bijna geen zelfstandige VVAZ's in de regio en de meeste thuiszorgdiensten worden verleend door verpleegkundigen die werken voor privé-instellingen. In Frankrijk hebben de VVAZ's die thuiszorg verlenen daarentegen al een zelfstandige praktijk en werd SoHu vooral opgericht om in team te kunnen werken.

Het reorganiseren van de gezondheidszorg en het ontwikkelen van een sterke focus op preventie en gezondheidsbevordering in de hoop het aantal chronisch zieken te verminderen, zou een langetermijneffect kunnen hebben. De prioriteiten van het gezondheidsbeleid herbekijken is nodig, maar dit zal de problemen niet op korte termijn oplossen of voorkomen dat het probleem de komende tien jaar erger wordt. Er lijken weinig concrete maatregelen op korte of middellange termijn te zijn die de dagelijkse praktijk van VVAZ's en ZK's verbeteren en hen weer enthousiast maken voor hun beroep. Er worden allerlei denksporen verkend, maar die worden zelden vertaald naar concrete maatregelen, met uitzondering van het optrekken van de lonen.

De overheid (Séгур, 2021) stelt ook voor om het gebruik van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg te ontwikkelen. Dankzij telegeneeskunde, bijvoorbeeld, kunnen de VVAZ's consulten op afstand uitvoeren zonder dat ze voortdurend fysiek aanwezig moeten zijn, waardoor het aantal contacten met patiënten stijgt. Ervoor zorgen dat de VVAZ's niet meer voortdurend aan het bed van patiënten moeten staan dankzij de toepassing van technische middelen en consulten op afstand waardoor ze meer patiënten kunnen verzorgen, lijkt misschien een goed idee, maar is dat niet. Aan de ene kant is de aanwezigheid van het zorgpersoneel aan het bed van patiënten een van de belangrijkste elementen die dit werk zinvol maken (het verder verminderen van die aanwezigheid zal daarom waarschijnlijk nog meer frustratie bij veel VVAZ's opwekken); aan de andere kant, als het doel is om VVAZ's in staat te stellen nog meer patiënten op te volgen, zal de werklast niet lichter en zelfs zwaarder worden, met nog meer administratie die moet worden afgehandeld. Tot slot stelt de overheid voor om VVAZ's uit andere landen aan te trekken³¹ en hun inschakeling gemakkelijker te maken door middel van bilaterale overeenkomsten met bepaalde niet-EU-landen en om de administratieve procedures te vereenvoudigen. Er worden ook grensoverschrijdende aanbevelingen gedaan om de samenwerking te intensiveren en concurrentie te vermijden. Het doel van die aanbevelingen³² is om na te denken over het tekort aan zorgpersoneel via grensoverschrijdende projecten om die innovatieve maatregelen te identificeren die in de buurlanden succesvol zijn gebleken. Enkele voorbeelden van maatregelen die in het kader van dit onderzoek interessant zijn, zijn:

- Betrokkenheid en inbreng van alle medewerkers, niet alleen van het senior management;
- Betere arbeidsomstandigheden, vooral wat betreft de organisatie van werktijden en het combineren van werk en gezin;
- Onderlinge uitwisseling van personeel in verschillende instellingen;

³¹ Dit voorstel doet ethische vragen rijzen. Frankrijk onthaalt onder meer veel Libanese VVAZ's, die worden aangetrokken door de hogere lonen. De lonen in Libanon zijn immers met factor 10 gedaald als gevolg van de economische crisis. Het tekort aan zorgpersoneel in Libanon is voornamelijk te wijten aan de vlucht van gekwalificeerde zorgprofessionals naar Europa, Canada en de Verenigde Staten.

³² Overleg in de Bovenrijn (Frankrijk, Duitsland en Zwitserland), in: https://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html?file=files/assets/Gesundheitspolitik/docs_fr/Publications/Etude%20sur%20le%20manque%20en%20personnels%20qualifies%20dans%20le%20secteur%20de%20la%20sante%20dans%20le%20Rhin%20superieur.pdf

- Een strategie om grensoverschrijdende mobiliteit in de gezondheidszorg te stimuleren, om het bestaande potentieel voor complementariteit te benutten en tegelijkertijd een uittocht van VVAZ's en ZK's naar de buurlanden te voorkomen zodat de instellingen voldoende personeel hebben;
- Grensoverschrijdende toegang tot opleidingen in de gezondheidszorg in de buurlanden, met de garantie dat de investering in opleidingskosten rendeert.

De komst van VVAZ's uit andere Europese of niet-Europese landen gemakkelijker maken kan een deel van het tekort opvangen, maar wel tegen een - onethische - prijs, namelijk dat het tekort in hun land van herkomst groter wordt. Anderzijds is grensoverschrijdende coördinatie een interessante optie, vooral als dit de uitwisseling van informatie en netwerking voor opleidingsdoeleinden mogelijk maakt en het gevaar kleiner wordt dat een regio zijn zorgverleners verliest aan een naburige regio³³.

De mogelijkheid om medewerkers van de ene instelling naar de andere over te plaatsen afhankelijk van waar ze nodig zijn, is eveneens een vals goed idee. Die mobiliteit van VVAZ's en ZK's tussen verschillende diensten en tussen verschillende instellingen naargelang waar ze nodig zijn, zal enerzijds leiden tot een verminderde teamgeest en solidariteit, twee aspecten die er mee voor zorgen dat ze zich goed voelen op hun werk, en zal anderzijds het privéleven van VVAZ's en ZK's ingewikkelder maken. Dankzij regelmatige werkuren die voor langere tijd vastliggen, kunnen de zorgprofessionals hun privéleven immers beter organiseren.

3.3 Spaanse voorstellen

Het meest originele Spaanse voorstel is om zorgstrategieën vanuit een sterke en essentiële eerstelijnszorg op te bouwen. Gezondheid vertrekt van de principes van onderlinge afhankelijkheid, gemeenschap en solidariteit, waarbij de entourage zoveel mogelijk wordt betrokken. Deze traditionele vorm van gemeenschapszorg heeft zijn waarde bewezen omdat die de bevolking, met een relatief klein aantal zorgprofessionals, toegang geeft tot het nationale zorgsysteem. Die aanpak gaat uit van de dubbele vaststelling in Spanje dat het irrationeel is om te proberen op individuele basis in onze behoeften te voorzien en dat lokale zorg effectief is voor het behouden en bevorderen van de gezondheid (Turabián & Pérez Franco, 2007). Net als in Frankrijk heeft het tekort aan zorgprofessionals in Spanje niet zozeer te maken met een gebrek aan kandidaat-zorgverleners: het aantal personen dat een opleiding tot VVAZ wil volgen, is veel groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Het tekort is deels te wijten aan het beperkte aantal beschikbare plaatsen in de OIVK's, maar ook aan het kleinere aantal functies dat door het ministerie van Volksgezondheid wordt gesubsidieerd. Pas afgestudeerde VVAZ's stappen vaak van het ene tijdelijke contract in het andere en naast die jobonzekerheid krijgen ze ook nog te maken met een zware werklust. Als gevolg

³³ Zoals in België, waar veel zorgprofessionals uit de provincie Luxemburg wegtrekken om in het Groothertogdom Luxemburg te gaan werken.

hiervan vertrekken veel VVAZ's naar andere Europese landen, Canada en de Verenigde Staten. De Spaanse onderzoeksteams stellen voor om:

- Het aantal beschikbare plaatsen voor zorgopleidingen in de scholen en universiteiten op te trekken;
- Professionals aan te trekken en het bestaande zorgpersoneel te behouden met betere lonen en sociale voordelen;
- De administratieve procedures te vereenvoudigen en partnerschappen en bilaterale overeenkomsten te sluiten met andere landen om de komst van buitenlandse professionals naar Spanje gemakkelijker te maken;
- De omscholing van personen die in de zorg willen werken eenvoudiger te maken;
- Het gebruik van nieuwe technologieën in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld telegeneeskunde om bepaalde patiënten op afstand op te volgen, te stimuleren;
- VVAZ's tevreden te houden en ervoor te zorgen dat ze in het land willen blijven door gepersonaliseerde onderwijs- en loopbaantrajecten aan te moedigen en door VVAZ-studenten te informeren over de verschillende loopbaan- en opleidingsmogelijkheden na hun afstuderen (Ferrús Estopà, Gutiérrez Martí en Sanchez Rueda, 2023).

3.4 Nederlandse voorstellen

Nederland pakt uit met vier erg interessante oplossingen:

1. De zorgberoepen worden ingedeeld in 5 niveaus, gaande van logistiek assistent tot master in de verpleegkunde en verschillende specialiteiten, elk met een specifieke rol en taken. Dankzij de differentiatie van functies en de verschillende trajecten om VVAZ te worden, het ene academisch en het andere professioneel, kunnen meer studenten een diploma als VVAZ behalen.
2. Het eerstelijnswerk is essentieel en de VVAZ's werken nauw samen met een huisarts en een medisch assistent. De VVAZ's zijn werknemers, maar hebben veel autonomie en kunnen bezoeken afleggen om dringende situaties op te sporen en patiënten door te verwijzen.
3. Er wordt een speciaal budget voor langdurige zorg uitgetrokken en de overheidssteun wordt toegekend op basis van dit fonds. Dit model, dat is aangepast aan een systeem dat werkt met verzekeringen, roept vragen op over de voorwaarden voor de toegang tot zorg die door verzekeraars met winstoogmerk worden bepaald, en over de vraag of personen zonder aanvullende verzekering alle zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.
4. Het Buurtzorgmodel is revolutionair in die zin dat de kosten voor patiënten en de overheid dalen omdat afhankelijke personen met dit systeem zelfstandiger worden. Het is evenwel niet duidelijk hoe dit model de zorg voor personen die geen toegang meer hebben tot een rusthuis regelt. Hun fysieke of geestelijke toestand zal er met de jaren immers verder op achteruitgaan, tot ze in aanmerking komen voor gespecialiseerde zorg.

3.4.1 Beloften en potentiële beperkingen van het Buurtzorgmodel

Het Buurtzorgmodel benadrukt hoe belangrijk het is om zorgprofessionals actief te betrekken bij het in kaart brengen van hun noden en bij de hervormingen die de overheid wil doorvoeren. Het onderstreept het belang van zorg en welzijn verstrekt door verpleegteams en van een gezonde en ondersteunende werkomgeving die wrijvingen als gevolg van de hiërarchisering van de zorg beperkt. Daarnaast roept het op om het aantal patiënten per VVAZ en ZK leefbaar te houden. Dit model, dat gebaseerd is op nauwe samenwerking tussen VVAZ's, ZK's en artsen, betekent een opwaardering van VVAZ's. Er is bijna geen verloop binnen deze teams. Het benadrukt vier fundamentele doelstellingen voor duurzame zorg:

- De administratieve rompslomp voor VVAZ's en ZK's verminderen en hen meer tijd geven om voor hun patiënten te zorgen.
- Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering stimuleren om de kosten op middellange en lange termijn te verlagen.
- Zorgprofessionals een fatsoenlijk inkomen garanderen zodat ze hun beroep kunnen blijven uitoefenen. Een vergoeding per bezoek of per behandeling, in plaats van een fee-for-service lijkt een aantrekkelijke optie.
- Forums opzetten waar zorgprofessionals met elkaar in gesprek kunnen gaan.

Het Buurtzorgmodel is zeker inspirerend, maar roept wel vragen op over de repliceerbaarheid ervan:

- Beperkingen van kleine teams: de organisatie in de vorm van kleine teams kan leiden tot planningsproblemen tijdens vakanties. Buiten Nederland moesten de Buurtzorgteams in de landen die dit model hebben uitgetoetst bij afwezigheden soms andere teams inschakelen die niet volgens hetzelfde model werken (Cristofalo, Dariel & Durand, 2019);
- De rollen en taken van ZK's, die nauwelijks zijn onderzocht;
- De rol en de betrokkenheid van patiënt en mantelzorgers, die niet echt worden verduidelijkt. Het model benadrukt de rol van informele netwerken, in het bijzonder van mantelzorgers. Er werd tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar hun betrokkenheid bij de zorg voor patiënten en de extra belasting die deze zorg met zich meebrengt. Het model geeft geen beschrijving van hun taken of wie ze zijn. Hoe is het werk van de vrijwilligers in de buurt en binnen het gezin georganiseerd? Bij wie kunnen afhankelijke personen terecht als het aantal mantelzorgers beperkt is of er geen netwerk is?
- De toegankelijkheid van deze zorg voor iedereen, omdat de VVAZ's van het Buurtzorgmodel zelf hun 'cliënten' kiezen. Bestaat hier niet het gevaar dat personen met beperkte middelen, met zware chronische ziekten of die langdurige zorg nodig hebben, achterblijven?
- Het risico dat verbonden is aan de onderaanneming en 'startupisering' van de gezondheidszorg met winstoogmerk, wat zou kunnen leiden tot het afbrokkelen van de verzorgingsstaat ten voordele van privé-initiatieven (De Soubeyran et al., 2021, p. 53-55);
- De educatie waarop het Buurtzorgmodel is gebaseerd, waarbij het idee van patiënten aan het stuur in de praktijk wordt gebracht. Gebeurt het zelf nemen van beslissingen stapsgewijs? Hoe gaat het Buurtzorgmodel om met situaties waarbij patiënten weigeren om zelf hun zorg proactief in handen te nemen?

- Hoe wordt er rekening gehouden met culturele gevoeligheden en maatschappelijke voorstellingen, bijvoorbeeld in verband met elderspeak?
- De digitale kloof. Hoe zorgt het model, dat steunt op IT om de zorg te coördineren en te controleren, ervoor dat patiënten of hun mantelzorgers de toepassing effectief kunnen gebruiken (De Soubeyran et al., 2021, p.55)?

3.4.2 Vragen in de huidige context

In het licht van een vergrijzende bevolking, een economische crisis en het zoeken naar manieren om aan de zorgnoden te voldoen en tegelijkertijd kosten te besparen, zijn er twee wetsvoorstellen die onze aandacht trekken. Ze houden tegelijk rekening met de druk van afhankelijke burgers op de sociale zekerheid en de vrije keuze van individuen in verband met hun levenskeuzes.

3.4.2.1 De hervorming van de rusthuizen in 2015

Deze hervorming werd ingegeven door een noodzakelijke drastische transformatie van de langdurige zorg om ze economisch haalbaar te maken. Gespecialiseerde zorg, waaronder langdurige zorg (LTC), is bijzonder duur. Het aantal ouderen zal bovendien van 1 miljoen in 2015 stijgen naar 2 miljoen in 2030. De-institutionalisering en terugkeer naar autonomie zijn de sleutels tot het ontlasten van de structuren. Maar bestaat hier niet het gevaar dat de meest achtergestelden en degenen met de minste ondersteuning uit de boot zullen vallen? Hoewel er compenserende financieringsmechanismen bestaan, ligt de verantwoordelijkheid voor de zorg en de kwaliteit ervan bij de privéverzekeraars waarmee de zorgorganisaties, formele lokale sociale netwerken en mantelzorgers een contract afsluiten. Sociale en familiale steun is essentieel om de levensvatbaarheid van de langdurige zorgsystemen te waarborgen. Maar in een vergrijzende samenleving daalt het aantal potentiële mantelzorgers - in Nederland vaak vrouwen van in de vijftig - jaar na jaar. De overheid moet dus structurele maatregelen nemen om hen te ondersteunen en te beschermen, vooral wanneer ze, om mantelzorger te kunnen zijn, minder gaan werken (Janssen, Jongen & Schröder-Bäck, 2016).

3.4.2.2 Het wetsvoorstel dat hulp bij zelfdoding mogelijk maakt voor mensen ouder dan 75 jaar bij een "voltooid leven".

De toename van de inclusiecriteria die euthanasie toestaan (toegankelijk voor personen met een handicap, personen die psychisch of fysiek lijden enz.) en de invoering van een wetsvoorstel dat hulp bij zelfdoding mogelijk maakt voor personen ouder dan 75 jaar³⁴, zonder medische redenen, bij een "voltooid leven", baren ons zorgen vanwege de ambivalentie tussen de individuele keuze die wordt bepleit (en het recht op een waardig levenseinde en dood) en de budgettaire hervormingen waarbij de kosten die gepaard gaan met een vergrijzende bevolking worden gezien als een probleem dat moet worden beheerd. Dit wetsvoorstel roept de vraag op naar de plaats van ouderen

³⁴ 4,1% van de bevolking sterft aan euthanasie en er zijn zelfs een paar gevallen bekend van euthanasie op oudere echt)paren. De criteria worden steeds ruimer en zijn niet langer beperkt tot personen die afhankelijk zijn, een ongeneeslijke ziekte hebben of erg lijden.

en afhankelijke personen in onze westerse samenlevingen, ook in landen die net als Nederland een van de hoogste bbp's per inwoner ter wereld hebben (15e plaats voor Nederland)³⁵.

3.4.2.3 Terugplooiën op zichzelf

Het tekort aan VVAZ's in Nederland baart ons ook zorgen in de huidige politieke context, met een forse opmars van extreemrechts³⁶. De gezondheidszorg komt hiermee op de helling te staan. Nu de bevolking alsmaar ouder wordt, is migratie belangrijk met het oog op vernieuwing. Geert Wilders, leider van extreemrechts in Nederland, heeft verklaard dat hij de binnengrenzen wil sluiten en migratie wil beperken tot intra-Europese migratie om banen in knelpuntberoepen in te vullen. Ver van het liberale en egalitaire ideaal waar Nederland ooit om bekend stond, lijkt het land nu het kamp met economische, energie- en gezondheids crisissen op zichzelf terug te plooiën (Holligan, 2023).

3.5 Deense voorstellen

Denemarken pakt uit met enkele interessante voorstellen:

- Hoewel Denemarken en Nederland een vergrijzende bevolking en een vergelijkbare levensstandaard hebben, pakken ze de zorg voor hun ouderen op een verschillende manier aan. Zo lijkt Denemarken bijzondere aandacht te besteden aan hun welzijn. Een sterke lobby voert campagne voor hun recht om goed en lang te leven en toegang te hebben tot de juiste zorg. Er worden veel alternatieven voor rusthuizen overwogen. De zorg voor afhankelijke personen wordt gecoördineerd door de gemeenten: thuiszorg, co-living voor senioren, inrichting van appartementen op kosten van de gemeente, revalidatie thuis, rusthuizen, intergenerationele opvangdorpen. Al deze projecten en alternatieven zijn bedacht op het lokale bestuursniveau dat hiervoor het meest geschikt lijkt, namelijk dat van de gemeente. Terwijl Nederland het thuishouden van ouderen en thuiszorg ziet als een poging om hun autonomie te herstellen en zo een gezondheidszorg in crisis te verlichten, lijkt de Deense aanpak zich te richten op meer holistische zorg.
- Een gedecentraliseerd zorgsysteem dat iedereen gratis basisgezondheidszorg biedt. Dit wordt mogelijk gemaakt door de middelen die de overheid aan de regio's toewijst te reguleren volgens hun specifieke noden en door rekening te houden met territoriale verschillen en ongelijkheden in de toegang tot zorg.
- Een systeem dat interessante hervormingen durft door te voeren in het belang van het welzijn van de bevolking. Dit systeem verkeert echter in moeilijkheden door een tekort aan personeel. Zorgprofessionals hebben het moeilijk en de bevolking is ontevreden. Dit ambitieuze model

³⁵<https://www.lalibre.be/debats/opinions/2020/09/02/aide-au-suicide-pour-vie-accomplie-quelle-place-pour-les-personnes-agees-dans-nos-societes-occidentales-aisees-V3MQ4P26SjDBTOXEFAPGAO35UU/>

³⁶ Het is interessant om op te merken dat de eisen van het zorgpersoneel voor structurele veranderingen overgenomen lijken te zijn door de leider van de populistische partij, die zich soms solidair verklaart met bepaalde eisen. Het liberale ideaal van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen wordt een vorm van medisch protectionisme, waarbij asielzoekers verantwoordelijk worden gehouden voor de ineenstorting van de gezondheidszorg.

kan namelijk niet functioneren zonder heel veel zorgprofessionals die in goede omstandigheden kunnen werken. Er gaapt een kloof tussen het idee en de praktische uitvoering ervan in een complexe context.

- Zorg op afstand en telegeneeskunde zijn ook een interessante piste. Deze nieuwe vormen van zorg maken het voor zorgprofessionals mogelijk om snel te handelen en toegang te hebben tot de persoonlijke medische gegevens van hun patiënten. Dit systeem op afstand kan op geen enkele manier persoonlijke consulten vervangen, maar kan wel nuttig zijn in bepaalde noodgevallen.

4. Wat kunnen we meenemen om de zorgberoepen in België aantrekkelijker te maken?

4.1 Steun voor mantelzorgers en een evenwichtige, genderneutrale verdeling van zorgtaken

De COVID-19-crisis in Europa heeft aangetoond hoe essentieel zorgactiviteiten zijn voor het functioneren van de samenleving en de economie. Toch wordt het belang van een eerlijkere verdeling van deze levensbelangrijke functie in Europa vaak onderschat. 92% van de vrouwen in de EU verricht minstens een aantal dagen per week onbetaalde zorgtaken, tegenover 68% van de mannen. Dankzij hun werk kunnen de uitgaven van de socialezekerheidsstelsels worden teruggeschroefd, zoals het voorbeeld van Nederland laat zien na de hervorming van de rusthuizen. Bijna alle werkende vrouwen in de EU (94%) zijn meerdere keren per week betrokken bij onbetaalde zorgactiviteiten, tegenover 70% van de werkende mannen (Eurofound, 2018). Naast culturele gewoonten zien we ook dat vrouwen, omwille van hun lagere inkomen, hun vaker onzekere arbeidsovereenkomst (zoals het geval is in Spanje) of de instabiele werkuren voor VVAZ's en ZK's (zoals het geval is in heel Europa), vaker dan mannen hun voltijds betaald werk opgeven om onbetaalde zorgtaken uit te voeren, wat een impact heeft op hun carrièrevooruitzichten en hun pensioen. Die dubbele rol en onzekerheid treffen heel veel zorgprofessionals en beperken hun mogelijkheden om door het glazen plafond te breken en toegang te krijgen tot een verantwoordelijke functie of een beter loon. Dit speelt bovendien mee in hun uitputting en burn-out wanneer hun betaalde werk zwaarder wordt en het werktempo omhooggaat.

De manier waarop er in Europa wordt omgegaan met mantelzorgers verschilt sterk van land tot land. We onderscheiden in grote lijnen vier manieren:

- Denemarken heeft het meeste over voor zijn mantelzorgers. Het Deense model bewaakt hun sociale rechten en biedt een reeks overheidsdiensten aan om te voorzien in de behoeften die gepaard gaan met het verlies van zelfstandigheid.
- Het Spaanse model wordt gedragen door de familie van afhankelijke personen. De traditionele waarden leggen een zware verantwoordelijkheid bij de familie en vooral bij vrouwen. Mantelzorgers krijgen weinig steun van de overheid.
- De op verzekeringen gebaseerde aanpak in Nederland, waarbij het verlies van zelfstandigheid wordt gezien als een risico waarop geanticipeerd moet worden, meer bepaald door middel van verzekeringen, is een liberale aanpak waarbij zorg voor afhankelijke personen voornamelijk door de markt wordt geleverd en door de familie wordt gefinancierd, met een vangnet dat beperkt is tot de meest hulpbehoevenden.
- In Frankrijk is het socialezekerheidsstelsel complex, wat leidt tot een hybride aanpak, met steun die is gesegmenteerd op basis van leeftijd, aard en mate van afhankelijkheid, en een aparte aanpak voor invaliditeit en ouderdom.

Staatssteun voor onbetaalde mantelzorgers in de vorm van gewaarborgde sociale rechten, financiële steun, de opname van dit werk bij de pensioenberekening en de effectieve toegang tot thuishulp lijken noodzakelijk.

4.2 Een sterke eerstelijnszorg die zo dicht mogelijk bij de mensen staat

Over het algemeen lijkt het essentieel om de zorg te ontwikkelen in functie van de behoeften van een vergrijzende bevolking en om ervoor te zorgen dat de verschillende actoren elkaar aanvullen door hun rollen en verantwoordelijkheden duidelijk vast te leggen naargelang de noden van de bevolking.

Het doel is om een sterke eerstelijnszorg op te zetten, dit is primaire gezondheidszorg in de vorm van een reeks gezondheidsdiensten die lokaal aan de bevolking worden verstrekt. Dat betekent ook dat het zorgsysteem niet langer georganiseerd wordt volgens de belangen van concurrerende zorgverleners (overheid, privé, huisarts, specialist, medisch, niet-medisch) (Bourgueil, 2020).

Wanneer we kijken naar de organisatie van de eerstelijnszorg is het Deense voorbeeld interessant. De eerstelijnszorg wordt verstrekt op het lokale bestuursniveau, meer bepaald op het niveau van de gemeenten. Om dit systeem te laten werken, moeten we echter iets doen aan het ernstige tekort aan zorgpersoneel in heel Europa.

4.3 Meer zorgprofessionals zodat ze hun werk op een ethische manier kunnen uitvoeren en diversere profielen

In de vier onderzochte landen hebben de zorgprofessionals één zelfde eis: dat ze hun werk kunnen doen vanuit een holistisch zorgperspectief en dat ze daar voldoende tijd voor krijgen. Om dat mogelijk te maken, is het belangrijk om op een consensuele manier:

1. De werkomstandigheden te verbeteren door de werkdruk te verlagen, door de VVAZ's en ZK's te ontlasten van bepaalde zorgtaken, maar ook door minder patiënten te behandelen.
2. Holistische zorg zichtbaar te maken als professionele arbeid. Het zelfstandige zorgwerk van zorgprofessionals moet worden gezien als het resultaat van gerichte opleidingen en niet langer als gedelegeerd werk. Dat zal de zorgberoepen aantrekkelijker maken in zorgomgevingen en bij het grote publiek.
3. Het beroep van ZK op te waarderen, onder andere door hen een erkende, volwaardige rol in het zorgteam te geven en een lijst van specifieke handelingen aan hen toe te wijzen, zoals dat in Frankrijk en Spanje gebeurt en waarvoor in België de eerste stappen worden gezet met aanvullende opleidingen.
4. Samen te werken en de hiërarchie binnen de multidisciplinaire teams vlak te maken door de specifieke expertise van elk teamlid te erkennen, ongeacht zijn of haar rol. Werken in tandems van één VVAZ en één ZK is ook een interessant denkspoor. Het Spaanse voorbeeld laat zien dat dit werk in tandems zorgt voor meer tevredenheid bij de VVAZ's en ZK's.
5. VVAZ's en ZK's een gepaste vergoeding te geven, niet langer op basis van een fee-for-service, maar wel op basis van de tijd die nodig is om holistische patiëntenzorg te verlenen, inclusief de tijd voor begeleiding, preventie, gezondheidsbevordering en gerichte zorg.
6. De werkuren ruim van tevoren te plannen, zodat zorgprofessionals hun privéleven beter kunnen regelen en organiseren, zonder onnodige stress.
7. De profielen van de zorgprofessionals te diversifiëren, van logistiek assistent tot doctor, via verschillende vormen van specialisatie op alle niveaus, en de mogelijkheid om van de ene opleiding naar de andere door te stromen, wat goede vooruitzichten voor loopbaanontwikkeling biedt (Nederland, Denemarken).
8. De grenzen van zelfstandig werk te bepalen en zelfstandig werk te stimuleren zonder doktersvoorschrift, maar ook verpleegkundige voorschriften aanmoedigen, zoals dit in Nederland wordt gedaan.
9. Het kader voor verpleegkundige teleconsultaties vastleggen en consultaties op afstand aanmoedigen, zoals in Denemarken.

Initiatieven zoals Buurtzorg in Nederland en SoHu in Frankrijk tonen duidelijk dat deze voorstellen haalbaar zijn. Ze stellen modellen voor waarin de logica wordt omgekeerd en een groter percentage

mannen wordt ingeschakeld. Zelfstandigheid, zelfbeheer, samenwerking binnen het team maar ook met andere zorgverleners, lokale erkenning van de waarde van het uitgevoerde werk, politieke en economische erkenning van deze initiatieven en een gepast loon zijn enkele redenen voor hun succes, ongeacht hoe dit allemaal op nationaal niveau wordt georganiseerd. In België zijn er ook een aantal initiatieven geïnspireerd op het Buurtzorgmodel, die vaak werken met medische centra die zich al inzetten voor gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering, waarbij de patiënten in hun eigen omgeving en volgens hun eigen verwachtingen worden begeleid (bijvoorbeeld CitiSen, Zoom Seniors of Senior Solidarité in Brussel (Creten & Nève, 2023)). Het is dit soort initiatieven dat het Fonds Dr. De Coninck in het kader van 'Zorgzame Buurten' steunt.

4.4 Studenten VVAZ en ZK ondersteunen, de opleidingen afstemmen op de zorgnoden en de kwaliteit van de stages bewaken

Een andere voorwaarde om de zorgberoepen aantrekkelijker te maken is om de opleiding af te stemmen op de noden van de bevolking en om de eerstelijnszorg als lokale primaire gezondheidszorg te versterken. De organisatie van verpleegopleidingen door Buurtzorg in Nederland is een stap in die richting.

Net als in België staat de professionele en wetenschappelijke erkenning van VVAZ's centraal in de voorstellen van lesgevers verpleegkunde, beroepsverenigingen en studentenverenigingen. Het voorstel om de opleiding op universitair niveau te brengen wordt gezien als de sleutel tot een grotere erkenning van het beroep van verpleegkundige. Zowel in de bestudeerde landen als in België betekent dit universitair maken van de opleiding echter vaak dat VVAZ's minder tijd aan het bed van hun patiënten doorbrengen.

We zien dus twee trends die in bepaalde opzichten tegengesteld lijken te zijn: enerzijds willen VVAZ's en ZK's hun werk doen vanuit een holistisch zorgperspectief, zo dicht mogelijk bij de patiënt en de leefomgeving van diegene (SoHu, Buurtzorg enz.) en anderzijds zijn er heel wat VVAZ-studenten aan de hogescholen die aan het einde van hun studie niet meer zoveel tijd willen doorbrengen aan het bed van hun patiënten. De manier waarop de opleiding wordt opgevat, bepaalt in belangrijke mate de afstand tussen zorgprofessional en patiënt (aan het bed of verder weg). In Spanje krijgen de studenten een opleiding waarbij veel belang wordt gehecht aan eerstelijnszorg. In de klinieken krijgen VVAZ's en ZK's, als die er zijn, een eigen plaats binnen het zorgteam.

Studenten financieel steunen, zoals dat gebeurt in Frankrijk, Zwitserland, Duitsland en - tot op zekere hoogte - Vlaanderen, is een voorstel dat deze studies aantrekkelijker kan maken, vooral voor wie het minder breed heeft. Die financiële steun moet worden uitgebreid naar alle studenten verzorging, zorgkunde en verpleegkunde, omdat de stages vaak duur zijn voor deze studenten.

Veel ZK's willen niet per se VVAZ worden, maar willen zich wel kunnen specialiseren en meer verdienen (geriatrie, intensieve zorgen, chirurgie, arbeidsgeneeskunde, gemeenschapsgezondheid enz.). Dergelijke gerichte opleidingen bestaan al in Spanje, maar vaak is hier geen of een beperkte loonsverhoging aan gekoppeld. Ze kunnen naar alle landen worden uitgebreid en een Europese erkenning krijgen.

ZK's die VVAZ willen worden, moeten dit kunnen doen via doorstroming op basis van studiepunten of ervaring, zoals het geval is in Frankrijk. Verpleegkundigen met een technische opleiding zouden, net als in Nederland, dezelfde erkenning moeten kunnen krijgen en een redelijke overstap (1 jaar) moeten kunnen maken naar een kwalificatie van niveau 5 én toegang moeten kunnen krijgen tot een specialisatiemaster.

Bibliografie

Artikelen en naslagwerken

- Attree, M., Flinkman, M., Howley, B., Lakanmaa, R.-L., Lima-Basto, M., en Uhrenfeldt, L., 2011. "A review of nursing workforce policies in five European countries : Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom*/England", *Journal of Nursing Management*, 19(6), 786-802. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01214.x>
- Bourgueil, Y., 2020, "Focus", *Les Tribunes de la santé* 13-21. <https://doi.org/10.3917/seve1.066.0013>.
- Carmona M.-J., 2023 , "High value, low pay: the care sector in Spain", *Equaltimes*, in <https://www.equaltimes.org/high-value-low-pay-the-care-sector>.
- Célérier, L. en Arfaoui, M., 2021. La start-up comme nouvel esprit de l'action publique : Enquête sur la start-upisation de l'action publique et ses contraintes. *Gouvernement et action publique*, OL10, 43-69. <https://doi.org/10.3917/gap.213.0043>
- Corominas C., 2017, "Raquel Rodríguez Llanos: Las mujeres enfermeras tienen peor salud", in: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-las-enfermeras-tienen-una-doble-desigualdad-social-y-de-genero--2529>.
- Creten, A. en Nève, H., 2023, "Vers un nouveau modèle de l'aide à domicile", *Santé conjugulée nr. 103*.
- Cristofalo, P. en Dariel, O., 2021, "Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile", *Santé Publique*, 33, 527-536. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0527>
- Cristofalo P, Dariel O, Durand V., 2019, "How does social innovation cross borders? Exploring the diffusion process of an alternative homecare, service in France", *J Innov Econ Manag*.
- De Soubeyran, A., Moalic, L, Mme Buet, M. en Kallumanni, M, 2021, *Revue de littérature sur le modèle Buurtzorg. Étude et évaluation des transformations organisationnelles de services à domicile en équipes locales et autonomes*, CNSA, in: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.d_cx.pdf
- De Vos, J. A., Brouwers, A., Schoot, T., Pat-El, R., Verboon, P., en Näring, G., 2016, "Early career burnout among Dutch nurses: A process captured in a Rasch model" *Burnout Research*, 3(3), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.06.001>
- De Wijn, A. N., Fokkema, M., en van der Doef, M. P., 2022, "The prevalence of stress-related outcomes and occupational well-being among emergency nurses in the Netherlands and the role of job factors: A regression tree analysis", *Journal of Nursing Management*, 30(1), 187-197. <https://doi.org/10.1111/jonm.13457>.
- Flawinne, X., & Perelman, S. (2021), "Les aidants proches sacrifient-ils leur santé ?" <https://e-publish.uliege.be/50ans/chapter/les-aidants-proches-sacrifient-ils-leur-sante/>
- Finnis, A et al., 2016, "Realising the value. Empowering people, Engaging Communities", *The Health Foundation*. www.realisingthevalue.org.uk; www.health.org.uk/realising-the-value
- Grenier C. & Mossé Ph., 2021, "Des formations infirmières mises au défi, comparaison internationale", in, Le Boul Gimbert, V. & Malochet, G. (2012). Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international. *Vie sociale*, 4, 129-145.
- Huercanos Esparza, I., 2010, "El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera", *Biblioteca Lascasas*, online: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>.

- Huércanos Esparza, I., 2012, "El cuidado invisible de la enfermera". *Archivos de la Memoria*, 2012, online: <http://ciberindex.com/c/am/e9415>.
- Ibáñez, Z. en León, M. (2014). "Early Childhood Education and Care Provision in Spain". In: León, M. (ed.). *The Transformation of Care in European Societies*. Palgrave Macmillan, pp.276-300.
- Janssen, D., Jongen, W., en Schröder-Bäck, P. 2016. The impact of austerity-driven policy reforms on long-term care quality: evaluating the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands using European quality benchmarks. *Journal of Aging Studies*, 38, 92-104.
- Jiménez-Martín S. en Prieto C.V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *Eur J Health Econ*, 13(4), pp. 461-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0317-z>
- Kaschowitz, J., Brandt, M., 2017, "Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach", *Social Science & Medicine*, 2016, 173 (2017), pp. 72-82.
- Kox, J.H.A.M., Groenewoud, J.H., Bakker, E.J.M., Bierma-Zeinstra, S.M.A., Runhaar, J., Miedema, H.S., - Roelofs, P.D.D.M., (2020) Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach, *Nurse Education in Practice*, doi: <https://doi.org/10.1016/>
- Lahidely, M., 2023, "Montpellier : l'école de gériatrie s'ouvre aux proches aidants", *Actusoins*, in: <https://www.actusoins.com/381538/montpellier-lecole-de-geriatrie-souvre-aux-proches-aidants.html>.
- Langlois, G., 2023-a, "Réforme des études infirmières : la contribution de la Fnesi bouscule tout", *ActuSoins*, online: <https://www.actusoins.com/381579/reforme-des-etudes-infirmieres-la-contribution-de-la-fnesi-bouscule-tout.html>.
- Lazzari Dodeler, N. en Tremblay, D-G, 2016, "La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec : une entrée par le groupe professionnel", *Revue Interventions économiques*, in: <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/2700>.
- Meilland, C., 2022, "Pénurie de main-d'œuvre et immigration ultra sélective", *Chronique Internationale de l'IRES*, 178, 24-35. <https://doi.org/10.3917/chii.178.0024>
- Mouzon, C. (2018). Buurtzorg transforme les soins à domicile. *Alternatives Économiques*, 2(376), p. 58.
- Oso, L., 2000, "L'immigration en Espagne des femmes chefs de famille", *Les cahiers du CEDREF* [online], 8-9 | 2000, online verschenen op 21 augustus 2009, geraadpleegd op 24 november 2023. URL: <http://journals.openedition.org/cedref/191>.
- Rosman, S., 2014, "Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des Nurses practitioners néerlandaises", *Recherche et formation*, 76 | 2014, 79-92.
- Polton, D., 2022, "Nouveau Regard sur « Décentralisation des systèmes de santé : réflexions à partir de quelques expériences étrangères". *Regards*, 60, 120-128. <https://doi.org/10.3917/regar.060.0120>.
- Tenand, M., Hussem, A., Bakx, P., 2020, Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas. {hal-02985777}
- Turabian, J. L., & Pérez Franco, B., 2007, "Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: el modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias?" *Revista Atención Primaria*, 39(5), 261-264.

Werkdocumenten en studierapporten

- Bastin, C., 2021, "le système de santé espagnol", in: <https://alliancesolidaire.org/2022/03/29/le-systeme-de-sante-espagnol/>
- Chauvin F. en Lepeltier D., 2023, Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023 -2033, *Collection Avis et Rapports*,

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20230328_strnatdesanconduhauc_ondelasanpub.pdf, geraadpleegd op 6 november 2023.

- Cleiss (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale), 2021, "Le système de santé espagnol", in: <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>.
- Cleiss, 2020, "Le Système de santé au Danemark, in: <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/danemark.html>.
- Cleiss, 2021, "Le système de santé néerlandais" <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/pays-bas.html>
- Cleiss, 2022, "Le régime néerlandais de sécurité sociale (salariés)" https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html
- CRAPS, 2022, Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises., Parijs. <https://www.thinktancraps.fr/wp-content/uploads/2022/05/Livret-Danemark-VF-2405.pdf>
- Croguennec Y., 2019, "Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits", *Études et Résultats, DREES*, nr. 1135, december.
- De Foucaud, I., 2023, "Les Pays-Bas, royaume de l'autonomie des seniors où il n'y a plus de maisons de retraite", *Challenge Europe van 15 juni 2023*, https://www.challenges.fr/monde/europe/les-pays-bas-royaume-de-lautonomie-des-seniors-ou-il-ny-a-plus-dehpad_858616.
- Eurofound (Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden), 2018, European Quality of Life Survey 2016 — Quality of life, quality of public services and quality of society, Bureau voor publicaties van de Europese Unie, Luxemburg, 2018, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/fourth-european-quality-of-life-survey-overview-report>
- European Commission, European observatory on health systems and policies, 2021, *State of Health in the EU · France · Profil de santé par pays 2021*, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_fr_french.pdf
- European Commission 2021b., *State of Health in the EU · België · Landenprofiel gezondheid 2021*, in: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_dutch.pdf
- Eurostat, 2019, "Pourquoi les gens travaillent-ils à temps partiel ?", (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190918-1>)
- Ferrús Estopà, L., Gutiérrez Martí, R., Sanchez Rueda, G., 2023, *Prioritats i expectatives professionals de les estudiants del grau en infermeria a catalunya*, ed. Fundació Salut i eveliment, UAB.
- Fournier, V., Bézagu, Ph., et al., 2022, "Rapport Igas N°2022-030r/Igesr N°21-22 275a, Évolution de la profession et de la formation infirmières", Inspection générale des affaires sociales (IGAS), in https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-030r_-_rapport_infirmiere.pdf
- Galbany, P., 2023, Presentatie tijdens het colloquium "Par-dessus les épaules des stagiaires", UCLouvain.
- HAS, 2021, *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREM*s, in: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_prem_2021.pdf.
- Institut MONTAIGNE, Soins ambulatoires et à domicile: un virage essentiel, rapport february 2023. https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport_virage_ambulatoire_virage_domiciliaire_fran%C3%A7ais_120x165%20%284%29.pdf
- Lahidely, M., 2023 "Montpellier : l'école de gériatrie s'ouvre aux proches aidants" *Actusoins*, in: <https://www.actusoins.com/381538/montpellier-lecole-de-geriatrie-souvre-aux-proches-aidants.html>.

- Luthereau, A., 2018-a, "Amélioration des conditions de reclassement des aides-soignants", *Actusoins*, <https://www.actusoins.com/304514/plan-sante-2022-amelioration-des-conditions-de-reclassement-des-aides-soignants-une-mesure-suffisante.html>.
- Luthereau, A., 2018-b, "Plan Santé 2022 : redéfinition du référentiel formation des aides-soignants", *Actusoins*, <https://www.actusoins.com/303808/plan-sante-2022-redefinition-du-referentiel-formation-des-aides-soignants-reactions-du-cefiac.html>https://www.conference-rhin-sup.org/fr/sante/telechargements.html?file=files/assets/Gesundheitspolitik/docs_fr/Publications/Etude%20sur%20le%20manque%20en%20personnels%20qualifies%20dans%20le%20secteur%20de%20la%20sante%20dans%20le%20Rhin%20superieur.pdf.
- MACSf, 2023, Infirmières : les chiffres clés de 2022, L'équipe éditoriale MACSf, <https://www.macsf.fr/actualites/infirmieres-chiffres-cleset>
- Medelse, 2022, Pénurie de soignants : quelles sont les causes et solutions, in: <https://www.medelse.com/actualites/penurie-de-soignants-causes-et-solutions/>.
- Pora, P. 2023, "Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière", *études et résultats*, DREES, nr. 1277, verschenen op 24/08/2023, in: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/pres-dune-infirmiere-hospitaliere-sur-deux>.
- Rodríguez-Rodríguez, P., Ramos Feijóo, C., García Mendoza, A., et al., 2017, La atención en domicilios y comunidad, a personas con discapacidad y personas mayores, Guía de innovación según el Modelo AIC, Guías de la Fundación Pilares para la autonomía personal - Nr. 2, online: <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia02-domicilios-comunidad-2017.pdf>.
- Simon M., 2023, "Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011", *Études et Résultats*, DREES, nr. 1266, mei.
- Statistics Netherlands, 2019, "Zorg; werkgelegenheid, beroepen in zorg en welzijn, zorgaanbieders [Care; employment, occupations", in: *care and welfare, care providers*]

Websites en online persartikelen

- Website van de organisatie DaneAge, <https://www.aeldresagen.dk/in-english>
- Apolitical, 2018, <https://apolitical.co/solution-articles/fr/pas-de-gestionnaires-sans-bureaucratie-comment-les-pays-bas-ont-ameliore-les-soins-pour-moins>.
- Actusoins, 2019, <https://www.actusoins.com/321473/aides-soignants-de-moins-en-moins-de-candidats-a-lentree-en-formation.html>.
- BBC, Anna Holligan, 2023, <https://www.bbc.com/news/world-europe-67526768>.
- Diplomatie du gouvernement français, 2018, https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/2018_10_pays-bas_fiche_curie_es_cle4c63c1.pdf.
- Educaweb, 2023, <https://www.educaweb.com/estudio/titulacion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>.
- Eurostat 2019, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10246902/3-22112019-AP-FR.PDF/36cd7593-d608-0b26-74e3-133f73b930cf>.
- Expat.com, 11 november 2023, "Infirmiers : ces pays ont besoin de vous !" <https://www.expat.com/fr/expat-mag/8387-quels-sont-les-pays-qui-tentent-de-recruter-des-infirmiers-etranagers.html>

- Fonds Dr De Coninck, 2020, "Zorgzame buurten", <https://kbs-frb.be/nl/zorgzame-buurten-minder-mazen-meer-net>
- IEFS, Instituto Español de formadores en salud, Fuga de enfermeras en España, ed. 23 april 2023, <https://iefs.es/fuga-de-enfermeras-en-espana/>.
- Infirmier.com, 2016, <https://www.infirmiers.com/profession-ide/actualite-sociale/hausse-significative-des-indemnites-de-stage-pour-les-esi>, verschenen op 28/07/2020.
- Infirmier.com, 2023, "Le déroulement des études en soins infirmiers", <https://www.infirmiers.com/etudiants/admission-et-cursus-en-ifsil/le-deroulement-des-etudes-en-soins-infirmiers>.
- La Tribune, editie van 26 mei 2022, "Pénurie de soignants dans les hôpitaux : le gouvernement promet des mesures avant l'été", in: <https://www.latribune.fr/economie/france/penurie-de-soignants-dans-les-hopitaux-le-gouvernement-promet-des-mesures-avant-l-ete-919296.html>.
- Le monde international, 2022, https://www.lemonde.fr/international/article/2022/07/27/crise-des-systemes-de-sante-en-europe-la-grande-penurie-de-soignants_6136283_3210.html
- Le Monde, Anne-Françoise Hivert, 23 februari 2022, "Le Danemark en mal de main-d'œuvre étrangère" https://www.lemonde.fr/economie/article/2022/02/23/le-danemark-en-mal-de-main-d-uvre-etrangere_6114916_3234.html.
- New York Times, Marlise Simons, 31 oktober 2000, "Family Doctors In Netherlands Stage a Protest" <https://www.nytimes.com/2000/10/31/world/family-doctors-in-netherlands-stage-a-protest.html>
- OESO, 2023, Gegevens, in: <https://data.oecd.org/fr/healthres/titulaires-d-un-diplome-d-infirmiere.htm#indicator-chart>.
- Opalsolutions, "L'exode des infirmiers en France et en Belgique : comment remédier à la pénurie ?", in: <https://opalsolutions.be/fr/exode-infirmiers-remedier-penurie-belgique-france-solutions/>
- Ségur de la santé, 2021, Ministère français de la Santé et de la prévention, in: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions#:~:text=19%20milliards%20d'euros%20de%20la%20sant%C3%A9%20des%20Fran%C3%A7ais>.
- SNPI, 2023, Pénurie de soignants, SOS hôpital, <https://www.syndicat-infirmier.com/Penurie-de-soignants-SOS-hopital.html>
- SOS EHPAD, 2023, "Pays-Bas, une révolution silencieuse pour le bien-être des seniors", in: <https://sosehpads.com/pays-bas-une-revolution-silencieuse-pour-le-bien-etre-des-seniors/6142/>
- CRAPS, 2022, "Le Danemark : Les enseignements d'une réforme aboutie", <https://www.thinktankcraps.fr/sante-le-danemark-les-enseignements-dune-reforme-aboutie/>
- Vlaemynck, F., 2017, "À travail égal, salaire (toujours) inégal"», Espace infirmier.fr, in: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/170307-a-travail-acgal-salaire-toujours-inacgal.html>
- World Health Organization 2022, Rapport over de Europese Regio op basis van gegevens van de landen in 2022, *Health and care workforce in Europe : time to act*. Kopenhagen, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

Bijlage

Socialezekerheidsstelsels in Europa

Europa heeft geen eigen sociale zekerheid of gezondheidsbeleid, maar doet wel strategische voorstellen en heeft een plicht tot samenwerking³⁷. De bepalingen van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie bevatten geen normatieve elementen in verband met gezondheid, ook al zijn er overlappende thema's tussen de lidstaten. De gezondheidsstrategieën van de EU worden besproken op het niveau van de Europese Commissie. Ze zijn vooral gericht op het beschermen van de volksgezondheid, de mobiliteit van patiënten en de mobiliteit van het personeel. De organisatie van de gezondheidszorg blijft in de eerste plaats de bevoegdheid van elke lidstaat en er zijn grote verschillen tussen landen. De ziekteverzekering beschouwen als een uitsluitend binnenlandse aangelegenheid van elke lidstaat is evenwel simplistisch, aangezien de Europese Unie hun individuele acties kan aanvullen. De speelruimte van de Unie is beperkt, maar wordt steeds groter onder invloed van wereldwijde gezondheidsuitdagingen zoals de COVID-19-pandemie. Naast de voorbije gezondheids crisis staan alle lidstaten immers voor dezelfde problemen: een vergrijzende bevolking, stijgende kosten gekoppeld aan een hogere zorgkwaliteit, een chronisch tekort aan zorgpersoneel en de noodzaak om het aandeel van de overheidsinvesteringen op een niveau te houden dat verenigbaar is met de internationale concurrentie.

De EU promoot een open coördinatiemethode om hervormingen van de ziekteverzekering aan te moedigen. Een eerste krachtig symbool van die ambitie is de Europese gezondheidskaart, die op 1 juni 2004 werd ingevoerd (Garabiol, 2006).

De actieradius van de EU op het gebied van gezondheid is vastgelegd in artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU):

- Verbetering van de volksgezondheid;
- Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsonderwijs;
- Preventie van ziekten en aandoeningen en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- De bestrijding van grote bedreigingen voor de gezondheid door het bevorderen van onderzoek naar de oorzaken, de overdracht en de preventie daarvan;
- De controle van, de alarmering bij en de bestrijding van ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid;
- De vermindering van de schade aan de gezondheid door drugsgebruik. (Gaillard & Palluet, 2022)

³⁷ Artikel 152 van het Verdrag van Nice.

De Europese eenwording werkt een betere Europese sociale bescherming in de hand zonder dat de afzonderlijke stelsels geharmoniseerd zijn. De lidstaten hechten immers een ander belang aan de verschillende risico's. Volgens gegevens van Eurostat bedroegen de uitgaven voor sociale bescherming in de Europese Unie (EU) in 2017 29% van het bbp. Achter dit EU-gemiddelde gaan echter grote verschillen tussen de lidstaten schuil, ook al staan ze voor dezelfde uitdagingen die om een gezamenlijke aanpak vragen. In 2017 bedroegen deze uitgaven 34% van het bbp in Frankrijk, 32% in Denemarken, 29% in Nederland en amper 23,4% in Spanje, ver onder het Europese gemiddelde. Roemenië was het land met het laagste percentage van het bbp dat aan sociale bescherming werd besteed (14%).

De sociale beschermingsstelsels van de verschillende EU-lidstaten worden beïnvloed door hun geschiedenis en de keuzes die op nationaal niveau worden gemaakt. De verschillende socialezekerheidsstelsels in de EU berusten op drie standaardmodellen.

De zogenaamde 'Beveridgiaanse' socialezekerheidsmodellen vonden ingang na de Tweede Wereldoorlog. Deze nationale solidariteitssystemen beogen een bescherming tegen sociale risico's. Ze zijn gebaseerd op het onvoorwaardelijke recht van burgers, wie ze ook zijn, op bescherming voor behoeften die als normaal worden beschouwd. Ze zijn toegankelijk voor de hele bevolking. Deze systemen worden gefinancierd met belastingen, zonder evenredige koppeling aan de socialezekerheidsbijdragen. Ze worden beheerd door een overheidsdienst onder de verantwoordelijkheid van een ministerie. De begroting wordt goedgekeurd door het parlement, dat die begroting financiert. Ze zijn gecentraliseerd in het VK, Ierland, Finland, Zweden en Denemarken en gedecentraliseerd (geregionaliseerd) in Italië, Griekenland, Spanje en Portugal (Senn, 2006).

De zogenaamde 'Bismarckiaanse' sociale beschermingsmodellen ontstonden in Europa aan het einde van de 19e eeuw als reactie op de opkomst van wijdverspreide armoede onder de arbeidersklasse en de ontwikkeling van sociale risico's die gepaard gingen met de industrialisatie (arbeidsongevallen, ziekte, werkloosheid enz.). Hun principe is er een van beroepssolidariteit als bescherming tegen sociale risico's. De sociale bescherming is beperkt tot personen die door hun werk recht hebben op uitkeringen. Ze wordt gefinancierd door socialezekerheidsbijdragen in verhouding tot het loon, gelijkelijk betaald door werkgevers en werknemers. Deze modellen liggen aan de basis van de Duitse, Belgische, Franse, Luxemburgse, Deense, Oostenrijkse en Nederlandse zorgsystemen³⁸ (Europaong, 2016). Onder invloed van de combinatie van een hoge werkloosheid, de wens van wetgevers om alle burgers gelijke toegang tot gezondheidszorg te geven en liberaal denken, zijn de meeste van deze systemen geëvolueerd in de richting van meer staatsinterventie via overheidsfondsen om de invoering van een universele ziektekostenverzekering mogelijk te maken die losstaat van werk. De bijdragen zijn nu gestandaardiseerd. De verzekeringsfondsen zijn onderhevig aan concurrentie en worden over het algemeen vrij gekozen door zowel werknemers als werkgevers, behalve voor ambtenaren (Senn, 2006).

³⁸ Deze formule werd overgenomen door Oostenrijk (1888), Denemarken (1891) en België (1894). Vanaf 1945 werd het principe van de verplichte sociale verzekering uitgebreid naar alle werkenden, zowel werknemers als zelfstandigen, en hun naaste familieleden (behalve in Duitsland).

De derde groep van standaardmodellen is geïnspireerd op het socialistische model van een nationale gezondheidsdienst. Voorstander van dit model was dr. Semashko, die in de jaren 1920 minister van Volksgezondheid van de USSR was. Dit model vinden we in de landen die ooit tot de USSR behoorden. Typisch voor deze modellen, die vaak ondergefinancierd zijn, is een sterke centralisatie van gezondheidsactiviteiten, overheidsfinanciering, gezondheidsdiensten die volledig door de staat worden beheerd en een concentratie in ziekenhuizen ten koste van de eerstelijnszorg. Sinds de val van de Berlijnse Muur zijn de acht landen van de voormalige USSR die zich bij de EU hebben aangesloten van dit model afgestapt en overgestapt op het Bismarckiaanse systeem op basis van ziektefondsen (Duriez & Lequet-Slama 2004 ; Gabriol, 2006).

Elk van deze modellen heeft voor- en nadelen: ofwel gaat de kostenbeheersing ten koste van de kwaliteit van de zorg, ofwel gaat de prioriteit die gegeven wordt aan de kwaliteit van de zorg ten koste van een evenwichtige begroting. In de landen van Centraal- en Oost-Europa bestaat er een 'grijze markt' waar patiënten extra betalen voor kwaliteitszorg, wat de facto een verschil in toegang creëert. In heel Europa stellen we een toenemende trend in de richting van privégeneeskunde vast, waarvan de kosten volledig worden gedragen door de patiënten, waardoor er onder de bevolking een verschil ontstaat in toegang en kwaliteit van de zorg naargelang hun economische draagkracht (Senn, 2006).

Over het algemeen zijn de financiering van en de toegang tot de sociale beschermingsstelsels in de Europese landen verschillend, ook al evolueert de EU vandaag naar een universele toegang tot gezondheidszorg. Ze nemen verschillende vormen aan en zijn vaak het resultaat van een specifieke combinatie van Bismarckiaanse en Beveridgiaanse principes, die passen bij de economische en sociale kenmerken van elk land. De vier belangrijkste risico's die de systemen dekken, zijn echter altijd ziekte, ouderdom, werkloosheid en gezin.

Wat de organisatie van de ziekteverzekering betreft, betalen verzekerden hun arts bijna nooit rechtstreeks (behalve in België, Ierland, Luxemburg, Zweden en Frankrijk). De ziekteverzekering dekt over het algemeen niet alle kosten van de zorg en de verzekerde moet dus een deel van de medische kosten betalen.

De Noord-Europese landen en alle landen die recent een sociale bescherming hebben ingevoerd (Italië, Spanje, Portugal, Griekenland) kozen voor een socialezekerheidsstelsel. Alleen Duitsland, Frankrijk, België en Oostenrijk hebben gekozen voor een systeem van sociale verzekering. Bijna alle landen verlenen sociale bijstand om de gaten en tekortkomingen van de verplichte systemen te dichten (Europaong, 2016). Er zijn ook grote verschillen in de algemene organisatie en financiering van de sociale beschermingsstelsels. Terwijl in de Europese Unie gemiddeld 60,9% van de financiering afkomstig is van socialezekerheidsbijdragen (van werknemers en werkgevers), tegenover 35,4% van belastingen, is het aandeel van de socialezekerheidsbijdragen in België, Spanje, Frankrijk en Duitsland hoger, namelijk meer dan 65%. In Denemarken en Ierland daarentegen is het grootste deel van de financiering afkomstig van belastingen, namelijk meer dan 60%.

In alle landen gaat de trend in de richting van een verhoging van de overheidsbijdragen en een verlaging van de socialezekerheidsbijdragen, wat aansluit bij het beleid om de werkloosheid tegen

te gaan door de belasting op arbeid te verlagen (Garabiol, 2006). Wanneer we kijken naar de uitgaven voor sociale bescherming per inwoner, uitgedrukt in koopkrachtstandaard (KKS), stellen we eveneens grote verschillen tussen de landen vast. De uitgaven per inwoner zijn het hoogst in het Groothertogdom Luxemburg. Van de vier bestudeerde landen en in vergelijking met België heeft Denemarken de hoogste uitgaven voor sociale bescherming in termen van koopkrachtstandaard (11,7 KKP), gevolgd door Nederland (11 KKP), Frankrijk (10,8 KKP) en België (10 KKP). Dit cijfer ligt in Spanje een pak lager (6,2 KKP), wat deels verklaart waarom dit land zo weinig middelen heeft om de toegang tot zijn gezondheidszorg te verbeteren.

Colofon

Studie voltooid Januari 2024.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Michel Pasteel, directeur van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen

INSTITUUT VOOR DE GELIJKHEID VAN VROUWEN EN MANNEN

Victor Hortaplein 40
B-1060 Brussel
T +32 2 233 44 00

gelijkheid.manvrouw@igvm.belgie.be
igvm-iefh.belgium.be

De functies, titels en graden die in deze publicatie worden gebruikt, verwijzen naar personen van eender welk geslacht of eender welke genderidentiteit.

Cette publication est également disponible en français.



Instituut voor de gelijkheid
van vrouwen en mannen

igvm-iefh.belgium.be

Victor Hortaplein 40
1060 Brussel
T +32 2 233 44 00
gelijkheid.manvrouw@igvm.belgie.be

.be