

Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'



Inhoudsopgave

Inleiding	5
1. Methode	7
2. Objectivering van het tekort op basis van kwantitatieve gegevens	8
2.1. Kwantificering van het aanbod	8
2.1.1. Leeftijdspiramiden: demografische gegevens voor de periode 2004-2018	9
2.1.2. Verpleegkundigen in opleiding en instroom van nieuwe beroepsbeoefenaars	10
2.1.3. Ziekteverzuim en risico op burn-out	11
2.1.4. Aanwervingsproblemen en open vacatures per gewest	11
2.2. Kwantificering van de vraag	12
2.2.1. Algemene maatschappelijke evoluties die de aard van de zorg veranderen	12
2.2.2. Thuisverpleging: de specifieke situatie van de zorgvraag in deze sector	14
2.3. Vraag en aanbod in de verpleging: toekomstscenario's over het personeelsbestand van verpleegkundigen, 2021-2046	17
2.4. Conclusie	19
3. Arbeidsomstandigheden: tussen oorzaken en gevolgen van het tekort	20
3.1. Geen tijd voor relationele taken: raakt de zorg ontmenselijkt?	20
3.1.1. Verlies van betekenis door de belemmering van relationele taken: een van de oorzaken van het tekort	21
3.1.2. Overbelasting: wat zeggen de omkaderingsnormen?	22
3.1.3. Administratie en niet-verpleegkundige taken: obstakels voor de patiëntenzorg	23
3.2. Balans tussen werk en privéleven en personeelsbeheer in tijden van tekort	25
3.2.1. Werk-familieconflicten (WFC) en beheer van de arbeidstijd	26
3.2.2. Presenteïsme, atypische werktijden en verandering van diensten	28
3.3. Onderlinge relaties op het werk	31
3.3.1. Relaties tussen zorgverleners	31
3.3.2. Toename van geweld tussen verzorger en verzorgde	32
3.4. Conclusie	33
4. Het 'zorgen voor' in crisis	34
5. Enkele uitdagingen rond het tekort	36
5.1. Toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg	36
5.2. Taken verdelen, delegeren en overdragen	36
5.3. Verbanden tussen formele en informele zorg	37
5.4. Noord-zuidkwesties	37
5.5. Niet leven in een zorgmaatschappij: ontkenning van kwetsbaren en afhankelijkheid	38
6. Aanbevelingen	39
6.1. Het tekort zichtbaar maken, kwantificeren, en het beroep aantrekkelijker maken	39
6.2. Het beroep weer betekenis geven en holistische zorg in de gezondheidszorgberoepen opwaarderen	40
6.3. De veiligheid op het werk verzekeren	41
6.4. Zorgen voor een organisatie die het welzijn van de werknemers en het evenwicht tussen werk en privéleven garandeert	42
6.5. Aandachtspunten rond de verschuiving naar ambulante zorg en ondersteuning voor mantelzorgers	42
Conclusie	43
Bibliografie	45

Lijst van tabellen

Tabel 1:	Evolutie van het personeelsbestand van verpleegkundigen (gewogen dichtheden) tussen 2021 en 2046 voor de Vlaamse en Franse Gemeenschap volgens sector	18
Tabel 2:	Intentie om de job op te zeggen volgens de kwaliteit van de professionele relaties	31

Lijst van figuren

Figuur 1:	Personeelsbestand verpleegkundigen in het Belgische gezondheidszorgsysteem	8
Figuur 2:	Evolutie van de verschillende leeftijdsgroepen van verpleegkundigen, actief in de gezondheidszorg tussen 2004 en 2018	9
Figuur 3:	Evolutie van het aantal nieuwe beoefenaars van het beroep van verpleegkundige en zorgkundige tussen 2013 en 2022	10
Figuur 4:	Evolutie van het aantal contacten thuisverpleging per patiënt-e en per jaar tussen 2013 en 2022	14
Figuur 5:	Evolutie van het aantal prestaties per patiënt-e per week tussen 2013 en 2022	15
Figuur 6:	Evolutie van het aantal prestaties 'reiskosten' tussen 2013 en 2022	16
Figuur 7:	Invloed van de relationele score volgens de betekenis op het werk (IBW)	21
Figuur 8:	Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door verpleegkundigen volgens sector	23
Figuur 9:	Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door zorgkundigen volgens sector	24
Figuur 10:	Intentie om de job op te zeggen volgens WFC-score	26
Figuur 11:	Overwerk volgens WFC-score	28
Figuur 12:	Overuren volgens arbeidsregeling	29
Figuur 13:	Intentie om het beroep te verlaten volgens de frequentie van geweld door zorgontvangers	33

Samenvatting

Waar vind ik personeel? Deze onbeantwoorde vraag is een dagelijkse bezorgdheid in de knelpuntberoepen verpleegkundige en zorgkundige. Verpleegkundigen worden geconfronteerd met verschillende crises die met elkaar verweven zijn: deze in de opleiding, in de aanwerving, in de retentie van personeel en in de arbeidsomstandigheden. Er zijn maar weinig student-verpleegkundigen die hun opleiding afmaken, zorgvoorzieningen hebben het moeilijk bij de aanwerving en het huidige verplegend personeel loopt een groot risico op burn-out. Tegelijkertijd is er de vergrijzende bevolking die hulp nodig heeft bij fysieke en psychische problemen. Met de verschuiving naar ambulante zorg, wordt steeds meer zorg thuis verleend. Het geheel van deze niet verminderbare zorgbehoeften en de huidige werkomstandigheden van professionele zorgverleners, werpt een schaduw op de toekomst.



Sleutelwoorden: Tekort, care, gender, verpleegkundigen, zorgkundigen, omschakeling naar ambulante zorg, thuiszorg

Het doel van deze studie is een duidelijker beeld te krijgen van de problematiek van het tekort door een kwantificering en door het in kaart brengen van de oorzaken en de gevolgen ervan. In dit verband wijst een extractie van CM-gegevens op een groei in de behoeften in de sector thuisverpleging, en toont een enquête, uitgevoerd door het IGVM bij 1.200 verpleegkundigen en zorgkundigen, de verbanden tussen de intentie om de job en/of het beroep van verpleegkundige te verlaten en een aantal moeilijkheden zoals geweld, de onmogelijkheid om bepaalde soorten zorg uit te voeren, of het conflict tussen werk en gezin in overwegend vrouwelijke sectoren. Voor een breder begrip van het probleem, benaderen we het vanuit de notie care. Het tekort aan verpleegkundigen maakt deel uit van het lijden van veel care-beroepen. Ligt aan de basis van deze crisis niet een diepere crisis van ons onvermogen om, in een zeer individualistisch systeem, het 'zorgen voor anderen' te waarderen? Alsof de mythes van succes en onafhankelijkheid onze fundamentele menselijke kwetsbaarheden wat te veel overschaduw hebben? De studieresultaten tonen aan dat de kerntaak van het verpleegkundig beroep wordt belemmerd (gebrek aan tijd, aanwezigheid, menselijke ondersteuning), wat bijdraagt tot de leegloop van een beroep dat precies met hart en ziel uitgeoefend wordt.

Ligt aan de basis van deze crisis niet een diepere crisis van ons onvermogen om, in een zeer individualistisch systeem, het 'zorgen voor anderen' te waarderen?

Inleiding

Een tekort wijst op een gebrek aan iets wat nodig is, zoals bijvoorbeeld een gebrek aan energie of arbeidskrachten. Deze studie is bedoeld om meer inzicht te krijgen in het tekort aan verpleegkundigen. De COVID-19-pandemie vestigde de aandacht op de kwetsbaarheid van de Belgische gezondheidszorg en het essentiële karakter van bepaalde functies, waaronder het beroep van verpleegkundige.¹ Dit beroep schrikt nog steeds af en ondervindt veel moeilijkheden. Om het systeem duurzaam te maken en de zorgkwaliteit te kunnen garanderen, moeten de vraag naar en het aanbod aan zorg in evenwicht zijn. We kunnen allemaal ziek worden en ooit gaan we dood. We zullen dan ook allemaal vroeg of laat zorg nodig hebben van zorgverleners zoals verpleegkundigen en in zekere mate van onze naasten. Die zorg, kwetsbaarheid en afhankelijkheid van anderen liggen aan de grondslag van ons menszijn. Een rapport van de Verenigde Naties noemt het tekort aan gezondheids- en zorgwerkers in Europese landen 'een tijdbom' die tot een ramp kan leiden (WHO, 2022).

De slogan '*Soins de santé en danger; des mains, du temps et de l'humain*' ('Gezondheidszorg in gevaar: handen, tijd en menselijkheid') (Belga, 2023, eigen vertaling), gescandeerd tijdens demonstraties, vat de problemen samen waarmee verpleegkundigen en zorgkundigen kampen. Enkele daarvan zijn het hectische tempo, emotionele uitputting en langdurige afwezigheden, die het tekort aan personeel op de werkvloer nog verergeren en de zorgkwaliteit ondermijnen. Veel problemen worden al vastgesteld tijdens de verpleegkundige stages. We merken ook een algemene daling van het aantal inschrijvingen in het eerste jaar (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18) en jonge verpleegkundigen hebben een zeer korte loopbaan in de zorg. Ook het risico op burn-out of vertrek bij actieve werknemers zijn zorgwekkend.

Al vóór de pandemie liep 36% van de verpleegkundigen een hoog risico op burn-out en overwoog 32% een andere job te zoeken (Van den heede, et al., 2019). De omvang van de niet-verleende zorg is significant: 67% zegt dat ze bepaalde prestaties hebben moeten opgeven, vooral dan de relationele aspecten (Van den heede et al., 2019). De niet uitgevoerde zorg en de achteruitgang van de zorgkwaliteit worden duidelijk genoemd als redenen van een verminderde jobtevredenheid. Het werk verliest een deel van zijn betekenis, zoals we verderop nog zullen zien (Van den heede, et al., 2022). Uit deze vaststellingen blijkt dat er meer aandacht moet gaan naar de arbeidsomstandigheden van zorgpersoneel.² De moeilijkheden die verpleegkundigen en zorgkundigen ondervinden, gaan bovendien samen met een groeiende vraag naar zorg, grotendeels als gevolg van de vergrijzing. Die trends doen vermoeden dat de situatie nog zal verergeren. Tot slot maakt het tekort deel uit van een algemene crisis in de gezondheidszorg.³ Veel care-beroepen staan in België op de lijst van knelpuntberoepen (verpleegkundigen, zorgkundigen, kinderbegeleiders, maatschappelijk werkers, enz.). Als leidraad voor ons denkproces gebruiken we het kader van de care-theorieën die ingaan op de problemen van het 'zorgen voor', in het bijzonder vanuit het gebrek aan waardering voor care in de samenleving. Dit stelt ons in staat het tekort aan arbeidskrachten voor essentiële functies in vraag te stellen, te begrijpen waarom deze beroepen zo lang verwaarloosd zijn gebleven en de genderproblematiek van het beroep te integreren. Care-beroepen worden voornamelijk door vrouwen uitgeoefend. 86% van het verplegend personeel zijn vrouwen (FOD Volksgezondheid, 2024a), wat vraagt om een reflectie over gender (net als in het conflict tussen werk en gezin).

Onze onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: wat zijn vanuit het perspectief van care de oorzaken en uitdagingen van het tekort aan verpleegkundigen in de Belgische gezondheidszorg? De studie gaat over het Belgisch verpleegkundig personeel in alle sectoren (ziekenhuizen, thuiszorg, woonzorgcentra (WZC), maatschappij en gezondheid, enz.).

1 We hebben het over verpleegkundigen omdat dit beroep in dit onderzoek het grondigst bestudeerd is, maar veel van de bevindingen zijn ook van toepassing op andere zorgberoepen, waaronder de zorgkundigen.

2 Onder verzorgend personeel verstaan we verpleegkundigen en zorgkundigen.

3 Dit is een situatie die we niet alleen in België zien. Er is een vergelijkende studie uitgevoerd naar het fenomeen en de oplossingen die Frankrijk, Spanje, Denemarken en Nederland hiervoor hebben toegepast. Ze is te vinden op de website van het Instituut: <https://igvm-iefh.belgium.be/nl>



Het perspectief van care:

We stellen voor om na te gaan hoe het tekort kan worden verklaard vanuit het gebrek aan sociale en politieke erkenning van *care*-werk binnen de gezondheidszorg zelf, wat leidt tot een crisis in het 'zorgen voor'.

Care wordt gedefinieerd als “zorg, zorgzaamheid, het zorg dragen voor, met andere woorden het zich om anderen bekommeren in de breedste zin van het woord (...). Het is die vorm van gevoeligheid voor anderen die zich richt op kwetsbaarheid (...) en op het in stand houden van de emotionele en affectieve band die het individu met anderen verbindt” (Noël-Hureaux E., 2015, eigen vertaling). *Care* is een preciezer woord in het Engels, maar moeilijk te vertalen naar het Nederlands, omdat het woord 'zorg' zowel *care* als *cure* (behandeling, technische oplossingen) betekent. In deze studie geven we de voorkeur aan het term *care* of het 'zorgen voor'.

De *care*-theorieën⁴ zijn een specifieke soort literatuur over zorg. Ze verwijzen in de eerste plaats naar een ethiek die stelt dat concrete zorg voor anderen en voor onderlinge relaties een andere manier is om naar de wereld te kijken (het werk van C. Gilligan, bijvoorbeeld). “*Care* is altijd een onderdeel van het menselijk leven geweest en zal dat ook altijd blijven” (Tronto, 2012, eigen vertaling). De auteurs breiden bijvoorbeeld het begrip menselijke kwetsbaarheid uit naar alle perioden van het leven, niet alleen naar kinderen en ouderen (Hamrouni, 2012). Naast de ethische principes heeft *care* ook politieke ambities: het is noodzakelijk “*care* te erkennen als een professionele activiteit en 'echt' werk” (Eyland, 2021, p.106) door haar waarde te veralgemenen en ze te ontdoen van de essentialisatie van het vrouwelijke karakter (Tronto, 2012). Binnen het domein van de gezondheidszorg dat ons hier interesseert, betekent dit erkenning geven aan de *care*-taken (zorg dragen, zorgzaamheid, empathie) en aan andere, meer systemische aspecten waarin genderkwesties ingebed zijn, vooral in een vrouwelijke sector als de verpleging. De *care*-theorie biedt een kritische visie van de machtsposities die het imago en het werk van *care* geringschatten en “het daarom voornamelijk voorbehouden aan vrouwen, armen en immigranten” (Laugier, 2010, p.114, eigen vertaling).

Na een voorstelling van de gebruikte methode, richt het onderzoek zich op het kwantificeren en definiëren van het tekort (deel 2). De kwantitatieve gegevens betreffen zowel het aanbod aan (deel 2.1) als de vraag naar verpleegkundige zorg (deel 2.2). Deel 3 gaat dieper in op de oorzaken en uitdagingen van het tekort, voornamelijk aan de hand

van een analyse van de arbeidsomstandigheden. Deel 4 zet de problematiek in perspectief met behulp van de *care*-theorieën, gevolgd door een discussie over enkele uitdagingen rond het tekort (deel 5) en aanbevelingen (deel 6).

⁴ De term 'care-perspectieven' zou gepaster zijn om zowel de *care*-ethiek als de *care*-theorieën te omvatten, maar voor het gemak gebruiken we hier 'care-theorieën'.

1. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, gebruiken we drie gegevensbronnen.

1. De literatuur in diverse disciplines (sociologie, politieke wetenschappen, verpleegkunde, enz.) en verschillende officiële rapporten stellen ons in staat om het tekort te becijferen. Vooreerst verzamelen we een reeks gegevens en informatie met behulp van gegevens van PlanKad voor de beroepsgroep verpleegkundigen en de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid, het Belgische statistiekbureau (Statbel), de FOD Werkgelegenheid, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), alsook informatie van Actiris, Forem en de VDAB. Met deze gegevens kunnen we immers volgende elementen tonen: leeftijdspiramides, verhouding tussen jongere en oudere verpleegkundigen, gegevens over niet-actieve verpleegkundigen (ziekteverzuim, burn-out, enz.), vacatures en aanwervingsproblemen en prognoses voor het verplegend personeel tussen nu en 2046.

2. De CM-facturatiegegevens, gebruikt om veranderingen in de vraag naar zorg over de periode 2013 tot 2022 te bestuderen. We concentreren ons op de evolutie van de vraag naar thuisverpleging omdat er geen specifieke nomenclatuur is voor ziekenhuizen en WZC, waar verpleegkundige zorg inbegrepen is in de ligdagprijs of het forfait. Voor deze specifieke verpleegsector werden gegevens geëxtraheerd. We analyseerden in 2023 de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering die het gebruik van thuisverpleging door 4,6 miljoen Belgen, lid bij CM, weergeven. De sector van de vroedkunde en de zorg in wijkgezondheidscentra werden vooraf uitgesloten (gezien het systeem van forfaitaire betalingen).

3. Gezien de alarmerende cijfers over het welzijn van zorgverleners op het werk en het aantal beroepsbeoefenaars dat hun baan of hun beroep verlaat, waardoor het tekort nog groter wordt, voerde **het instituut Dedicated een onderzoek uit onder de titel EMOVA**. Het doel was de determinanten van ontevredenheid over het werk en het personeelsverloop onder verpleegkundigen en zorgkundigen in kaart te brengen. Het onderzoek is gebaseerd op gegevensverzameling aan de hand van een vragenlijst. Die vragenlijst, ontwikkeld door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen en door de respondenten zelf online ingevuld, bestaat uit drie delen:

- > **de uitgevoerde taken (overdracht van taken)** en de onmogelijkheid om bepaalde prestaties uit te voeren, in het bijzonder rond de relationele dimensie van zorg, beoordeeld volgens een schaal die een 'relationele score' oplevert;
- > **het beheer van de organisatie van de werktijden** en de gevolgen daarvan voor de balans tussen werk en privéleven, beoordeeld volgens de schaal voor werk-familieconflicten, gevalideerd door de wetenschappelijke literatuur (Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996);
- > **de relaties op het werk**, zowel met andere beroepsbeoefenaars als met de zorgontvangers.

Op die manier konden we de weerslag onderzoeken van deze drie factoren op de betekenis op het werk (door middel van een gevalideerde schaal, de Inventaris van Betekenis op het Werk) (Arnoux-Nicolas, et al., 2016) en de intenties om de job of het beroep te verlaten (verderop in de tekst aangeduid met de term 'exit'). De vragenlijst werd afgenomen volgens een niet-aselecte steekproefmethode met vrijwillige deelname, wat door een sneeuwbal-effect resulteerde in 1.199 reacties. De kenmerken van de respondenten komen overeen met deze van de algemene gezondheidszorgpopulatie wat betreft beroep (66% verpleegkundigen, 34% zorgkundigen), leeftijd (22% jonger dan 35 jaar, 48% tussen 35 en 54 jaar, 30% ouder dan 55 jaar) en geslacht (91% vrouwen).

Tot slot werd de publicatie van deze studie eveneens begeleid door een begeleidingscomité.

2. Objectivering van het tekort op basis van kwantitatieve gegevens

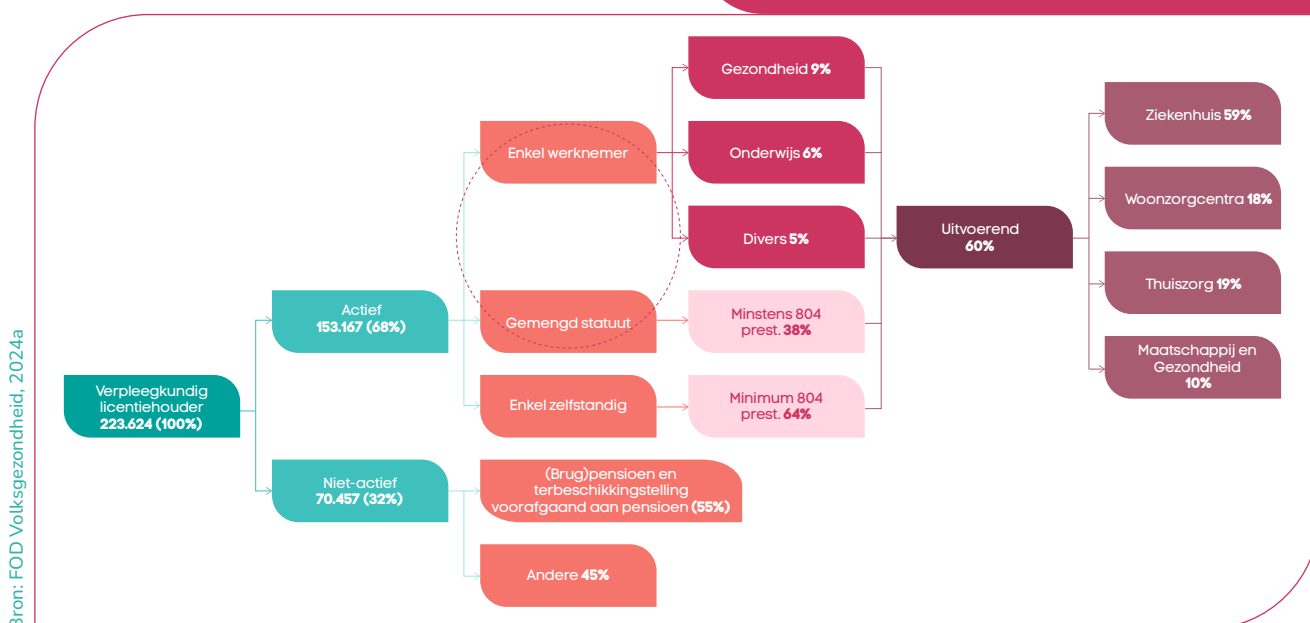
Met een tekort bedoelen we een gebrek aan personeel (Larousse, 1998). Wat de verpleegkundigen en zorgkundigen betreft, doet dit tekort zich voor in alle sectoren (ziekenhuizen, residentiële voorzieningen voor ouderen, thuiszorg, preventieve diensten, enz.) (Hellendorff, 2023). In de praktijk betekent het tekort aan verpleegkundigen dat bedden en zelfs afdelingen gesloten moeten worden. Volgens verschillende bronnen werden in alle ziekenhuizen van het land 2.000 tot 3.000 bedden gesloten wegens een tekort aan verplegend personeel (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2023, p. 11). Naar schatting is alleen al in Brussel 10% van de ziekenhuisbedden onbeschikbaar (ACN, 2022)(Hellendorff, 2023).

In een poging om het tekort te kwantificeren, kijken we zowel naar het aanbod (de hoeveelheid beschikbare verpleegkundige zorg in België in alle gewesten en sectoren), als naar de vraag naar verpleegkundige zorg (de hoeveelheid verpleegkundige zorg die de Belgische bevolking vraagt). Het is noodzakelijk om de tendensen in het aanbod aan verpleegkundige zorg te vergelijken met die van de vraag naar verpleegkundige zorg om na te gaan of tussen beide een onevenwicht bestaat.

2.1. Kwantificering van het aanbod

Volgens gegevens van PlanKad van de FOD Volksgezondheid zijn in 2021 in België 223.624 mensen gemachtigd om het beroep van verpleegkundige uit te oefenen (zie Figuur 1).⁵ Binnen deze groep onderscheiden we niet-actieve verpleegkundigen (32%) en actieve verpleegkundigen (68%), alle sectoren samen genomen. Van de actieve verpleegkundigen werkt 60% effectief in de gezondheidszorg⁶ en vormt het personeelsbestand van het gezondheidszorgsysteem. Met andere woorden, iets minder dan 10% van de verpleegkundigen werkt niet in deze sector en een derde van de gediplomeerde verpleegkundigen is niet actief (FOD Volksgezondheid, 2024a, p. 15). Samengevat, van alle afgestudeerden zijn slechts drie op de vijf verpleegkundigen 'actief' in de gezondheidszorg.

Figuur 1: Personeelsbestand verpleegkundigen in het Belgische gezondheidszorgsysteem



Bron: FOD Volksgezondheid, 2024a

⁵ Met een diploma verpleegkundige en een visum.

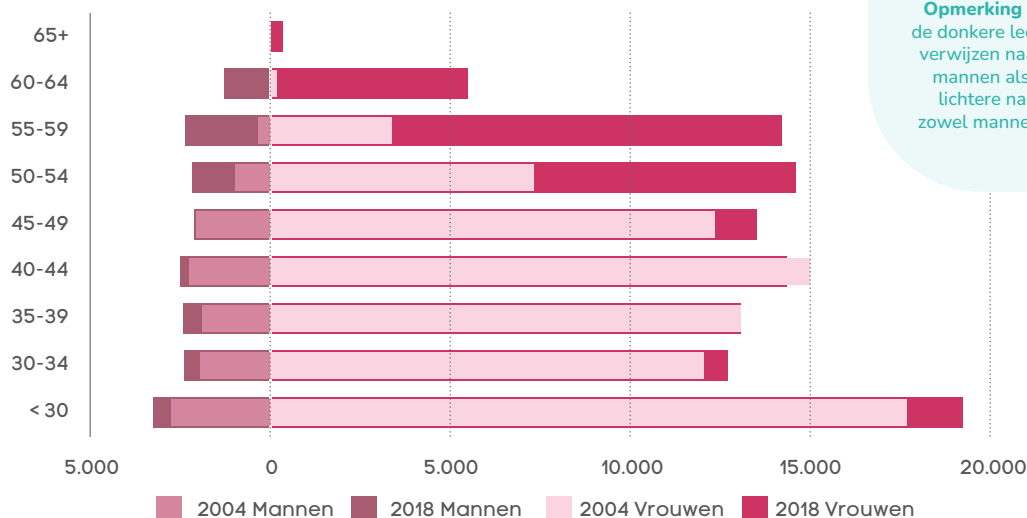
⁶ Elke actieve zelfstandige verpleegkundige met een minimaal aantal RIZIV-prestaties volgens de verpleegkundige nomenclatuur, geregistreerd tijdens het jaar (817 voor 2018) of elke actieve verpleegkundige in loondienst bij minstens één werkgever in de gezondheidszorgsector wordt beschouwd als actief in de gezondheidszorgsector (uitvoerend).

2.1.1. Leeftijdspiramiden: demografische gegevens voor de periode 2004-2018

Figuur 2 toont de evolutie van de leeftijdspiramide van verpleegkundigen, actief in de gezondheidszorg, tussen 2004 en 2018. Het totale personeelsbestand van verpleegkundigen is tussen de twee referentiejaar met 32% toegenomen, maar de verdeling tussen jonge en oudere verpleegkundigen is veranderd. Voor de populatie actieve verpleegkundigen als geheel, zijn er in 2018 meer verpleegkundigen ouder dan 50 jaar dan in 2004, in tegenstelling tot de leeftijdsgroepen van 35 tot 45 jaar, waar er in 2018 minder zijn dan in 2004. Dat betekent in 2018 dat er minder jonge verpleegkundigen zijn en dat de groepen oudere verpleegkundigen een groter deel van het totale personeelsbestand uitmaken. Dit stemt tot nadenken voor een vrouwelijke sector gezien de gekende moeilijkheden tijdens de loopbaan en, in het bijzonder, de grotere moeilijkheden die vrouwen ondervinden om hun welzijn te behouden aan het einde van hun loopbaan (Henry, Morissens, & Streel, 2022; Henry, 2023).

Als we de cijfers per gewest analyseren, zien we dat in 2004 het percentage verpleegkundigen jonger dan 35 jaar 36% bedraagt in Vlaanderen, 38% in Wallonië en 32% in Brussel. In 2018 dalen deze percentages tot respectievelijk 30%, 30% en 28%. De groep verpleegkundigen tussen 50 en 55 jaar, alle gewesten samen, vertegenwoordigt in 2004 13 à 15% van alle verpleegkundigen. 15 jaar later, in 2018, vertegenwoordigt deze groep 30 à 33% van het personeelsbestand. In de periode 2004-2018 doet deze tendens van een verhoudingsgewijze toename oudere verpleegkundigen zich ook voor bij verpleegkundigen tussen 55 en 60 jaar (FOD Volksgezondheid, 2021, pp. 64-67). In 2018 is in alle gewesten een derde van de verpleegkundigen die in de gezondheidszorg werken ouder dan 50 jaar. Deze cijfers wijzen op een daling van het aantal jonge verpleegkundigen in het beroep, op zeer korte loopbanen en op een toename van het aantal oudere verpleegkundigen. “Een groot deel van de verpleegkundigen oefent dit beroep slechts 5 tot 10 jaar echt uit. De meesten stappen uiteindelijk over naar andere, ‘meer comfortabele’ gezondheidssectoren, zoals de farmaceutische sector of het onderwijs, of gaan in het buitenland werken (...)” (View brussels, 2021, p. 69, eigen vertaling). “Verpleegkundigen tussen 25 en 40 jaar aan boord houden is een echte uitdaging” (Bruyneel, et al., 2023, eigen vertaling).

Figuur 2: Evolutie van de verschillende leeftijdsgroepen van verpleegkundigen, actief in de gezondheidszorg tussen 2004 en 2018



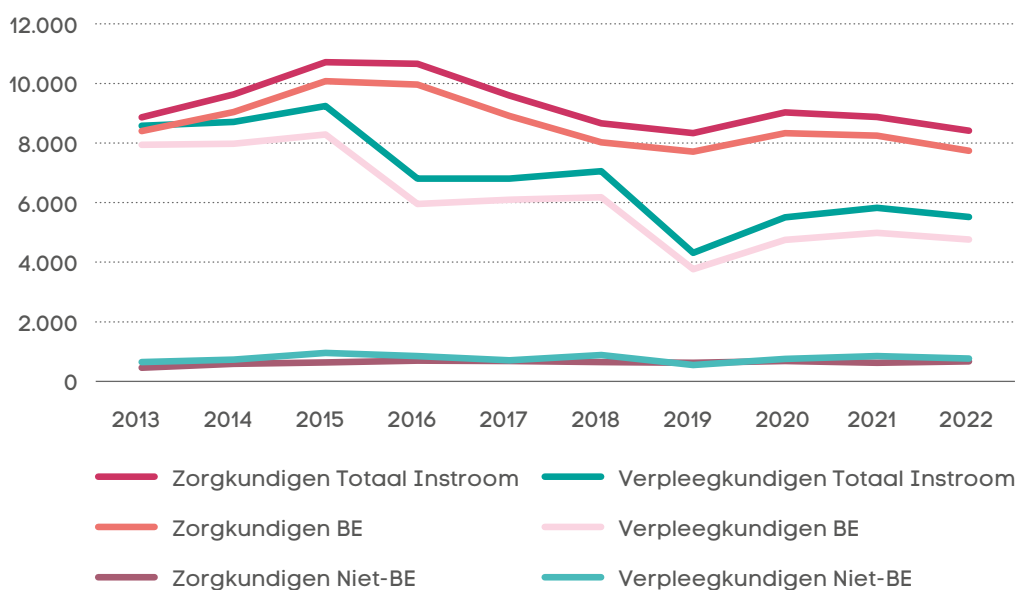
Opmerking voor de lezer: de donkere leeftijdspiramides verwijzen naar 2018, zowel mannen als vrouwen, de lichtere naar 2004, ook zowel mannen als vrouwen.

2.1.2. Verpleegkundigen in opleiding en instroom van nieuwe beroepsbeoefenaars

Uit de gegevens over verpleegkundigen in opleiding en de instroom van nieuwe beroepsbeoefenaars blijkt dat opleidingen vaak worden stopgezet en dat het aantal jonge verpleegkundigen dat afstudeert sinds 2013 daalt (FOD Volksgezondheid, 2022). De stages wijzen ook op talrijke moeilijkheden. De helft van de studenten geeft aan dat ze een slechte ervaring hadden met hun eerste stage en een aanzienlijk aantal stopt daardoor met hun studie.

Tussen 2018 en 2021 bedraagt het gemiddelde percentage studenten dat hun studie afrondt 30 à 35% voor zowel bachelor- als masterdiploma's (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18). De intentie om stagiair-es goede ondersteuning te bieden is er, maar er is te weinig tijd en te weinig personeel op de werkvloer (Vandecasteele, 2023). Zoals figuur 3 laat zien, daalt het aantal instromers in het beroep verpleegkundige en zorgkundige sinds 2013. In 2013 zijn er 8.579 nieuwe verpleegkundigen⁷ met een werkvisum, tegenover slechts 5.521 in 2022. Het aantal nieuwe zorgkundigen daalt minder sterk, van 8.858 in 2013 tot 8.410 in 2022 (FOD Volksgezondheid, 2022).

Figuur 3: Evolutie van het aantal nieuwe beoefenaars van het beroep van verpleegkundige en zorgkundige tussen 2013 en 2022



Bronnen: FOD Volksgezondheid, 2018, 2021, 2023

⁷ Aantal nieuwe permanente visa afgeleverd op basis van de officiële verblijfplaats. Deze statistieken geven een idee van de instroom in het beroep.

2.1.3. Ziekteverzuim en risico op burn-out

Een ander aspect van het probleem is ziekteverzuim. In de ziekenhuizen bedroeg het ziekteverzuim voor alle sectoren⁸ 11,2% van het personeel (al het personeel samen). Het vertoont een stijgende tendens sinds 2021 (10,7%) en 2019 (8,9%). Het langdurig ziekteverzuim bedraagt 4% (Belfius, 2023). Tegelijkertijd stijgt het gebruik van uitzendkrachten aanzienlijk, met 30% tussen 2018 en 2022 in ziekenhuizen en met 15,6% tussen 2021 en 2022 voor enkel verzorgend personeel (verpleegkundigen en zorgkundigen) (Belfius, 2023). Deze tendens, die zich ook in de WZC voordoet, is niet aangenaam voor patiënten noch ondersteunend voor het personeel: “Collega’s die de werking en de bewoners niet goed kennen, zijn ook een minder goede ondersteuning dan vaste collega’s” (Vandecasteele, 2023, p. 112). Uit een KCE-onderzoek (Van den heede, et al., 2019), uitgevoerd vóór de COVID-19-pandemie, bleek al dat onder de verpleegkundigen in algemene ziekenhuisafdelingen:

- > 36% een hoog risico had op emotionele uitputting⁹;
- > 32% het voornemen had om te vertrekken;
- > 27% ontevreden was met diens job.

Uit deze cijfers blijkt dat een op de drie verpleegkundigen in 2019 geen stabiele of duurzame job heeft in algemene ziekenhuisdiensten. Na de pandemie hebben we alleen cijfers over het welzijn van verpleegkundigen op diensten intensieve zorgen (IZ). Daaruit blijkt dat 43,1% van de verpleegkundigen een hoog risico op burn-out loopt, 43,9% van plan is om van werk te veranderen (26,5% om een ander beroep te gaan uitoefenen) en 39% ontevreden is met hun werk (Van den heede, et al., 2022).

2.1.4. Aanwervingsproblemen en open vacatures per gewest

Vlaams Zorgambassadeur Candice De Windt waarschuwt dat er momenteel een tekort is van 25.000 tot 30.000 verpleegkundigen in België. Het wordt steeds duidelijker dat ziekenhuizen en andere voorzieningen onderbezet zijn en moeite hebben om personeel aan te werven. Tussen 2021 en 2022 stijgt het aantal vacatures voor zorgpersoneel (verpleegkundigen en zorgkundigen) met 20,9% (Belfius, 2023).

De VDAB, Actiris en Forem beschouwen verpleegkundigen en zorgkundigen al jaren als knelpuntberoepen. In het Vlaams Gewest staat het beroep van verpleegkundige in 2023 op de eerste plaats in de top 10 van knelpuntberoepen. Dat jaar zijn er 10.000 vacatures, tegenover gemiddeld 770 werkzoekenden in dit vakgebied (VDAB, 2023). In Wallonië wordt het beroep van verpleegkundige sinds 2012 als knelpuntberoep beschouwd, maar in feite kampte het al langer met aanwervingsproblemen. De functie van zorgkundige is kritisch sinds 2020 en staat in 2023 op de lijst van knelpuntberoepen (Forem, 2024). In Brussel is het beroep van verpleegkundige volgens het rapport van de analyse van de knelpuntberoepen 2020 “sinds 1998 een knelpuntberoep bij uitstek” (View brussels, 2021, p. 68, eigen vertaling). Terwijl zorgkundigen nieuw zijn op de lijst van knelpuntberoepen in België, staan verpleegkundigen in de drie gewesten van het land al minstens tien jaar op deze lijst.

⁸ Ziekteverzuim: % van het aantal dagen afwezigheid (ongepland, dit is exclusief wettelijk verlof, vakbondsverlof, opleiding, enz.) in verhouding tot het aantal theoretisch gewerkte dagen in een jaar.

⁹ Een hoog risico op emotionele uitputting is een van de indicatoren van burn-out, wat over het algemeen wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke voldoening.

2.2. Kwantificering van de vraag

Dit hoofdstuk analyseert de determinanten van de vraag naar verpleegkundige zorg, dit is het feitelijke gebruik van deze zorg door de bevolking. De literatuur meldt een algemene toename in de vraag naar zorg, die we kort bespreken. Vervolgens analyseren we de vraag naar thuisverpleging aan de hand van CM-gegevens. We beperken ons tot dit domein van de verpleging gezien de aard van de gegevens waarover CM beschikt (zie deel 1, Methode). Omwille van de huidige algemene trend van verschuiving naar meer ambulante zorg, en specifiek meer thuisverzorging voor ouderen, besteden we meer aandacht aan deze sector. Zelfs wanneer ze hulpbehoevend worden, blijven oudere mensen het liefst zo lang mogelijk in hun eigen huis wonen ('ageing in place') (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Het is echter belangrijk op te merken dat er een vertekening is tussen enerzijds de theoretische zorgvraag, die overeenkomt met de reële nood binnen de bevolking, en anderzijds de effectieve toegang tot zorg die overeenstemt met het effectieve zorggebruik.

2.2.1. Algemene maatschappelijke evoluties die de aard van de zorg veranderen

De gezondheidszorg is de belichaming van veel maatschappelijke storingen: hoe slechter het gaat met de samenleving, hoe meer er een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg. Algemeen zullen de vergrijzing, psychische en fysieke aandoeningen, de toename van chronische ziekten, eenzaamheid, de mentale gezondheid van de jongeren en het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid wellicht de totale vraag naar zorg beïnvloeden.

2.2.1.1. Vergrijzing

De toename in de zorgvraag is voornamelijk toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking (Statbel, Demografische vooruitzichten 2023-2070, 2024), oftewel de verandering in het aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder (19,6% in 2022, 22,2% in 2030, 24,4% in 2040 en 25,1% in 2050) en de toename van het aandeel mensen van 80 jaar en ouder, dat in 2050 verdubbeld zal zijn (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). "De vergrijzing van onze bevolking gaat hand in hand met een toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, wat leidt tot een stijgende en complexer wordende zorgvraag" (Detolenaere, et al., 2023, p. 1). Langer leven is geen synoniem van langer leven in goede gezondheid.

Op dit moment is de gemiddelde leeftijd bij opname in een WZC 86 jaar. Dit bevestigt de resultaten van andere onderzoeken die aantonen dat ouderen steeds later in WZC terechtkomen en dat ze zwaardere zorg nodig hebben (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Hieruit blijkt dat de zorglast tussen 2004 en 2023 toeneemt als gevolg van de stijging van het aantal bewoners in categorie B¹⁰ (fysieke en/of psychische afhankelijkheid). Hun percentage stijgt van 29,1% in 2004 naar 41,9% in 2018 en 44,2% in 2023 (CM-gegevens). Tegelijkertijd daalt het percentage mensen dat weinig zorg nodig heeft sterk, vooral degenen in categorie O (volledige fysieke onafhankelijkheid zonder dementie), in de periode 2004-2023 (van 19,5% naar 7,7%) (CM-gegevens).

¹⁰ De forfaits illustreren de afhankelijkheids categorieën in WZC. Forfait B duidt op fysieke en psychische afhankelijkheid, het tweede niveau van de afhankelijkheidsschaal na A en voor C. Categorie O staat voor volledige fysieke onafhankelijkheid en geen dementie. Categorie C staat voor grotere afhankelijkheid en categorie A voor minder afhankelijkheid (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020).

2.2.1.2. Wijziging in de aard van de verstrekte zorg

De vergrijzing van de bevolking heeft een invloed op de aard van de verstrekte zorg in WZC. De aard van de zorg verandert eveneens in de ziekenhuis- en thuiszorgsector als gevolg van de verschuiving naar ambulante zorg, die inhoudt dat de verblijfsduur in ziekenhuizen korter wordt en de traditionele ziekenhuisopname vaker plaatsmaakt voor daghospitalisatie, thuishospitalisatie, thuiszorg, enz. (Bontemps, 2022). Deze verschuiving heeft veel gevolgen voor de aard van de verleende zorg, zowel in als buiten het ziekenhuis.

“Door de vermindering van het aantal hospitalisatiedagen ontstaat in het ziekenhuis een concentratie van acute, instabiele gevallen en polypathologieën die meer monitoring en technische procedures vereisen” (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 14, eigen vertaling). “Doordat patiënten minder lang blijven, neemt ook de intensivering van de zorg tijdens hun verblijf toe” (Van den heede, et al., 2019, p. 16, eigen vertaling). “Voor hetzelfde aantal patiënten per verpleegkundige als twintig jaar geleden, moeten er per patiënt-e meer taken uitgevoerd worden (zorg en monitoring, educatie, preventie)” (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 14, eigen vertaling). De literatuur meldt ook dat het aantal heropnames toeneemt en complexer wordt.

Als gevolg hiervan is de benodigde zorg buiten het ziekenhuis zwaarder en technischer, en is de monitoring complexer, terwijl de ambulante sector niet over hetzelfde personeel of dezelfde hoogwaardige apparatuur beschikt als de ziekenhuisomgeving (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023). Door deze intensivering en toenemende complexiteit verandert de aard van de ambulante zorg. Er is dus het fenomeen van communicerende vaten: de zorg verdwijnt uit de derde en tweede lijn en komt terecht in de eerste lijn.¹¹ Alsmar meer zorg wordt ook thuis georganiseerd en de toestand van deze mensen wordt steeds afhankelijker en steeds zwaarder (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020).



¹¹ Eerstelijnszorg verwijst naar de eerste plaatsen waar klachten, symptomen en gezondheidsproblemen uitgedrukt worden, met andere woorden, naar de zorgvraag van de gebruikers en de bevolking. Dit wordt ook wel het eerste niveau van een gezondheidszorgsysteem genoemd (het tweede niveau komt overeen met gespecialiseerde diensten, die op gerichte basis worden verleend op basis van leeftijd, geslacht, pathologie en het betreffende orgaan; en het derde niveau met geavanceerde technologie) (Muller, 2018).

2.2.2. Thuisverpleging: de specifieke situatie van de zorgvraag in deze sector

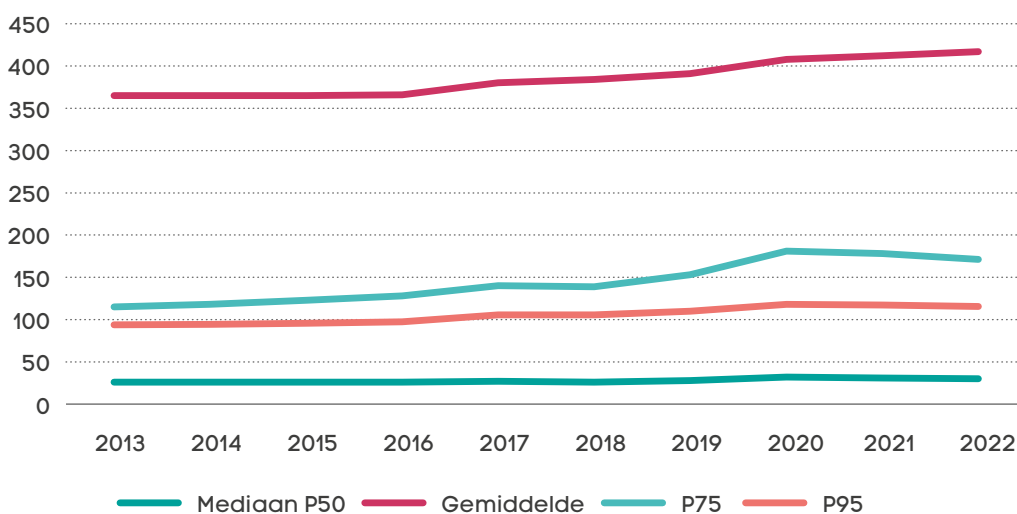
Om de vraag naar thuiszorg in kaart te brengen voor de periode 2013-2022, baseren we ons op de CM-facturatiegegevens over thuisverpleging. Er worden meerdere indicatoren gebruikt: het aantal contacten per jaar, de spreiding van deze contacten, de spreiding van de prestaties per week en de verplaatsingen.

Het percentage CM-leden met minstens één prestatie thuisverpleging in de loop van een jaar is 8%. Dit percentage is constant over de bestudeerde periode 2013-2022. Het zorggebruik neemt toe met de leeftijd en des te meer bij 70-plussers. Hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans dat ze een thuisverpleegkundige nodig hebben. Een uitsplitsing van het aantal prestaties volgens leeftijdsgroep laat zien dat 38% van de prestaties wordt verleend

aan mensen tussen 80 en 89 jaar, het segment van de bevolking dat de meeste thuisverpleging nodig heeft. De leeftijdsgroep 70-79 jaar gebruikt 21% van de prestaties. Mensen van 90 jaar en ouder komen op de derde plaats met een behoefte aan 18% van de totale prestaties.

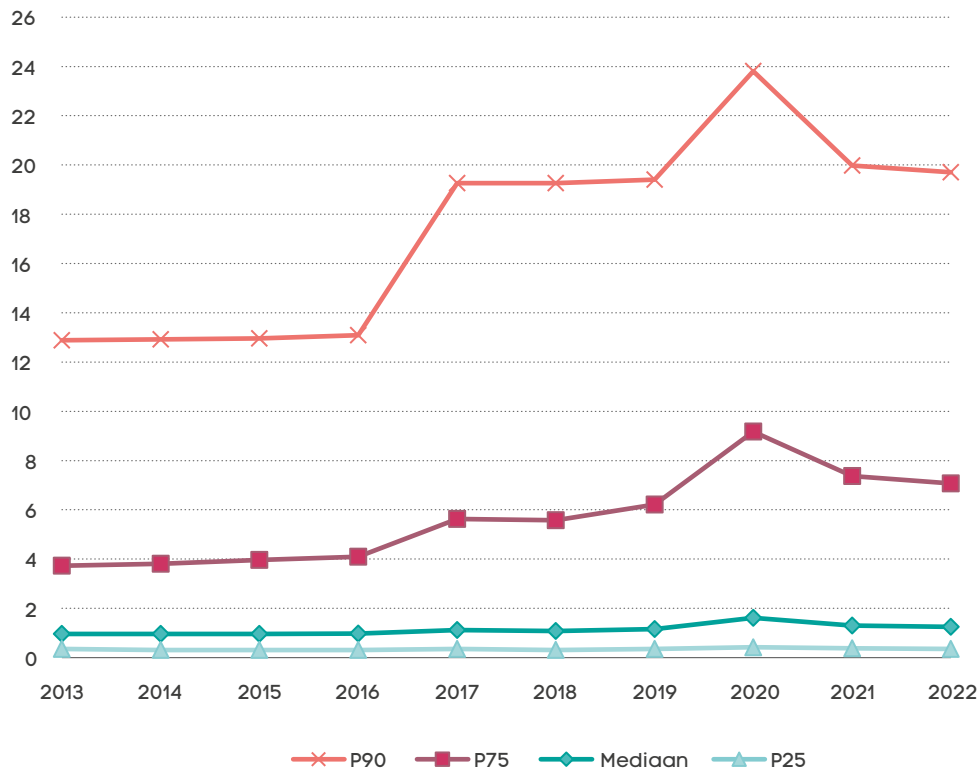
Het totale aantal contacten, dit is het aantal ontmoetingen tussen één zorgverlener en één patiënt-e (CM-lid) per datum, die meerdere prestaties kunnen omvatten, neemt tussen 2013 en 2022 toe met 26,12%. Deze toename van het totale aantal contacten moet worden gezien in de context van de verdeling van het aantal jaarlijkse contacten per lid. Er is ook een toename in de intensiteit van de zorgbehoeften, zoals blijkt uit het aantal contacten per patiënt-e per jaar: zowel de mediaan als de bovenste percentielen stijgen, wat betekent dat mensen met een relatief veel grote zorgnood, de afgelopen tien jaar steeds meer zorg nodig hebben (zie Figuur 4).

Figuur 4: Evolutie van het aantal contacten thuisverpleging per patiënt-e en per jaar tussen 2013 en 2022



Bron: CM

Figuur 5: Evolutie van het aantal prestaties per patiënt-e per week tussen 2013 en 2022



Bron: CM

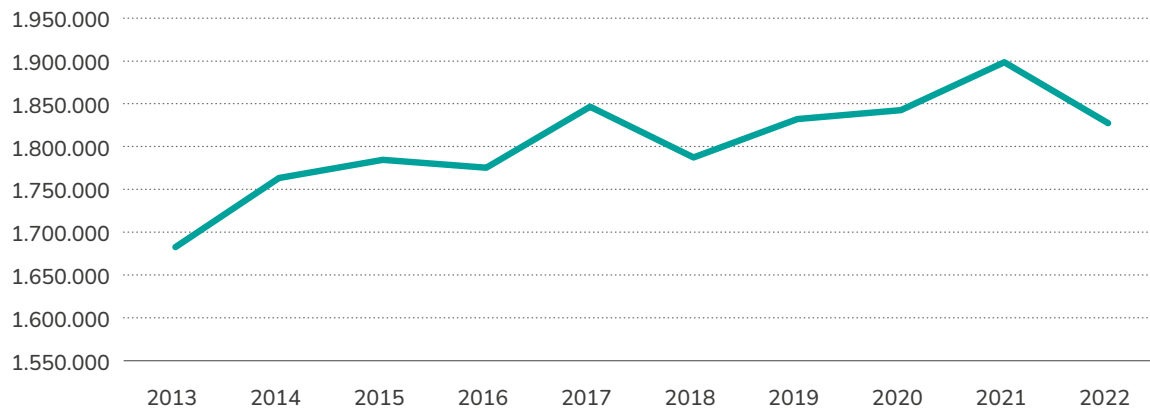
Dezelfde trends zien we in de verdeling van prestaties per week. Figuur 5 toont dat 25% van de CM-leden in 2022 meer dan 7 prestaties per week (P75)¹² nodig had en 10% meer dan 20 prestaties per week (P90)¹³, terwijl dit in 2013 respectievelijk 4 en 13 prestaties was. De stijging van de curves voor P90 en P75 sinds 2013 toont opnieuw een intensivering van de vraag naar thuisverpleging voor mensen met een grote nood per week aan prestaties.

Terwijl het aantal mensen met nood aan thuisverpleging ('minstens één prestatie nodig') stagneert, neemt de vraag ernaar (of behoefte eraan) toe. Tot slot stijgt ook het aantal verplaatsingen voor thuisverpleging tussen 2013 en 2022 met ongeveer 10% (zie Figuur 6).

12 Uit de curve voor P75 blijkt het volgende: 25% van de leden heeft meer dan x prestaties nodig (boven de curve) en 75% heeft minder dan x prestaties nodig (onder de curve).

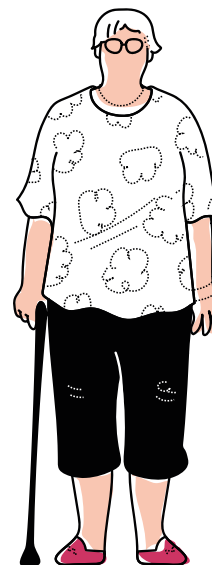
13 Uit de curve voor P90 blijkt het volgende: 10% van de leden heeft meer dan x prestaties nodig (boven de curve) en 90% heeft minder dan x prestaties nodig (onder de curve).

Figuur 6: Evolutie van het aantal prestaties 'reiskosten' tussen 2013 en 2022



Bron: CM

Samenvattend kunnen we zeggen dat de vraag naar thuisverpleging¹⁴ toeneemt tussen 2013 en 2022, gezien de stijging van het aantal jaarlijkse contacten tussen zorgverlener en patiënt-e (+26%), de toename van het aantal contacten per jaar en prestaties per week voor mensen die veel thuiszorg nodig hebben, en de toename van het aantal verplaatsingen (+9%). Deze trends weerspiegelen een vorm van intensivering in het gebruik van thuisverpleging door degenen die het al nodig hebben.



¹⁴ De werkelijke toegang tot zorg volgens het werkelijke gebruik van zorg is niet in verhouding met de theoretische vraag volgens de werkelijke behoeften binnen de bevolking. Zo zijn er op het gebied van thuiszorg meerdere belemmeringen voor de toegang tot zorg vastgesteld (Cès, 2021). Enkele van de moeilijkheden hebben te maken met het vaststellen van de behoeften (van de betrokken personen, hun familieleden of zorgverleners) en het aanvaarden van zorg door mensen die hun autonomie verliezen (praktische problemen met uurregelingen, weigering van professionele hulp, het gevoel dat de zorg van gebrekkige kwaliteit is en te snel wordt verstrekt), (Cès, et al., 2017).

2.3. Vraag en aanbod in de verpleging: toekomstscenario's over het personeelsbestand van verpleegkundigen, 2021-2046

Om dit hoofdstuk over het kwantificeren en definiëren van het tekort af te sluiten, vergelijken we het aanbod en de vraag naar verpleegkundige zorg zoals vastgesteld door de Planningscommissie van het medisch aanbod, met toekomstscenario's over het personeelsbestand van verpleegkundigen tot 2046 (FOD Volksgezondheid, 2024b). Deze toekomstscenario's zijn gebaseerd op constant beleid, dit is bijvoorbeeld in de veronderstelling dat het gezondheidsbeleid kortere ziekenhuisverblijven en de geleidelijke sluiting van het aantal beschikbare bedden zal blijven aanmoedigen (ACN, 2022).

Terwijl het aantal verpleegkundigen in de periode 2021-2046 naar verwachting zal toenemen, ongeacht de status van de zorgverleners die in de gezondheidszorg en de sectoren werken (zie kolom 3 van Tabel 1), zullen de gewogen dichtheden, die de evolutie weergeven van het aantal verpleegkundigen in verhouding tot de behoeften binnen de bevolking, in beide gemeenschappen afnemen (zie kolom 6 van Tabel 1). Dit verschil geeft aan dat het evenwicht tussen het aantal verpleegkundigen en de vraag naar verpleegkundige zorg in de toekomst zal worden verstoord door de groeiende behoefte van de Belgische bevolking aan verpleegkundige zorg (FOD Volksgezondheid, 2024b, p. 4).

De cijfers over de evolutie van de gewogen dichtheden tussen 2021 en 2046 zijn in de Vlaamse Gemeenschap allemaal negatief, ondanks het feit dat het totaal aantal verpleegkundigen toeneemt. De evolutie van het personeelsbestand in de Vlaamse WZC is in deze scenario's bijzonder negatief. Het aantal verpleegkundigen zal geen gelijke tred kunnen houden met de groeiende behoeften van de bevolking. De overeenkomst tussen deze twee variabelen zal tussen 2021 en 2046 met 24% afnemen (FOD Volksgezondheid, 2024b, p. 5). De evolutie in de ziekenhuizen en de thuiszorg zijn in de Vlaamse Gemeenschap eveneens erg slecht.

In de Franse Gemeenschap zijn de vooruitzichten het slechtst in de thuiszorg en in de sector van de WZC. Daar is de kruising tussen de evolutie van de zorgverleners actief in deze sectoren en de toekomstige behoeften van de bevolking het meest ongunstig (een daling van respectievelijk 22,42% en 21,14%).

De gewogen dichtheden, die de evolutie weergeven van het aantal verpleegkundigen in verhouding tot de behoeften binnen de bevolking, zullen in beide gemeenschappen afnemen.

Tabel 1: Evolutie van het personeelsbestand van verpleegkundigen (gewogen dichtheden)* tussen 2021 en 2046 voor de Vlaamse en Franse Gemeenschap volgens sector

VLAAMSE GEMEENSCHAP						
	Actief Gezondheid - aantal			Actief Gezondheid – gewogen dichtheid		
Basisscenario	2021	2046	2021-2046 (%)	2021	2046	2021-2046 (%)
Professionele status	82.105	91.985	12,03	119,46	96,70	-19,05
Ziekenhuis	46.485	48.036	3,34	67,64	56,63	-16,27
Woonzorg-centrum	14.665	18.961	29,30	21,34	15,25	-28,55
Thuiszorg	15.829	19.749	24,76	23,03	18,96	-17,68
Maatschappij en Gezondheid	8.351	9.113	9,12	12,15	12,03	-0,98
FRANSE GEMEENSCHAP						
	Actief Gezondheid - aantal			Actief Gezondheid – gewogen dichtheid		
Basisscenario	2021	2046	2021-2046(%)	2021	2046	2021-2046(%)
Professionele status	52.175	59.680	14,38	112,94	100,31	-11,18
Ziekenhuis	32.235	36.392	12,90	68,78	67,05	-3,91
Woonzorg-centrum	8.942	11.358	27,02	19,36	15,26	-21,14
Thuiszorg	10.340	11.299	9,28	22,38	17,36	-22,42
Maatschappij en Gezondheid	5.063	5.822	14,99	10,96	11,93	8,83

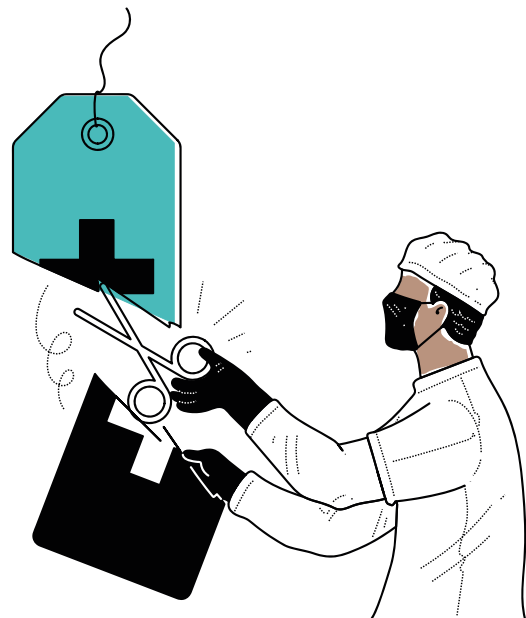
Bron: FOD Volksgezondheid, 2024b **

* De gewogen dichtheden tonen de evolutie van het aantal verpleegkundigen ten opzichte van het bevolkingsaantal. Het zijn indicatoren die gegevens over het aanbod en de vraag naar verpleegkundige zorg kruisen. Bijzonder bij gewogen dichtheden is dat de gegevens over het aantal inwoners gewogen wordt om een beeld te geven van de manier waarop het aantal verpleegkundigen evolueert in verhouding tot het aantal inwoners, rekening houdend met demografische wijzigingen en hun impact voor gebruik van zorg verleend door verpleegkundigen, vastgesteld in de Belgische bevolking.

** Opmerking voor de lezer: Deze tabel vat vijf scenario's samen die ontwikkeld werden om het evenwicht te bestuderen tussen het toekomstige aantal verpleegkundigen en de toekomstige verpleegkundige zorgbehoeften van de Belgische bevolking tussen nu en 2046. Kolom 3, '%2021-2046', toont het verschil in het aantal actieve beroepsbeoefenaars tussen 2021 en 2046, en kolom 6, '%2021-2046', kruist dit aantal met de behoeften van de bevolking. Als uitgangspunt nemen we de historische trends tot 2022 voor de gegevens over de stroom afgestudeerden en geregistreerden, en tot 2021 voor de gegevens over de aantallen, samenstelling en activiteit van de verpleegkundige beroepsbevolking zoals waargenomen in het PlanKad- rapport 2019-2021. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de beroepsbevolking per verpleegsector onderzocht als het huidige beleid en de waargenomen trends in participatiegraad en activiteit ongewijzigd blijven. Het geprojecteerde personeelsbestand omvat alle actieve verpleegkundigen, met de nadruk op verpleegkundigen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Het algemene basisscenario richt zich op de beroepsstatus van alle verpleegkundigen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. In de andere vier scenario's ligt de nadruk op een specifieke sector. Wat betreft veranderingen in de vraag naar verpleegkundige zorg, wordt alleen rekening gehouden met veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking.

2.4. Conclusie

Het tekort is begrijpelijk omdat de behoefte aan zorg toeneemt, terwijl de zorgverleners met tal van problemen worden geconfronteerd. De vergrijzing is een belangrijke drijvende kracht voor het toenemend zorggebruik. We zagen dit bij de toegenomen vraag naar thuisverpleging, voornamelijk versterkt door een stijging van het aantal contacten en de behoeften van mensen die veel thuiszorg nodig hebben. De stijging hangt samen met de verschuiving naar ambulante zorg en thuisverzorging voor ouderen. In de voorspellingen tot 2046 van de planningscommissie zijn de scenario's het meest negatief in de sector van de WZC en de thuiszorg in beide gemeenschappen, evenals in de ziekenhuissector in Vlaanderen. Het aanbod aan verpleegkundigen zal toenemen, maar de vraag naar verpleegkundige zorg zal nog meer groeien doordat de babyboomgeneratie de komende twintig jaar steeds meer zorg nodig zal hebben (FOD Volksgezondheid, 2024b). Daarbij komen nog de vele problemen die zich tijdens een loopbaan voordoen en die het aanbod beïnvloeden: het risico op burn-out, absentieisme, openstaande vacatures, problemen om jonge medewerkers aan boord te houden, enz. Dit alles bevestigt dat de afgeknotte vorm van de leeftijdspiramide problematisch is (zie Figuur 2).



3. Arbeidsomstandigheden: tussen oorzaken en gevolgen van het tekort

Een betere werkomgeving wordt geassocieerd met een betere zorgkwaliteit, een grotere tevredenheid bij de werknemers, minder personeelsverloop en langer baanbehoud (Van den heede, et al., 2022). Dit vierde deel bestudeert de werkomgeving van verpleegkundigen om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken en gevolgen van 'exit'. Dit begrip omvat zowel absentieïsme, verandering van job als de wens om de job of het beroep te verlaten (Rusbult, Farrell, Rogers, & Mainous III, 1988). Dat doen we op basis van gegevens, verzameld via de EMOVA-enquête waarin meerdere variabelen onderzocht worden rond de intentie om het beroep te verlaten, de wens de job op te zeggen of het verlies van betekenis. Enkele van die variabelen zijn de hinder om prestaties uit te voeren, de omvang van administratief werk, planningbeheer, presentieïsme, interacties op het werk en geweld. Gezien vrouwen de meerderheid vormen in deze jobs en de combinatie met huishoudelijke taken en onbetaald zorgwerk voor hen nog altijd een grote belasting is, analyseren we ook de problemen met de combinatie van het privé- en het beroepsleven. Op basis van de care-theorieën staan we meermaals stil bij de manier waarop het 'zorgen voor' in acht wordt genomen in de werkomgeving, het feit of het al dan niet wordt gewaardeerd en de moeilijkheden bij de toepassing van de care-vaardigheden door zorgverleners.

3.1. Geen tijd voor relationele taken: raakt de zorg ontmenselijkt?

Onvoldoende tijd, empathie en aandacht kunnen besteden aan elke patiënt-e, emotionele uitputting en het gevoel voorrang te moeten geven aan administratieve of logistieke taken ten koste van het menselijk contact, zijn vaak terugkerende thema's onder het zorgpersoneel. Sophie Cors gelooft dat de moeilijkheid om aandacht te besteden aan relaties een van de hoofdoorzaken is van het tekort aan verpleegkundigen. Het zorgen voor wordt steeds moeilijker te combineren met de administratieve eisen en de overbelasting, wat leidt tot een 'ontmenselijking van de prestaties' (Cors, 2023). De technische hulpmiddelen, opgelegd door de rationalisatie¹⁵ in de zorgberoepen, houden geen rekening met het emotionele aspect van het werk, wat nochtans wettelijk en ethisch vereist is (Roux, 2013). Fusulier en Moulaert (2012) delen die vaststelling en leggen een direct verband tussen de impact van nieuw beleid en de mobiliteit van zorgprofessionals (van ziekenhuis naar thuiszorg of gezondheidszorg in de wijk in het bijzonder) of de vermindering van het aantal werkuren. Deze factoren hebben een impact op het huidige tekort.

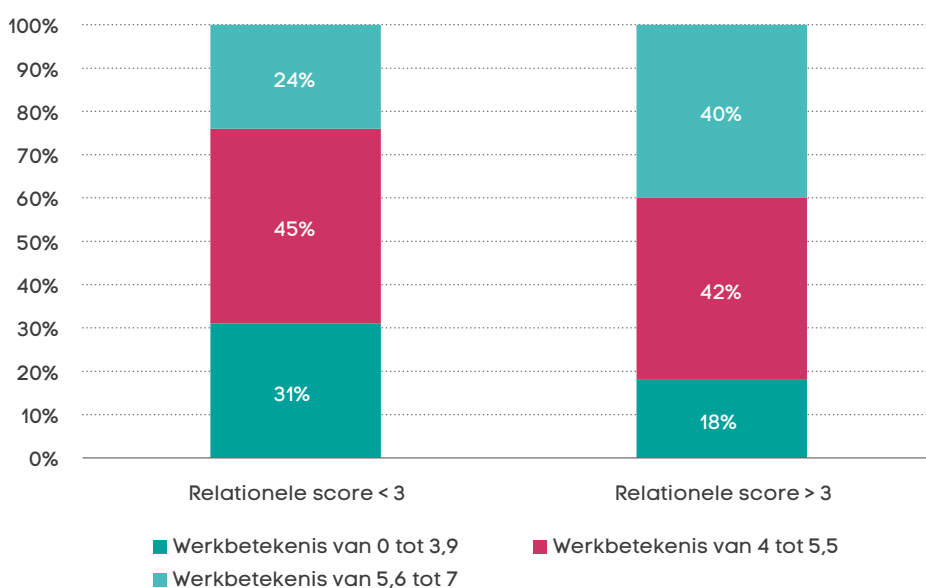
¹⁵ "Onder rationalisatie verstaan we een benadering die streeft naar optimalisatie (door de verdeling en specialisatie van het werk en de productie van indicatoren) en codificatie (normen, modellen, waarvoor een schrijffproces nodig is) en die wordt ondersteund door een proces van rechtvaardiging (door de productie van discours over de verdiensten van de rationalisatie)" (Roux, 2013, p. 81).

3.1.1. Verlies van betekenis door de belemmering van relationele taken: een van de oorzaken van het tekort

Werken met mensen is geen aangeboren vaardigheid. Deze competentie en knowhow worden vaak over het hoofd gezien door de neiging om dit werk bij vrouwen als een natuurlijke dimensie van hun leven te zien (zie deel 5). Als gevolg hiervan wordt een groot aantal prestaties inzake interpersoonlijke relaties, die een leerproces, tijd en beschikbaarheid vergen, niet in aanmerking genomen. Dit gebeurt niet in de codificatie van de zorgprestaties als gevolg van rationalisatie, noch bij de valorisatie van vaardigheden en loopbanen (Mahieu, 2010). Het toepassen van deze vaardigheden staat centraal in de professionele cultuur van het zorgpersoneel.

Van de zorgverleners ondervraagd in de EMOVA-enquête, vindt 93% dat hun aandacht voor emotionele en communicatiebehoeften een 'zeer belangrijke' of 'tamelijk belangrijke' dimensie is voor het welzijn van de zorgontvangers. Om deze vraag te onderzoeken, ontwikkelden we een schaal om een 'relationele score' te berekenen: hoe hoger de score (van 0 tot 6), hoe meer iemand van mening is dat die in staat is om de relationele en communicatieve dimensies in de zorg toe te passen. Gemiddeld had 28% van alle respondenten een score van minder dan 3, wat duidt op grote moeilijkheden om deze toe te passen bij de zorgontvangers. De score heeft ook een significante invloed op de betekenis op het werk (IBW). Hoe lager de relationele score, hoe meer de betekenis op het werk in het gedrang komt (zie Figuur 7). De onmogelijkheid om communicatieve en relationele prestaties uit te voeren, was al naar voren gebracht als een bron van lijden die een verlies van betekenis veroorzaakt (Van den heede, et al., 2019), wat op zijn beurt kan leiden tot een 'exit'.

Figuur 7: Invloed van de relationele score volgens de betekenis op het werk (IBW)



Bij de personen die de intentie uitten om van sector of dienst te veranderen of een ander beroep te zoeken, onderzochten we of hun wens verband hield met de ervaren obstakels om relationele zorg van hoge kwaliteit te bieden. Dit was een reden voor 66% van de respondenten. Het onvermogen om relationele zorg te verstrekken is een voorspellende factor voor een exit: een hoge relationele score, wat betekent dat de zorgverlener de mogelijkheid heeft om relationele zorg te verstrekken, heeft een significante invloed op de wens om de job/het beroep te blijven uitoefenen ($p < 0,01$), terwijl een lagere score aanleiding geeft tot meer exits.

De volgende redenen worden als belemmerend ervaren om deze relationele prestaties te kunnen toepassen:

- > werkoverbelasting (76%);
- > emotionele uitputting (45%);
- > moeilijkheden met zorgontvangers die men ontmoet (30%);
- > gebrek aan erkenning van deze technieken door het management (29%);
- > mobiliteit binnen de organisatie (20%);
- > verkorting van de verblijfsduur (15%);
- > gebrek aan teamvergaderingen en overdracht tussen collega's (22%).

Naast het verband met personeelstekort, lijkt werkoverbelasting (de belangrijkste reden die de respondenten noemen) toe te schrijven aan de slechte afstemming tussen personeel en werkbelasting (3.1.2), de onevenwichtige verdeling van de taken in het voordeel van administratieve taken en de veelzijdigheid van de taken (niet-verpleegkundige taken op zich nemen) (3.1.3).

3.1.2. Overbelasting: wat zeggen de omkaderingsnormen?

Het aantal patiënten per verpleegkundige wordt bepaald door normen, de zogenaamde omkaderingsnormen. In 2019 heeft België nog steeds een van de hoogste patiënt-e-verpleegkundige-ratio's in Europa (Van den heede, et al., 2019) en moet een verpleegkundige dus voor een groter aantal patiënten zorgen dan in andere Europese landen. De huidige ratio is 9,4 patiënten voor 1 verpleegkundige, terwijl het Europese gemiddelde 8,3 voor 1 is. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat een lager aantal patiënten per verpleegkundige gunstig is voor zowel de patiënten als het personeel dat instaat voor hun zorg: het verlaagt de mortaliteit, verhoogt het welzijn van de verpleegkundigen en verbetert de door patiënten gerapporteerde resultaten en ervaringen (Van den heede, et al., 2019). Omgekeerd wordt een te hoge patiënt-e-verpleegkundige-ratio geassocieerd met een hoger risico op emotionele uitputting, 'depersonalisatie' en de intentie om het beroep te verlaten (Bruyneel, et al., 2023). Uit het onderzoek van Bruyneel et al. (2022) blijkt dat juist de aspecten 'participatie' en 'personeelsbezetting en aanpassing aan de werkdruk' de slechtste resultaten opleveren en de meeste aandacht behoeven (Bruyneel, et al., 2023, p. 2).

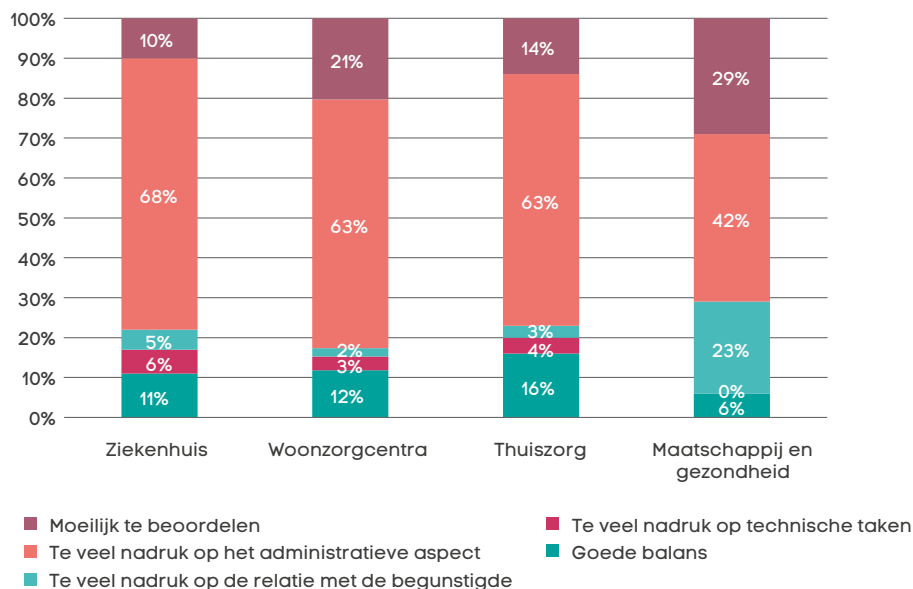
Er wordt ook aangenomen "dat een patiëntenaantal per verpleegkundige van meer dan 8 [...] een beduidend meer onveilige zorgomgeving weerspiegelt" (Van den heede, et al., 2019, p. 2, eigen vertaling). "46% van de bevroagde verpleegkundigen zegt dat de veiligheid van de patiënt-e goed of zeer goed is, en 66% zegt dat ze er soms 'helemaal niet zeker of niet erg zeker' van zijn dat patiënten in staat zijn om voor zichzelf te zorgen na hun ontslag uit het ziekenhuis" (Van den heede, et al., 2019, p. 3, eigen vertaling). De norm ligt in België niet alleen hoger, ze blijkt ook achterhaald gezien de toenemende werkdruk (Van den heede, et al., 2019).

3.1.3. Administratie en niet-verpleegkundige taken: obstakels voor de patiëntenzorg

Naast de grote veranderingen door de informatisering in werkorganisatie en codering, introduceert de codificatie van prestaties een model dat technische procedures meer erkenning geeft dan menselijk werk.¹⁶ Dit roept vragen op over wat er gecodeerd kan worden en wat niet, de soorten prestaties die gewaardeerd worden en deze die in de schaduw blijven. De holistische visie op gezondheidszorg, herbevestigd in de Ethische Code van 2004¹⁷, wordt onzichtbaar gemaakt door de codificatie van technische prestaties, in een “onvermijdelijke tegenstelling tussen bureaucraten en Hippocrates” (Laude, Michel, & Schweyer, 2018, eigen vertaling).

Alle sectoren samen genomen, vindt slechts 12% van de bevraagde verpleegkundigen dat er een goed evenwicht is tussen hun administratieve, technische en interpersoonlijke taken, terwijl bijna twee derde (64%) klaagt over een te groot onevenwicht, in het voordeel van de administratieve taken (zie Figuur 8). Er is weinig variatie volgens sector, met uitzondering van ‘maatschappij en gezondheid’. Zorgverleners (en vooral verpleegkundigen) vinden dat de tijd die naar administratieve taken gaat buitensporig is. Twee derde van de ondervraagden is van mening dat administratief werk meer dan 25% van hun werktijd in beslag neemt en voor een kwart is dit zelfs meer dan 50%. Dit lijkt minder duidelijk het geval voor zorgkundigen (zie Figuur 9), die vaker een goed evenwicht zien, hoewel in de ziekenhuissector 40% en in de WZC 29% van hen de te grote nadruk op administratie betreft.

Figuur 8: Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door verpleegkundigen volgens sector

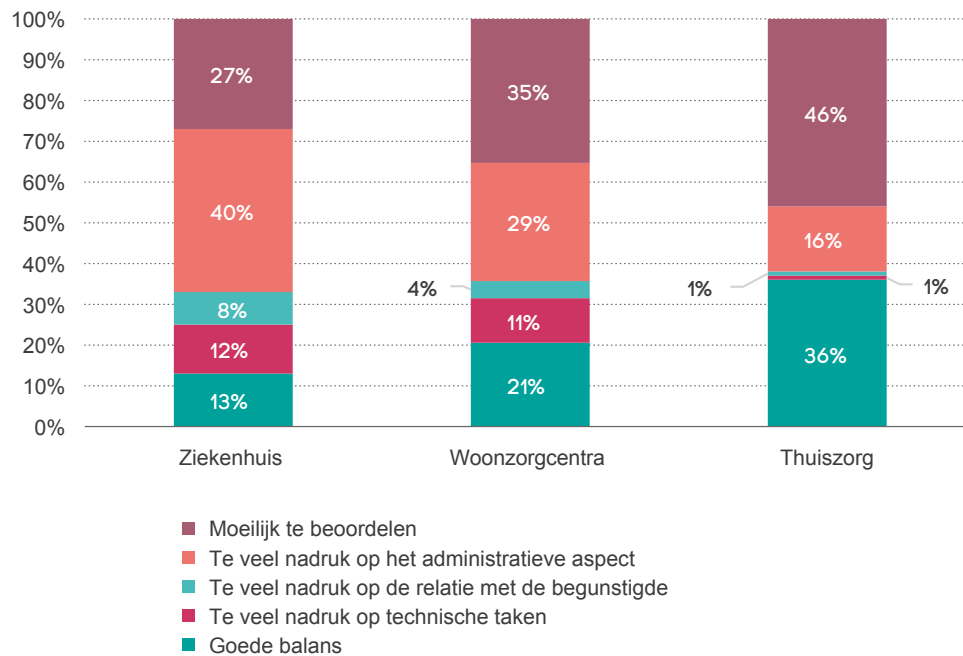


Bron: EMOVA

¹⁶ We mogen echter niet vergeten dat technische en relationele zorg complementair zijn (Eyland, 2021, p. 105, eigen vertaling). Hervé Menaut, verpleegkundige, trainer en kader gezondheidszorg, vindt het vanzelfsprekend: “Technische zorg heeft een relationele dimensie; relationele zorg heeft een technische dimensie” (Menaut, 2009, eigen vertaling).

¹⁷ We verwijzen hierbij naar artikel 10: “Verpleegkundigen bieden zorg aan de patiënt in een relatie van wederzijds respect en vertrouwen. Ze luisteren actief naar de begunstigten, geven gepaste antwoorden op hun vragen en verzekeren een constante observatie van veranderingen in de gezondheidstoestand van de begunstigde en coaching” (Federale raad voor verpleegkunde, 2017).

Figuur 9: Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door zorgkundigen volgens sector



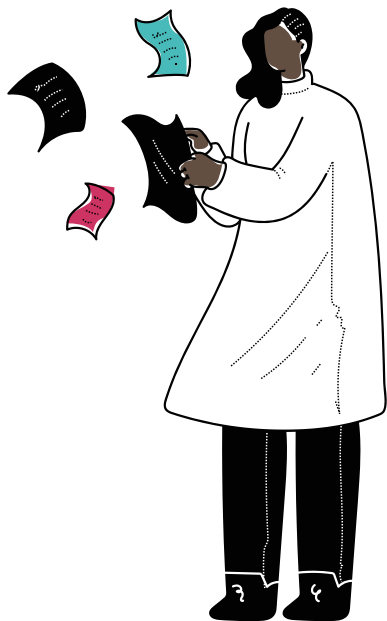
Bron: EMOVA

Volgens andere studies is “de betrokkenheid van het verplegend personeel bij administratieve en rapporteringsactiviteiten een grote uitdaging” (Laude, Michel, & Schweyer, 2018, p. 76, eigen vertaling) voor het welzijn van de zorgverleners, die “de registratievereiste, opgelegd door de instrumenten, het kader en de wet enerzijds, en de beperkingen en het ritme van hun werk met patiënten anderzijds, met elkaar moeten verzoenen” (Roux, 2013, p. 84, eigen vertaling). Tal van studies zijn het erover eens dat het zorgpersoneel te lijden heeft onder een nieuw overheidsmanagement en de noodzaak van economische prestaties in de ziekenhuissector, die de zorgverleners van hun kerntaken afhouden (Bonnevillie, Grosjean, & Mayère, 2010; Cors, 2023; Fiset, 2013; Safy-Godineau, 2013).

Bovendien hebben de verpleegkundigen en zorgkundigen het gevoel dat ze een enorm aantal taken moeten vervullen die niet onder hun verantwoordelijkheid vallen (logistieke, medische, IT-, technische of onderhoudsdiensten, enz.). Als gevolg van dit gebrek aan evenwicht wordt een groot deel van de zorg niet verleend, met vrees voor de impact op de zorgkwaliteit en de werktevredenheid van de zorgverleners. Gezien het verband tussen niet-uitgevoerde prestaties en de stress op het werk, lijkt het geen twijfel dat de kwestie van de taakverdeling om tijd vrij te maken voor het ‘zorgen voor’ de kern moet vormen van een debat over het personeelsbehoud. Zoals het KCE aangeeft, moeten de zorgverleners veel relationele zorg opofferen¹⁸, wat een belangrijke rol speelt in hun ontevredenheid over de werkomgeving. “Minder ontevredenheid over de job, minder intentie om de job en het beroep te verlaten” (Van den Heede et al., 2022, p.14).

¹⁸ “De klinische activiteiten die het vaakst niet werden uitgevoerd, zijn het geven van wisselhouding (35,1%), tijdige toediening van medicatie (29,1%), (...). De plannings- en communicatieactiviteiten die het vaakst niet werden uitgevoerd, zijn emotionele ondersteuning van patiënten en familie (49,2%) en deelname aan het multidisciplinair overleg van de dienst (38,8%) (Van den heede, et al., 2022, p. 11).

Zorgverleners zitten vast tussen verouderde managementnormen, een groot aantal administratieve taken en het feit dat alleen rekening wordt gehouden met technische zorg en taken die niets met hun functieomschrijving te maken hebben, met als gevolg dat er geen tijd overblijft voor het 'zorgen voor', wat nochtans deel uitmaakt van de specifieke rol van verpleegkundigen. Het conflict tussen relationele ethiek en de technische aard van de zorg, die berust op de eisen van organisatorische rationalisatie, biedt een verklaring voor de alarmerende burn-outcijfers en het verlies van betekenis op het werk die al jaren naar voren komen in onderzoeken (Bruyneel, Smith, Tack, & Pirson, 2021). Nochtans vormen de taken waarin het menselijke aspect centraal staat de kern van de betekenis van het beroep. Ze zijn een bron van waarde, een erkenning die niet te vatten is met socio-technische systemen en codering van activiteiten volgens een specifieke nomenclatuur.



3.2. Balans tussen werk en privéleven en personeelsbeheer in tijden van tekort

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de manier waarop de organisatie van het werk in zorgvoorzieningen de balans tussen werk en gezin mogelijk maakt of belemmert en de invloed daarvan op het personeelsbehoud. Nooney en zijn co-auteurs (2010) tonen aan dat de intentie om het beroep van verpleegkundige te verlaten voornamelijk samenhangt met gezinsverantwoordelijkheden (kinderen, zorg voor zorgbehoevende ouderen, enz.). Uit een andere studie blijkt dat werk-familieconflicten (WFC) en het aantal effectief gewerkte versus het gewenste aantal uren een groot deel verklaren van de intentie onder thuiszorgpersoneel om het werk te verlaten. De intentie om het beroep te verlaten wordt "uitsluitend verklaard door de aanwezigheid van een WFC en de jonge leeftijd van de respondenten" (Casini, Degavre, Desmette, & Melotte, 2021, p. 77, eigen vertaling).

Daar waar het verschil in arbeidsparticipatie tussen vrouwen en mannen zonder kinderen is verdwenen, blijft het aanzienlijk bij vrouwen en mannen met kinderen. Ook neemt het aanzienlijk toe met de leeftijd en het aantal kinderen¹⁹. Bijna 60% van de verpleegkundigen en zorgkundigen woont samen met minstens 1 kind jonger dan 25 jaar (Statbel 2020). Gezien het hoge aandeel vrouwen in zorgberoepen, is het essentieel om begrip te hebben voor de uitdagingen die gepaard gaan met de combinatie werk-privéleven, willen we de aantrekkelijkheid en retentie garanderen. Immers, vrouwen nemen nog steeds grotendeels onbetaalde zorgtaken op zich door een ongelijke taakverdeling in de thuisomgeving.

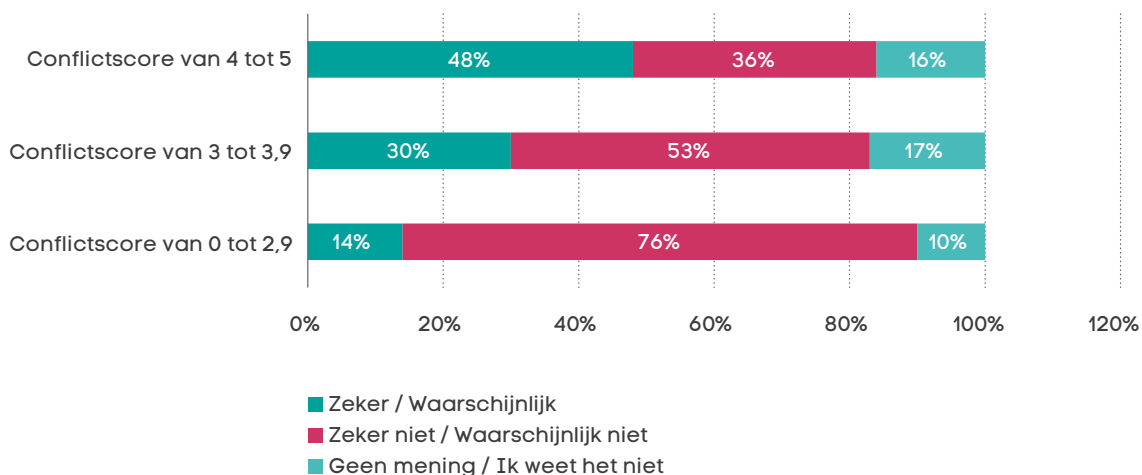
19 "Dit leidt ook tot meer deeltijdwerk voor vrouwen: In 2021 werkt 35,3% van de vrouwen van 25 tot en met 49 jaar die aan de slag zijn, deeltijds. Bij hun mannelijke tegenhangers bedraagt dat percentage 7,5%. Bij mannen heeft het aantal kinderen weinig invloed op het voltijds of deeltijds werken. Bij vrouwen daarentegen neemt het deeltijds werk toe naargelang het aantal kinderen. De helft van de werkende vrouwen met drie of meer kinderen is deeltijds aan de slag. Bij mannen is dat 8,3%" (Statbel, 2023).

3.2.1. Werk-familieconflicten (WFC) en beheer van de arbeidstijd

De onderzoeksresultaten wijzen op een hoge prevalentie van werk-familieconflicten (WFC) onder verpleegkundigen en zorgkundigen (prevalentie van 69% bij een score hoger dan 3). Dit hoge niveau van conflicten lijkt bijzonder zorgwekkend gezien de invloed ervan op de intentie om de job op te zeggen of zelfs het beroep te verlaten. Zo hebben mensen met een WFC-score hoger dan 4 aanzienlijk vaker de intentie om hun job op te zeggen ($p < 0,01$). Het omgekeerde geldt voor mensen met een score lager dan 3 (zie Figuur 10). De intentie om het beroep te verlaten volgt dezelfde trend.

Mensen die melding maken van een zorgbehoevende persoon in hun omgeving (afhankelijke oudere(n), kind(e-ren) of partner met een handicap of ernstige ziekte) ervaren significant vaker een conflict tussen werk en gezin, en dit geldt voor 40% van de respondenten.

Figuur 10: Intentie om de job op te zeggen volgens WFC-score



Hoewel vrouwen nog steeds overwegend verantwoordelijk zijn voor huishoudelijke, reproductieve en zorgtaken²⁰ blijft het risico op werk-familieconflicten bijna identiek volgens het geslacht van de respondenten. Dit kan betekenen dat vrouwen hun werktijden moeten herorganiseren om “de vereisten van de huishoudelijke taken en de opvoeding van hun kinderen te combineren met die van hun betaald werk” (Lapeyre & Le Feuvre, 2004, p. 45, eigen vertaling). Uit de analyse van de werkroosters van de respondenten blijkt dat zorgverleners werken op het ogenblik dat kinderen hun schooldag beginnen en eindigen, ‘s avonds en in het weekend, ongeacht hun arbeidsstatus. Deze atypische werktijden hebben een aanzienlijke impact op de WFC-score. We stellen vast dat deeltijds werken op zich dus niet volstaat voor een beter evenwicht, maar dat het eerder een ‘beschermende’ factor is tegen een nog groter conflict of zelfs tegen het verlaten van de job.

Bovendien hangt de manier waarop het leven wordt georganiseerd af van de mate van autonomie en flexibiliteit in de werkroosters. Uit het onderzoek van Fusulier et al. blijkt dat “62% van de verpleegkundigen zegt nooit de mogelijkheid te hebben om hun eigen werkroosters te bepalen en 17% slechts zeer zelden” (Fusulier, Sanchez, & Ballatore, 2013, eigen vertaling). De praktische oplossingen die vrouwen kiezen om deze situatie te verhelpen, berusten op periodieke regelingen, gebaseerd op het gebruik van formele beleidslijnen inzake de arbeidstijd (verlof of deeltijds werk). Naast de gegevens uit onze enquête bedraagt het gemiddelde VTE-volume voor mannelijke verpleegkundigen 0,97, tegenover 0,83 voor vrouwelijke verpleegkundigen (FOD Volksgezondheid, PlanKad Verpleegkundigen 2004-2018, 2021, p. 37). De vermindering van de arbeidstijd heeft niet alleen te maken met de werklast in de gezinssfeer, maar ook met de uitputting door de werkbelasting.²¹ Van de deeltijds werkende verpleegkundigen geeft 54% aan deeltijds te werken omdat het zo'n zwaar werk is. Voor 36% is het een persoonlijke keuze. Bijna een derde vermeldt ook de

mentale belasting van de activiteit, evenals gezondheidsredenen of de noodzaak om voor kinderen of afhankelijke personen te zorgen (28%).

Van de zorgkundigen die deeltijds werken, antwoordt 29% dat er geen voltijdse plaatsen beschikbaar zijn (wat voor geen enkele van de bevroegde verpleegkundigen het geval is), hoewel het zware werk de meest aangehaalde reden blijft (34%). Voor wie deeltijds werkt, is dit niet per se een vrije keuze, “maar gewoon omdat er geen alternatief is dan dit soort contracten te accepteren, omdat het standaardcontracten zijn voor de sector [van de woonzorgcentra]” (Martinez-Garcia, Hausmann, & Wiseur, 2020, p. 31, eigen vertaling). Deeltijds werken lijkt de norm te zijn, wat een flexibel beheer van het personeelsbestand mogelijk maakt, maar tot intensiever werk leidt. Wierink hekelt de onzekerheid van banen van vrouwen door overdreven flexibilisering, waardoor ze hun werk ook niet met een andere baan kunnen combineren (Wierink, 2008).



20 Ter herinnering: bij de algemene bevolking en voor personen tussen 25 en 39 jaar is de verdeling van huishoudelijke taken grotendeels in het nadeel van vrouwen, die er gemiddeld 7 uur per week meer aan besteden dan mannen. Volgens gegevens van Oxfam uit 2024 besteden vrouwen gemiddeld 3,2 keer meer tijd aan onbetaalde zorg dan mannen. Belgische vrouwen besteden elke dag 82% meer tijd (96 minuten of 1,5 uur) aan onbetaalde zorgtaken dan mannen. (Oxfam, 2024).

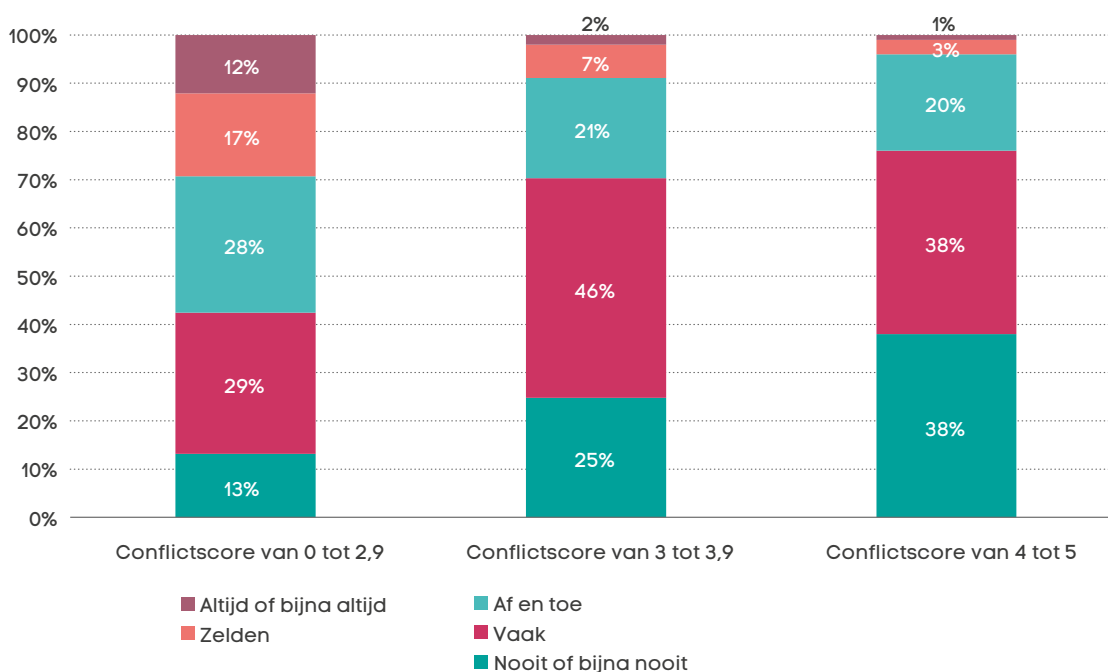
21 “Het gebruik van deeltijds werk in ziekenhuizen moet worden geanalyseerd in het licht van deze intensivering van de werklast: terwijl het gemiddelde aandeel van deeltijdse werknemers in alle sectoren samen 26,5% bedraagt, is dat bij de verpleegkundigen 42,6%” (Livolsi, 2023, p. 1, eigen vertaling).

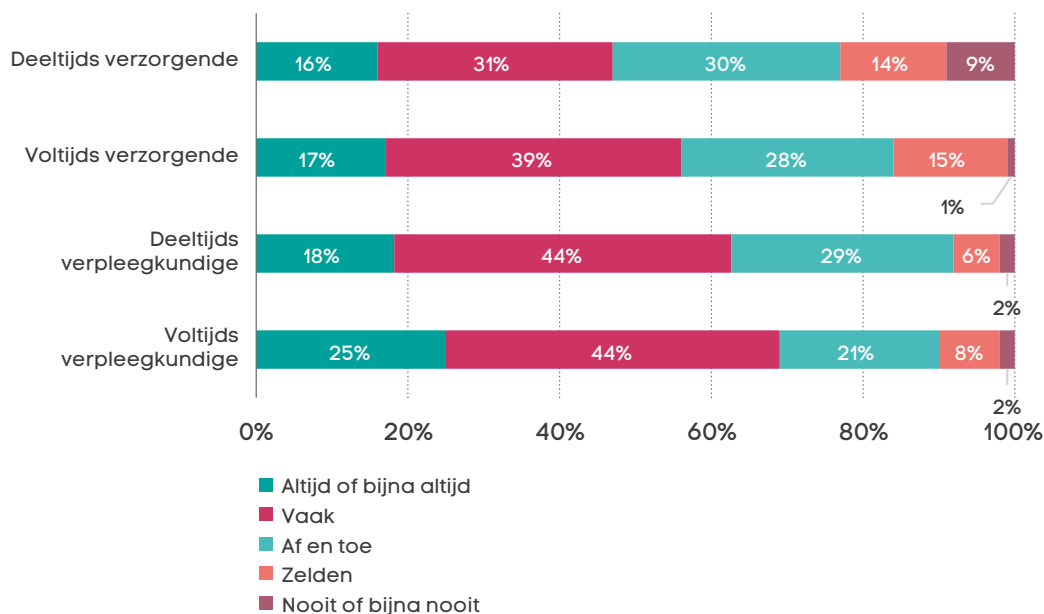
3.2.2. Presenteïsme, atypische werktijden en verandering van diensten

Terwijl het absenteïsme in de ziekenhuisomgeving hoog is, is het presenteïsme misschien nog wel hoger, in de hand gewerkt door een buitensporige werklust en de onmogelijkheid om de zorgverleners te vervangen, die dan worden teruggeroepen tijdens hun rusttijd of verlof (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000). Presenteïsme wordt gedefinieerd als het te veel investeren in werk (langer werken, vrije dagen opgeven, vrije tijd opofferen voor het werk, enz.) (Achmet & Commeiras, 2018) of werken wanneer men ziek is (Monneuse, 2013) of zich psychisch niet goed voelt en eigenlijk ziekteverlof zou moeten nemen (Aronsson & Gustafsson, 2005).

De hogere graad van presenteïsme in de zorgsector (Bergström, Bodin, Hagber, Aronsson, & Josephson, 2009) lijkt samen te hangen met een professionele cultuur die gebaseerd is op onderlinge hulp tussen collega's en een verantwoordelijkheidsgevoel om zorg te geven aan de patiënten die het nodig hebben. Het gevolg is dat wie niet gaat werken met schuldgevoelens kampt, die bovendien nog worden versterkt door bepaalde managementstijlen. In ons onderzoek bestuderen we presenteïsme door een analyse van de gepresteerde uren. Uit de resultaten blijkt dat 66% van de verpleegkundigen, ongeacht het werkregime, 'vaak' of 'altijd' overwerkt (slechts 2% zegt dit nooit te doen). Dit geldt ook voor 48% van de zorgkundigen. De meest aangehaalde redenen zijn in beide beroepsgroepen een personeelstekort in het team compenseren (68%), een afwezige collega vervangen (57%), een onvoorziene gebeurtenis op het laatste moment afhandelen of uit te voeren taken afwerken (50%).

Figuur 11: Overwerk volgens WFC-score



Figuur 12: Overuren volgens arbeidsregeling


Bron: EMOVA

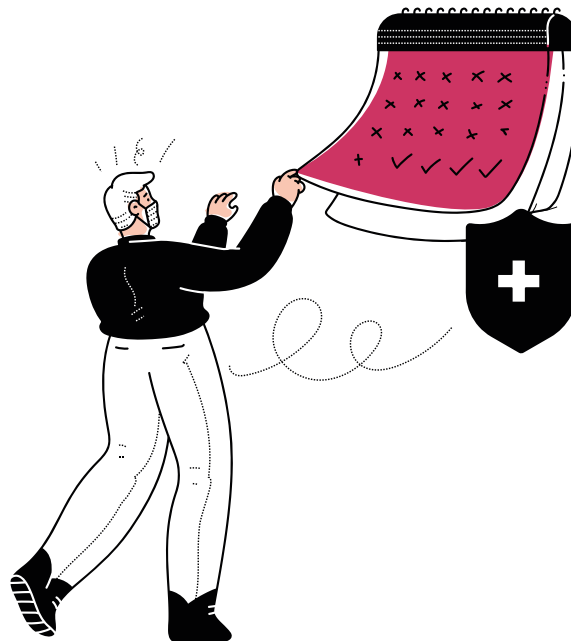
Deze factoren bevestigen het idee van een hoog presentisme onder zorgpersoneel als gevolg van onderbezetting en een te hoge werkdruk, wat het risico op burn-out vergroot. Presentisme heeft veel gevolgen: verminderde zorgkwaliteit (Pollitt & Bouckaert, 2004), hogere kosten voor gezondheidszorg (Berthe & Dumas, 2020) en gevolgen voor het welzijn van de werknemers, wat leidt tot langere afwezigheid en het tekort net versterkt. Al in 2012 toonde een rapport van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid een positieve correlatie aan tussen burn-out of emotionele uitputting en presentisme. Conflicten tussen werk en gezin kennen een statistisch significant hoger risico bij overwerk (zie Figuur 11), en bij onvoorspelbare wijzigingen in de planning die niet voldoende van tevoren worden gecommuniceerd.²²

In lijn met onze bevindingen over het feit dat deeltijdwerk een flexibeler personeelsbeleid mogelijk maakt, blijkt uit de resultaten van de enquête dat bijna de helft van de zorgkundigen die deeltijds werken (47%), 'vaak' of 'bijna altijd' overwerkt en dat 52% vaak op het laatste moment collega's vervangt (zie Figuur 12). 59% zegt dit te doen om een afwezige collega te vervangen en 72% om personeelstekorten op te vangen, wat erop wijst dat overuren en deeltijdwerk worden gebruikt om het personeel flexibeler in te zetten.

²² Ook de dienstregelingen kunnen wijzigingen ondergaan. 85% van de werknemers in WZC zegt variabele uurroosters te hebben en 64% krijgt hoogstens één week van tevoren te horen wanneer ze moeten werken (Martinez-Garcia, Hausmann, & Wiseur, 2020).

Naast overuren meldden respondenten in de enquête ook frequente vervangingen die op het laatste moment worden gevraagd. Zo vindt 60% van de verpleegkundigen dat dit hen frequent of vaak overkomt. Slechts 4% antwoordt dat ze dit type vervanging nooit moeten doen. Tot slot moeten zorgverleners ook van afdeling veranderen, waardoor ondernemingen over een flexibel personeelsbestand beschikken wat hen toelaat snel in te spelen op noden. Deze interne overplaatsingen worden in ziekenhuizen toegepast om aanwervingsproblemen op te lossen en het absentieïsme te beheren. Een kwart van de verpleegkundigen en zorgkundigen zegt dit frequent of vaak te doen. Van de betrokken verpleegkundigen zegt 34% dat ze deze lastminute aanpassingen eerder negatief ervaren en 10% zeer negatief.

Personeelstekorten dwingen het huidige personeel om langer te werken dan voorzien. Dringende vervangingen en presentieïsme kunnen leiden tot emotionele uitputting en het WFC verhogen. Deeltijds werk lijkt een halve oplossing: het stelt mensen in staat om een zware job aan te kunnen, maar is nadelig voor de koopkracht en, op langere termijn, ook voor de pensioenen. Deze bevindingen vragen om bijzondere waakzaamheid bij de organisatie van het werk.



3.3. Onderlinge relaties op het werk

De relaties op het werk kunnen een aanzienlijke impact hebben op het welzijn van werknemers, de werktevredenheid, de productiviteit en de kwaliteit van de werkomgeving (Le Lan & Baubeau, 2004; Thomaes, 2019). Conflicten, geweld en andere aspecten van interpersoonlijke relaties hebben een directe invloed op de arbeidsomstandigheden en de intentie om van functie te veranderen of te vertrekken, wat het tekort nog verder aanscherpt.



3.3.1. Relaties tussen zorgverleners

Over het algemeen blijken de relaties tussen collega's voor de overgrote meerderheid van de geïnterviewde verpleegkundigen en zorgkundigen bevredigend. Solidariteit tussen collega's lijkt een diepgewortelde waarde in de zorgberoepen (Pariante, 2019, p. 64). Elkaar helpen, taken verdelen en collega's niet in de steek laten schept teamgeest, aldus de auteur. "Hoe moeilijker het werk, hoe natuurlijker en zelfs noodzakelijker het is dat de eenheid van het team geen barsten vertoont" (Pariante, 2019, p. 65, eigen vertaling). Volgens Estryne-Behar en Le Nezet zijn "steun en solidariteit bevorderlijk voor de veiligheid en sereniteit van verzorgenden en de kwaliteit van het werk dat ze doen" (Estryne-Behar & Le Nezet, 2006, pp. 12-13, eigen vertaling). Van de respondenten van de EMOVA-enquête ervaart bijna twee derde de relaties tussen collega's als vriendschappelijk (45%) of ontspannen (26%), terwijl slechts 2% ze als vijandig en 12% als gespannen beoordeelt. De kwaliteit van deze relaties lijkt echter een bepalende factor te zijn voor de intentie om de job en/of het beroep te verlaten (zie Tabel 2). Goede relaties lijken een beschermende factor te zijn tegen personeelsmobiliteit.

Tabel 2: Intentie om de job op te zeggen volgens de kwaliteit van de professionele relaties

	VIJANDIG/GESPANNEN	NEUTRAAL	ONTSPANNEN/VRIENDELIJK	GEMIDDELD
Overweegt de job op te zeggen	57%	39%	19%	28%
Overweegt niet de job op te zeggen	27%	40%	67%	57%
Weet het niet	16%	21%	13%	15%
Overweegt het beroep op te zeggen	50%	37%	19%	26%
Overweegt niet het beroep op te zeggen	29%	46%	68%	59%
Weet het niet	20%	16%	14%	15%

Bron: EMOVA

We moeten ook het belang van de kwaliteit van deze relaties benadrukken voor het combineren van het privé- en het beroepsleven en voor de betekenis van werk. Goede relaties helpen betekenis te behouden in een job waar veel emotie bij komt kijken, vanwege de essentiële behoefte aan collectieve steun. Het lijkt geen twijfel dat verzwakte banden als gevolg van instabiele teams ertoe kunnen leiden dat zorgverleners die al op het randje van uitputting staan hun motivatie verliezen.

Tot slot maken Fusulier en Moulaert ook gewag van spanningen in de ziekenhuissector als gevolg van toenemende agressie (Fusulier & Moulaert, 2012). De respondenten van onze enquête spreken over een weinig idyllische werkplek, waar geweld schering en inslag is. Een van de voornaamste motieven is dat mensen als minderwaardig worden behandeld. Van de mensen die zeggen dat ze geweld of discriminatie ondergaan op het werk, gelooft een kwart dat dit verband houdt met persoonlijke kenmerken (racisme, homofobie, seksisme). Ook het geweld dat stagiair-es melden is bijzonder alarmerend en kan ertoe leiden dat ze hun studie stopzetten (Dancot, et al., 2021). “Minachting, vernedering, seksistische of racistische opmerkingen van patiënten en spottend gelach van het zorgpersoneel: dit is wat studenten (...) aan de kaak stellen over het geweld in de verplegingswereld” (Benayad, 2023, eigen vertaling). “99,5% van de studenten geeft aan hier minstens één keer slachtoffer van te zijn geweest tijdens hun studie” (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 51, eigen vertaling). Deze feiten veroorzaken ontgoocheling en kraken het beeld van ‘welwillende verzorger’ dat de stagiair-es hebben (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023).

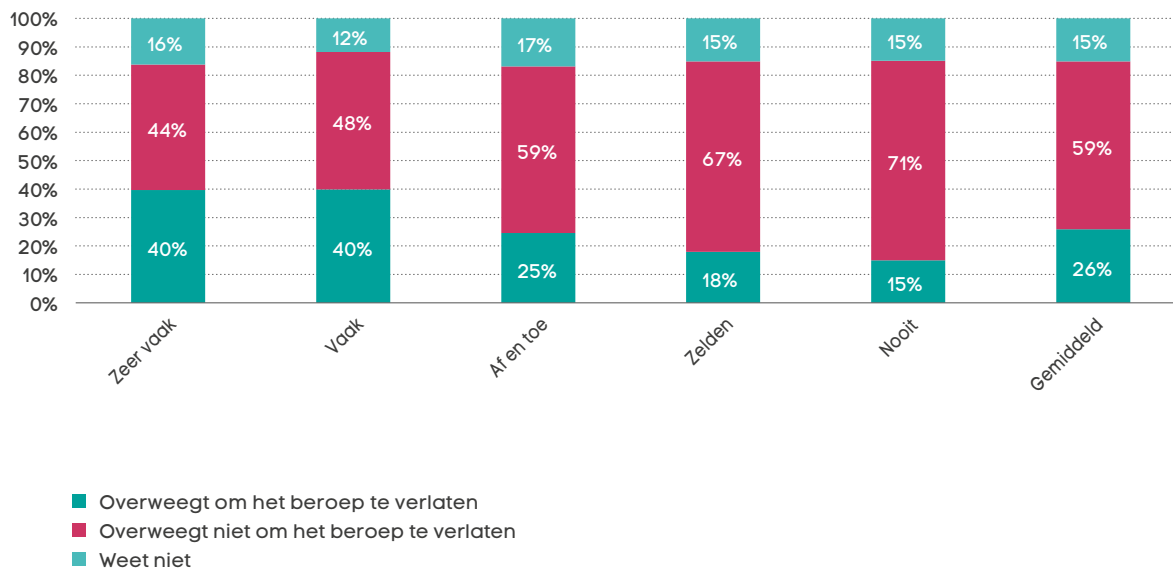
Afgezien van de gevallen van geweld die verband houden met interactie tussen zorgverleners, komen de hoogste percentages in termen van frequentie van door het personeel ervaren geweld van de zorgontvangers zelf (34% zegt dat het hen af en toe overkomt en 28% frequent of vaak) of van hun familieleden.

3.3.2. Toename van geweld tussen verzorger en verzorgde

In Frankrijk zijn, in vergelijking met andere beroepssectoren, twee keer zoveel verpleegkundigen en zorgkundigen het slachtoffer van onbeleefdheid en fysiek of verbaal geweld tijdens hun werk dan de beroepsbevolking als geheel (Odoxa, 2022). Wanneer de relatie tussen verzorger en verzorgde wordt verstoord, kan dit geweld uitlokken. Wanneer de werkomstandigheden verwaarloosd worden, kunnen we ons voorstellen dat het gebrek aan tijd en personeel het opbouwen van een vertrouwenskader tussen verzorger en verzorgde in de weg staan. Het eigenlijke zorgwerk (*'care-giving'*)²³ komt dan in het gedrang en wordt in zekere zin ontmenselijkt. Dit kan ertoe leiden dat zorgverleners het gevoel krijgen dat ze hun werk slecht doen of zelfs anderen slecht behandelen, wat leidt tot het al genoemde verlies van betekenis. Aan de andere kant verklaart dit de spanning en het geweld van verzorgden en hun families. “De werkomstandigheden van het zorgpersoneel, dat steeds sneller moet presteren met het oog op een hogere rendabiliteit, creëren geen klimaat dat bevorderlijk is voor de mentale en lichamelijke gezondheid van de werknemers” (Lootvoet & Peemans-Pouillet, 2016, p. 39, eigen vertaling). Voor verzorgers die gedreven worden door bezorgdheid om anderen en zich toespitsen op zorg, leidt geweld dat rechtstreeks door verzorgden wordt veroorzaakt tot “ontredding of zelfs een breuk in het psychologisch contract” (Brignon, Gapin, & Pantaléon, 2022, p. 124, eigen vertaling). We zien dan ook een verband tussen de frequentie van het geweld door de zorgontvangers en de intentie van de zorgverleners om het beroep te verlaten (zie Figuur 13).

23 Tronto definieert vier fasen van zorg: i) zorg als de erkenning van een behoefte (*caring about*), ii) verantwoordelijkheid nemen voor de zorg (*taking care*), iii) het eigenlijke zorgwerk en de bijbehorende vaardigheden (*care-giving*) en ten slotte iv) de reactie van de ontvanger (*care-receiving*) (Tronto J., 2009, pp. 147-150).

Figuur 13: Intentie om het beroep te verlaten volgens de frequentie van geweld door zorgontvangers



Bron: EMOVA

3.4. Conclusie

Dit hoofdstuk bood de gelegenheid om dieper in te gaan op de dimensie care, die in de huidige organisatie van de gezondheidszorg verwaarloosd lijkt te zijn. En dat stelt zorgverleners voor grote uitdagingen: het gebrek aan tijd die aan de (vaak te talrijke) patiënten wordt besteed, de omvang van administratieve taken die ver van de kern van het beroep afstaan, een werkritme dat het evenwicht tussen werk en privéleven bemoeilijkt, en de moeilijkheid om banden en solidariteit te onderhouden in teams die soms gedestructureerd zijn door de sluiting van afdelingen of interne overplaatsingen. Deze verschillende factoren beïnvloeden de betekenis van werk en uiteindelijk de intentie om de job en het beroep te verlaten, waardoor het tekort nog groter wordt. Het lijkt dus essentieel de arbeidsomstandigheden rond deze dimensies te verbeteren om het tekort, dat er al jaren is, in te dammen en de gezondheidszorgberoepen aantrekkelijker te maken.

Een van de sterkste conclusies die we nu al kunnen trekken, is dat het tekort een vicieuze cirkel creëert van slechtere arbeidsomstandigheden en zorgverleners die keer op keer afhaken. Als er een tekort is in de bouwsector, gaat de bouw van huizen langzamer. Maar een tekort in het gezondheidsdomein zorgt voor overbelasting van andere zorgverleners en brengt de gezondheid van de bevolking in gevaar.²⁴ “Het tekort vergroot de organisatorische en emotionele belasting voor verpleegkundigen, die sowieso al dagelijks te maken hebben met moeilijke menselijke situaties” (Noirfalissee, 2019, p. 5, eigen vertaling). “Wanneer ze tot het uiterste worden gedreven, bestaat het risico dat deze werknemers zich op hun beurt afwezig melden, terwijl we er nu al niet in slagen vervangers aan te werven. De gezondheidszorg bevindt zich in een neerwaartse spiraal” (Cornu, 2024, eigen vertaling), eerder dan dat ze voor een lineair probleem met oorzaken en gevolgen staat. Hier voeden de gevolgen de oorzaken en vice versa.

²⁴ Citaat gehoord op een militantenvergadering van het ACV over de non-profitsector, op 30 november 2023.

4. Het ‘zorgen voor’ in crisis

Het gebrek aan waardering van de care-beroepen bereikt zijn grenzen, wat momenteel tot uiting komt in een tekort aan werknemers, ook al worden deze functies als essentieel beschouwd voor de zorg voor onze kwetsbaarheden (ziekte, ouderdom, afhankelijkheid, enz.).

De uitval onder de verpleegkundigen zou ook verklaard kunnen worden door het feit dat het beroep op een meer generieke manier tot de care-beroepen behoort. Het blijft tegenstrijdig en moeilijk te begrijpen waarom er een tekort is aan essentiële functies in een samenleving waarin iedereen op een bepaald moment zorgbehoevend zal zijn. De uitdagingen op het gebied van care zijn vaak ‘onzichtbaar’, wat de erkenning en waardering ervan in de maatschappij belemmert. Het is een van de belangrijkste invalshoeken van de care-theorieën die we hier verkennen om een beter begrip te krijgen van het tekort en het gebrek aan aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige. Om dit gebrek aan sociale erkenning van het ‘zorgen voor’ te verklaren, volgen we vier denkpijles.

De eerste betreft de onzichtbaarheid van de care in de relatie tussen verzorger en verzorgde. In de zorg is het veel eenvoudiger het aantal technische prestaties te tellen dan de aanwezigheid of de tijd te kwantificeren die besteed is aan het luisteren aan het bed van patiënten. Bepaalde aspecten van de zorgverlening zijn dus minder gemakkelijk te meten en te waarderen. “Verpleegkundige activiteiten zoals de emotionele zorg voor patiënten en hun familie, creatieve zorgstrategieën rond comfort, intimiteit, pijnverlichting en het onderhouden van vertrouwensrelaties worden nog steeds verwaarloosd” (Huércanos Esparza, 2012, eigen vertaling). “Omgekeerd zijn de technische aspecten die te protocolleren en meten zijn, geassocieerd met biomedische activiteiten (...), economisch evalueerbaar en genieten deze sociale erkenning” (Huércanos Esparza, 2010, eigen vertaling).

De tweede verklaring voor het gebrek aan waardering voor het ‘zorgen voor’ is gebaseerd op de voorstelling van care-werk als een ‘niet-productieve’ activiteit. Federici stelt het als volgt: “De logica van het kapitalistische systeem is dezelfde die niet enkel huishoudelijk werk devalueert, maar ook reproductie, zelfvoorzienende landbouw, het milieu, het bos en de lucht. Het is een anti-levenslogica (...), die niet geïnteresseerd is in de waarde van het menselijk leven of van het leven in het algemeen. Ze moet dit alles devalueren om het te kunnen exploiteren” (Federici, 2021, p. 182, eigen vertaling). Voor Federici is het beschouwen van huishoudelijk werk als een niet-productieve activiteit, dit is een activiteit die geen economische waarde produceert, het uitgangspunt voor de ongelijke behandeling van mannen en vrouwen. De onderwerping van vrouwen aan deze huishoudelijke taken zou een negatieve invloed hebben op alle activiteiten van vrouwen in de maatschappij, zowel informeel (thuis) als formeel (formele banen zoals gezondheidszorgberoepen). Zorgen voor zieke familieleden, voor de emotionele lasten van anderen, voor ouderen, enz. wordt in onze samenleving niet gewaardeerd omdat het ‘niet productief’ zou zijn. “Dit gebrek aan waardering van de beroepen die zorg voor personen inhouden, komt onder andere tot uiting in de lage lonen, maar vooral in de hoge concentratie van vrouwen in deze beroepssectoren en in huishoudelijke activiteiten” (De Bouver, 2015, p. 17, eigen vertaling).

Een derde verklaring voor het gebrek aan waardering voor care-beroepen is cultureel en symbolisch, gebaseerd op de ‘heilige’ voorstelling van zorg. ‘Zorgen voor’ leunt nauw aan bij liefde, geven en genegenheid, wat zou verklaren waarom de zorgrelatie als heilig wordt voorgesteld en dus gratis zou moeten zijn. ‘Zorgen voor’ zou daarom noodzakelijkerwijs buiten de financiële sfeer moeten vallen, wat zou kunnen verklaren waarom care financieel minder gewaardeerd wordt. Het is ook aangetoond dat de samenleving zogenaamde vrouwelijke eigenschappen (bijvoorbeeld die rond ‘geven’, ‘gemeenschap’, ‘begrip voor anderen’ en ‘vriendelijkheid’) (Twenge, 1997) nog steeds minder waardeert dan “kwaliteiten die sociaal als mannelijk worden beschouwd (rationaliteit, deugd, broederschap, enz.)” (De Bouver, 2015, p. 15, eigen vertaling).

Tot slot komt de onderwaardering van *care* ook voort uit de devaluatie van afhankelijkheid ten gunste van onafhankelijkheid en kracht. Veel mensen maken zichzelf wijs dat ze onafhankelijk zijn omdat ze de relaties waarvan ze afhankelijk zijn, verbergen (gezondheidszorg, voeding, kinderen, ouders, enz.). Hoewel dit hen begunstigt, ontkennen ze tegelijkertijd de waarde van deze relaties (Hamrouni, 2012). De uitdaging is dan om de zorgrelaties (of overdracht van *care*) die onafhankelijkheid mogelijk maken, zichtbaar te maken, met name die tussen de klasse van vrouwen en de klasse van mannen, tussen welgestelde vrouwen en armere vrouwen, tussen burgers uit arme landen en burgers uit rijke landen, enz. (Okin, 1995). Terwijl we allemaal (mannen en vrouwen) afhankelijk zijn, is onafhankelijkheid voornamelijk toegankelijk voor 'mannen'. De paradox is als volgt: het is niet mogelijk om zonder *care* te leven en tegelijkertijd wordt de behoefte eraan cultureel uitgewist (Ehx, 2018).

Dat we de tekorten koppelen aan het gebrek aan waardering van zorg is een sociale en politieke kwestie in de lijn van de *care*-theorieën van Tronto (2012): *care* moet zichtbaar gemaakt worden! We moeten ruimte maken voor 'de dingen waarvoor we zorg moeten dragen', gevoelens, zorg voor anderen, onderlinge afhankelijkheid en kwetsbaarheid, in de politiek en de rechtspraak. Zo niet lopen we het risico dat de 21^e eeuw een eeuw zonder zorg wordt.

We moeten ruimte maken voor 'de dingen waarvoor we zorg moeten dragen', gevoelens, zorg voor anderen, onderlinge afhankelijkheid en kwetsbaarheid, in de politiek en de rechtspraak. Zo niet lopen we het risico dat de 21^e eeuw een eeuw zonder zorg wordt.



5. Enkele uitdagingen rond het tekort

In het licht van de huidige en toekomstige kwantitatieve gegevens over het tekort, lijkt het essentieel om de huidige crisis in het 'zorgen voor' te erkennen als uitgangspunt voor de implementatie van een nieuw overheidsbeleid. Hieronder bespreken we enkele problemen of gevolgen van het tekort.

5.1. Toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg

Het tekort dreigt een groot probleem van toegang tot zorg te veroorzaken doordat essentiële gezondheidszorg niet langer beschikbaar is (Cès, 2021). Deze onbeschikbaarheid kan zich concreet uiten in een wachtlijst of de beslissing van een patiënt-e om geen zorg te zoeken vanwege diens verwachtingen (Cès, et al., 2017). De onbeschikbaarheid van zorg treft in eerste instantie kwetsbare mensen, aan wiens basisbehoeften mogelijk niet wordt voldaan. Deze problematische situatie kan leiden tot een verslechtering van de fysieke en mentale gezondheid van mensen en een overdracht van de problemen naar hun mantelzorgers (burn-out, depressie, gezondheid, enz.). Helaas zullen de gevolgen van het gebrek aan beschikbare verpleegkundige diensten waarschijnlijk weinig zichtbaar zijn, omdat het tekort aan personeel ook een impact heeft op de detectie van zorgbehoeften. De onbeschikbaarheid van verpleegkundige diensten zal de organisatie van de zorg waarschijnlijk ook na het ontslag van de patiënt-e uit het ziekenhuis in gevaar brengen, gezien de uitdagingen inzake thuiszorg (sterker afhankelijke mensen, zwaardere en complexere zorg, ongelijkheden op het gebied van huisvesting, enz.).

5.2. Taken verdelen, delegeren en overdragen

Een oplossing voor het tekort is het creëren van nieuwe functies (bijvoorbeeld 'basisverpleegkundigen'). Het doel van deze oplossingen is de juiste mensen die de juiste taken uitvoeren op de juiste plaats te zetten, zodat bepaalde taken aan minder gekwalificeerde mensen kunnen worden gedelegeerd. Aangezien er nu al een tekort is aan zorgkundigen, net als aan andere *care*-beroepen (kinderverzorgers, gezinshulpen, huishoudelijke hulpen, maatschappelijk werkers, enz.), lijkt het terecht dat we ons de vraag stellen: waarom zouden soortgelijke functies de huidige trend van een tekort aan kandidaten doorbreken? De creatie van de functie van zorgkundige in 2006 lijkt de deur te hebben geopend tot dit proces. Daarnaast baart deze trend tot kwalificatieverlaging ook zorgen, gezien de toename van het aantal minder gekwalificeerde mensen in teams, wat een negatief effect zou hebben op de kwaliteit van het uitgevoerde werk (Montay J., 2023).

Bovendien is er een gebrek aan kandidaten die aan het bed van de patiënt-e willen werken, dichterbij het *care*-werk, ten gunste van andere soorten functies (specialisaties, zorgcoördinatie, enz.) (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 13). De opwaardering van competenties gebeurt aan de hand van specialisaties (alleen toegankelijk voor verpleegkundigen met een bachelordiploma) en universitaire carrièrepaden, en niet meer door er simpelweg te zijn aan het ziekbed. Het gevolg is dat het 'zorgen voor' wordt gedelegeerd aan basisverpleegkundigen en aan zorgkundigen. Deze opsplitsing bevestigt opnieuw de idee van erkenning op basis van technische en wetenschappelijke competenties (symbolische en geldelijke waardering), met tegelijkertijd een verlies aan betekenis en een tekort aan personeel dat de patiënten verzorgt.

5.3. Verbanden tussen formele en informele zorg

Het tekort, gecombineerd met een verschuiving naar ambulante zorg en het feit dat ouderen vaak thuis blijven wonen, kan betekenen dat de last van de care bij meer informele²⁵ actoren komt te liggen. Dit kan op zijn beurt de ongelijkheid vergroten. Bovendien nemen overheden steeds vaker hun toevlucht tot informele zorg of delegeren ze deze.

Vooreerst ontkent de idee dat mantelzorgers het tekort zouden kunnen aanvullen de technische aard van een beroep en wijst het op de onzichtbaarheid van de zorgberoepen, al aangeklaagd deel 4. Ten tweede lijkt het erop dat er rond thuiszorg heel wat beleidsmaatregelen zijn (Dussuet, 2002). We blijken evenwel de realiteit van de arbeidsomstandigheden van het medisch korps of de informele zorg te vergeten en de voorkeur te geven aan innovatieve thuiszorgoplossingen voor de begunstigden (ouderen en hun familie) (Bensliman, Casini, & Mahieu, 2021). Er zijn ook ongelijkheden op het vlak van huisvesting. Thuisblijven is niet hetzelfde voor mensen die slecht gehuisvest zijn. In termen van sociale relaties en de mogelijkheid om informele hulp te krijgen, zijn er ook veel verschillen tussen individuen (Bourdieu spreekt van sociaal kapitaal dat, net als al het andere kapitaal, niet gelijk verdeeld is) (Bourdieu & Wacquant, 1992).

Daarom bestaat het risico dat het tekort de ongelijkheid nog zal vergroten, met extra druk op vrouwen, ouderen met beperkte gezinssteun en mensen die economisch minder kansrijk zijn. Het tekort vraagt dus om meer feministische waakzaamheid tussen formele en informele care: 'informeel zorgen voor' moet natuurlijk niet afgewezen worden, maar het risico bestaat dat deze terugval op het gezin vrouwen kwetsbaarder maakt op de arbeidsmarkt en dat dit voortdurend wordt verzwegen. In 85% van de gevallen zijn het bijvoorbeeld vrouwen die de mantelzorgers zijn (D'Ortenzio, Lahaye, Stultjens, & Vierendeel, 2021).

5.4. Noord-zuidkwesties

Op mondiaal niveau spelen er ook een aantal noord-zuidkwesties mee. Frankrijk onthaalt bijvoorbeeld veel Libanese verpleegkundigen en het tekort aan zorgpersoneel in Libanon heeft in de eerste plaats te maken met de vlucht van gekwalificeerd zorgpersoneel naar Europese landen (Grard & Allen, 2024). De Europese welvaartsstaten kunnen niet langer negeren dat ze deze migranten de mogelijkheid ontnemen om goed te zorgen voor hun naasten die in hun land van herkomst zijn achtergebleven, of dat ze in hun gastland niet dezelfde arbeidsomstandigheden of sociale zekerheid genieten (Merla & Degavre, 2016). Tegelijkertijd zijn er nog steeds veel obstakels voor de erkenning van buitenlandse kwalificaties. Een ander risico is een vorm van 'neokolonialisme'. Care-taken worden ook vaak uitgevoerd door 'gedevalueerde immigrantenpopulaties' (Laugier, 2010). Dit voedt het bestaan van een huishoudelijke en zorgarbeidsmarkt die niet altijd gereguleerd is, en waar "gezinnen de directe werkgevers worden van slecht betaalde arbeidskrachten (...) met een onzekere status (...)" (Merla & Degavre, 2016, p. 51, eigen vertaling).

²⁵ Informele, onbetaalde zorg verwijst naar alle onbetaalde diensten, verleend door individuen binnen een huishouden of gemeenschap ten behoeve van de leden, inclusief persoonlijke verzorging en huishoudelijk werk.

5.5. Niet leven in een zorgmaatschappij: ontkenning van kwetsbaren en afhankelijkheid

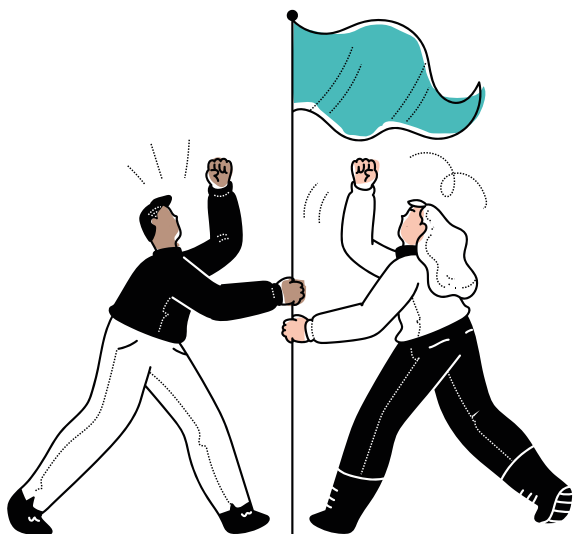
Een tekort aan essentiële functies tolereren is de zorg voor kwetsbare mensen ondermijnen door twee zaken te negeren: verantwoordelijkheid voor kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid voor degenen die voor afhankelijke personen zorgen. Het is alsof de maatschappij alleen nog waarde hecht aan 'onafhankelijkheid' of 'autonomie', dit is het vermogen om "wat afhankelijk en kwetsbaar is, te negeren: lichamen, zogenaamde kwetsbare mensen (kinderen, ouderen, zieken, gehandicapten, enz.) en de natuur (...)" (De Bouver, 2015, p. 16, eigen vertaling). Kwetsbaarheid negeren, is een deel van wat ons menselijk maakt negeren en daardoor tegelijkertijd de mensen die voor ons zorgen (en die vandaag nog altijd vooral vrouwen zijn) niet erkennen. Zoals we hebben gezien, is het tekort geworteld in een diep verlies aan betekenis, gekoppeld aan het feit dat de zorgverleners worden verhinderd een van de essentiële functies van hun beroep uit te voeren: het zorgen voor. Relaties, emoties en tijd zijn nochtans essentiële aspecten van de zorgberoepen. Zonder deze kenmerken zullen burn-outs en het verlies van betekenis en menselijkheid in de verpleging verder toenemen (Fleuri, 2019).

Het individuele streven naar onafhankelijkheid en de collectieve behoefte aan zorg, worden verzoend in een interessant concept: relationele autonomie (Nedelsky, 1989). Volgens de auteur zijn het zorg, bezorgdheid om anderen en aandacht voor de meest kwetsbaren die ons de mogelijkheid geven om werkelijk autonoom te zijn. In het licht van het tekort aan essentiële functies zou het daarom zinvol zijn om vraagtekens te zetten bij de denkbeelden van prestatie en controle. Deze ondermijnen essentiële menselijke eigenschappen zoals zorg voor ouderen, jonge kinderen en al die momenten in het leven waarop we allemaal kwetsbaar zijn. We zouden de care-aspecten moeten opnemen in het gezondheidsbeleid om te vermijden dat we in de loop der tijd zonder verzorgenden en zonder zorg komen te zitten en dat informele verzorgers en vrouwen overbelast raken.

Kwetsbaarheid negeren, is een deel van wat ons menselijk maakt negeren en daardoor tegelijkertijd de mensen die voor ons zorgen (en die vandaag nog altijd vooral vrouwen zijn) niet erkennen.

6. Aanbevelingen

Het tekort aan verzorgenden, besproken in dit onderzoek, is een bredere weerspiegeling van een crisis in de care-beroepen, die vooral de vrouwen treft. Zij vormen immers de meerderheid in deze functies. Ook in andere sectoren van de arbeidsmarkt ondervinden veel vrouwen dezelfde moeilijkheden als verpleegkundigen en zorgkundigen. Er is de impact van huishoudelijke en zorgtaken in de privésfeer op het beroepsleven, een gebrek aan erkenning van veel vaardigheden en competenties, verworven door opleiding en ervaring, omdat ze met een 'vrouwelijke aard' worden geassocieerd, de symbolische hiërarchisering van taken, lagere lonen voor jobs die als vrouwelijk gestereotypeerd zijn, geweld, pesten, discriminatie, enz. Meer in het algemeen weerspiegelt de crisis van het 'zorgen voor' een falen om te erkennen dat care essentieel is voor een goede werking van de samenleving, ondanks het feit dat "als niemand tijd, moeite en middelen zou investeren in deze essentiële dagelijkse taken, de gemeenschappen, bedrijven en hele sectoren van de economie zouden stilvallen" (Oxfam, 2024, eigen vertaling). Door deze problemen is het niet mogelijk stabiele, degelijke jobs te garanderen. Om de verschillende uitdagingen aan te gaan, stellen we de volgende aanbevelingen voor.



6.1. Het tekort zichtbaar maken, kwantificeren, en het beroep aantrekkelijker maken

Het personeelstekort heeft een negatief effect op de omgeving en de werkomstandigheden van het huidige personeel. Met het oog op de toekomstige demografische veranderingen (zoals de vergrijzing), die een impact zullen hebben op zowel de vraag naar zorg (bijvoorbeeld in de thuisverpleging) als op het zorgaanbod, is het noodzakelijk meer toekomstige professionals op te leiden in care-beroepen zoals verpleegkundigen en zorgkundigen en de basisopleiding doelgericht aan te pakken.

1. **Van care-beroepen een prioriteit maken bij politieke en budgettaire beslissingen.**
2. **De kwantitatieve gegevens** en informatie voor de planning van arbeidspotentieel verbeteren: betere verzameling van gegevens over vacatures, retentiepercentages, verloop, territoriale spreiding, in- en uitstroom, onderwijs, kwantificering van informele care en gegevens over transnationale arbeidsstromen (OMS, 2022, p. 15). De verzameling van kwalitatieve gegevens over welzijn en levenskwaliteit op het werk verzekeren om de voorwaarden voor bevredigende en duurzame jobs voor zorgverleners te verbeteren.
3. **De Belgische omkaderingsnormen bijstellen tot minstens het Europese gemiddelde** (8,3 voor 1).
4. **Eens de arbeidsomstandigheden verbeterd zijn, een structureel, duurzaam en ambitieus plan uitwerken op het vlak van aantrekkelijkheid en retentie**, en de sociale erkenning van het beroep verbeteren door af te stappen van het beeld van zorg als opoffering. We moeten ook de retentie van studenten verbeteren²⁶ bij stages (wat in de eerste plaats een verbetering van de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen betekent).

26 Zie de aanbevelingen van Gard, Baquet, & Mugisha (2023).

- 5. Meer stages buiten de ziekenhuisstructuren organiseren**, zodat er ook in andere verpleegsectoren (thuiszorg, woonzorgcentra, kleine voorzieningen, enz.) opleidingen kunnen plaatsvinden en ervoor zorgen dat elke stageplaats een warm onthaal en hoogwaardige ondersteuning bij het leerproces biedt. Gezien de omvang van het tekort een vergoeding invoeren voor de stagiaires in deze sector, zoals al gebeurt in Frankrijk, Zwitserland en Duitsland.
- 6. De lonen van de werknemers herevalueren** om rekening te houden met de langere studieperiode, bepaalde prestaties opwaarderen door de nomenclatuur aan te passen aan de toenemende complexiteit en intensiteit van de zorg, en de kilometervergoeding verhogen voor zelfstandigen en het personeel in de thuiszorg.
- 7. De erkenning van diploma's** behaald in landen buiten de Europese Unie, door mensen die nu in het land wonen, vereenvoudigen. Dit op basis van nauwkeurige criteria, in het bijzonder rekening houdend met de taalvaardigheid van patiënten, zodat zij het beroep kunnen uitoefenen waarvoor ze zijn opgeleid.

6.2. Het beroep weer betekenis geven en holistische zorg in de gezondheidszorgberoepen opwaarderen

Uit het onderzoek is gebleken dat het verlies van betekenis een significante invloed heeft op de intentie om de job en het beroep te verlaten. Naast de aspecten die verband houden met de buitensporige werklast, is het verlies aan betekenis gecorreleerd met de onmogelijkheid om de kern van het beroep uit te voeren: het 'zorgen voor' vanuit een holistische visie. Dit staat haaks op de logica van winstgevendheid, techniciteit, boekhouding, en de versnippering van prestaties. Het grote aantal onafgewerkte prestaties, tijdgebrek voor relationele zorg, de indruk dingen slecht te doen of mensen slecht te behandelen, de angst om fouten te maken, enz. maken het personeel kwetsbaar. Het gebrek aan sociale erkenning van *care*-vaardigheden leidt ertoe dat ze onzichtbaar worden. We moeten voorkomen dat alleen technische vaardigheden financieel worden gewaardeerd en het enige criterium worden voor loopbaanontwikkeling. Het is essentieel de waarde van *care* te erkennen bij het beoordelen van de vaardigheden en het waarderen van werknemers.



- 8. De loopbaanontwikkeling verbeteren** en alle zorgverleners uit de verschillende basisopleidingen de mogelijkheid bieden zich te specialiseren en hun competenties uit te breiden. Loopbaanontwikkeling en -continuïteit mogelijk maken op basis van basiscompetenties, erkenning van verworven competenties, opleidingen en verantwoordelijkheden. **Deze moeten niet alleen gericht zijn op de technische aspecten van de zorg, maar ook op de vaardigheden en bekwaamheden van het 'zorgen voor'** (een vertrouwensband scheppen, zorgzaamheid, empathie, luisteren, enz.). De opleidingen valoriseren die leiden tot *care*-werk, in het bijzonder 'aan het bed' van de patiënt-e.
9. De tijd voor preventie (gezondheidsbevordering en -opvoeding) en relaties (luisteren, ondersteuning, enz.) **officieel opnemen** in de nomenclatuur middels specifieke codes om de kern van de zorgberoepen en de tijd voor teamwerk te beschermen. Bovendien ook de waarde van kleine prestaties in de thuiszorg verhogen zodat de nodige tijd voor de *care*-aspecten in acht wordt genomen.
- 10. Stabiele en complete teams verzekeren**, die garant staan voor welzijn op het werk, solidariteit en plezier om een betere zorg en beter beheer van ieders taken mogelijk te maken. Teamwerk opnemen in de opleiding, zodat de zorgverleners kunnen samenwerken in het belang van de persoon die verzorgd wordt en de overdracht van taken minder wordt.
- 11. De continuïteit van de zorg binnen een holistische, op care gerichte visie alsook de gezondheidsdoelstellingen vooropplaatsen**, en verkiezen boven het delegeren van taken aan nieuwe functies en het versnipperen van vaardigheden. Het doel is om de geschiktheid van functieprofielen en taken te beoordelen, echter zonder delegering te onderwaarden.

6.3. De veiligheid op het werk verzekeren

Uit het onderzoek kwam naar voren dat er in de gezondheidszorg veel geweld en discriminatie voorkomt, zowel door andere zorgverleners als door patiënten en hun familie. Deze situaties kunnen de zorgverleners verzwakken en ertoe leiden dat ze gaan twijfelen over hun wens om hun beroep te blijven uitoefenen. Daarnaast worden verpleegkundigen en zorgkundigen blootgesteld aan tal van risico's, zoals fysieke belasting, atypische werktijden, hoge veiligheidsrisico's (blootstelling aan gevaarlijke producten, ziekteverwekkers, verbale of fysieke agressie, enz.), evenals mentale of emotionele ontbering. Daarom zijn risicopreventie en een snelle aanpak in geval van een incident van vitaal belang.

- 12. De bescherming van werknemers tegen gezondheids- en veiligheidsrisico's op de werkplek** (spier- en skeletaandoeningen, ziekteverwekkers, parasieten, psychische aandoeningen, enz.) garanderen en zorgen voor beschermende uitrusting, ook voor thuisverzorgers, waarbij de kosten voor bescherming voor zelfstandigen worden vergoed.
- 13. Werk maken van preventie** inzake geweld, discriminatie, misbruik en intimidatie van stagiair-es, tussen zorgverleners en door patiënten, hun naasten en familieleden. Geweldbeheersing en teamwerk opnemen in de opleidingen. De referentieorganen en mechanismen voor schadevergoeding meer bekendheid geven en echt toegankelijk maken voor iedereen. Zorgen voor de aanwezigheid van meerdere vertrouwenspersonen in de organisatie.
- 14. De zwaarte van het beroep** van verpleegkundige en zorgkundige erkennen door ze op te nemen in de officiële categorie van zware beroepen en betere regelingen uitwerken voor het einde van de loopbaan.

6.4. Zorgen voor een organisatie die het welzijn van de werknemers en het evenwicht tussen werk en privéleven garandeert

Een van de grootste problemen die het onderzoek aan het licht bracht met betrekking tot retentie is de moeilijkheid om werk en privéleven te combineren in een overwegend vrouwelijke sector. Dit probleem wordt nog verergerd door onvoorspelbare werktijden en te veel presenteïsme. Door de moeilijkheden om werk en gezinsleven te combineren en door de zwaarte van de job, werken veel verpleegkundigen en zorgkundigen deeltijds. Er zijn echter zorgverleners, vooral zorgkundigen, die onvrijwillig deeltijds werken, wat erop wijst dat banen onzekerder worden als gevolg van misbruik van flexibilisering. Tot slot is het aangewezen meer **autonomie in te bouwen in het beheer van de planning en langetermijnplanningen op te stellen** (vooraf geplande werkroosters, sequentiële planning, enz.).

15. De risico's van presenteïsme verkleinen door de verantwoordelijken voor personeelsbeheer hierin op te leiden.

16. Ervoor zorgen dat overuren volgens de keuze van de werknemer worden gerecupereerd of uitbetaald. De bonussen voor nacht- en weekendwerk optrekken.

17. De banen van zorgkundigen vaster maken door contracten voor onbepaalde tijd aan te bieden, door loopbaanontwikkeling via opleiding mogelijk te maken en door deeltijdwerk als belangrijkste vorm van arbeidsorganisatie in deze sector tegen te gaan. Dit leidt namelijk tot onvrijwillig deeltijdwerk.

18. De buitensporige mobiliteit van werknemers van de ene dienst naar de andere verminderen en de werking van mobiele teams die zich specifiek met deze taak bezighouden, versterken.

6.5. Aandachtspunten rond de verschuiving naar ambulante zorg en ondersteuning voor mantelzorgers

Hoewel de verschuiving naar ambulante zorg de zorgkosten voor ziekenhuizen kan verminderen, moeten we waakzaam zijn voor de mogelijke gevolgen voor de sociale en economische ongelijkheid, vooral voor vrouwen, die veel vaker gevraagd worden mantelzorgtaken op zich te nemen. Thuisblijven om voor een familielid te zorgen kan soms een keuze zijn, maar toch moet er bijzondere aandacht worden besteed aan diegenen die zorg en hulp verlenen, omwille van de psychosociale risico's en de gevolgen voor de loopbaan.

19. De sociale beoordeling verbeteren en garanderen

(mogelijkheid van thuishulp, sociale of gemeenschaps-ondersteuning) en de beoordeling van de leefomgeving wanneer mensen na een opname weer naar huis gaan, rekening houdend met de sociale ongelijkheden en ongelijkheden op het vlak van huisvesting die indirect van invloed zijn op de kwaliteit van de thuiszorg. Intermediaire structuren tussen ziekenhuis en thuis ontwikkelen om ervoor te zorgen dat deze ongelijkheden niet verergeren door vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis en om heropname in het ziekenhuis te voorkomen.

20. De familie de financiële middelen en tijd geven die ze nodig heeft

om zorg te verlenen door informatie te verstrekken over thematische verloven en deze ook te garanderen, in het bijzonder voor mannen en bepaalde doelgroepen zoals eenoudergezinnen of gezinnen met een laag inkomen (ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand, palliatief zorgverlof en mantelzorgverlof). Het werk van mantelzorgers ondersteunen door begeleiding (omgaan met het emotionele aspect, preventie van burn-out of familiale conflicten, enz.).

21. Individuen de vrije keuze geven tussen institutionele structuren of thuiszorg, en de infrastructuur en menselijke hulpbronnen garanderen die hiervoor nodig zijn.

Conclusie

Deze studie bracht een onevenwicht aan het licht tussen het aantal verpleegkundigen en zorgkundigen in de gezondheidszorg enerzijds en de groeiende vraag naar zorg anderzijds, zowel nu als in de toekomst. Deze beroepen bevinden zich in een crisis en kampen met een personeelstekort. Uit planningsgegevens blijkt in het bijzonder dat het personeelsbestand niet toereikend zal zijn om aan de vraag in de thuiszorg en de WZC-sector te voldoen in beide gemeenschappen, alsook in de Vlaamse ziekenhuissector. Tegelijkertijd zijn het ziekteverzuim en het risico op burn-out in ziekenhuizen hoog. De normen voor het aantal patiënten per verpleegkundige liggen in België nog steeds hoger dan het Europees gemiddelde.

Deze studie zet meerdere oorzaken van dit tekort uiteen. Allereerst is er het demografische probleem, door de vergrijzing van de bevolking (waardoor de zorgvraag toeneemt) alsook van het huidige verplegend personeel (de leeftijdspiramides zijn afgeknot: het aandeel jonge verpleegkundigen is gelijk aan het aandeel oudere verpleegkundigen, terwijl zich in de loopbaan van een verpleegkundige veel problemen kunnen voordoen).

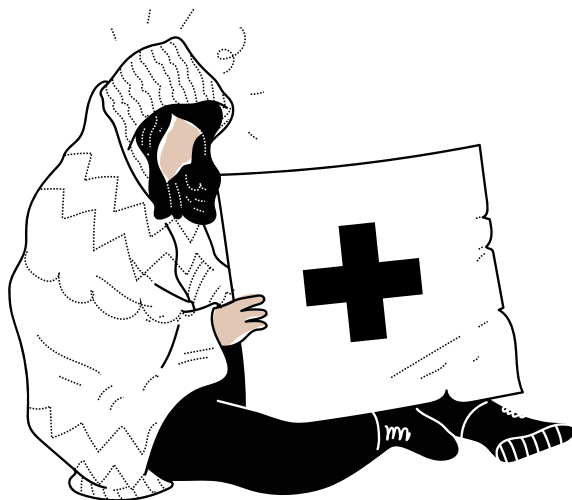
De behoeften van de bevolking nemen toe en worden complexer en intensiever, zoals aangegeven bij de bespreking van de veranderingen in de aard van de gevraagde zorg. De CM-gegevens illustreren dit bijzonder goed voor de thuisverpleging. Tussen 2013 en 2022 steeg het aantal jaarlijkse contacten van de verzorgers met 26%, en degenen die veel prestaties behoeven hebben er nog meer nodig. Met het oog hierop moet het aanbod dienstovereenkomstig worden uitgebreid door meer toekomstige zorgverleners op te leiden en de retentie van actief personeel te verbeteren.

De aantrekkelijkheid van care-beroepen blijft echter afnemen. Dit wijst op een crisis in het 'zorgen voor', die al begint bij de studenten. Gezien het verlies van betekenis en de cijfers over ontevredenheid onder verpleegkundigen, lijkt het complex om in deze context jonge zorgverleners op te leiden en hen te stimuleren voor deze beroepskeuze (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023). De moeilijkheid om jonge mensen warm te maken voor deze beroepen en voor lange tijd op de arbeidsmarkt te krijgen, sluit aan bij de malaise van verzorgers die al in dienst zijn.

Personeelsretentie is een hele uitdaging en vereist in de eerste plaats betere arbeidsomstandigheden voor zorgverleners. De problemen die verzorgers ervaren zijn chronisch. Het tekort doet zich voor in een sector waar 86% van de werknemers vrouwen zijn. De onmogelijkheid om werk en privéleven te combineren is een bepalende factor voor mensen die hun job of het beroep verlaten. Dit verklaart ook waarom het zo moeilijk is om verpleegkundigen tussen 25 en 40 jaar aan boord te houden. Door de moeilijkheden om werk en gezin te combineren en door de zware aard van de beroepen kiezen velen van hen bovendien voor deeltijdwerk. Deze factoren tonen aan dat het tekort niet losstaat van genderkwesties in de huiselijke en gezinssfeer. De stijgende werkdruk als gevolg van personeelstekorten en de toenemende complexiteit van de zorg, in combinatie met de toename van niet-verpleegkundige taken, betekent dat bepaalde – met name relationele – prestaties niet worden uitgevoerd. Deze onmogelijkheid vergroot de ontevredenheid over het werk, leidt tot een verlies van betekenis, tot de intentie om het beroep te verlaten en vergroot, uiteindelijk, het tekort. Ook rationalisatie en computerisering hebben nadelige gevolgen voor het 'zorgen voor'. Tot slot krijgen veel verzorgers te maken met situaties van geweld die een sterke invloed hebben op hun intentie om hun job en/of beroep op te geven. Het feit dat weinig teams volledig zijn en een gebrek aan tijd voor teamwerk, lijken eveneens zeer nadelig te zijn.

Als de huidige en toekomstige tekorten aanhouden, zullen de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg eronder lijden. Ook zal het evenwicht tussen werk en privéleven verslechteren (de zorg die door familieleden wordt verleend, zal waarschijnlijk toenemen en het beroepsleven van vrouwen, alleenstaanden en mensen in precare situaties bemoeilijken) en zal de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige verder uithollen. De care-beroepen, waar tijd, relaties en anderen nabij zijn centraal staan, bevinden zich in een crisis omdat precies deze essentiële componenten zijn aangetast door de prestatiedrang van de hedendaagse samenleving.

Deze problemen komen tot uiting in de oorzaken van het tekort aan verpleegkundigen en weerspiegelen meer in het algemeen de moeilijkheden waarmee mensen tewerkgesteld in de care-beroepen te maken hebben: “Nanny’s, zorgverleners, huishoudsters, huishoudhulpen met of zonder papieren, betaald of onbetaald, [en daar voegen wij nog verpleegkundigen, mantelzorgers of andere care-functies zoals kinderbegeleiders, leerkrachten, enz. aan toe] vormen een onzichtbaar leger dat verbannen wordt naar de coulissen van een wereld van prestaties die hen wil negeren. De winnaars zijn dan diegenen die er al te goed in slagen om niet te zien hoe hun succes en de uitbreiding van hun slagkracht afhangen van wie hen bedient” (Laugier, 2010, p. 118, eigen vertaling), en van de zorg, de care, die ze krijgen.



Bibliografie

- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Management & Prospective*, 35, 119-148.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- ACN. (2022). Manquerons-nous d'infirmiers et d'infirmières en 2043. 203.
- Arnoux-Nicolas, C., Dosnon, O., Lallemand, N., Sovet, L., Di Fabio, A., & Bernaud, J. (2016). Influence des différences interindividuelles et de la mobilité professionnelle sur le sens du travail. *Le travail humain*, 79, 147-168.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness Presenteeism : Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958-966.
- Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023.
- Belga. (2023). Infirmiers, aides-soignants... : une dizaine de milliers de manifestants en colère ont défilé à Bruxelles. <https://www.rtbfb.be>.
- Benayad, M. (2023). Mon stage d'infirmière devait être un rêve. Je suis devenue de la main-d'œuvre gratuite et corvéable pour des supérieurs qui me méprisent. *Lalibre*.
- Bensliman, R., Casini, A., & Mahieu, C. (2021). "Squeezed like a lemon": A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. *Health & Social Care in the Community*, 30.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagber, G., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow ? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629-638.
- Berthe, B., & Dumas, M. (2020). Le présentéisme et ses leviers émotionnels comme problématique managériale : une étude par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 38(9), 25-48.
- Bonneville, L., Grosjean, S., & Mayère, A. (2010). Rationalisation des organisations hospitalières. *Sciences de la société*, 76, 3-13.
- Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *ADSP 2022/2 (N°118)*, 11-14.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Seuil.
- Brignon, B., Gapin, M., & Pantaléon, N. (2022). La mobilité soignante non choisie discutée depuis l'activité managériale du cadre de santé débutant. *Recherche en soins infirmiers*, 149, 19-30.
- Bruyneel, A., Bouckaert, N., Maertens, C., Detollenaere, J., Kohn, L., Pirson, M., . . . Van den heede, K. (2023). Association of burnout and intention to leave the profession with work environment : A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 137.
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive & Critical Care Nursing*, 65.

- Casini, A., Degavre, F., Desmette, D., & Melotte, P. (2021). Honeypot. Projet de recherche sur les métiers des personnels de soins à domicile. Louvain-la-Neuve: UCLouvain.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Cornu, G. (2024). SOS, soins de santé en détresse! Le soir.
- Cors, S. (2023). Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ? Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain.
- Culture et démocratie, o. c. (2018). Neuf essentiels sur l'art, le soin et les milieux des soins. *Culture et démocratie*, 51-56.
- De Bouver, E. (2015). L'existential est politique : enquête de sociologie politique sur le renouveau du militantisme : les cas des simplicitaires et des coaches alternatifs, Thèse de doctorat en sciences sociales. Université catholique de Louvain.
- De Rynck, P., & Dispa, M.-F. (2023). L'emploi dans l'aide et les soins, quel avenir ? Bruxelles: Fédération Roi Baudouin.
- Demerouti, E., Le Blanc, P., Bakker, A., Schaufeli, W., & Hox, J. (2009). Present but sick : a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- Denizeau, L. (2023). De nos vulnérabilités. Habiter le monde en ces temps d'incertitude. Bruxelles: Temps d'arrêt. yapaka.be.
- D'Ortenzio, A., Lahaye, L., Stultjens, E., & Vierendeel, E. (2021). Aidant-es proches : tour d'horizon dans une perspective de genre. Bruxelles: Femmes Prevoyantes Socialistes.
- Dussuet, A. (2002). Le genre de l'emploi de proximité. *Lien social et Politiques*, 47, 143-154.
- Estryn-Behar, M., & Le Nezet, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres*, 2, 2-14.
- Eyland, I. (2021). Les savoirs infirmiers liés au care exprimés dans les gestes professionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 105-115.
- Federale raad voor verpleegkunde. (2017). De deontologische code voor de belgische verpleegkundigen.
- Federici, S. (2021). Du «salaire au travail ménager» à la politique des communs. *La Découverte*, 46, 179-184.
- Fisette, M.-L. (2013). Encore quelques papiers, chers collègues, chers docteurs. *Cahier Santé Conjuguée*, 64, 108-113.
- Fleuri, C. (2019). Le soin est un humanisme. Paris: Gallimard.
- FOD Volksgezondheid. (2021). PlanKad Verpleegkundigen 2004-2018. Brussel.
- FOD Volksgezondheid. (2022). Jaarstatistieken. Met betrekking tot beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Brussel.
- FOD Volksgezondheid. (2024a). PlanKad Verpleegkundigen 2019-2021. Brussel.

- FOD Volksgezondheid. (2024b). De Verpleegkundigen workforce in 2046: toekomstprojectie op basis van de reële instroom tot 2022. Resultaten van de basisscenario's. Synthese. Brussel.
- Fusulier, B., & Moulaert, T. (2012). Etre infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone. Les cahiers de recherche du Girsef, 88.
- Fusulier, B., Sanchez, É., & Ballatore, M. (2013). Appartenance professionnelle et articulation travail/famille. Comparaison de deux groupes professionnels : les infirmières et les policiers. *Enfances, Familles, Générations*, 18, 94-119.
- Grard, C., & Allen, C. (2024). Bonnes pratiques à l'étranger en matière de revalorisation des métiers du soin. Le cas de quatre pays européens. Récupéré sur <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>
- Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L. (2023). Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation. UCLouvain.
- Hamrouni, N. (2012). Le care invisible : Genre, vulnérabilité et domination, Thèse de doctorat en philosophie. Université de Montréal et Université catholique de Louvain.
- Hellendorff, Y. (2023). Un manque généralisé. *Santé conjugée*, 103.
- Henry, H. (2023). Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan? . *Gezondheid & Samenleving*, 6, 6-35.
- Henry, H., Morissens, A., & Streel, C. (2022). Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.
- Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2023). Beknopt Verslag, Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen, Dinsdag 14-02-2023.
- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 42-58.
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F. (2018). Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? Dans E. Minvielle, *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 75-97). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42, 112-125.
- Le Petit Larousse. (1998).
- Livolsi, A.-M. (2023). Le recours au temps partiel par le personnel infirmier en milieu hospitalier. *Etat de la Question IEV*, 1-7.
- Lootvoet, V., & Peemans-Poulet, H. (2016). Un travail sans qualité? Enjeux de la qualification du travail des femmes : le secteur des soins. Bruxelles: Université des femmes.
- Mahieu, C. (2010). Le maillage des espaces de qualification : production d'une théorie enracinée à partir du cas de la validation des compétences en Belgique francophone. Thèse de doctorat. Université catholique de Louvain.
- Martinez-Garcia, E., Hausmann, T., & Wiseur, G. (2020). Enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin. Bruxelles: ULB - Centre METICES.
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101, 78-83.
- Merla, L., & Degavre, F. (2016). Le concept de défamilialisation à l'épreuve du care transnational. L'exclusion des travailleuses migrantes domestiques des politiques de care. *Informations sociales*, 194, 50-60.

- Monneuse, D. (2013). *Le surprésentéisme*. Bruxelles: De Boeck.
- Montay J. (2023). À quoi ressemblera le métier d'infirmier de demain ? La réforme de la profession se profile. RTBF.
- Muller, I. (2018). Les limites de l'organisation de la première ligne. *Santé conjuguee*, 85.
- Nedelsky, J. (1989). Reconceiving autonomy: Sources, thoughts and possibilities. *Yale Journal of Law and Feminism*, 1(7), 7-36.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400–410.
- Noël-Hureaux E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122, 7-17.
- Noirfalisse, Q. (2019). *L'hôpital du futur, vraiment ? - Blouses blanches, colère noire*. Médor.
- Nooney, J. G., Unruh, L., & Yore, M. M. (2010). Should I stay or should I go? Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1874-1881.
- Okin, S. (1995). Sur la question des différences. Dans *La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales* (p.57-59). Paris, France : la Découverte.
- OMS. (2022). *Health and care workforce in Europe : time to act*.
- Oxfam. (2024). *Inégalités économiques hommes-femmes*. Récupéré sur <https://oxfambelgique.be/inegalites-economiques-hommes-femmes>
- Pariante, M. (2019). La solidarité professionnelle. *VST - Vie sociale et traitements*, 144, 64-67.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform : A Comparative Analysis* (second edition). Oxford: Oxford University Press.
- Roux, A. (2013). Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face à un travail émotionnel empêché. *Communiquer*, 8, 81-98.
- Rusbult, C., Farrell, D., Rogers, G., & Mainous III, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: an integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599-627.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, 3.
- Statbel. (2023). *Kloof werkgelegenheidsgraad van vrouwen en mannen zonder kinderen volledig gedicht in 2021*.
- Statbel. (2024). *Demografische vooruitzichten 2023-2070*.
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le care ?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Twenge, J. M. (1997). Changes in Masculine and Feminine Traits Over Time : A Meta-Analysis. *Sex roles*, 36(5/6).
- Van den heede, K., Bouckaert, N., Detollenaere, J., Kohn, L., Maertens, C., Vanhooreweghe, J., . . . Sermeus, W. (2022). *Verpleegkundige bestaffing op belgische intensieve zorgen afdelingen: impact van twee jaar COVID-19 pandemie - Synthèse*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg .
- Van den heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., . . . Sermeus, W. (2019). *Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen- Synthèse*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vandecasteele, L. (2023). *Wassen, plassen, slapen, klaar. De crisis in de zorg en hoe eruit te raken*. EPO.

Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel? *CM-Info*, 282, 30-45.

View brussels. (2021). *Analyse des fonctions critiques 2020 en région de Bruxelles-Capitale*.

Wierink, M. (2008). *Critiques. Travail, genre et sociétés*, 20, 181-227.

Colofon

Studie afgerond in juni 2024.

AUTEURS

Thomas Lavergne - Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen

Hélène Janssens - Christelijke Mutualiteit

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

1060 Brussel

T +32 2 233 44 00

gelijkheid.manvrouw@igvm.belgie.be

[igvm-iefh.belgium.be](https://www.igvm-iefh.belgium.be)

DEPOTNUMMER

D/2024/10.043/26

VORMGEVING

Trinôme.be

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

... Cette publication est également disponible en français.