



## Het personeelsvraagstuk in de ouderenzorg in kaart gebracht

2012/18

11 | 10 | 2012



MENSEN



WELVAART



BESCHERMING

### Inleiding

Ouderenbeleid is een topprioriteit op korte termijn om de kwaliteit van het systeem van zorg en welzijn in ons land in stand te houden en waar mogelijk verder te verbeteren. Itinera bracht in augustus 2012 een rapport uit waarin de stijgende behoefte aan ouderenzorg, zowel in aanbod als kwaliteit, wordt beschreven. De uitdaging is enorm. Echter, wanneer de residentiële zorg en de thuiszorg elk met ongeveer één derde dienen te groeien vanaf 2010 tegen 2025 (KCE, 2011), is dit niet enkel een uitdaging van aanbod, bouw en infrastructuur, maar ook van personeel. Ook deze zal met één derde moeten toenemen, tenzij we de productiviteit in de zorg kunnen verhogen.

Hoe slagen we erin om voldoende kwalitatief zorgpersoneel aan boord te krijgen en te houden om de rijzende golf van ouderenzorg op bekwaame wijze te verlenen? Dat is de kern van het steeds dringender wordend personeelsvraagstuk in de zorg. Op zoek naar antwoorden, laat Itinera in dit rapport de stem aan bod komen van het brede scala van organisaties in de ouderenzorg, van gezinszorg en thuisverpleging tot serviceflats en woonzorgcentra. Meer concreet werden algemene directies, HRM verantwoordelijken en leidinggevenden in de zorg van 265 organisaties bevroegd.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Eerst analyseren we de personeelsuitdaging op basis van de literatuur en de studieresultaten. We gaan na welk beleid hier momenteel tegenover staat. Daarna overlopen we op systematische wijze de resultaten i.v.m. mogelijke oplossingen aan de hand van een algemeen HRM model. Ook hier geven we duiding op basis van wetenschappelijke kennis. Tot slot staan we stil bij het personeelsbeleid in zorg zoals dat in vele andere landen gevoerd wordt en formuleert Itinera de beleidsprioriteiten om inderdaad over voldoende en goed zorgpersoneel in België te beschikken als antwoord op de vergrijzing.

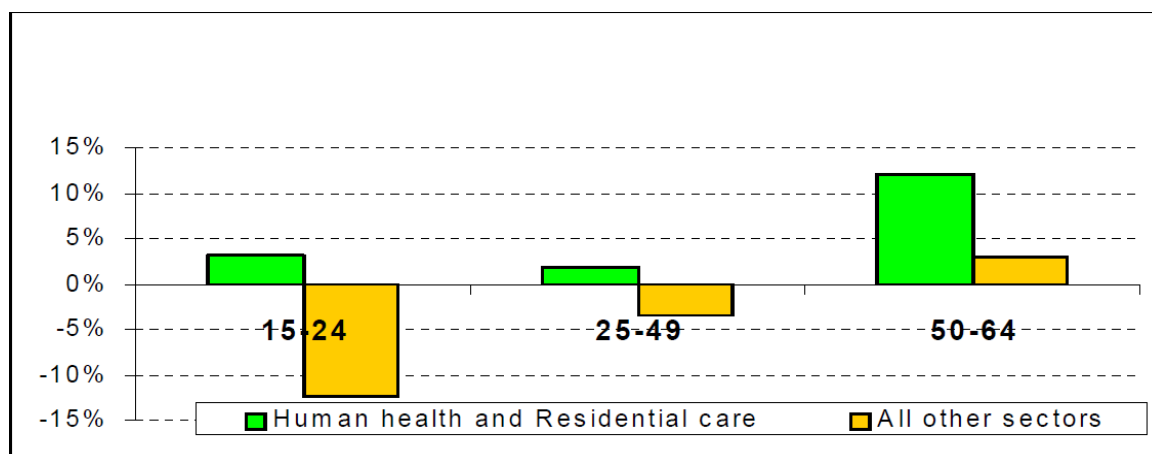
PIETER VAN HERCK  
Senior Fellow Itinera Institute

## De personeelsuitdaging

In 2010 waren er in de EU 17,1 miljoen banen in de zorg. Dit komt overeen met 8% tot 10% van de totale tewerkstelling (EU, 2012). Gedurende de afgelopen 10 jaren was er een stijging van tewerkstelling in de zorg met 21%. Zelfs tij-

dens de economische crisis werden er tot nu toe 770000 nieuwe jobs in de zorg gecreëerd. Dit wordt goed geïllustreerd in de onderstaande grafiek. De bijkomende tewerkstelling werd generaliseerd zowel bij jongere als bij oudere leeftijdscategorieën. De zorg is tijdens de crisis een aanzienlijke kracht geweest om op terug te vallen als motor van de economie.

Procentuele wijziging in tewerkstelling per leeftijdscategorie tussen 2008 en 2010



Bron: EU, 2012

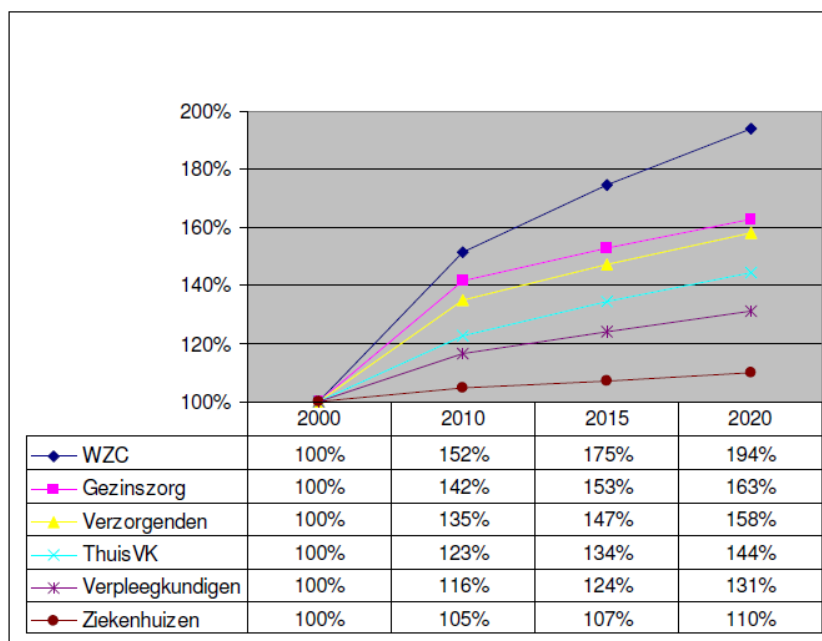
Echter, de vergrijzing zorgt niet enkel voor een stijgende behoefte aan zorg, maar ook van een pensioneringsgolf van het zorgpersoneel zelf. De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in de EU is 41 tot 45 jaren (EU, 2012). De uitstroom op oudere leeftijd begint volop op gang te komen. De meerderheid van EU landen ervaart vandaag tekorten in zorgpersoneel (instroom) en een toename van de turnover (doorstroom en uitstroom). Zonder bijkomende maatregelen zal er een tekort zijn van 1 tot 2 miljoen zorgverleners tegen 2020 (EU, 2012). Dit wil zeggen dat 15% van de zorgbehoefte niet ingevuld zou kunnen worden.

Bovenstaande internationale evolutie wordt bevestigd voor België en haar regio's. Gedurende lange tijd werd verondersteld dat de historische groei in aanbod van zorgverleners voldoende zou zijn om de vergrijzing op te vangen. Hierbij werd er gekeken naar de zorgverlening in haar geheel (Pacolet et al, 2005; Pacolet & Merckx, 2006). Echter, specifiek voor de ouderenzorg blijkt de nood aan zorguitbreiding hoger te liggen (KCE, 2011). Enkel en alleen voor de ouderenzorg zullen er 120000 extra krachten nodig zijn tegen 2050: 70000 in de residentiële sector en 47000 in de ambulante sector (Itinera, 2011).

Negen op de tien rusthuizen zijn momenteel op zoek naar zorgverleners. Eenzelfde noodkreet hoor je bij gezinszorg en andere actoren. Bovendien zijn er hierbij sterke lokale verschillen in vraag en aanbod. Zorgverleners zijn moeilijk in staat om ver te pendelen, gezien de beperkte vervoeropties bij onregelmatige uren. Ligging is medebepalend als criterium voor werkkeuze bij 91% van de studenten (Van Buggenhout et al, 2010). Waarom zouden ze ook verder reizen voor een nijpend tekort, indien er zich vlakbij ook vrije plaatsen aanbieden?

Onderstaande grafiek geeft de evolutie in werkgelegenheid weer ten opzichte van het jaar 2000. We merken hierbij op dat dit enkel een relatieve stijging weergeeft. Ziekenhuizen bijvoorbeeld kunnen omwille van hun personeelsomvang nog steeds een grotere stijging nodig hebben in absolute aantallen dan andere subsectoren.

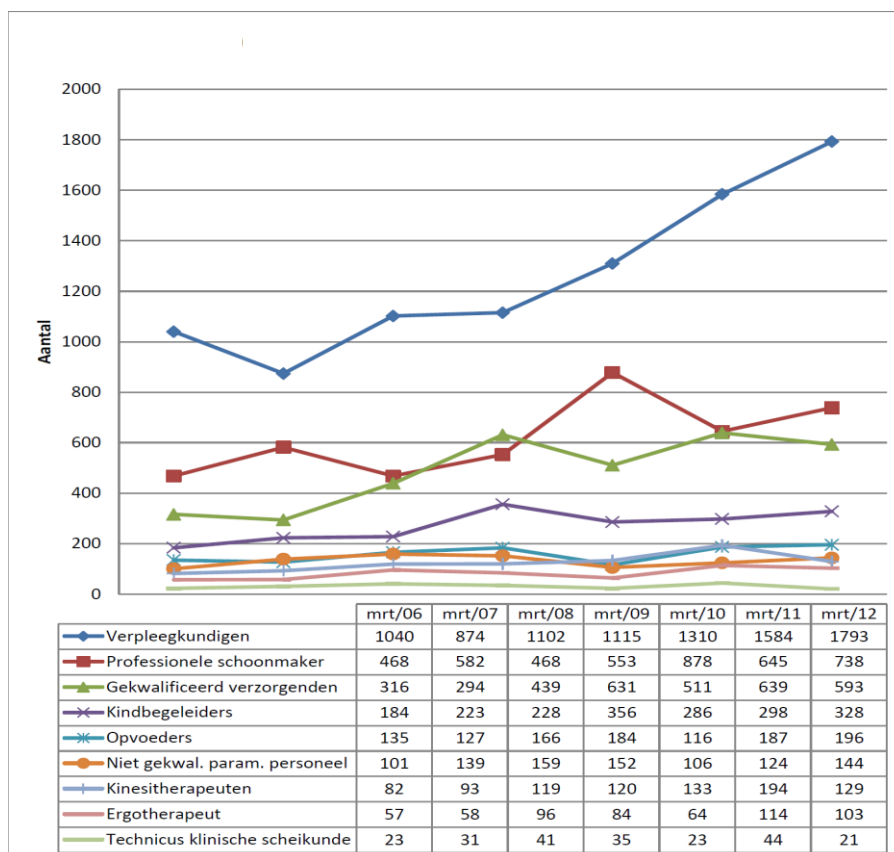
Evolutie werkgelegenheid per subsector tussen 2000 en 2020



Bron: Jaarverslag Ik ga ervoor, 2012

De vraag naar specifieke zorgberoepen neemt ook bij ons sterk toe, zoals de openstaande vacatures illustreren.

*Openstaande vacatures bij de VDAB*



Bron: Jaarverslag Ik ga ervoor, 2012

De crisis heeft tijdelijk de groei in instroom van zorgpersoneel aangezwengeld, die voordien een dalende trend vertoonde (OECD, 2008; Pacolet et al, 2005). Meer concreet was historisch, na 1990, de groei afgenomen van 2,6 naar 1,6% per jaar. Zorg biedt gelukkig relatief meer werkzekerheid dan andere beroepen. Theoretisch gezien is het te verwachten dat na de crisis dit patroon zich terug zal heroriënteren. Bovendien heeft de crisis ook een duidelijk

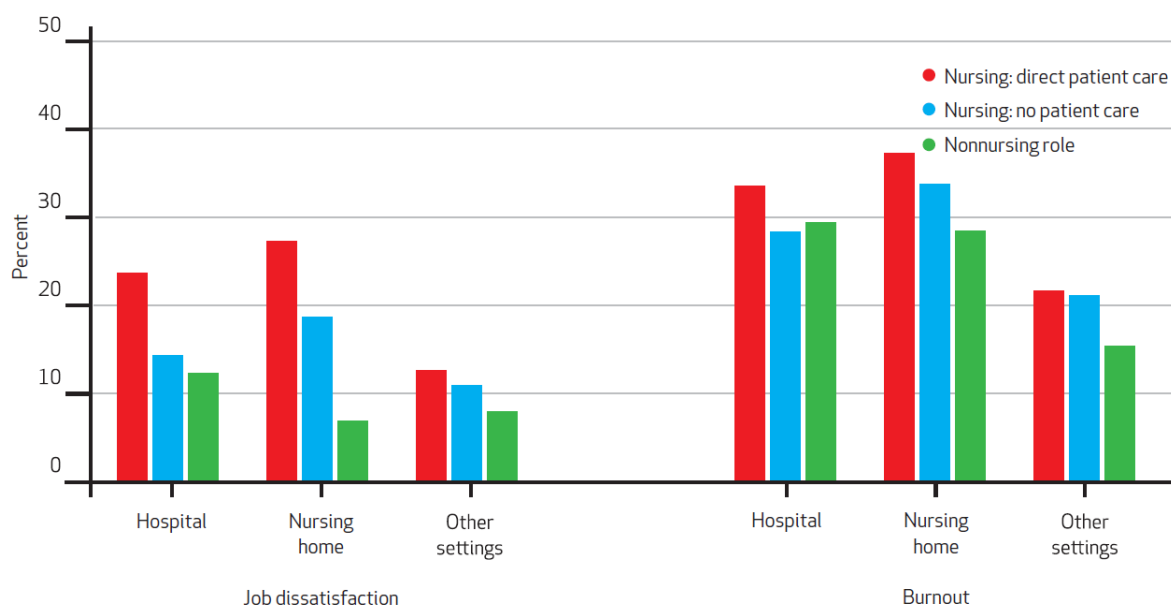
negatieve keerzijde in het verhaal. De huidige maatregelen van kostenbeheersing hebben een negatieve invloed op de zorgretentie en turnover in de helft van de EU landen ten gevolge van loonmatiging, personeelsafbouw, stijging van werkdruk, etc. (EU, 2012). De crisis verhoogt ook de rechtstreekse vraag aan zorg, omwille van haar negatieve impact op de publieke gezondheid (OECD, 2011). Dit geheel kan uitmonden in een negatieve spiraal waarin tekorten de

werkdruk en omstandigheden verslechteren, met telkens meer risico op ondermaatse kwaliteit van zorg. Dit wordt momenteel goed geïllustreerd door de uitstroom van zorgverleners in de zuiderse landen die de crisis volop beleven. Verpleegkundigen verlaten hun land om elders werk en betere werkomstandigheden te vinden.

Het aantal zorgverleners, hun kwalificatie en opleidingsniveau, en hun werkomstandigheden zijn allen gerelateerd aan de gezondheidssuitkomst van de patiënt, tot mortaliteit toe (Aiken & Cheung, 2008; KCE, 2008; Van den Heede et al, 2008)). Ook specifiek voor ouderenzorg worden gelijkaardige relaties geobserveerd met een impact op doorligwonden, urineweginfecties, aantal ziekenhuisopnames, patiënttevredenheid, personeelstevredenheid, etc. (Rondeau & Wagar, 2001; 2006; Horn, 2008). De kwaliteit komt onder druk te staan omdat het

personeel onder druk staat. Hierbij is er een duidelijke 'sense of urgency' (Van den Heede en Aiken, 2012). De zorg wordt ook in België gekenmerkt door een aanzienlijke ontevredenheid van het personeel (22%), hoge burnout cijfers (25%) en een hoge intentie om de zorgorganisatie te verlaten (30%) (Aiken et al, 2012; Sermeus & Bruyneel, 2012; Van den Heede et al, 2011). België heeft een vooraanstaande rol gespeeld bij het uitvoeren van deze studies op zowel Belgisch en Europees niveau. Zoals onderstaande figuur toont, zijn de HRM gebreken zoals gepercipieerd door verpleegkundigen des te meer aanwezig bij ouderenzorg in vergelijking met de acute zorg (McHugh et al, 2011). Het betreft cijfers voor de VS. Het intention to leave cijfer voor de ouderenzorg in België (28%) is echter vergelijkbaar met de ziekenhuissector (medewerkersmonitor, 2011).

Percentage verpleegkundigen die ontevreden zijn of een burn out hebben per setting, 2006-07



Bron: McHugh et al, 2011

Zorgverleners moeten vandaag meer (ziekere en complexere patiëntencasussen) met minder doen (OECD, 2011). De werkdruk wordt in de literatuur als hoog gerapporteerd, en de status en algemene waardering door anderen als laag (Simoens et al, 2005; OECD). Dit was ooit anders (Sermeus et al, 2009). Uiteraard biedt de zorg ook voldoening, contact met patiënten en senioren, teamwerk, persoonlijke verantwoordelijkheid, enz. De medewerkersbarometer van 2011 toonde aan dat zorgverleners in de ouderenzorg nog altijd graag hun beroep uitoefenen en sterk gemotiveerd zijn. De kracht van de intrinsieke voldoening en het idealisme is enorm in deze sector, groter dan elders. Men zit als zorgverlener echter voortdurend gewrongen tussen deze positieve elementen en de negatieve punten. Het is bijvoorbeeld sprekend dat in 2010 140000 mensen over een diploma verpleegkunde beschikken, waarvan slechts 100000 daadwerkelijk actief is in de zorg. Bijna 30% van de verpleegkundigen is niet (meer) bereid het beroep uit te oefenen waarvoor ze ooit gestudeerd hebben. Daarnaast werkt ook 64% van de zorgverleners in de ouderenzorg deeltijds. Beide zorgen voor een belangrijke onderbenutting van bestaande capaciteit.

Een onderzoek van Van Buggenhout en collega's in 2010 schetst een ontluisterend beeld van het personeelsvraagstuk in de ouderenzorg, contrasterend met het goede nieuws van de medewerkersbarometer. De helft van de woonzorgcentra kent maandenlange structurele tekorten aan verpleegkundigen. Een kwart krijgt de vacatures niet ingevuld. 40% van verpleegkundigen moet regelmatig inspringen voor collega's. 34% van hen wil de zorgorganisatie binnen de 2 jaren verlaten. Laatstejaarsstudenten haken af omwille van te weinig techniek, teveel hygienische zorg, een laag loon, veel weekendwerk, en vaak zo goed als afwezige groeikansen (Van Buggenhout

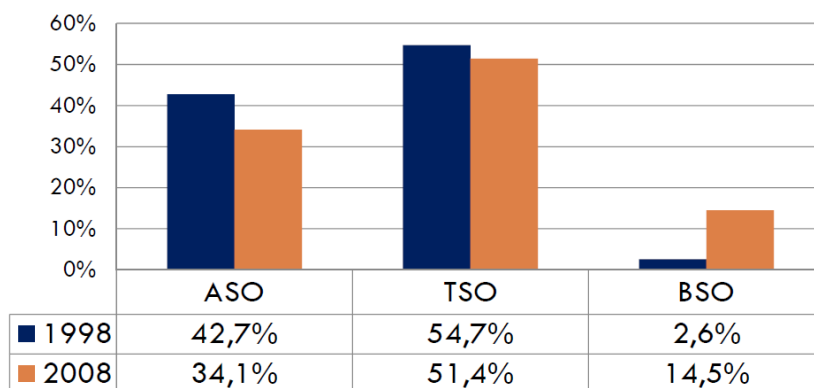
et al, 2010). De lage groeikansen worden algemeen bevestigd (OECD, 2011).

64% van de woonzorgcentra rapporteren overdreven eisen van kandidaten. Het overtuigen van stagiairs overtuigen lukt amper: slechts 5,2% gaat nadien aan de slag. Ruim de helft van de deelnemers aan project 600 vertrok meteen uit de woonzorgcentra na het behalen van het diploma. Bij het brugprogramma was dat laatste minder het geval. Tot slot een positieve noot: De kwaliteit wordt als goed tot uitstekend beoordeeld door de zorgverleners zelf. (Van Buggenhout et al, 2010)

De vraag is echter in welke mate we dat op termijn nog langer hard zullen kunnen maken. Er is immers ook sprake van een kwalitatieve schaarste (Sermeus et al, 2009). Het is een 'inconvenient truth' dat de zorguitkomsten voor verbetering vatbaar zijn. Dit werd in 2009 uitvoerig gedocumenteerd in de Blauwdruk Verpleegkunde voor wat betreft doorligwonden, nosocomiale infecties, etc. (Sermeus et al, 2009). De professionele kennis ligt 30 tot 34% lager bij Belgische verpleegkundigen dan bij Amerikaanse collega's. De studieachtergrond van instromers in de zorgopleidingen verschuift naar BSO, zoals geïllustreerd door de volgende figuur.

Evolutie van instroom tussen 1998 en 2008

Steekproef in 8 hogescholen



Bron: Jaarverslag Ik ga ervoor, 2012

Een tweede inconventient truth (Sermeus et al, 2009): Ondanks verschillende diploma's en competenties, kent de grote meerderheid van zorgverleners eenzelfde beroepsuitoefening. Met zorgverleners met een universitair diploma weten zorgorganisaties vaak geen blijf. Vandaag wordt het 'zalmpincipe' van opwaartse mobiliteit nog steeds heel beperkt toegepast in de zorg. Het principe van functiedifferentiatie en 'clinical ladders' is zo goed als onbestaande in de praktijk. Men kiest voor de nivellering, met een ongelofelijke verspilling van talent, kennis en kunde. Dit heeft bijvoorbeeld invloed op aspecten zoals rekenfouten en de hieraan gerelateerde medicatiefouten met bijhorende mortaliteit. De derde inconvenient truth is dat verpleegkundigen 20% van hun tijd besteden aan niet-verpleegkundige taken. Dit is wederom een grote verspilling van schaarse expertise. We moeten spijtig genoeg vaststellen dat er sinds de publicatie in 2009 nog niet zo heel veel veranderd is wat betreft deze tekortkomingen, ook niet voor ouderenzorg. We komen hierop terug bij de bespreking van de resultaten van de Itinera enquête.

De EU, de Institute of Medicine en andere gerenommeerde instellingen leggen er sterk de nadruk op dat met de focus op een meer chronische problematiek en de continue toevoer van nieuwe technologieën en zorgmogelijkheden, ook de vereiste vaardigheden van zorgverleners voortdurend verschuiven (Dubois et al, 2006; EU, 2012; IOM, 2008). Nieuwe zorgmodellen zullen de ouderenzorg van de toekomst domineren: meer interdisciplinaire samenwerking, case management, chronic disease management, farmaceutisch management, preventieve thuisbezoeken, proactieve rehabilitatie, opleiding en steun van mantelzorg, transitiezorg, evidence based toepassingen, enz. De diverse uitdagingen die we hierboven schetsen wijzen erop dat we wat betreft personeelsbeleid voorlopig nog geen afdoende antwoord kunnen bieden op zulke innovatieve noden.

Reeds in 2003 werden in België cruciale uitdagingen beschreven voor personeelsbeleid in de zorg, in het kader van de Belimage studie (Dierckx de Casterlé et al, 2003): Frustratie, ontevredenheid en moeheid bij de zorgverlening; een negatief imago van het zorgberoep; een gebrek

aan autonomie; een gebrek aan logistieke en administratieve ondersteuning; een gebrek aan ondersteuning vanuit het management, om maar enkele van de bevindingen te noemen. Hoe komt dat dit anno 2012 nog steeds herkenbaar is? Zoals Dubois en collega's aangeven in 2006, werd er in het verleden minder sterk ingezet op het personeelsbeleid in de zorg. Zorgverleners werden vaak als een kost beschouwd i.p.v. als een aanwinst en investering in de toekomst. Het personeel betreft inderdaad 70% van de totale zorguitgaven. Gezien de werknemersstatuten van zorgverleners, ondervindt het management en de beleidsmakers niet al te veel weerstand om personeel als een besparingspost te hantieren. Ook dit is één van de oorzaken van chronische problemen zoals een steeds wederkerend gebrek aan evenwicht tussen personeelsvraag en aanbod, een inaccuraat verdeling van het personeel, vaardigheden die niet onderling zijn afgestemd, en suboptimale werkomstandigheden (Dubois et al, 2006). Het wordt daarom dringend tijd dat we een blik werpen op het huidige beleid met betrekking tot het personeelsvraagstuk in de zorg.

## Huidig HRM beleid

Sinds 2009/2010 is er zowel op federaal als op regionaal niveau een specifiek beleidsplan uitgewerkt gericht op het personeelsbeleid in de zorg.

Federaal hanteert men een vijfjaren plan tot 2014. Het valt onmiddellijk op dat het niet alle zorgberoepen en zorgorganisaties betreft. Enkel verpleegkunde staat centraal, met een beperking tot ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuisverpleging. Andere zorgberoepen en organisaties relevant voor de ouderenzorg als verzorgenden

komen niet aan bod. Het opzet is om de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige te verhogen met behulp van de volgende maatregelen:

1. Het verhogen van de bestaffing met 1 extra FTE per 30 bedden om werklust en stress te verminderen (sociaal akkoord)
2. Het relanceren van project 600: zorgverleners zonder diploma verpleegkunde kunnen zich omscholen.
3. Het verminderen van administratieve en logistieke last met behulp van een geïnformeerd verpleegkundig dossier (16,3 miljoen euro via BFM in ziekenhuizen), ondersteunend personeel (uitbreiding sociale maribel voor geriatrische en revalidatiediensten), en ondersteuning van ergonomie (materieel, expertadvies, financiering).
4. Een effectieve financiering van het voorziene aantal personeelsleden: naar een meer adequate schaal voor financiering van ouderenzorg en steun van een gespecialiseerde verpleegkundige in de geriatrie.
5. Werken aan kwalificaties:
  - a. De titel van verpleegkundige voorbehouden voor bachelors, conform EU regelgeving
  - b. Het aanmoedigen van specialisaties via opgelegde normen
  - c. Het aanmoedigen van masteropleidingen
  - d. Functiedifferentiatie en het uitbreiden van verantwoordelijkheden via permanente vorming: invoering van een accreditatiesysteem in de ouderenzorg en verder bouwen op studies van KCE, IF-IC en VG-MZG. Een geleidelijke erkenning van beroepstitels en reflectie over de uitbreiding van taken van verpleegkundig specialisten in overleg met het medisch college.



6. Een betere verloning voor onregelmatige prestaties (overuren), specialisaties (5 à 10% van loon) en verpleegkundige kaderfuncties (barema optrekken).
7. Differentiëren van taken en functies binnen de thuisverpleging via verloning: verpleegkundig consult, specialisatie, groepspraktijk, interprofessionele samenwerking.
8. Sociale erkenning en betrokkenheid bij de besluitvorming via hogere/universitaire opleidingen, een betere bezoldiging, verhoogde sociale zichtbaarheid (promotiecampagnes) en een systematisch gestructureerde betrokkenheid van het beroep binnen het RIZIV, ziekenhuizen en raden. Ouderenzorg is in de lijst van overlegstructuren merkwaardig afwezig wat betreft vertegenwoordiging van de zorgberoepen.

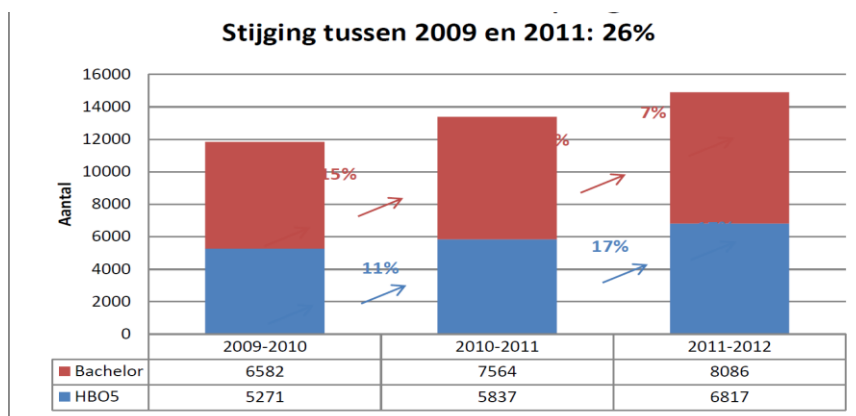
Het is vooralsnog onduidelijk welke onderdelen van het plan anno 2012 (halfweg) reeds werden geïmplementeerd, welke de effecten hiervan zijn, en wat er nog op stapel staat in de komende jaren.

Op regionaal niveau is er gelijktijdig een ambitieus plan in uitvoering ter ondersteuning van het personeelsbeleid in de zorg. Er werd een Vlaams Ambassadeur voor Zorgberoepen aangesteld die een breed scala aan initiatieven coördineert om de instroom, doorstroom en retentie van zorgpersoneel te ondersteunen. De nadruk in de twee voorafgaande jaren lag hoofdzakelijk op campagnevoering ter verbetering van het imago van de zorgberoepen. Ongeveer 300 personen hebben zich hiervoor ingezet. Het beleid zal zich in de komende periode ook meer toespitsen op specifieke doelgroepen zoals allochtonen. De opleidingscapaciteit wordt financieel uitgebreid en aangevuld met bijkomende initiatieven van de VDAB, VIVO, etc. Stages in de ouderenzorg worden ook meer expliciet gehanteerd als instru-

ment voor instroom.

De resultaten met betrekking tot instroom van het Vlaamse beleid werden voor de eerste 2 jaren reeds gepubliceerd. Onderstaande figuur illustreert een stijging van het aantal studenten die instromen in verpleegkunde van 26%. Echter, de uitgereikte diploma's stijgen slechts met 11%, en het aantal openstaande vacatures is in dezelfde periode verdubbeld. Met behulp van VDAB contracten werd er een stijging van 6,5% gerealiseerd in de vorige drie jaren in het aantal verzorgenden. Het aantal studenten voor zorgkundige steeg in dezelfde periode met 43%. Het betreft hier een overgang van verzorgenden naar zorgkundigen en geen netto-aangroei.

*Evolutie aantal studenten verpleegkunde*



Bron: Ik ga ervoor, 2012

Het Vlaamse beleidsplan steunt daarnaast ook op zorginnovatie, met hantering van nieuwe technologieën om het zorgpersoneel te ontlasten en te ondersteunen. Pilootprojecten zijn lopende. Bijkomend heeft men wat betreft retentie in 2008 lerende netwerken ontwikkeld (64 organisaties in pilootprojecten) als aanzet tot een competentiebeleid. Exitgesprekken voor de analyse van de uitstroom worden ook aangemoedigd. Dit laat toe om op een voor de werknemer veilige manier verbeterpunten te communiceren.

Belangrijke HRM facetten zoals leiderschap, aanpak van ziekteverzuim, flexibiliteit, functie-differentiatie/loopbaankansen, ontschotting van een verzuilde aanpak, en taakverschuivingen worden kort vermeld in de Vlaamse beleidsplannen, maar hebben concreet nog geen vorm gekregen in ontwikkeling en implementatie. Vraag is in welke mate dit gestalte zal krijgen tegen 2014. Internationale rekrutering zou onderzocht worden in termen van opgedane ervaringen in de praktijk. Opmerkelijk genoeg wordt hier onmiddellijk (van bij aanvang) de boodschap bij gelanceerd dat internationale rekrute-

ring geen prioriteit is, en dat de regering geen voorstander is om dit verder aan te moedigen. Voor zover als publiek gekend wordt er in de Waalse regio geen aanvullend beleid gevoerd ter ondersteuning van het personeelsbeleid in de zorg. Men rekent er op een exclusieve federale aanpak (zie boven). In Brussel en Wallonië wordt er relatief meer beroep gedaan op internationale rekrutering van buitenlandse studenten en zorgverleners uit Frankrijk, Tunesië, Libanon, etc.

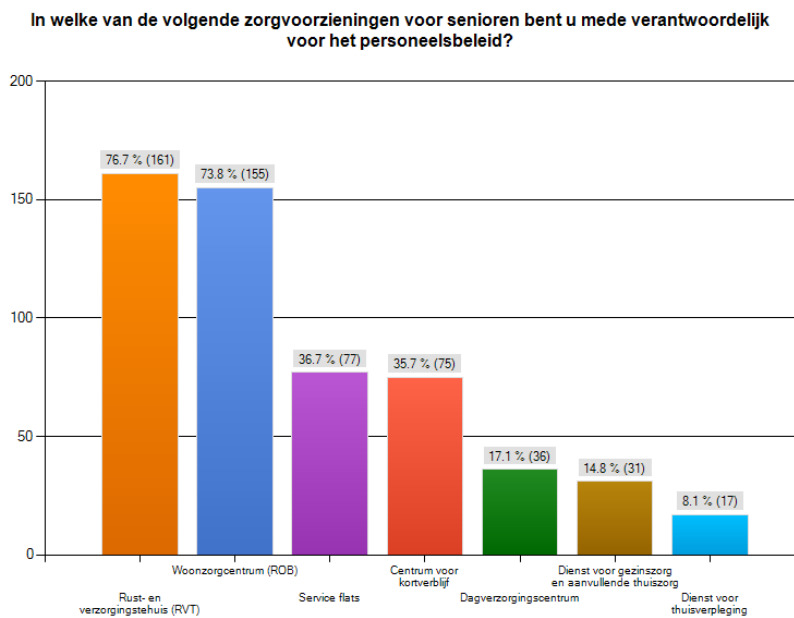
De Europese Unie zal in de komende jaren het personeelsbeleid in de zorg ondersteunen door middel van projectiemodellen van personeelsbehoeften, het delen van HRM best practices (EU skills panorama) en het anticiperen op toekomstige vaardigheidsbehoeften (geïntegreerde zorgmodellen, e-health, etc.) (EU, 2012). Hoe het laatste vorm zal krijgen is nog niet geweten.

## Itinera enquête: Beschrijving van de steekproef en analytische methoden

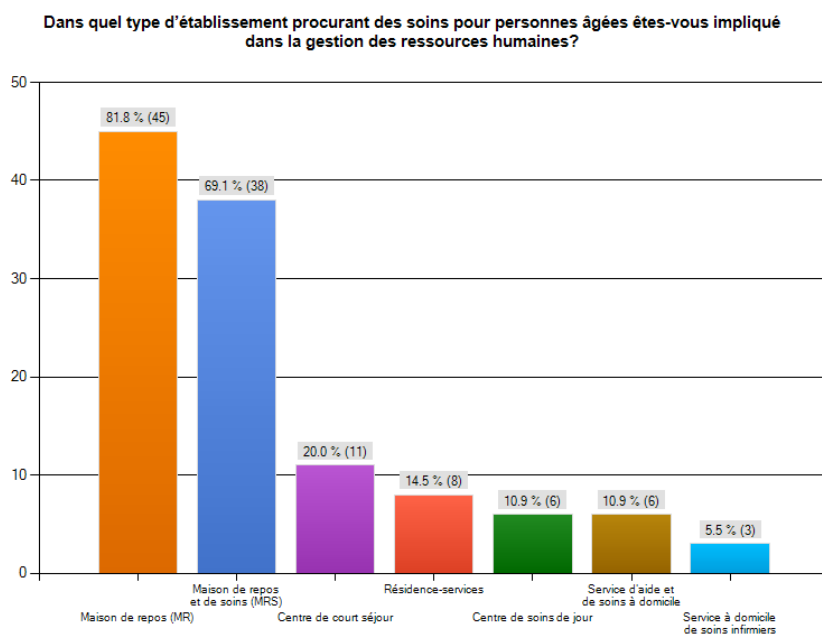
Itinera ondervroeg algemene directies, HRM management en leidinggevendenden in de zorg doorheen de diverse zorgorganisaties werkzaam in de ouderenzorg: centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor thuisverpleging, serviceflats, en woonzorgcentra (ROB/RVT). Alle erkende zorgorganisaties in Brussel, Vlaanderen en Wallonië werden per e-mail uitgenodigd tot deelname (10% uitval wegens niet beschikbaar e-mailadres). 265 organisaties namen deel aan de studie. Deze steekproef van 10% van de bestaande zorgorganisaties geeft een goed beeld van de sector van de ouderenzorg, met de volgende kanttekeningen in verband met beperkingen van representativiteit. De Vlaamse gemeenschap is voor 20% oververtegenwoordigd en de Franstalige gemeenschap voor 20% ondervertegenwoordigd in het respondentenpanel in vergelijking met de volledige sector. De resultaten worden daarom steeds voor beide gemeenschappen afzonderlijk besproken, in hun onderlinge samenhang. Bij de interpretatie van de resultaten moet men er ook mee rekening houden dat residentiële zorgorganisaties relatief oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van hun voorkomen op gemeenschapsniveau (10 tot 20% hoger voorkomen voor woonzorgcentra, 3 tot 25% voor serviceflats, 12 tot 27% voor kortverblijf, en 4 tot 10% voor dagverblijf). Hetzelfde geldt voor gezinszorg (4 tot 8% hoger). Thuisverpleging kent een beperkte ondervertegenwoordiging van 1 tot 4%. De statuten van de zorgorganisaties sluiten nauw aan bij de sectorverdeling per gemeenschap, behalve wat betreft een 10% oververtegenwoordiging van publieke

zorgorganisaties, 7% en 2% respectievelijke ondervertegenwoordiging van VZW's en commerciële organisaties in de Vlaamse gemeenschap. Commerciële zorgorganisaties zijn in vergelijking met de Franstalige gemeenschap voor 4% ondervertegenwoordigd. Publieke organisaties zijn ook hier voor 10% oververtegenwoordigd. Gemiddeld tellen de zorgorganisaties 140 (NL) tot 123 (FR) personeelsleden. In beide gevallen betreft het een meerderheid van kleinere zorgorganisaties, met enkele grote uitschieters (zie verder). Het mediane aantal tewerkgestelde zorgverleners is 46 (NL) tot 27 (FR). Het contact met een steekproef van 10 organisaties die niet deelnamen, leert ons dat de reden hier toe tijdsgebrek of praktisch van aard was, en geen inhoudelijke reden die de resultaten op systematische wijze anders zou inkleuren. Bij alle resultaten werd er statistisch getest of er al dan niet een significante relatie bestaat met de kenmerken van gemeenschap, type zorgorganisatie, provincie, het statuut van de zorgorganisatie, de functie van de respondent per zorgorganisatie, en het aantal personeelsleden per organisatie (= grootte van de organisatie). In de volgende grafieken wordt de steekproef van deelnemende zorgorganisaties voor deze aspecten weergegeven per gemeenschap.

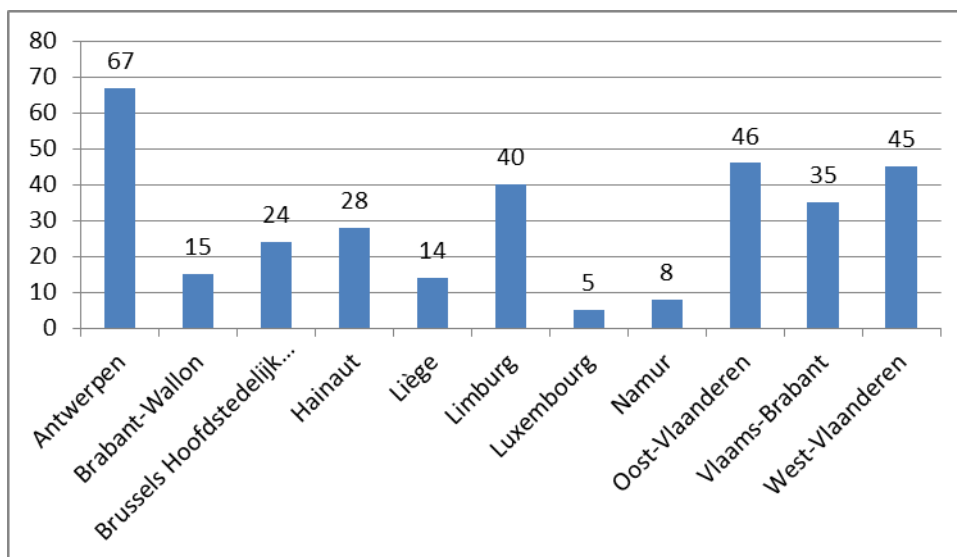
Procentuele en absolute verdeling van type zorgorganisaties in de Vlaamse Gemeenschap (n=210)



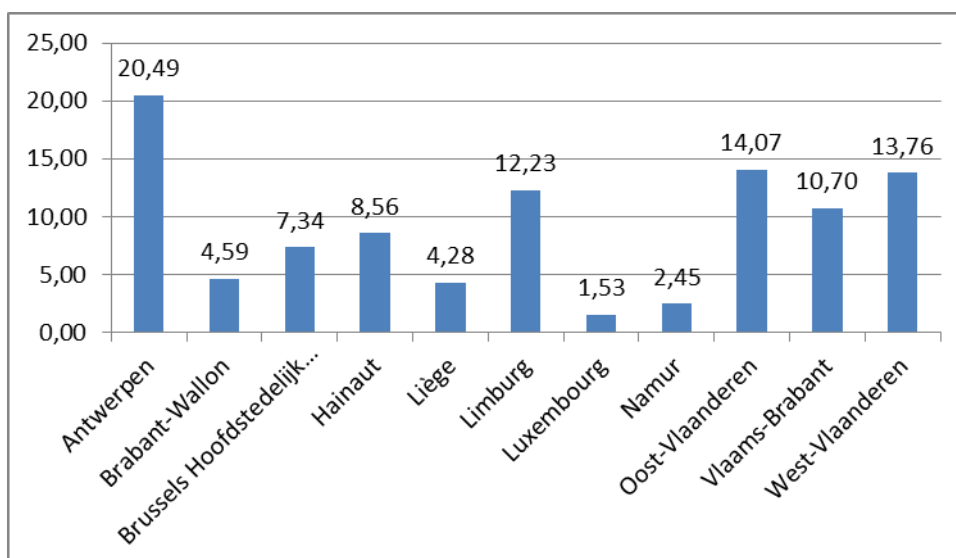
Procentuele en absolute verdeling van type zorgorganisaties in de Franstalige Gemeenschap (n=55)



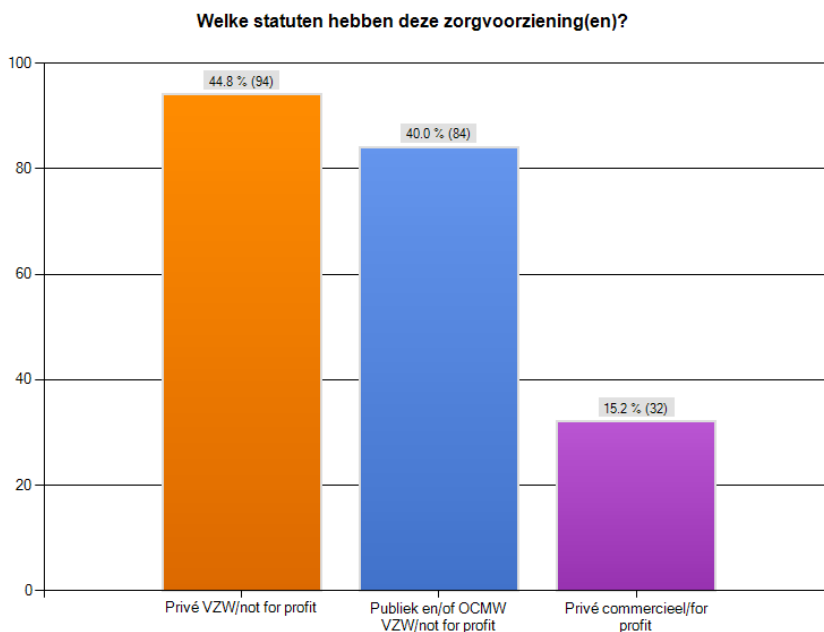
Absolute verdeling van zorgorganisaties doorheen de provincies (n=265)



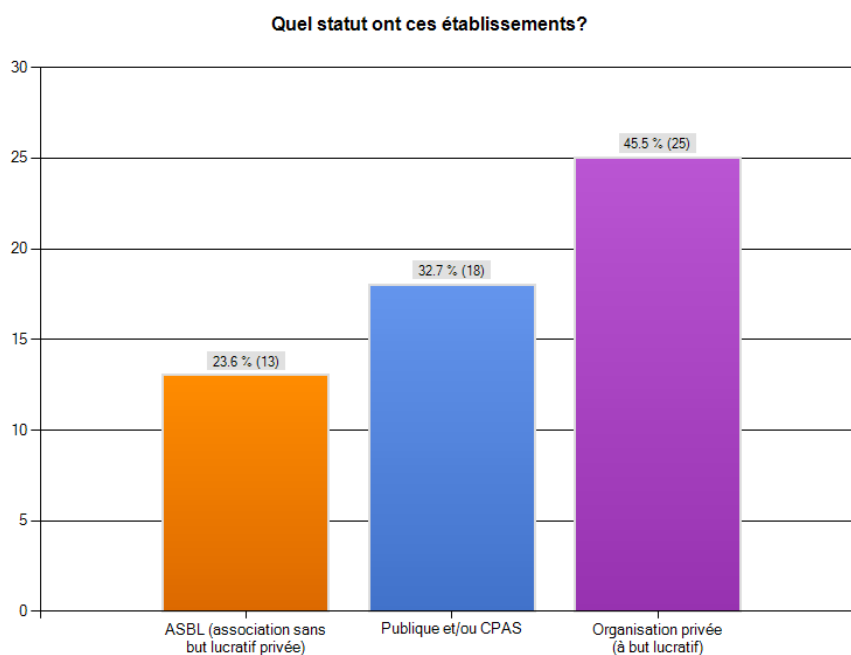
Procentuele verdeling van de zorgorganisaties doorheen de provincies (n=265)



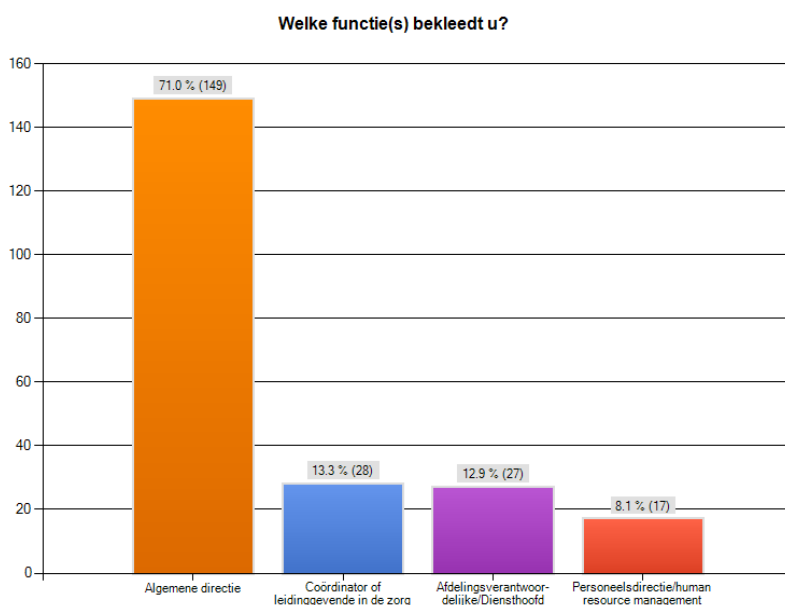
Procentuele en absolute verdeling van de statuten van zorgorganisaties in de Vlaamse Gemeenschap (n=210)



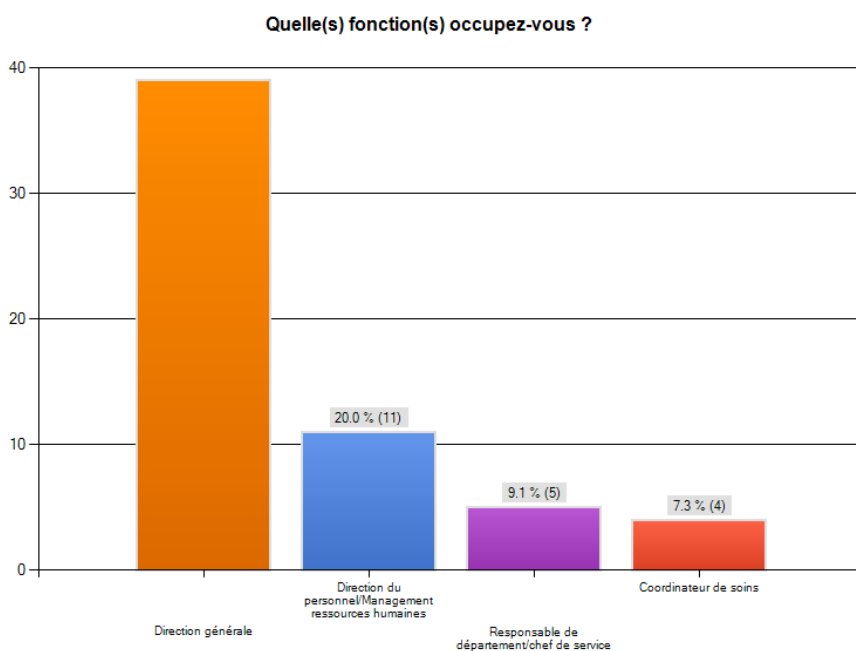
Procentuele en absolute verdeling van de statuten van zorgorganisaties in de Franstalige Gemeenschap (n=55)



Procentuele en absolute verdeling van de functies van de respondent in de Vlaamse Gemeenschap (n=210)



Procentuele en absolute verdeling van de functies van de respondent in de Franstalige Gemeenschap (n=55)



*Procentuele en absolute verdeling van zorgorganisaties per aantal tewerkgestelde personeelsleden in de zorgverlening (n=265)*

Aantal zorgverleners (FTE)	Zorgorganisaties
< 50	58% (153)
50-99	25% (65)
100-149	8% (19)
150-199	2% (5)
200-299	1% (3)
300-499	1,5% (4)
500-999	3% (9)
1000-2000	1% (3)
> 2000	1,5% (4)

### Statistische analyse

Relaties werden geanalyseerd met een onafhankelijke t-test voor continue variabelen (Mann-Whitney U indien niet normaal verdeeld), een chi kwadraat test voor categorische variabelen (Fisher exact bij kleine aantallen observaties). In het vervolg van de resultaten geven we bij significantie de p waarde weer die de kans uitdrukt dat een verband enkel per toeval wordt waargenomen bij steekproeftrekking en dus niet bestaat voor de sector in haar geheel. 0,05 is hierbij de algemeen geldige drempelwaarde. Voor de volgende contextuele kenmerken werden de relaties getest: Vlaamse versus Franstalige Gemeenschap, type zorgorganisatie, statuut van zorgorganisatie, grootte van de zorgorganisatie en functie van de respondent.



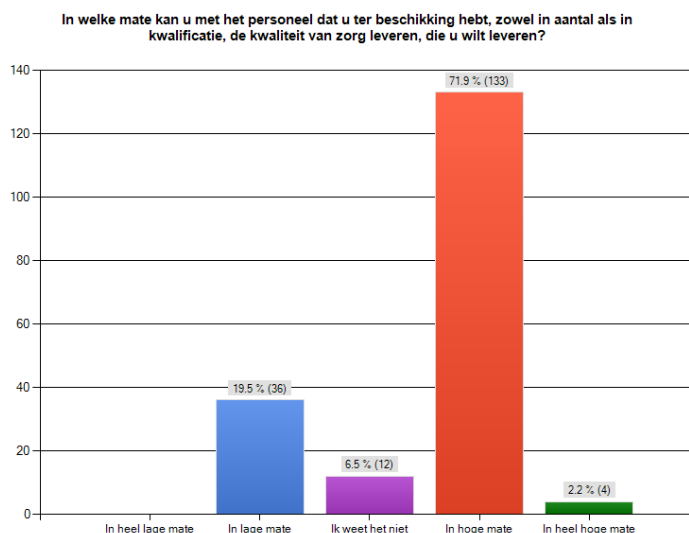
## Resultaten: de uitdagingen van het personeelsvraagstuk

### Gerapporteerde impact op kwaliteit van zorg

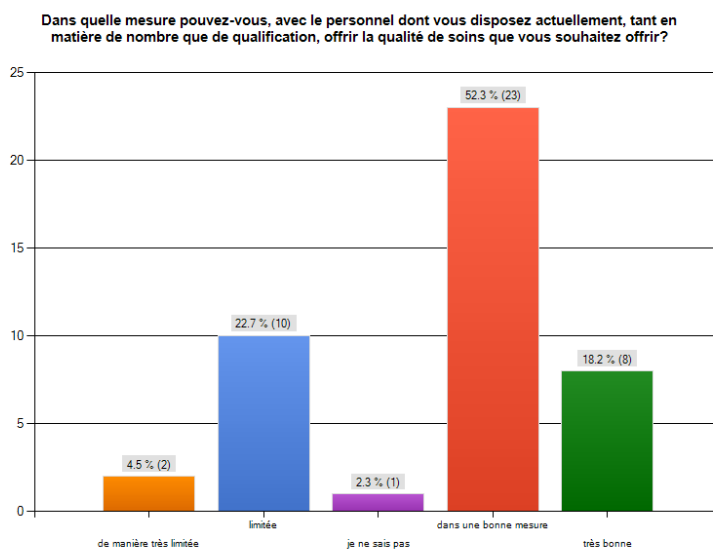
Een eerste positief resultaat is dat de meerderheid van de respondenten van oordeel is dat de beschikbaarheid van personeel nog steeds

toelaat om een goede kwaliteit van zorg te verlenen. Hierbij was er geen significant verband met de beschreven contextuele kenmerken. Echter, 21% van de zorgorganisaties doorheen beide gemeenschappen rapporteert wel degelijk een gebrekkige kwaliteit als gevolg van het personeelsvraagstuk.

#### Impact op kwaliteit van zorg in de Vlaamse Gemeenschap (n=185)



#### Impact op kwaliteit van zorg in de Franstalige Gemeenschap (n=44)

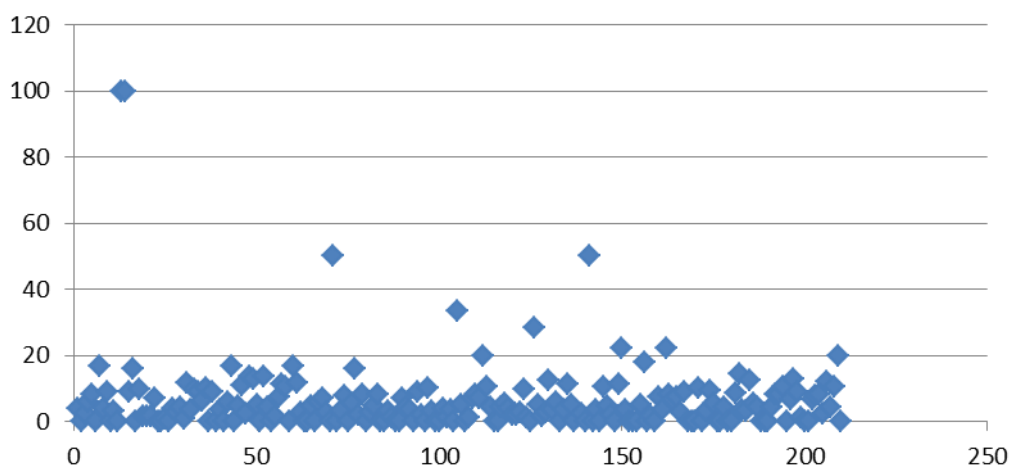


### Tekort aan zorgpersoneel

Zorgorganisaties komen momenteel gemiddeld 5 tot 7 FTE tekort. Als percentage op hun personeelsbestand komt dit overeen met 7% (geen sig-

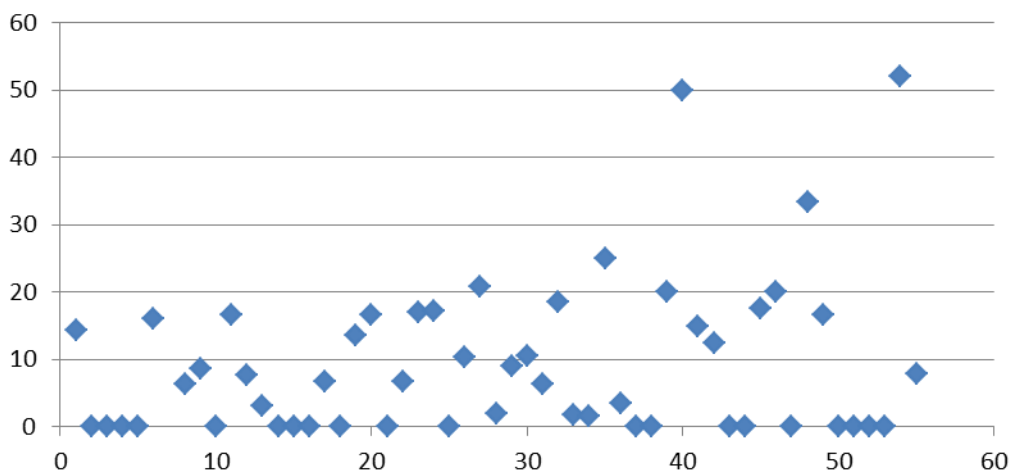
nificante verschillen per context). Onderstaande grafieken illustreren dat dit tekort toch voor een aanzienlijk aantal organisaties in de richting van 15 tot 20% gaat.

Tekort aan zorgverleners in de Vlaamse Gemeenschap (n=210)



De outlier van 100% tekort betreft een nieuwe zorgorganisatie, die nog geen personeel heeft aangevoren. Deze wordt verder buiten beschouwing gelaten bij de analyses.

Tekort aan zorgverleners in de Franstalige Gemeenschap (n=55)



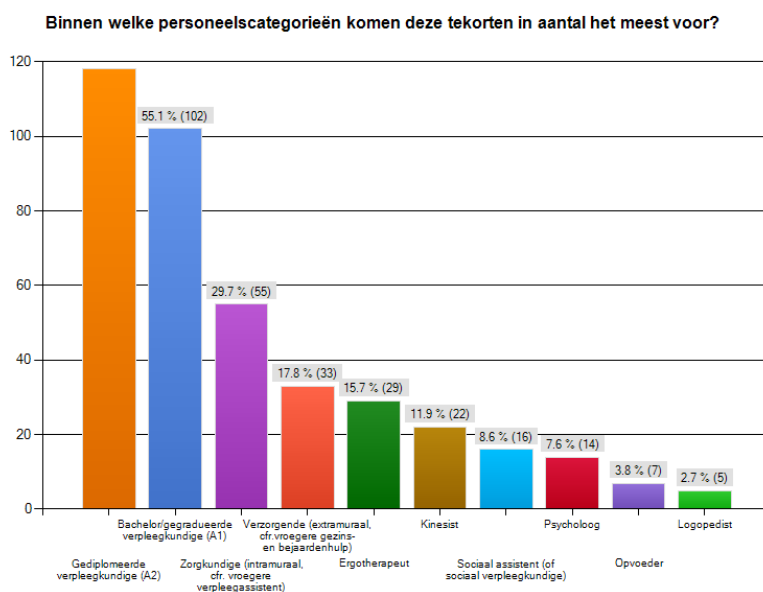
Er is een zwak omgekeerd verband tussen de grootte van de organisatie en het percentage tekort (spearman correlatie = -0,19). Kleinere organisaties hebben relatief iets grotere tekorten dan je verhoudingsgewijs zou verwachten.

### Tekorten per personeelscategorie

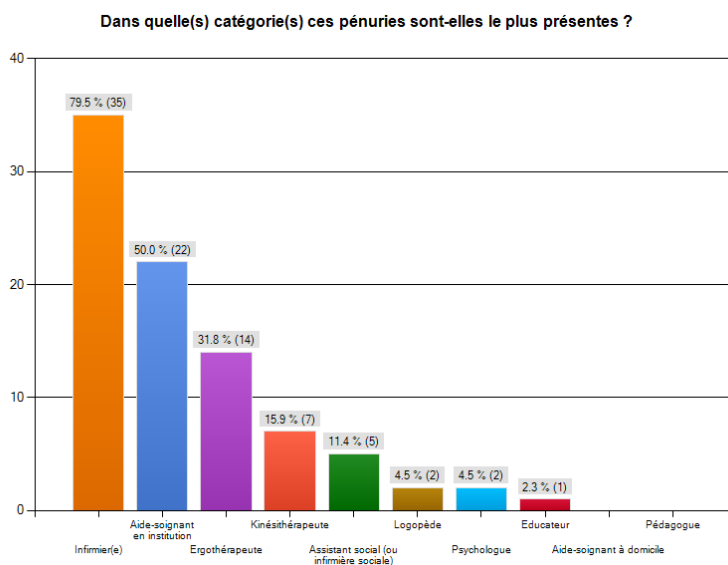
Zoals uit onderstaande grafieken blijkt, betreft het in de eerste plaats een tekort aan verpleegkundigen. Dit wordt bijna unaniem bevestigd door de zorgorganisaties. 30% van de organi-

saties vermeldt echter ook een tekort aan intramurale zorgkundigen of verzorgenden en 12% een tekort aan extramurale verzorgenden. 16% van de organisaties kent een tekort aan ergotherapeuten. Er werden geen significante relaties gedetecteerd.

Tekorten per personeelscategorie in de Vlaamse Gemeenschap (n=210)



Tekorten per personeelscategorie in de Franstalige Gemeenschap (n=55)

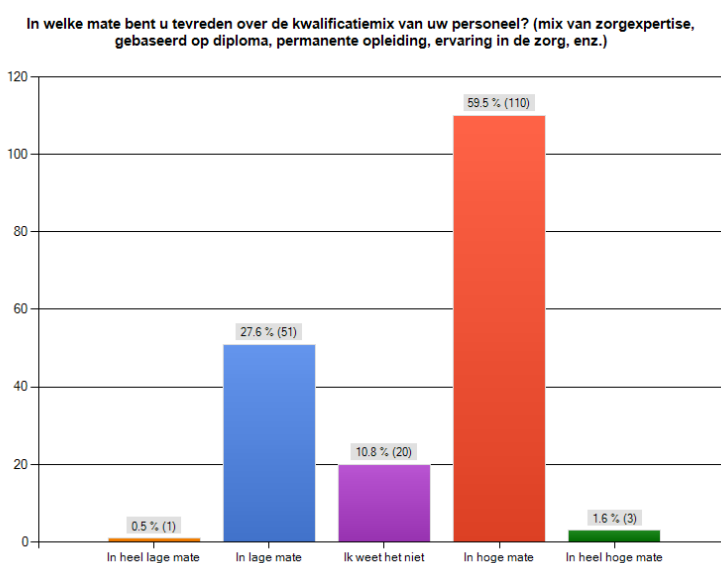


### De kwalificatiemix van het zorgpersoneel

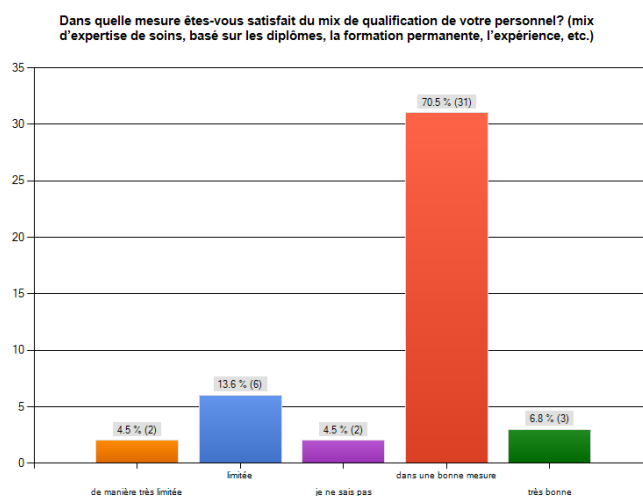
De meerderheid van respondenten is tevreden over de kwalificatiemix aanwezig in de zorgorganisatie. 27 procent van de organisaties is niet tevreden over de huidige kwalificatiemix. De

tevredenheid is relatief lager in ROB's ( $p=0,04$ ), RVT's ( $p=0,001$ ) en dagcentra ( $p=0,01$ ). Leidinggevenden in de zorg zelf zijn relatief meer tevreden dan respondenten vanuit de algemene directie of HRM ( $p=0,03$ ).

### Beoordeling van kwalificatiemix in de Vlaamse Gemeenschap (n=185)



### Beoordeling van kwalificatiemix in de Franstalige Gemeenschap (n=44)

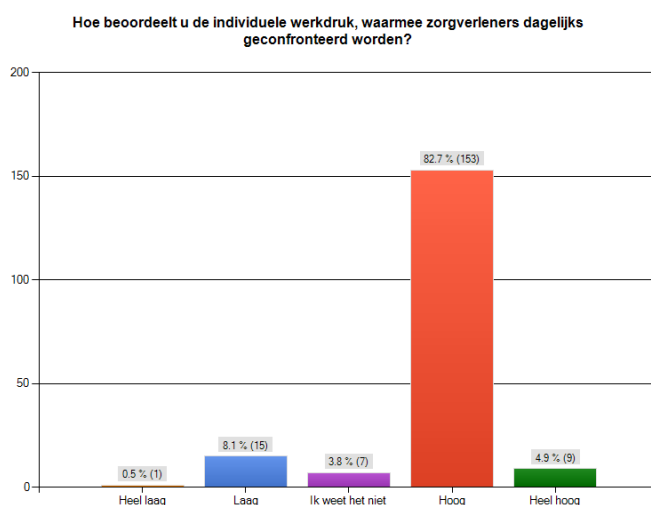


### Beoordeling van werkdruk

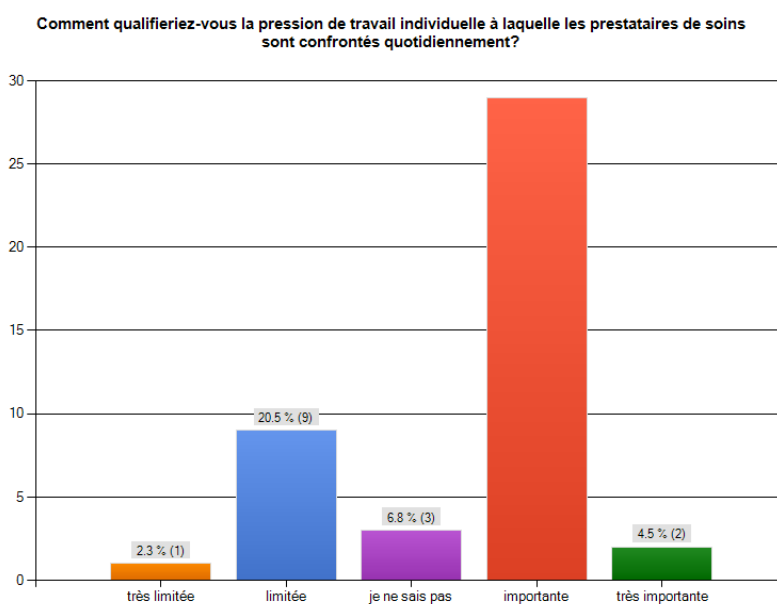
De resultaten met betrekking tot de beoordeling van de werkdruk in de zorg zijn opmerkelijk. 85% van de zorgorganisaties rapporteert een hoge werkdruk. Er is enkel een significante relatie met het statuut van de zorgorganisatie.

Commerciële organisaties schatten de werkdruk lager in ( $p=0,001$ ). Een check van de gerapporteerde zorgafhankelijkheid van senioren toont geen significante verschillen per organisatiestaat. De lagere inschatting is dus wellicht een reflectie van een ander verwachtingspatroon.

### Beoordeling van de werkdruk in de Vlaamse Gemeenschap (n=185)



### Beoordeling van de werkdruk in de Franstalige Gemeenschap (n=44)

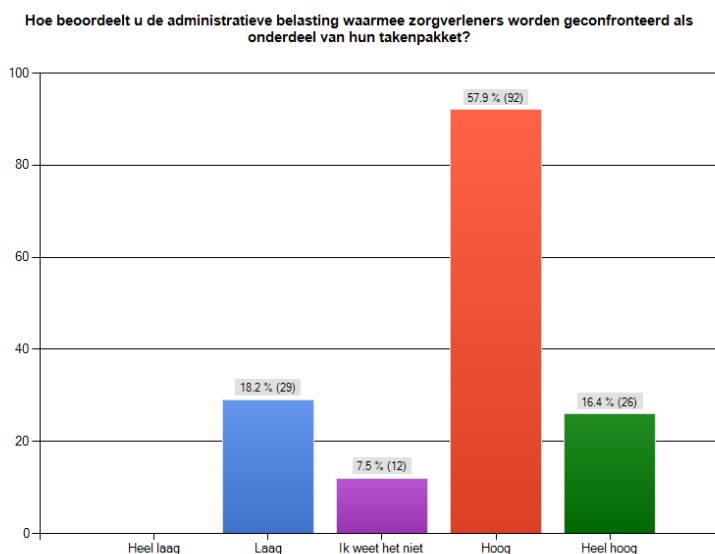


### Beoordeling van administratieve werklast

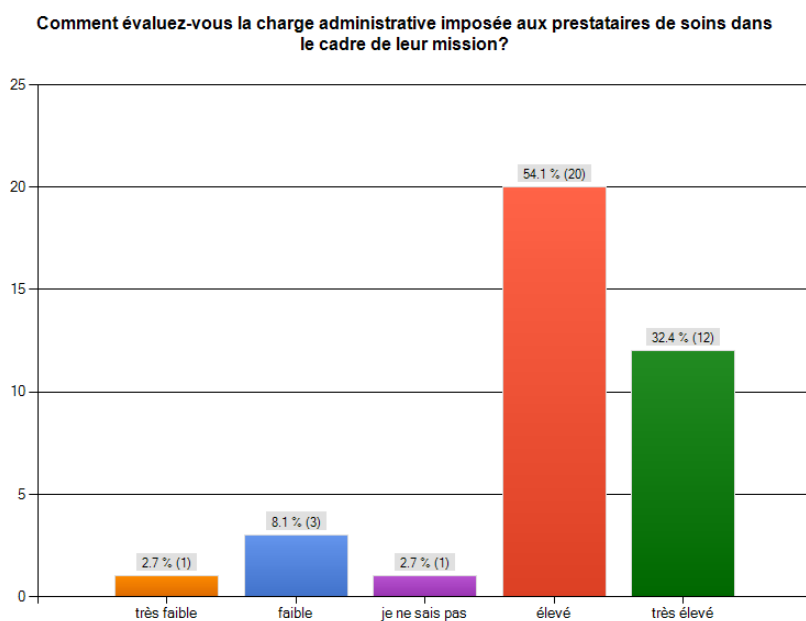
77% van de zorgorganisaties rapporteert een hoge administratieve werklast. Het percentage is relatief hoger bij RVT's in vergelijking

met andere types zorgorganisaties ( $p=0,01$ ). Leidinggevend en in de zorg zelf beoordelen de administratieve werklast ook relatief hoger dan algemene directie en HRM management ( $p=0,03$ ).

#### Beoordeling van administratieve werklast in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



#### Beoordeling van de administratieve werklast in de Franstalige Gemeenschap (n=37)

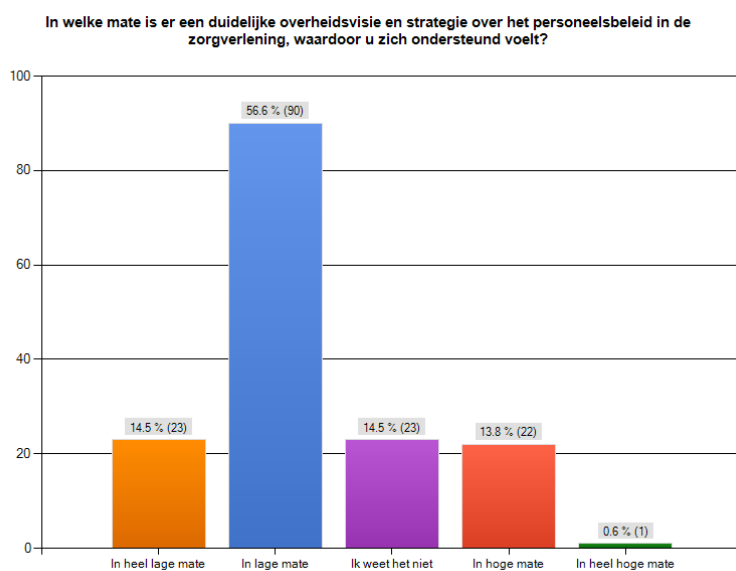


### Mate van steun door een duidelijke overheidsvisie en strategie

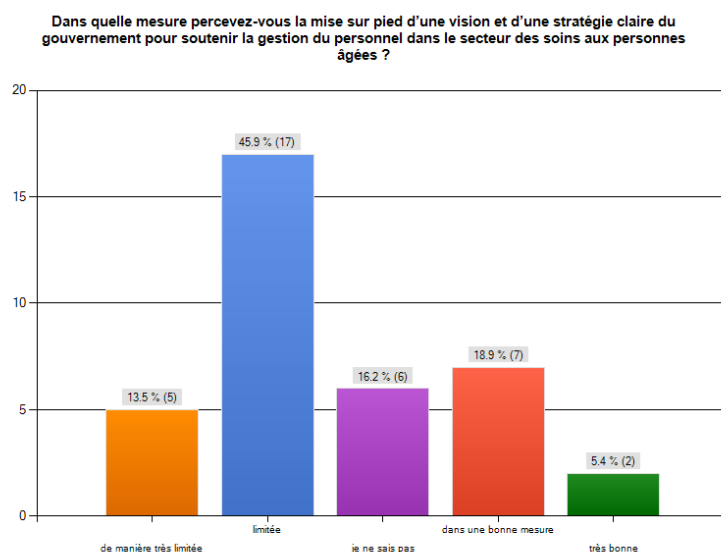
69% van de zorgorganisaties voelt zich niet ondersteund door een duidelijke overheidsvisie en strategie over het personeelsbeleid in de zorg. ROB's ( $p=0,01$ ), RVT's ( $p=0,03$ ) en centra voor kortverblijf ( $p=0,02$ ) zijn hierbij relatief

negatiever. Hetzelfde geldt voor commerciële organisaties ( $p=0,04$ ), die echter slechts 22% van de deelnemende organisaties omvatten. De algemene directie is duidelijk negatiever ( $p=0,009$ ), daar waar de leidinggevende in de zorg positiever staat t.o.v. de overheidsvisie en strategie ( $p=0,01$ ).

#### Beoordeling van overheidsvisie en strategie in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



#### Beoordeling van overheidsvisie en strategie in de Franstalige Gemeenschap (n=37)



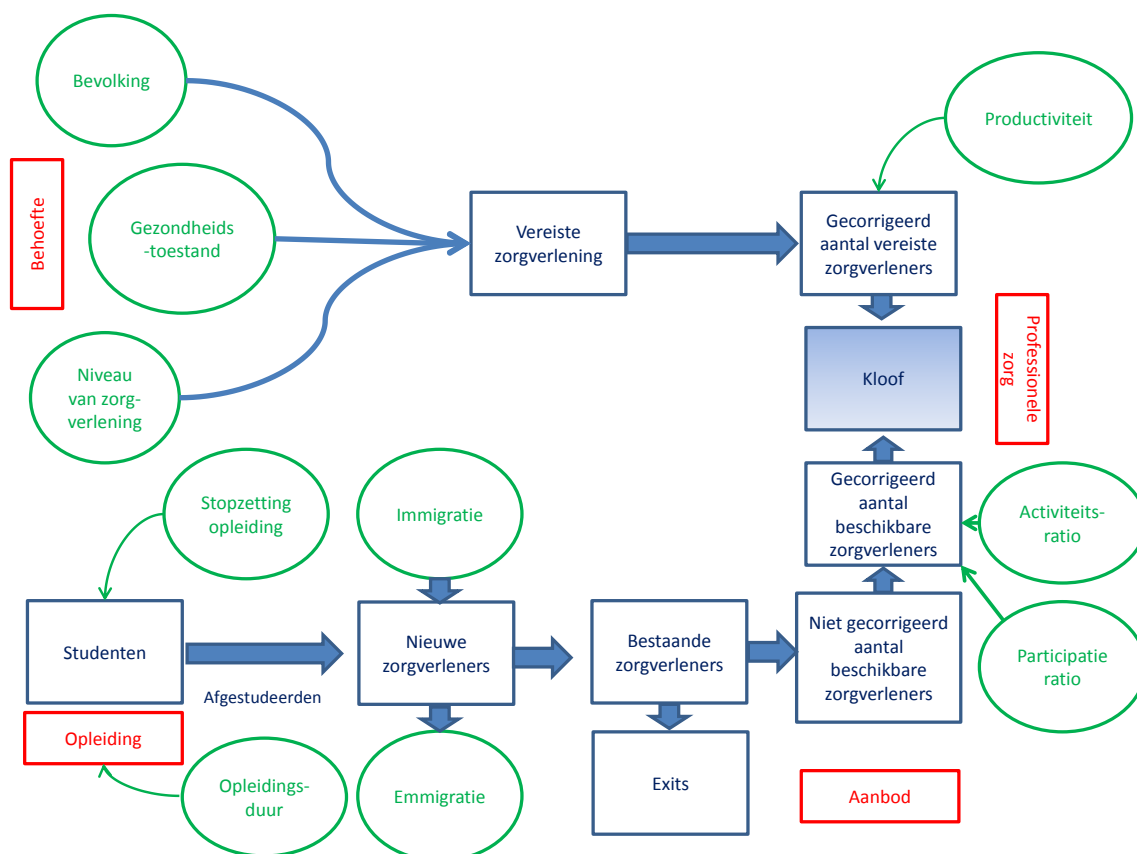
Sommige deelnemers vermelden hier heel expliciete tekortkomingen (taakverschuiving, normen, schaal voor toewijzing van financiering, verloning, ongewenste uitstroomeffecten van maatregelen, waarbij men vertrekt uit de ouderenzorg, etc.). Deze aspecten komen later aan bod. Andere deelnemers vermelden een totaal gebrek aan visie of beleid (Wallonië), een onrealistisch beleid, het dwingende karakter/gebrek aan vrijheid in de zorgorganisatie, en het korte termijnkarakter van vele maatregelen. De recente campagnes worden wel opgemerkt in positieve zin (Vlaanderen). U kan voor het geheel van de resultaten een overzicht van de letterlijk weergegeven quotes van de deelnemers raadplegen in het bijhorende document 'Personeelsbeleid in ouderenzorg: Stem vanuit de praktijk' ([www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)).

## Resultaten: de onderdelen van een personeelsbeleid in de zorg

We maken gebruik van het theoretisch HRM kader van Murphy et al (2012) om op zoek te gaan naar mogelijke oplossingen voor de beschreven uitdagingen. Zoals hieronder weergegeven, bespreken we eerste de behoeftkant van ouderenzorg (1). Dit brengt ons bij de toewijzing van personeel in functie van die zorgbehoefte (2) en de mate van innovatie en productiviteit (3). Gezamenlijk omvat dit de vraagzijde van personeelsinzet. Daarna komt de aanbodzijde aan bod met de aantrekkelijkheid van zorgberoepen (4), verloning (5), basisopleiding en permanente vorming (6), instroming via andere kanalen (7), alternatieve doelgroepen (8), internationale rekrutering (9), carrièremogelijkheden en functiedifferentiatie (10), retentiemechanismen (11). Tenslotte bespreken we op het raakpunt van vraag en aanbod aspecten van werkomstandigheden (12), zorgplanning en dienstroosters (13), taakverschuiving (14) en performantiemanagement (15). We ronden af met normen en financiering (16).



### Theoretisch raamwerk van HRM in de zorg



Bron: Murphy et al, 2012

### De behoefte aan ouderenzorg

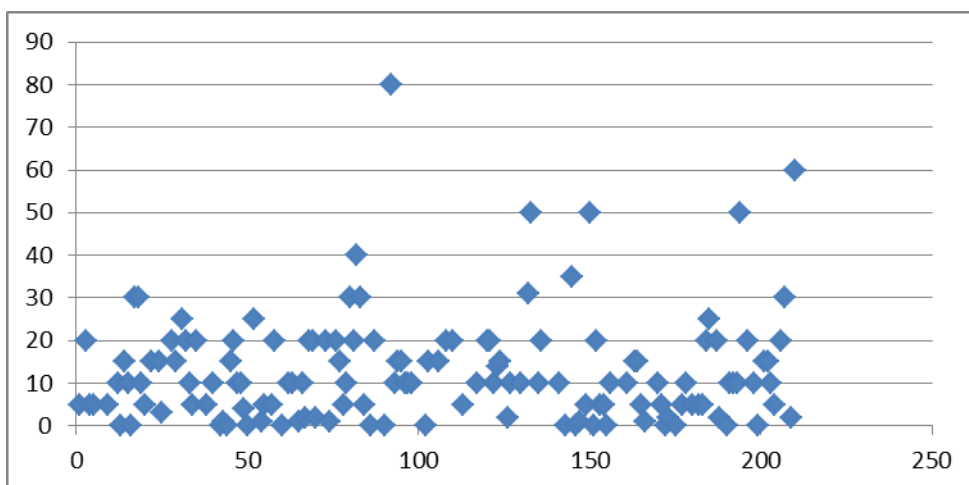
Zoals reeds uitvoerig beschreven in complementaire rapporten, schept de vergrijzing een grote behoefte aan uitbreiding van het aanbod van ouderenzorg, en dus het personeel (aantal en kwalificatie) dat daarmee gepaard gaat. Echter, gezond ouder worden door middel van een gezonde, preventieve levensstijl, een psychosociaal welzijn, en een omgeving die het functioneren van de senior in al haar facetten ondersteunt en verbetert, kan de stijgende behoefte alvast deels ombuigen. Vermits het hier de centrale missie van zorg betreft, is dit het logische startpunt voor elk beleid, ook het personeelsbeleid. Zoals in de inleiding beschreven, dragen

veel van de best practice HRM elementen rechtstreeks bij tot deze doelstelling. Naast de elementen die we hieronder bespreken verwijzen we naar Itinera, 2011 en 2012 voor wat betreft de best practice buiten het personeelsbeleid. Preventie en coördinatie zijn hierbij twee speerpunten (Fujisawa & Colombo, 2009; Tjadens & Colombo, 2011).

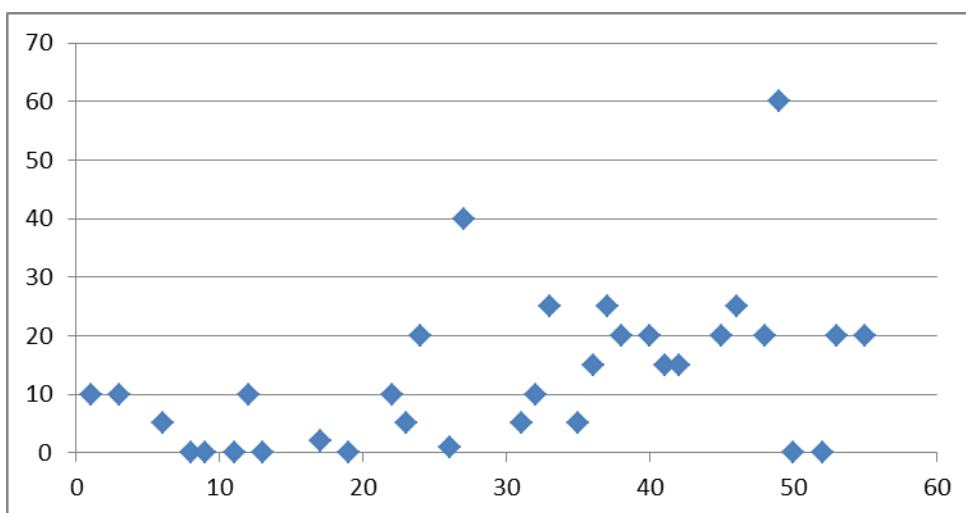
Het is hierbij veelzeggend dat de zorgorganisaties melden dat voor gemiddeld 13% van de zorg de evidence of de toegevoegde waarde voor gezondheid en welzijn ontbreekt (geen significante contextuele verschillen). Het betreft dus nutteloze activiteiten. Zoals onderstaande grafie-

ken tonen, waren de antwoorden op deze vraag wel uiteenlopend. De mediaan is 10%.

*Procentuele inschatting van zorg zonder evidence of toegevoegde waarde in de Vlaamse Gemeenschap (n=138)*



*Procentuele inschatting van zorg zonder evidence of toegevoegde waarde in de Franstalige Gemeenschap (n=33)*



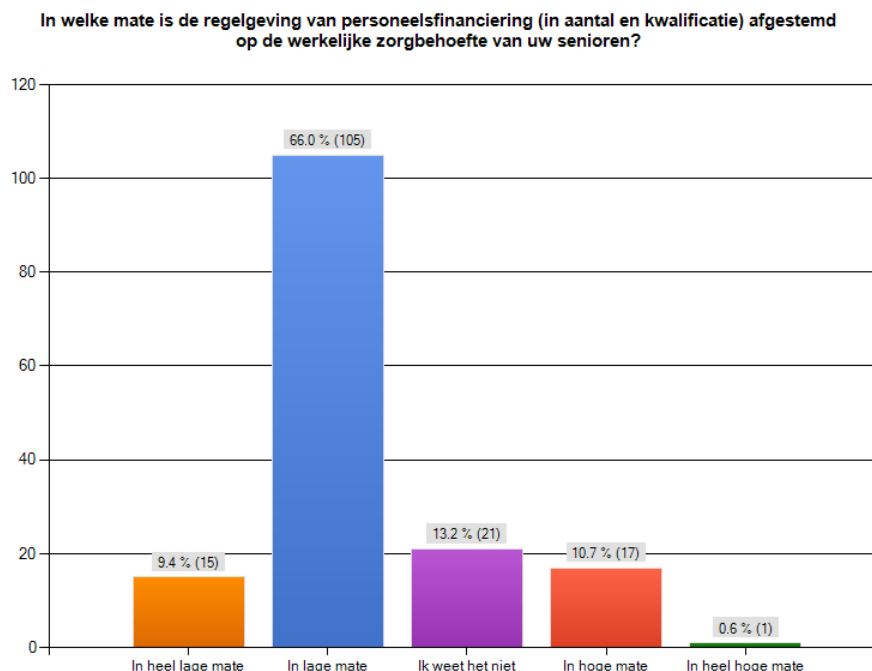
Wat betreft patiëntveiligheid vraagt het corrigeren van een fout volgens de respondenten gemiddeld 8 tot 9 staffingsuren (mediaan van 2 tot 4 uren; geen significante verschillen).

### De toewijzing van personeel, en dus bijhorende financiering, in functie van de zorgbehoefte

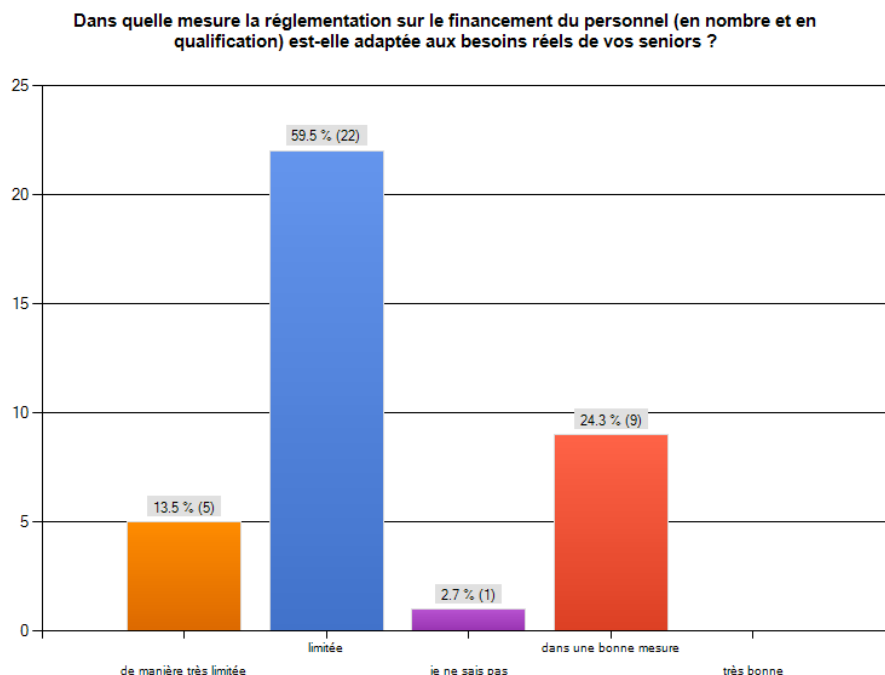
75% van de zorgorganisaties rapporteert een onvoldoende afstemming op de werkelijke zorgbehoefte van de senioren. Er zijn hierbij geen significante relaties met contextuele kenmerken. Sinds 2009 is dit probleem ook vanuit academische hoek regelmatig op de agenda gezet (Sermeus et al, 2009). Met betrekking tot de ziekenhuizen wordt er ook werk gemaakt van een meer accurate toewijzing. Wat betreft ouderenzorg zou men alternatieven van de gehanteerde schalen onderzoeken, omwille van hun verou-

derd karakter en beperkte wetenschappelijke onderbouwing. Gezien er andere up-to-date, internationaal gekende en sterk gevalideerde schalen voorhanden zijn, verdient de ingezette revisie een spoedig vervolg in de praktijk. Een nieuwe schaal moet niet enkel toelaten om retrospectief te financieren, maar ook om proactief reacterende zorgdoelstellingen te formuleren en dus gericht gezondheid en welzijn te verbeteren (zie vorige). Gelijktijdig kan zulke schaal intern in de organisatie gehanteerd worden om de bestaffing in functie van de evoluerende zorgbehoefte toe te wijzen.

Beoordeling van afstemming van personeelsfinanciering op zorgbehoefte in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



Beoordeling van afstemming van personeelsfinanciering op zorgbehoefte in de Franstalige Gemeenschap (n=37)



### Innovatie en productiviteit

Innovatie kan zowel de zorgdoelstellingen als de productiviteit ondersteunen via een betere administratie, communicatie en coördinatie; via automatisatie (het overnemen van manuele taken); via het beperken van de werklast van uit te voeren zorgtaken; en via het ondersteunen van zelfzorg door patiënt of familie (Fujisawa & Colombo, 2009; OECD, 2008; OECD, 2009). Hieronder

enkele opties die in de literatuur en door de respondenten vermeld worden. Sommige respondenten zijn wel bezorgd dat dit ten koste zou gaan van het menselijk contact en de tijd die men bij de patiënt spendeert. Het huidige beleid zet in op informatisering, ergonomie (federaal) en innovatieve pilootprojecten (Vlaanderen). Het betreft echter een beperkt budget en implementatie tegen een trage snelheid.

Tele-educatie	Workflow planning	Elektronisch roosteren	Automatische data extractie	Spraaktechnologie
Video communicatie	Elektronisch dossier	Robots	Telemonitoring	Innovatie in zorgmateriaal
Chronic disease management	Tablets en handhelds	Meer en betere tilliften	Sensoren	Medicatie-dispenser

Het is van belang erop te wijzen dat innovatie en productiviteit niet enkel technologie betreft. De manier van werken, wie wat wanneer doet in onderlinge samenwerking, kan via procesoptimalisatie sterk bijdragen tot het personeelsbeleid. Een recente state-of-the-art studie in de Belgische ziekenhuiswereld toont aan dat het gebruik van zorgpaden de organisatieprocessen verbetert, het risico op burnout vermindert, competenties beter tot hun recht laat komen, het conflictmanagement verbetert, en het teamklimaat voor innovatie verhoogt (Deneckere et al, 2012). Zorgpaden, lean management, six sigma, enz. zijn essentiële instrumenten die nog te weinig ingang hebben gevonden in de ouderenzorg. Efficiëntieverhoging op basis van een slimmere inzet, o.a. met behulp van werkvolumemeting, kan ook bijdragen tot een optimale interne omgang met personeelstekorten (Deschamps, 2004). De bereidheid van zorgverleners in de ouderenzorg tot inzet en engagement tot medewerking aan verbeterprocessen is met 75% ongeveer 5% lager dan in niet-zorgsectoren (medewerkersmonitor, 2011).

Dit brengt ons volledig bij de aanbodzijde van personeel dewelke we nu stapsgewijs zullen doorlopen.

### De aantrekkelijkheid van zorgberoepen

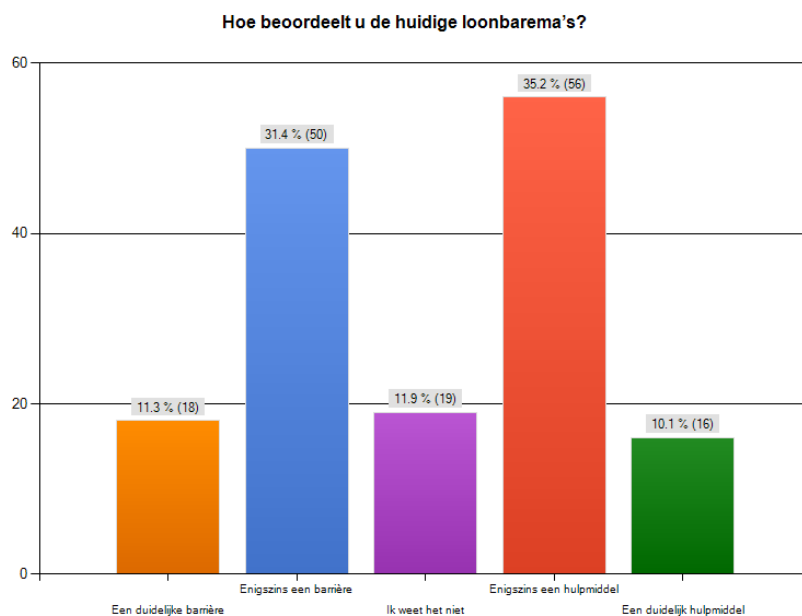
Het imago van de zorgberoepen wordt nog steeds als eerste prioriteit vermeld ter ondersteuning van het personeelsbeleid. In een rangschikking door de zorgorganisaties kent het imago de eerste plaats in de lijst van factoren die van belang zijn voor het aantrekken en behoud van personeel. De reeds besproken tussentijdse resultaten op Vlaams beleidsniveau tonen aan dat campagnes een essentieel onderdeel zijn van het beleid. Ze verhogen de instroom. Op zich

zijn ze echter onvoldoende, zoals de blijvende kloof met de personeelsbehoefte in de resultaten aantoont. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur (OECD, 2011; Simoens et al, 2005). Op Vlaams niveau is dit beleidsinstrument heel sterk ontwikkeld, op federaal niveau middelmatig, en op Waals niveau niet.

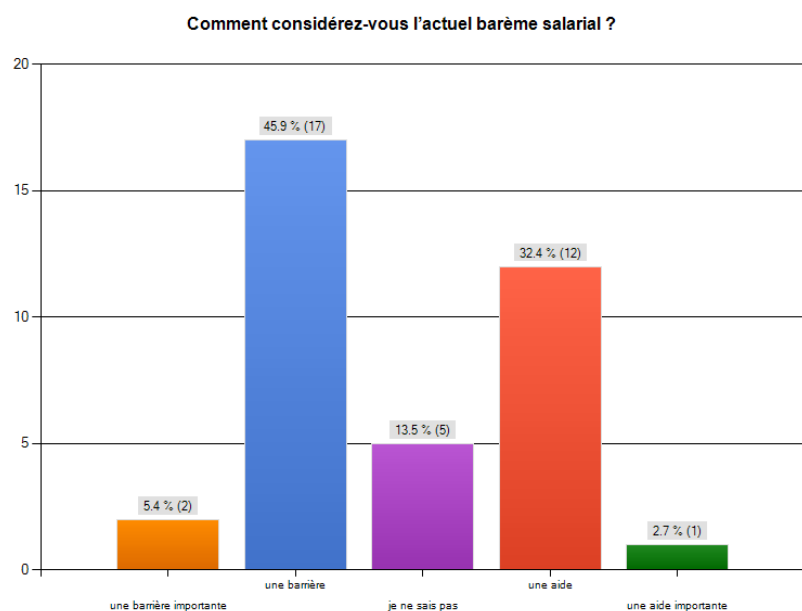
### Verloning

De resultaten wijzen op een grote groep voorstanders (43%) en een grote groep tegenstanders (44%) van de huidige loonbarema's. Er zijn geen significante relaties met contextkenmerken, hoewel zorgorganisaties uit de Franstalige gemeenschap verloning wel hoger rangschikken en vaker vermelden. Ter vergelijking: de medewerkersbarometer in 2011 resulteerde in een positieve score van 67%. De respondenten benoemen specifieke problemen zoals het gebrek aan een relatie met kwaliteit, het gebrek aan een relatie met reële competenties, een te klein loonverschil tussen verpleegkundigen en zorgkundigen, een te klein loonverschil tussen leidinggevenden en verpleegkundigen (o.a. omwille van het verschil in onregelmatige prestaties), een aanzet tot functiedifferentiatie zonder dat men binnen de beroepen de hierbij horende loongradiënt financiert, en een loonskloof t.o.v. de ziekenhuissector. Aan dit laatste wordt nu reeds deels tegemoet gekomen via de harmonisering van de lonen in het kader van de derde luik financiering. Een respondent merkt op dat loonsverhoging ook impliceert dat men binnen een gesloten budget ook een kleiner aantal FTE kan financieren. Dit is een moeilijk evenwicht. Loonvoordelen lijken nu ook vooral toegespitst op de oudere zorgverleners (anciënniteit en rimpeldagen, zie infra) en minder op jongeren die men aan boord wil krijgen, zo melden sommige deelnemers.

Beoordeling van de loonbarema's in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



Beoordeling van de loonbarema's in de Franstalige Gemeenschap (n=37)



De overheid zet wel degelijk in op sommige van deze punten zoals op het loonverschil tussen leidinggevenden en andere zorgverleners (fede-

raal), en op de opwaartse dimensie richting geriatrie specialisatie (federaal). Vlaanderen stelt op basis van het loonkompas van Vacature

dat het mediane startersloon niet slecht is in de zorgverlening. Verpleegkundigen staan op de tweede sport van de verloningsladder van professionele bachelors. Dit klopt. Echter, daar waar de gezondheidszorg zich op 1,8% boven het gemiddelde brutoloon bevindt, treffen we de welzijnszorg op 5,3% onder het gemiddelde brutoloon aan (grote salarisenquête, 2010). De unieke focus op de hoogste sporten van bachelor en hoger is daarom wat vreemd binnen het brede spectrum van bestaande zorgberoepen. In de UK zet men binnen de Agenda for Change in op 'equal pay for work of equal value'. Op Europees niveau neemt de loonkloof met andere sectoren toe (EU, 2012), en het beleid is enorm verschillend per land (Buchan & Black, 2011). De financiële stimulering van een carrière binnen een zorgberoep ontbreekt in België.

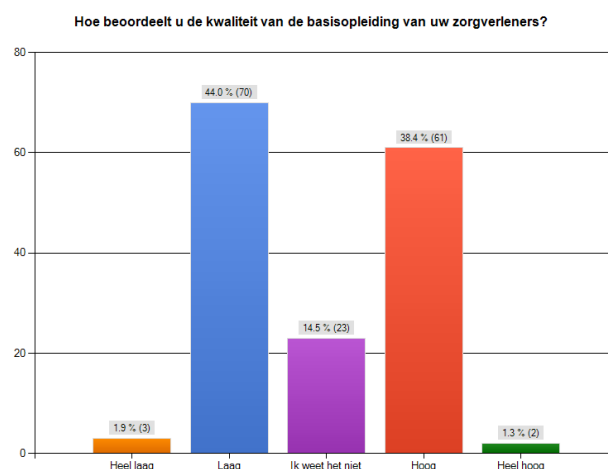
Loon en extralegale voordelen hebben wel degelijk een invloed op instroom en retentie, zoals blijkt in landen zoals de UK, Nieuw-Zeeland, Finland en Tsjechië (Buchan & Black, 2011; Fujisawa & Colombo, 2009; Simoens et al, 2005), hoewel de invloed op de directe tevredenheid met het werk zelf minimaal is (mede-

werkersbarometer, 2011). De overheid zou meer kunnen inzetten op extralegale voordelen (maaltijdcheques, transportkosten, kinderopvang, etc.) (OECD, 2011). De koppeling met carrière, prestatie en competenties wordt in Finland en de UK wel gemaakt (Buchan & Black, 2011). Naast de vraag van hoe hoog de verloning moet zijn, is het wellicht relevanter om de basis waarop de verloning wordt toegewezen te hervormen. Ideeën over belonen en pay for performance in functie van de kwaliteit van zorg kennen een sterke opgang in de wetenschappelijke literatuur over de zorgberoepen (Attree et al, 2011; Elgie, 2007; Fox & Abrahamson, 2009; OECD, 2011; Sermeus et al, 2009).

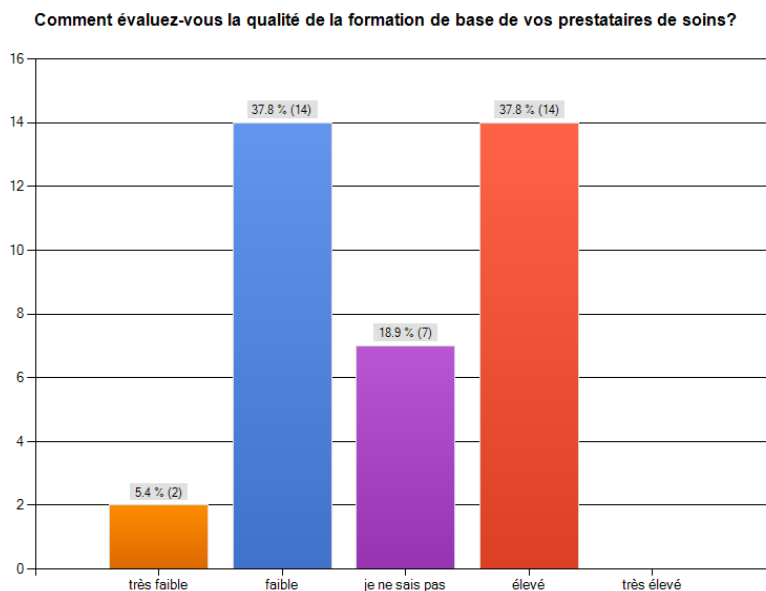
### Basisopleiding en permanente vorming

Eenzelfde tweespalt in beoordeling als bij verloning treffen we aan bij de evaluatie van de kwaliteit van de basisopleiding: 43% van de zorgorganisaties positief, 45% negatief. De beoordeling is lager in ROB's ( $p=0,01$ ) en RVT's ( $p=0,01$ ) in vergelijking met andere types van zorgorganisaties. De algemene directie is ook kritischer dan het HRM management en leidinggevenden in de zorg ( $p=0,04$ ).

#### Kwaliteit van de basisopleiding in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



*Kwaliteit van de basisopleiding in de Franstalige Gemeenschap (n=37)*



Respondenten vermelden hierbij een neerwaartse trend. Men klaagt aan dat opleidingscentra te soepel zijn om hun quota te behalen. Specifiek voor zorgkundigen en verzorgenden rapporteert men tekorten wat betreft attitudevorming, psycho-sociale, communicatieve en relationele vaardigheden. Het feit dat de kwaliteit van de basisopleiding niet altijd even adequaat is, wordt wetenschappelijk bevestigd (OECD, 2011; Sermeus et al, 2009). Men zou de scholinggraad over de ganse lijn moeten verhogen (Simoens et al, 2005), de curricula verder hervormen (OECD, 2011). Deze dienen zich meer te richten op evidence based, IT, innovatie, kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, interdisciplinariteit, enz. (Euro Observatory, 2006). Er is een nood aan verdere subspecialisaties (vb. zorg voor dementen in Duitsland). Lager geschoolden zouden stap voor stap, heel gericht zich moeten kunnen scholen in zogenaamde ‘ladders of training’ (OECD, 2011). In Ierland en de UK laat men geleidelijk aan de job leren terwijl je reeds

aangeworven bent (OECD, 2011). Het centraal plaatsen van stages en rolmodellen is een must, vooral bij ouderenzorg (Aiken en Cheung, 2008; Chenoweth et al, 2009; OECD, 2008; OECD, 2011). Gezien de tweespalt in resultaten wordt er in het beleid vrij voorbarig overgegaan tot de conclusie ‘voor gezondheidszorgberoepen zijn de opleidingen voorhanden en kunnen de acties zich voornamelijk richten op het creëren van voldoende opleidingscapaciteit’ (Vlaamse Beleidsnota, 2010). De gerichte initiatieven i.v.m. stages, het prille begin van een competentiebeleid, het Leer- en Innovatiecentrum, piloten wat betreft een voortgangstoets, etc. zijn allen positief. Of dit voldoende is om de kwaliteit van de basisopleiding fundamenteel te versterken, is een andere vraag.

Wat betreft permanente vorming is het beeld heel wat positiever voor de Vlaamse gemeenschap (60% positief), maar niet voor de Franstalige gemeenschap (slechts 46% positief).

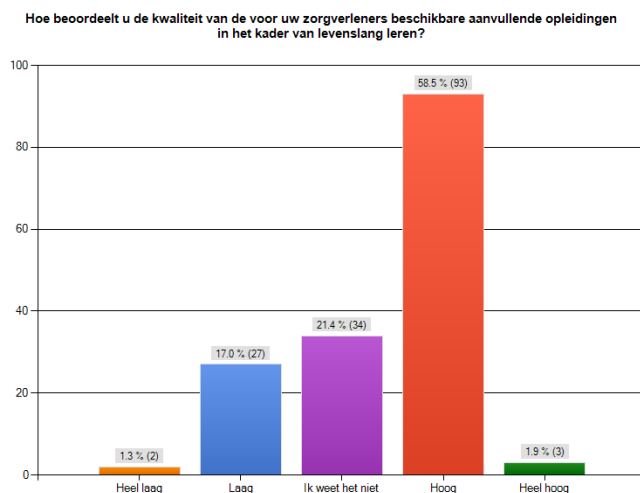


Dit is één van de weinige resultaten waar we een significant verschil aantreffen tussen beide gemeenschappen ( $p=0,000$ ). Serviceflats als zorgorganisaties scoren hier ook wat lager ( $p=0,02$ ). Daarnaast is het frappant dat 60% van de deelnemende HRM managers aangeven de kwaliteit van de aanvullende opleidingen niet te kennen ( $p=0,03$ ). Respondenten vermelden verbeteringsmogelijkheden i.v.m. de variëteit van inhoud (te eenzijdig), de prijs, het contrast van aanbod en kwaliteit voor verpleegkundigen en andere zorgberoepen. In Canada geeft men zorgverleners 20% van hun tijd beschikbaar voor

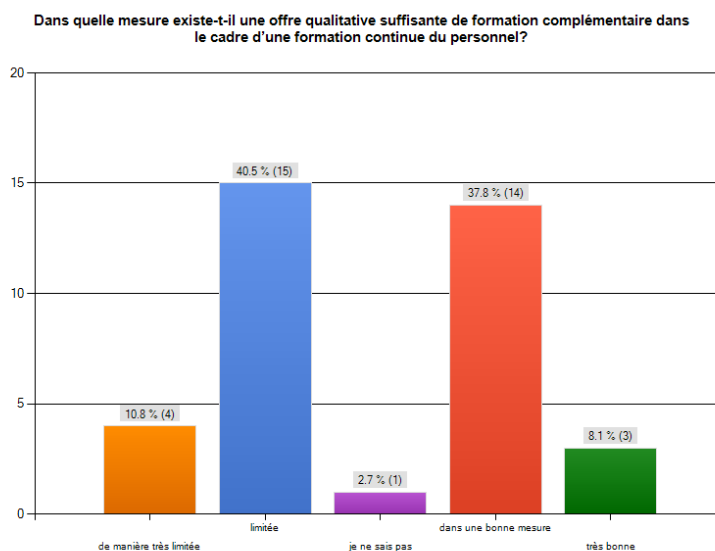
opleiding (OECD, 2011). Hiervan staan we nog heel veraf in België. Het federale beleid zet in op accreditering van het aantal gevolgde uren voor verpleegkundigen. Wat met de andere zorgberoepen? Vooral de Franstalige gemeenschap zou permanente vorming meer gericht dienen te ondersteunen.

Ter vergelijking, zorgverleners uit de ouderenzorg die in 2011 deelnamen aan de medewerkersbarometer waren voor 25% ontevreden over opleiding.

#### Kwaliteit van de aanvullende opleidingen in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



### Kwaliteit van de aanvullende opleidingen in de Franstalige Gemeenschap (n=37)

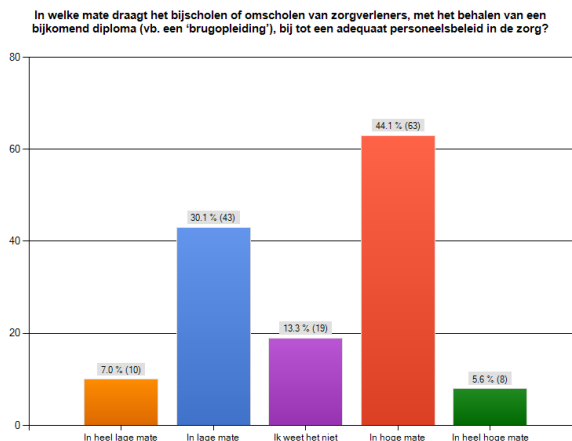


### Instroming via andere kanalen

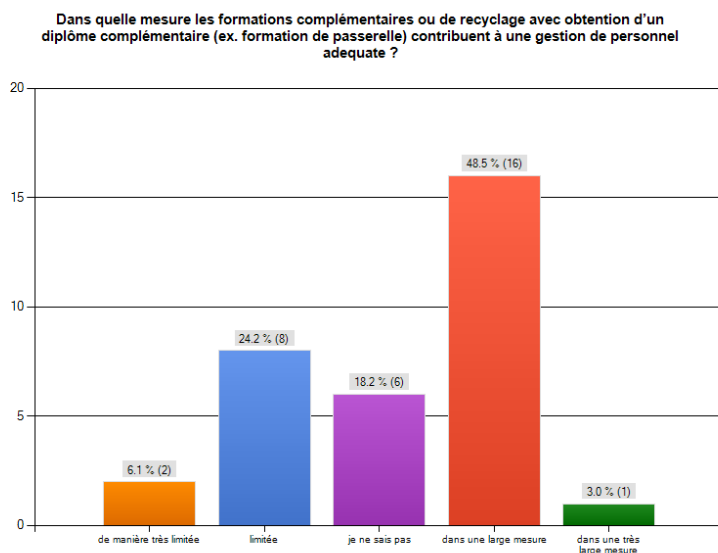
De deelnemende zorgorganisaties zijn relatief positief over het omscholen van zorgverleners (project 600, brugopleiding, etc.): 50% staat erachter. Men erkent dat dit geen netto-aanwinst in aantal personeelsleden impliceert, maar het is tot op heden één van de weinig beschikbare instrumenten voor loopbaanontwikkeling en carrièrevorming die volwaardig is uitgewerkt. De

algemene directie staat relatief negatiever t.o.v. deze maatregel (p=0,03), hoofdzakelijk omwille van praktische en financiële redenen. Een veel geformuleerde opmerking is dat de herschoolde zorgverleners na hun carrièresprong vaak elders gaan werken, in de zelfstandige thuisverpleging of in de ziekenhuissector. Dit vormt een ongewenst neveneffect voor vele deelsegmenten van de ouderenzorg. Er is ook bekommernis over de kwaliteit van de verkorte opleidingen zelf.

### Bijdrage van omscholing van zorgverleners in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



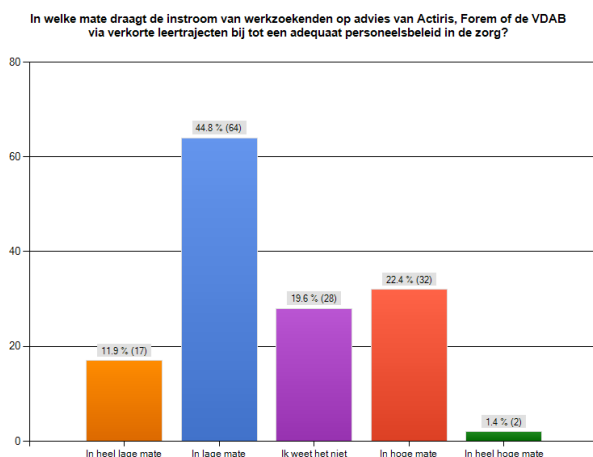
### Bijdrage van omscholing van zorgverleners in de Franstalige Gemeenschap (n=33)



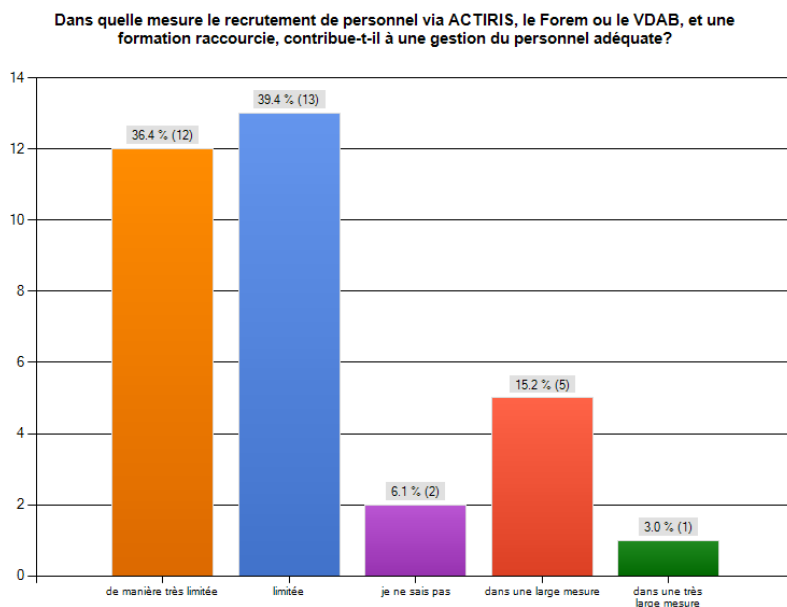
Het oordeel van de respondenten over de instroom van werkzoekenden via de VDAB, Forem, etc. is echter negatiever: 60% spreekt over een lage bijdrage tot een adequaat personeelsbeleid. In de Franstalige gemeenschap is men op dit punt ook relatief negatiever ( $p=0,008$ ). Hetzelfde geldt voor RVT's ( $p=0,04$ ). De vermelde problemen betreffen een gebrekkige opleiding, een gebrek aan motivatie. Het laatste wordt door sommige andere responden-

ten dan weer lijnrecht tegengesproken. Wellicht ligt de waarheid in het midden, met een mengeling van zowel gemotiveerde als minder gemotiveerde instromers. Gezien de grote toekomstige nood aan extra personeelsleden, is het openhouden van dit instromingskanaal vermoedelijk onvermijdelijk, ondanks de negatieve perceptie van de meerderheid van respondenten (Fujisawa & Colombo, 2009).

### Bijdrage van instroom via Actiris, Forem of VDAB in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



*Bijdrage van instroom via Actiris, Forem of VDAB in de Franstalige Gemeenschap (n=33)*



### Alternatieve doelgroepen

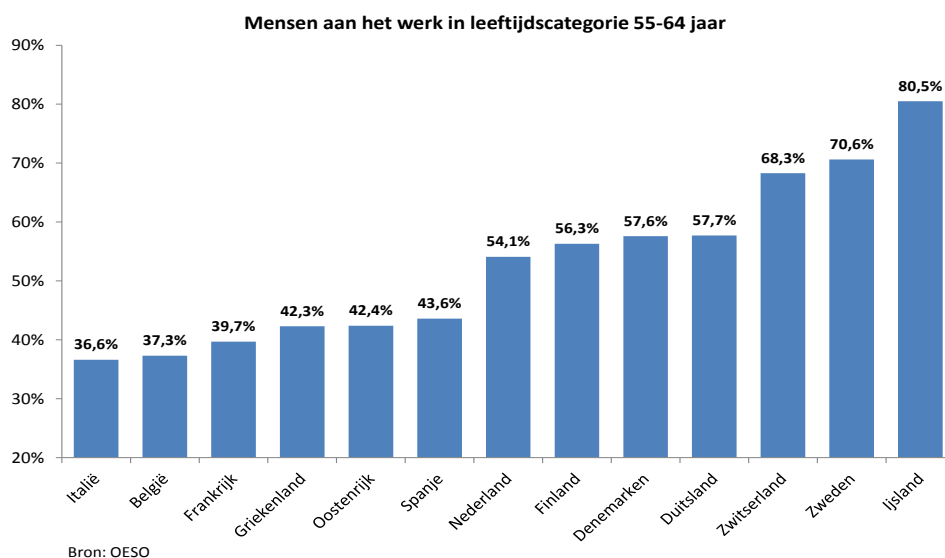
#### BIJDRAGE VAN GROEPEN ONDERVERTEGENWOORDIGD IN DE ZORG

In de eerste plaats kan het beleid zich richten op doelgroepen die momenteel nog ondervertegenwoordigd zijn in de zorg (Fujisawa & Colombo, 2009; OECD, 2011). Allochtonen en mannen zijn hier twee voorbeelden van. Slechts 20% van de studenten zijn mannen (Sermeus et al, 2008), en ze kiezen relatief minder dan vrouwen voor een tewerkstelling in de ouderenzorg. Het ruimer aan boord krijgen van allochtonen in de zorg kent ook haar eigen uitdagingen in de vorm van taal en cultuurverschillen. Denk maar aan het (stereotiepe?) beeld van sommige moslimvrouwen die geen mannen wensen te verzorgen, etc. Dit mag echter niet in de weg staan van een positief

ondersteunend beleid. Op Vlaams niveau zijn er plannen voor meer gerichte campagnes, wat positief is. Duitsland kan een bron van inspiratie zijn met haar 'new avenues for guys' beleid. Van de deelnemende mannen in Duitsland is 70% van de mannen positief over atypische beroepen. De groei in instroom van mannen is er voorlopig ook nog steeds te beperkt (OECD, 2011).

#### BIJDRAGE VAN GEPENSIONEERDEN

Een volgende steeds relevanter wordende groep is die van de gepensioneerden (Fujisawa & Colombo, 2009). Het potentieel hiervoor in ons land, vb tussen 55 en 64 jaren van leeftijd, wordt onmiddellijk duidelijk op basis van de volgende grafiek.



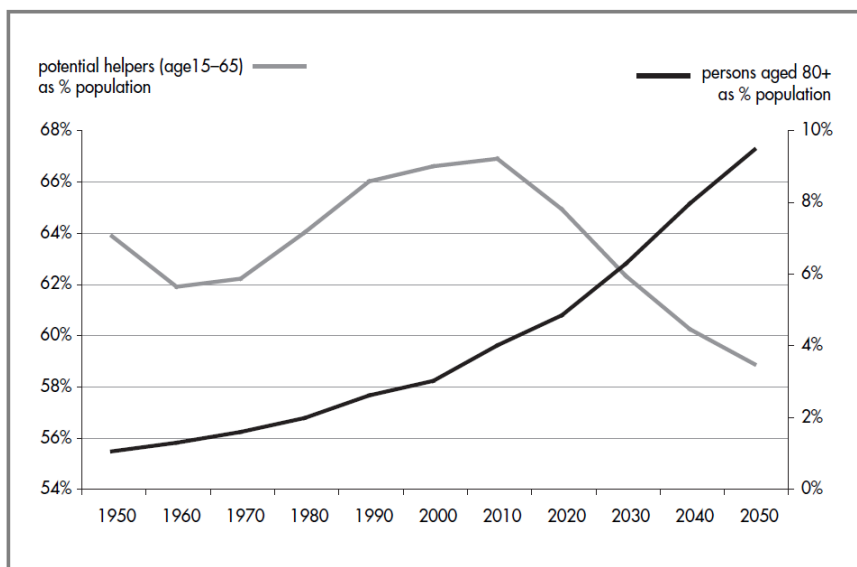
Dit vraagt uiteraard een meer flexibel pensioenbeleid, waar nu geleidelijk aan werk van wordt gemaakt (OECD, 2008). Steeds meer landen zetten gerichte programma's op voor ex-zorgverleners allerhande met een aanbod van carrièreontwikkelingsprogramma's, gericht heropfriscursussen, financiële voordelen, meer flexibele/zelf te kiezen uren, etc. om hen opnieuw aan boord te krijgen (Aiken & Cheung, 2011; Attree et al, 2011; OECD, 2008; OECD, 2011).

#### BIJDRAGE VAN DE SENIOR EN DE MANTELZORG

Daarnaast bestaan er nog andere alternatieve pistes, gericht op een grotere bijdrage van de senior en familie zelf (de mantelzorg), en op een grotere inzet van vrijwilligers (Fujisawa &

Colombo, 2009). Mantelzorgers kunnen in theorie niet enkel een goede aanvulling zijn op de professionele zorg. Ze kunnen op termijn zelf instappen in een zorgberoep (OECD, 2011). Internationaal richt men het beleid vooral op de combinatie met het voorgaande beroep en het creëren van financiële prikkels die op zijn minst het gehele inkomen in stand houden (Fujisawa & Colombo, 2009; Simoens et al, 2005). Echter, we moeten ook realistisch zijn. Familiale relaties veranderen in de richting van meer individualisering, scheidingen, minder kinderen en grotere afstanden (Tjadens & Colombo, 2011). Het aantal potentiële helpers van doorsnee leeftijd neemt ook af, zoals de volgende grafiek toont, met een enorme daling vanaf 2010.

Populatie op werkende leeftijd en 80 plus als aandeel van de totale bevolking, 1950-2050



Bron: OECD

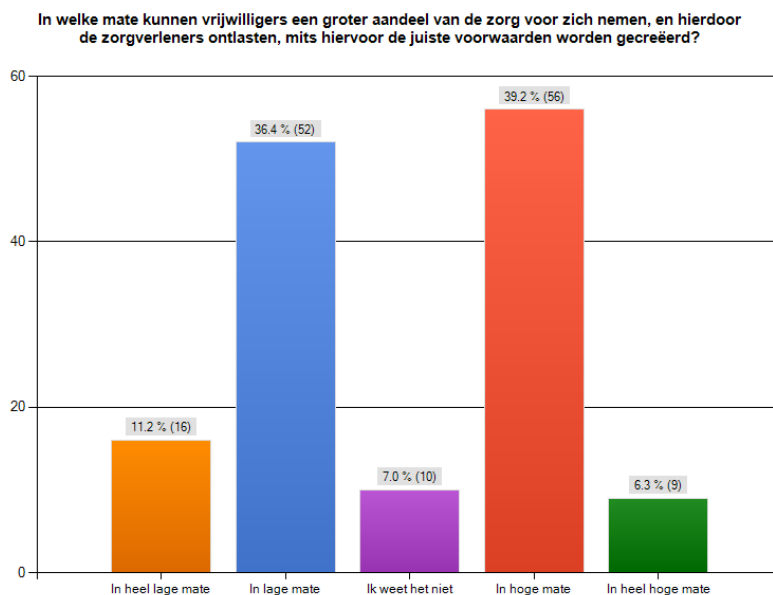
De inschatting van hoeveel van de zorg kan uitgevoerd worden door de senior en zijn of haar familie verschilt tussen de Vlaamse en Franstalige gemeenschap in de studieresultaten ( $p=0,008$ ): gemiddeld 26,3 in NL, en 17,4% in FR. De variabiliteit is echter in beide gevallen groot. De mediaan is gelijk aan 20% in NL en 15% in FR. In RVT's wordt zulke mogelijkheid 10% lager ingeschat ( $p=0,007$ ).

BIJDRAGE VAN VRIJWILLIGERS

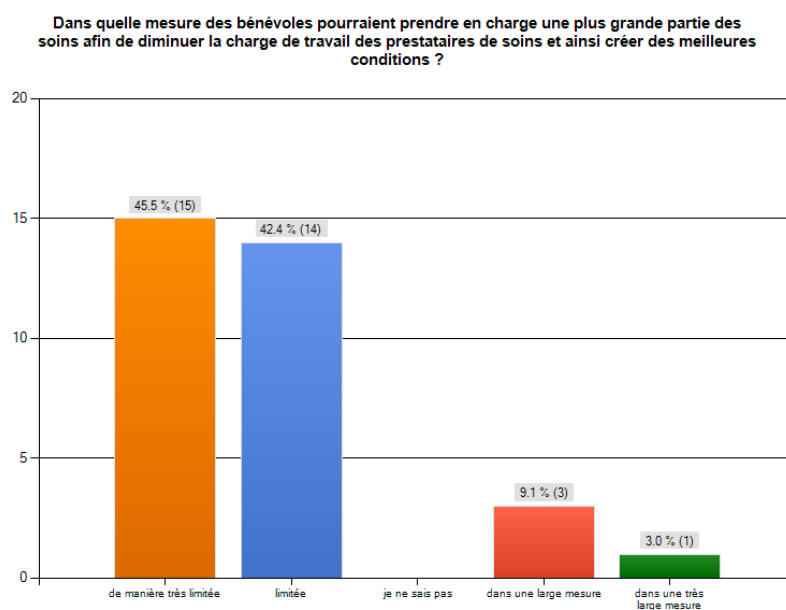
In de Vlaamse gemeenschap bestaat er geen eensgezindheid over de eventueel grotere bijdrage die vrijwilligers zouden kunnen leveren

tot de zorg, zo blijkt uit de resultaten. In de Franstalige gemeenschap is het standpunt duidelijk negatief ( $p=0,000$ ). Overigens zijn er geen significante verschillen. Kritische punten zijn eerder het aanvullende i.p.v. vervangende karakter van vrijwilligerswerk, het aantal beschikbare vrijwilligers en de variabele bekwaamheid. Daar tegenover staat dat er domeinen worden vermeld waarin vrijwilligers wel degelijk een grotere rol zouden kunnen spelen: maaltijdbegeleiding, transport, begeleiding naar doktersbezoek, recreatie en animatie, excursies, leefgroepwerking, onderhoud, logistieke taken, en administratie.

Beoordeling van een verschuiving naar vrijwilligers in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



Beoordeling van een verschuiving naar vrijwilligers in de Franstalige Gemeenschap (n=33)

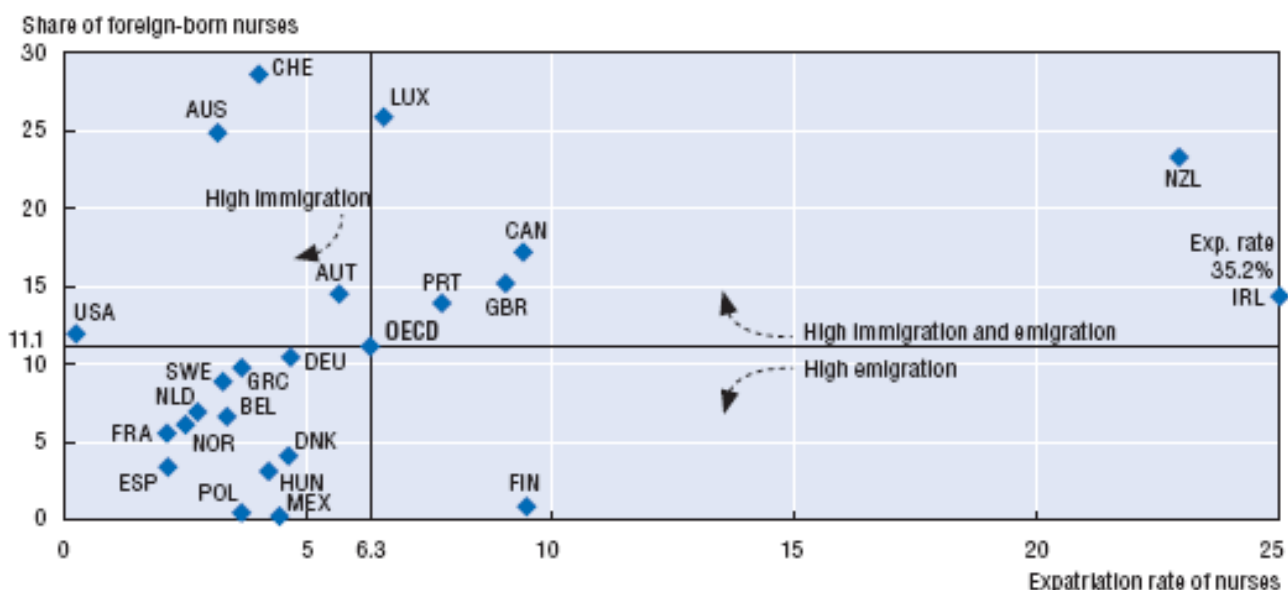


### Internationale rekrutering

Van oudsher bevond België zich in een positie van een aanzienlijke immigratie en emigratie van

zorgverleners, in vergelijking met andere landen (zie onderstaande figuur).

Immigratie en emigratieratio van verpleegkundigen in OECD landen in 2000



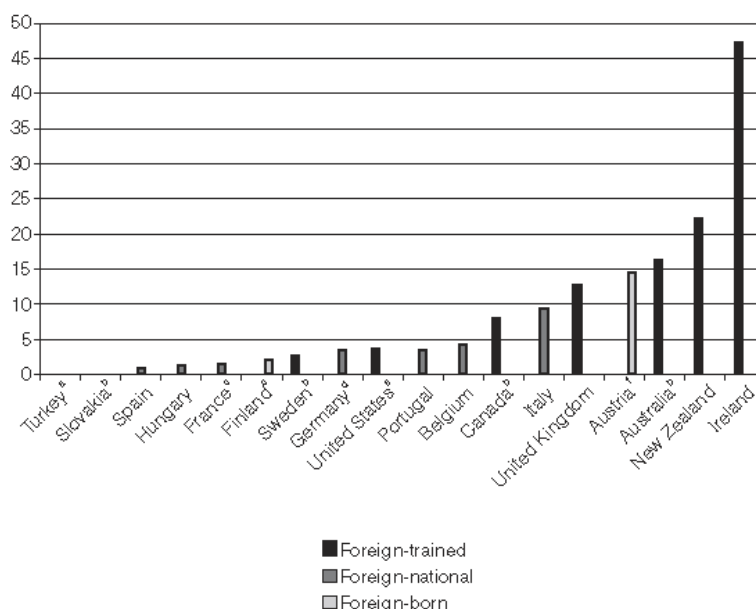
Bron: OECD, 2008

Momenteel zijn 9200 van de verpleegkundigen werkzaam in België, in het buitenland geboren (=13,5% volgens Wismar et al, 2011). 15% van de in België werkzame buitenlandse verpleegkundigen heeft een buitenlands diploma. De rest heeft een Belgisch diploma behaald. Op het totaal van alle verpleegkundigen in België heeft slechts 1% een buitenlands diploma. We merken een licht stijgende trend op doorheen de jaren. (Koning Boudewijnstichting, 2011; OECD, 2010) In dezelfde studie werd vastgesteld dat de meeste buitenlandse zorgverleners in ons land afkomstig zijn uit de buurlanden: Frankrijk (ruim 3000 in aantal in 2007; 40,5%

volgens Wismar et al, 2011), Nederland (ruim 500; 22%), Duitsland (400; 10%), en Luxemburg (250). Ruim 250 zorgverleners zijn afkomstig uit Zwitserland. Daarna komen we terecht bij Italië en Spanje. Het huidige aandeel uit Oost-Europa en niet EU landen is heel beperkt. Deze laatste groep omvat hoofdzakelijk Polen, Roemenië, de Filippijnen, Libanon. Een meer recente vergelijking met andere landen toont aan dat België zich ergens halverwege het peloton bevindt, zoals geïllustreerd in de volgende figuur (Wismar et al, 2011). Merk op dat de beschikbare cijfers bijna exclusief op verpleegkundigen betrekking hebben en niet op andere zorgberoepen.



Percentage buitenlandse verpleegkundigen in OECD landen in 2008



Bron: Wismar et al, 2011

Migratie is in ons land relatief belangrijker (en ook gemakkelijker gezien de taal) voor de Franstalige gemeenschap. Er zijn vrij weinig beleidsinstrumenten die zorgimmigratie in ons land ondersteunen buiten de deelname aan onderwijs in ons land, bilaterale verdragen met buurlanden en EU regelgeving van vrij verkeer van personen, goederen en diensten.

In de praktijk zijn er, zoals bij de meeste beleidsinstrumenten, zowel succesverhalen als mislukkingen. De barrières zijn de taal, eventuele cultuurverschillen en soms ook heimwee naar het thuisland (Koning Boudewijnstichting, 2011). Dit laatste hoeft niet echt een barrière te zijn. Elk jaar dat men in België werkt is in termen van personeelsbeschikbaarheid een gewonnen jaar.

Daarnaast bestaat er een ethische discussie. Enerzijds zorgt zorgimmigratie in ons land voor een 'brain drain' elders, in het land van her-

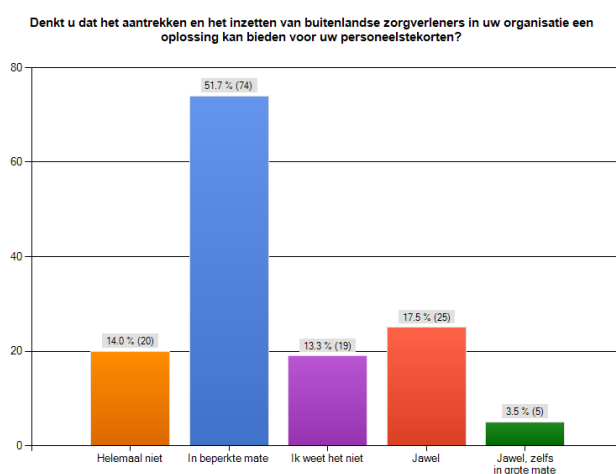
komst (Kanchanchitra et al, 2011). Anderzijds stromen er heel wat financiële middelen, en vaak ook kennis en expertise naar dat land van herkomst. Sommige landen zoals de Filipijnen zetten hier zelf heel actief op in door veel meer zorgverleners voor te bereiden dan ze lokaal nodig hebben (OECD, 2010). Een best practice voorbeeld is het lanceren van 'twinning' programma's, waarbij zorgverleners internationaal in beide richtingen worden uitgewisseld (Aiken & Cheung, 2008). Momenteel is er een ethische code in ontwikkeling bij de WHO die hier genuanceerde aanbevelingen over zal formuleren (vb. het niet aanmoedigen van migratie uit landen waar reeds grote tekorten bestaan, zoals in grote delen van Afrika).

Bij de deelnemende zorgorganisaties aan de enquête is respectievelijk 7 en 16% van de zorgverleners van buitenlandse oorsprong in de Vlaamse en Franstalige gemeenschap

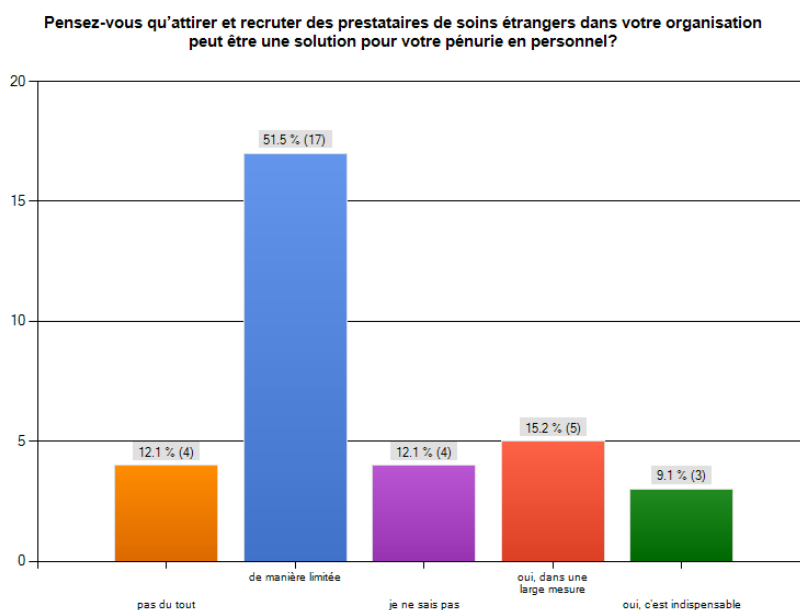
( $p=0,002$ ). In publieke zorgorganisaties zijn significant minder buitenlandse zorgverleners tewerkgesteld in vergelijking met andere types van zorgorganisaties ( $p=0,01$ ). 64% van de deelnemers ziet geen of een beperkte oplossing van

personeelstekorten in internationale rekrutering. Taal en cultuur blijken de grote obstakels te zijn, zeker bij de verzorging van senioren die dialecten spreken en niet meertalig zijn.

### Beoordeling van internationale rekrutering in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



### Beoordeling van internationale rekrutering in de Franstalige Gemeenschap (n=33)



In de literatuur wordt een actief zorgimmigratiebeleid desalniettemin aangemoedigd omwille van de volgende redenen (Attree et al, 2011; Fujisawa & Colombo, 2009). We weten dat de immigratie zal toenemen, omdat er een exponentiële vraag is naar zorgpersoneel. Vooral in Wallonië meldt men nu reeds dat men niet anders kan dan een beroep doen op buitenlandse werkrachten. Gezien de toekomstige noden in Vlaanderen en het slechts gedeeltelijke huidige antwoord hierop, zal de krapte ook in de Vlaamse gemeenschap meer dwingend worden. Hierop wordt vanzelfsprekend ingespeeld door commerciële agentschappen. Dit fenomeen is in volle opkomst in ons land. De eerste reden is dus dat de keuze tussen niet tussenkomen en het actief sturen naar een win-win situatie in feite een evidente keuze is (Dubois et al, 2006). Immers, we leren uit Spanje en Italië dat er anders een groot risico ontstaat op illegale stromen, met alle wantoestanden van dien (OECD, 2011). Bovendien, indien de overheid niet actief stuurt, verzeilt de zorgimmigrant lokaal soms in ongewenste omstandigheden met onderwaardering, werken beneden de kwalificaties, het vuilere werk moeten opknappen in vergelijking met collega's en discriminatie. De personen in kwestie voelen zich in zulke omstandigheden niet persoonlijk en professioneel gewaardeerd (Nichols & Campbell, 2009). Teleurstelling en niet ingevulde verwachtingen versterken de kans op een mislukking. In zulke omstandigheden is het de taak van de overheid om meer actief via het beleid de praktijk aan te sturen.

Een actief beleid speelt in op de knelpunten door ruimere taalopleidingen te organiseren, door de procedures voor erkenning en gelijkstelling zo efficiënt als mogelijk te maken (Koning Boudewijnstichting, 2011), door internationale kwaliteitsaccreditering van opleidingscentra (Kanchanachitra et al, 2011), en door bijko-

mende bilaterale verdragen (EU, 2012). Een succesvol alternatief is om heel wat meer opleiding en talenkennis op afstand te organiseren via de begeleiding van internationale studenten vooral eer ze naar België emigreren (Kolawolee, 2009). Bovendien, indien men internationaal een topregio wil zijn, waarom tracht men dan ook niet actief de brains terug te trekken en zelfs bijkomend aan te trekken uit andere concurrerende topregio's? Niet enkel de buurlanden, maar ook heel wat andere westerse landen waar migratie heel gewoon is, komen hiervoor in aanmerking. In Canada werken er 20% buitenlandse verpleegkundigen en heeft men bewust alle barrières tegen zorgimmigratie afgebouwd (Dumont et al, 2008).

In de UK werkt men met fast track werkvergunningen, het gericht rekruteren in specifieke landen, een overzichtelijke coördinatie door de overheid, een ethische code, regulatie en monitoring van agentschappen (Buchan et al, 2008).

Dubois en collega's (2006) hebben het volgende mooie overzicht van actieve beleidsopties gemaakt.

Voorbeelden van potentiële beleidsinterventies bij internationale rekrutering

Beleidsniveau	Criteria/voorbeelden
<b>Organisatorisch</b>	
Twinning	Ziekenhuizen in bron- en bestemmingslanden ontwikkelen relaties, op basis van uitwisselingen van personeel, personeelondersteuning en de goederenstroom naar het bronland.
Uitwisseling van personeel	Gestructureerde tijdelijke verhuizing van personeel naar andere organisaties op basis van professionele en persoonlijke ontwikkelingsopportuniteiten/organisatorische ontwikkeling.
Onderwijsondersteuning	Opvoeders en/of educatieve middelen en/of financiering in tijdelijke overgang van bestemming naar bronorganisatie.
Bilaterale overeenkomst	Werkgever(s) in het bestemmingsland ontwikkelen een overeenkomst met werkgever(s) of opvoeder(s) in het bronland om bij te dragen tot, of kosten te financieren van, extra personeel opleiden, of tot de aanwerving van bepaalde duur, gekoppeld aan opleiding en ontwikkeling alvorens terug te keren naar het land van herkomst.
<b>Nationaal</b>	
Bilaterale overeenkomst Regering-tot-Regering	Het bestemmingsland ontwikkelt een overeenkomst met het bronland om de kosten te financieren zoals de training van extra personeel, en/of de aanwerving van personeel voor een bepaalde duur, gekoppeld aan hun opleiding en ontwikkeling voorafgaand hun terugkeer naar het bronland.
Ethische wervingscode	Het bestemmingsland introduceert een code die beperkingen oplegt aan werkgevers –die bronlanden viseert, en/of de lengte van het verblijf. Dekking, inhoud en compliance-kwesties moeten allemaal verduidelijkt worden.
Compensatie	Veel besproken, maar niet veel bewijs in de praktijk: het bestemmingsland betaalt compensatie (in cash of andere middelen) aan het bronland. Mogelijk een soort van glijdende compensatieschaal met betrekking tot de lengte van het verblijf en/of de kosten van scholing, of de tewerkstellingskosten in het bestemmingsland; eventueel bemiddeld via een internationaal agentschap?
Beheerde Migratie (kan ook regionaal)	Land (of regio) met personeelsuitstroom start een programma om ongeplande emigratie te verhinderen, deels door te proberen om de impact te verminderen van de push-factoren, onder meer door het ondersteunen van andere organisatorische of nationale interventies die geplande migratie aanmoedigen.
Trainen voor export	(Kan een onderdeel van beheerde migratie zijn) regering of privésector neemt expliciete beslissing om opleidingsinfrastructuur te ontwikkelen om zorgprofessionals op te leiden voor de exportmarkt om daardoor uitgaven of vooruitbetalingen te genereren.
<b>Internationaal</b>	
Internationale code	Zoals hierboven, maar met betrekking tot een reeks landen, de relevantie ervan zal afhangen van inhoud, dekking en compliance. De Commonwealth code is een voorbeeld.
Multilaterale Overeenkomsten	Net als bij de bilaterale (hierboven), maar voor een aantal landen (EU?). Mogelijke makelarij/controlerende rol voor een internationaal agentschap.

Bron: Dubois et al, 2006

Eerlijkheidshalve moeten we hier ook enkele minder inhoudelijke belemmeringen benoemen die tot op heden het internationale rekruteringsbeleid in ons land negatief inkleuren. Eerst en vooral gaan de vakbonden op de rem staan, deels terecht omwille van de bekommernis over de arbeidsvoorwaarden die gerespecteerd dienen te worden, en deels onterecht omwille van de afscherming van de markt. Lokale Belgische zorgverleners worden via diverse kanalen versterkt in de indruk dat buitenlanders hun jobs komen overnemen. Deze ietwat absurde weerstand, gezien de tekorten die zullen ingevuld moeten worden, remt een gerichte beleidsvoering verder af. Gelijkaardige conflicts of interest zijn aanwezig op het niveau van NARIC, de instantie die buitenlandse diploma's beoordeelt, en waarin de hogescholen (zelf leveranciers van lokale diploma's) te sterk vertegenwoordigd zijn. Daarnaast kennen we ook het verhaal van de Roemeense zorgverleners in Brussel, die het aandeel Franstalige zorgverleners verder verhogen, wat gevoelig ligt bij sommige Nederlandstalige actoren. Het uitblijven van een internationaal rekruteringsbeleid kent dus ook een communautaire tint.

### Carrièremogelijkheden en functiedifferentiatie

In de context van Belgische ziekenhuizen heeft men recent vastgesteld dat het al dan niet bestaan van carrièremogelijkheden gerelateerd is tot de intentie om de organisatie te verlaten. Deze intentie was gemiddeld aanwezig bij 30% van de verpleegkundigen (Van den Heede et al, 2011). Tezelfdertijd is de aanwezigheid van carrièremogelijkheden één van de determinerende factoren in de keuze van tewerkstelling bij jongeren (OECD, 2011). Elke persoon kent de behoefte aan een continue professionele ontwikkeling, zonder al te snelle stagnatie (Dubois

et al, 2006). Carrièremogelijkheden zijn ook een essentieel instrument om het imago van het beroep te verbeteren door de inhoud van het beroep daadwerkelijk te verbeteren (Fujisawa & Colombo, 2009; Pacolet et al, 2005; Zorgnet Vlaanderen, 2009).

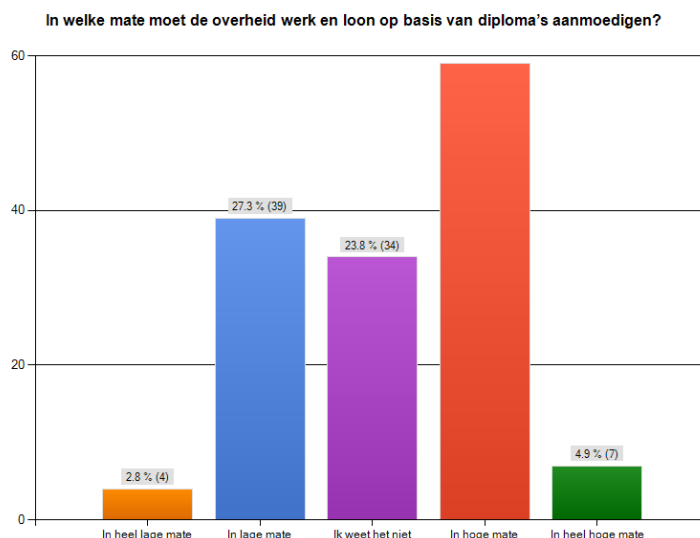
Internationaal spreekt men vaak over het gebruik van 'clinical ladders' (Elgie, 2007; Simoens et al, 2005). We maken hierbij een duidelijk onderscheid tussen functiedifferentiatie binnen een zorgberoep en taakverschuiving doorheen zorgberoepen (zie verder). Binnen elk zorgberoep op zich kunnen er competentieniveaus worden gedefinieerd, net zoals men in andere beroepen ook promotie kan maken, meestal gepaard gaand met een loonsverhoging (ervan uitgaand dat de loonvormingcriteria wijzigen binnen een gesloten budget). Advance nurse practitioners zijn voor de verpleegkundigen het hoogst te bereiken niveau, naast onderzoeksrollen, mentorrollen, etc. (Aiken & Cheung, 2008). Op die wijze differentieert men het beroep met een indeling naargelang de complexiteit van de zorg. Echter, ook voor verzorgenden en zorgkundigen dienen er carrièreperspectieven te worden ontwikkeld, die losstaan van zich volledig te moeten herscholen voor een ander beroep. Rolversterking omvat ook aspecten zoals verantwoordelijkheden op populatieniveau (de diabetesverpleegkundige als typisch voorbeeld, de specialist in geriatrie, hoewel dit ook weer als een afzonderlijk beroep dreigt omkapselt te worden), managementverantwoordelijkheden, referenties in functie van de opgebouwde specifieke expertise, coördinatie-rollen, een meer polyvalente inzetbaarheid (vb. rotatie van rollen doorheen doelgroepen), vertegenwoordiging in de leidinggevende bestuursorganen, etc. (Elgie, 2007)

Zoals we later zullen zien is taakverschuiving doorheen beroepen een krachtig instrument om

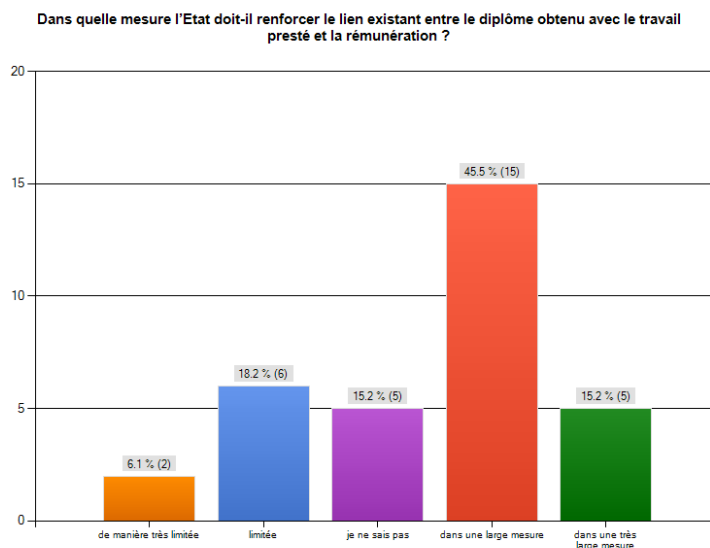
de mogelijkheden van functiedifferentiatie en carrièrevorming te ondersteunen (KCE, 2008). Bijscholing en coaching zijn momenteel nog teveel exclusief op het huidige niveau van job-competentie gericht en niet op verdere progressie en promotie in de ladder. Over de persoonlijke ontwikkeling binnen het huidige competentieniveau is men wel degelijk tevreden in een deel van de ouderenzorg (medewerkersbarometer, 2011). Omgekeerd, indien de educatie gericht op een hogere competentie geen band kent met de praktijk van de zorg die men verleent, bestaat er een grote kans om die mensen te verliezen in de zorgorganisatie (OECD, 2011).

Bij dit alles dient men op te letten voor rolverwarring, vaagheid en ambiguïteit (Dubois & Singh, 2009). Een verschuiving van aandacht van diploma's naar competenties en vaardigheden dringt zich op. Dit wil niet zeggen dat men de koppeling met diploma's volledig moet laten wegvallen (wat velen als een bedreiging ervaren). Uit onderstaande resultaten blijkt dat 46% zulke koppeling nog ondersteunt. 21% is onbeslist en 33% is tegen. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg zijn significant meer tegen zulke koppeling ( $p=0,02$ ).

#### Beoordeling van koppeling aan diploma's in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



Beoordeling van koppeling aan diploma's in de Franstalige Gemeenschap (n=33)



Het huidige beleid maakt geleidelijk werk van functiedifferentiatie. Echter, het beleid bevindt zich nog in de prille eerste ontwikkelingsfasen. De praktijk zal enkel beperkte stappen vanuit 'goodwill' zetten, zolang als het competentiebeleid niet veel concreter vorm heeft gekregen en een deel van de financiering hier niet als loonladder aan wordt gekoppeld. In een wereld waarin het idee van loonkost domineert, is het ook aan de overheid om de praktijk er daadwerkelijk toe te brengen om hogere loonstapen als een normaal onderdeel van de dagelijkse praktijk te aanvaarden. Dit kan enkel op basis van een loonsheroëntatie met een lagere afhankelijkheid van anciënniteit om financiële ruimte te scheppen.

### Retentiemechanismen

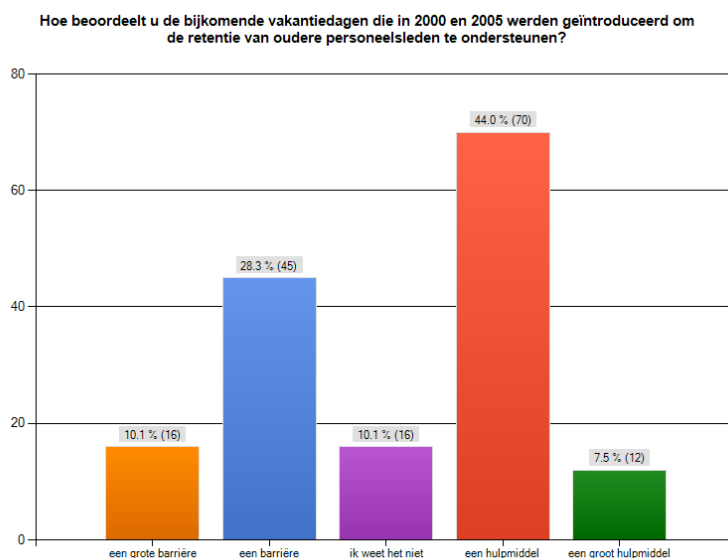
Eén evidente methode die op termijn ook in de zorg meer ingang zal vinden, is het verlaten van de pensioenleeftijd (OECD, 2011). Er

wordt in de literatuur ook gepleit voor geleidelijke uitstapregelingen (Simoens et al, 2005). Verpleegkundigen kunnen op pensioen gaan vanaf 58 jaren. Minder dan 1% van de actieve zorgverleners is meer dan 60 jaren oud. Vanaf 45 jaren heeft men bovendien recht om het aantal werkuren progressief te verminderen met 15%, de zogenaamde rimpeldagen. Men kan ook kiezen voor een loonbonus als alternatief. Oudere zorgverleners in de ouderenzorg zijn nochtans relatief tevreden met hun beroep (medewerkersmonitor, 2011). Het momenteel gehanteerde type van arbeidsduurvermindering is een heel dure maatregel. Het komt in feite overeen met een 25% loonsverhoging per uur (Simoens et al, 2005). In de praktijk zien we dat deze maatregel echter nog steeds gedragen wordt door 52% van de respondenten. Voor 37% van de deelnemers zijn de 'rimpeldagen' eerder een barrière. Zorgorganisaties uit de thuisverpleging staan relatief kritischer t.o.v. de arbeidsduurvermindering (p=0,01). Tegenstanders wijzen op

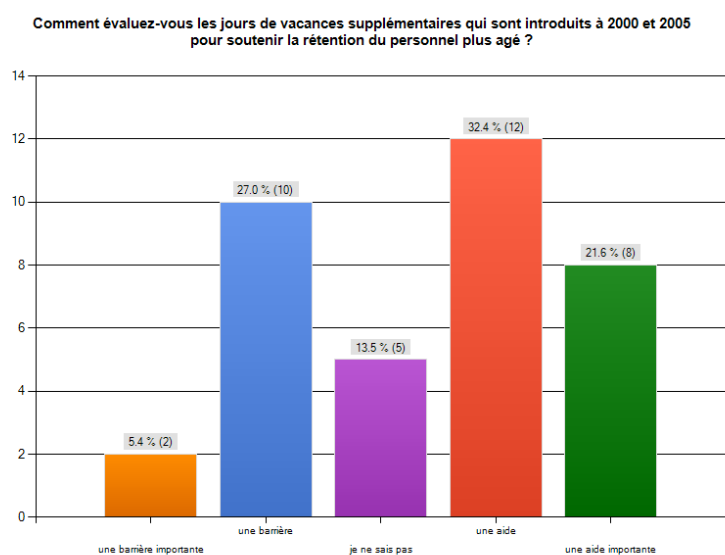
de verhoging van de werkdruk voor de rest van het team, de onbedoelde uitbreiding naar alle mogelijke zorgberoepen inclusief paramedici en logistieke medewerkers, de vroege instapleeftijd,

en de daling van betrokkenheid bij het werk. Voorstanders zien het als een positieve verlichting voor oudere werknemers, waardoor ze langer aan boord blijven.

*Beoordeling van bijkomende vakantiedagen voor oudere zorgverleners in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)*



*Beoordeling van bijkomende vakantiedagen voor oudere zorgverleners in de Franstalige Gemeenschap (n=37)*





## Werkomstandigheden

Een tekort is niet noodzakelijk een tekort aan gekwalificeerden, maar een tekort aan gekwalificeerden die willen werken onder de huidige werkomstandigheden (Buchan & Aiken, 2008). Zoals reeds in de inleiding besproken, is er steeds meer onderzoek, ook voor België, die het cruciale belang van goede werkomstandigheden voor de retentie en voor de kwaliteit van zorg ondersteunt (Aiken et al, 2012). Klassiek denkt men bij werkomstandigheden aan de werkdruk, die inderdaad door de respondenten algemeen als hoog wordt ingeschat (zie supra en medewerkersbarometer, 2011). De werkdruk staat op nummer 2 in de rangschikking van beïnvloedende factoren zoals ingeschat door de deelnemende zorgorganisaties. De reductie van werklust is een must, maar vereist meestal aanzienlijke financiële middelen indien men uitgaat van een stijging van FTE, zoals in het huidige beleid (Euro Observatory, 2006; OECD, 2011). Echter, een voldoende bestaande is een basisvoorwaarde in elk type van tewerkstelling (Chenoweth et al, 2009; Simoens et al, 2005). De geplande recuperatie van overuren is een aanvullende positieve maatregel in dit kader (Attree et al, 2011). Een tweede klassiek onderdeel is het aspect veiligheid op het werk, waaronder heel typisch in deze sector ook de omgang met geweld en crises valt (Simoens et al, 2005). In de UK heeft de overheid een heel duidelijke zero tolerance campagne geïmplementeerd gericht op geweld tegen zorgverleners (OECD, 2008). De werkomgeving in de klassieke zin van het woord wordt door zorgverleners in de ouderenzorg in Vlaanderen positief beoordeeld (88% positieve score; zie medewerkersbarometer, 2011).

Het meer recente onderzoek identificeert echter een samenhang van factoren die naar werkomstandigheden toe een grote impact hebben,

ook op de kwaliteit van zorg. Het betreft een ondersteunend management, een vlakke en horizontale beslissingsstructuur, een ondersteunend rechtstreeks leiderschap (Cummings et al, 2010), carrièremogelijkheden (zie supra), de relatie tussen zorgprofessionals, betrokkenheid en participatie van de zorgverlener en een focus op innovatie en kwaliteitsverbetering. Het betreft hier eerder lagere koststrategieën, waarvan de effectiviteit bewezen is (Aiken et al, 2012; Patterson et al, 2010; Van den Heede et al, 2011).

Dubois en collega's (2006) geven een goed overzicht van de dimensies die hierbij centraal staan.

### Werkomgeving en voorwaarden voor kwaliteit

<i>Dimensie</i>	<i>Kwaliteitsvoorwaarden voor personeel en patiënten</i>
Organisatorische klimaat	Motiverende sfeer Dienstklimaat Veiligheidsklimaat Pluridisciplinaire samenwerking Organisatorische vertrouwen
Leiderschap Senior Management	Krachtig Visionair Ondersteunend Op waarden gericht Bouwt vertrouwen, samenwerking, betrokkenheid en hanteert open communicatie
Werktijden	Passende rustperiode Maximum limiet voor de arbeidstijd Beperkte duur voor periodes van nachtarbeid Passende bescherming van werknemers in ploegendienst
Work-life balance	gezinsvriendelijk Mogelijkheid om flexibele uren te werken Opties om eigen werkschema te variëren Balans van de vraag en controle op het werk

Bron: Dubois et al, 2006

Dit vertaalt zich in de volgende HRM prioriteiten:

### HRM en voorwaarden voor kwaliteit

<i>Dimensie</i>	<i>Kwaliteitsvoorwaarden voor personeel en patiënten</i>
Ondersteuning van superieur	Creëren van luisterposten Open communicatie Articuleren van gemeenschappelijke doelen Bouwen van coalities Erkenning Vertrouwen afleveren Mogelijk maken voor deelname personeel in de besluitvorming
Job design	gepaste werklust Controle over het werk Mogelijkheid om vaardigheden te gebruiken Aangewezen horizontale besluitvorming Interactie met anderen
Teamwork	Gemeenschappelijke doelen Leiderschap Duidelijke structuur Gedeelde informatie Samenwerking Wederzijds respect Vertrouwen
Persoonlijke ontwikkelingsplannen	adequate loopbaanontwikkeling Toegang tot voortgezet onderwijs Toegang tot opleidingen Toegang tot formeel en informeel onderwijs

Bron: Dubois et al, 2006

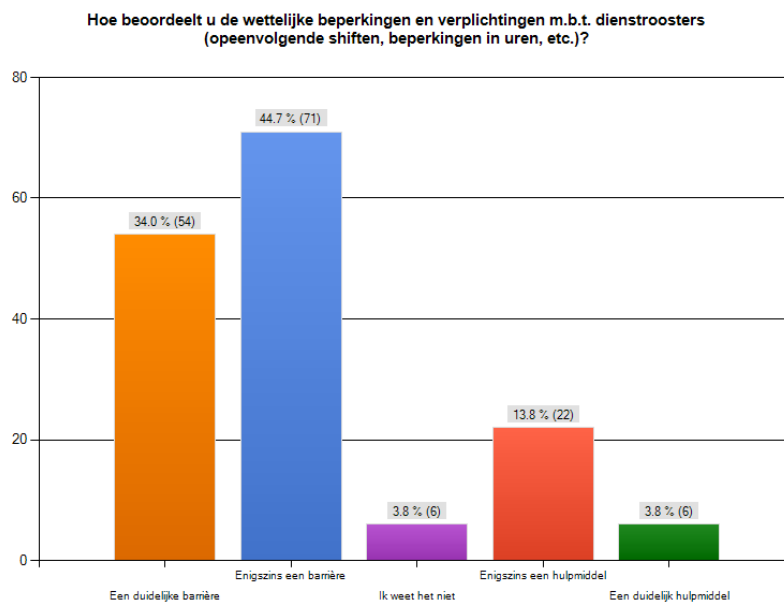
Net zoals er in de VS een magnet hospital beweging op gang is gekomen, is het aangewezen om een gelijkaardige benadering in de ouderenzorg te implementeren (Attree et al, 2011). Ook hierbij is er netwerking en het delen van best practices nodig tussen werkgevers, werknemers en de overheid. Leiderschapsprogramma's, mentoring door werkgevers, etc. kunnen hierbij ondersteunend zijn (OECD, 2011). Als we naar bovenstaand overzicht kijken, bevinden er zich nog duidelijke gaten in het huidige overheidsbeleid. De kwaliteit van het leiderschap wordt door de zorgorganisaties in de enquête als derde belangrijkste factor geïdentificeerd en het toekennen van meer autonomie en verantwoordelijkheid als vierde belangrijkste factor. De medewerkersbarometer wees op een vrij positieve beoordeling van het aanwezige leiderschap. Echter, nog steeds zou er 15 tot 20% marge zijn voor verbetering (medewerkersbarometer, 2011). Participatie in besluitvorming (naar hen luisteren en rekening houden met hun mening) scoorde er met 20% ontevredenheid ook minder goed.

### Zorgplanning en dienstroosters

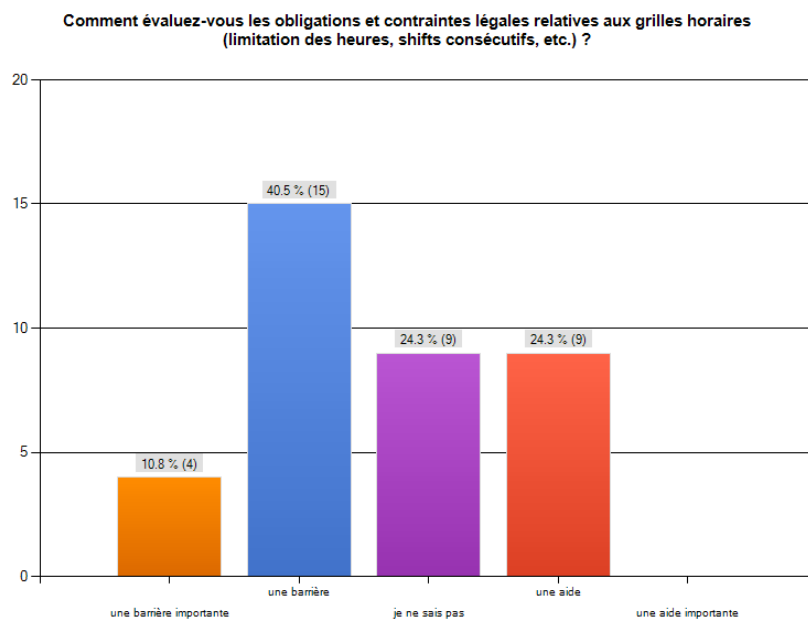
In dezelfde studies komt het belang van ruimere verantwoordelijkheid, beslissingsvrijheid en controle naar voren over de individuele werksituatie. Dit heeft betrekking op aspecten zoals flexibele, part time contracten (Attree et al, 2011; Simoens et al, 2005), participatief management (Van den Heede et al, 2011). Het is van belang dat men zich gewaardeerd voelt en zelf controle heeft, met coaching en open discussie (OECD, 2011). De andere keerzijde van flexibiliteit is dat men soms ook meer kan werken. In de OECD is bijvoorbeeld 16% van de deeltijdsen bereid om meer te werken bij een meer flexibele invulling (OECD, 2011).

Hierop sluit ook een familievriendelijk beleid aan (Chenoweth et al, 2009). Zelf roosteren zoals in de UK (Attree et al, 2011) en 'self responsible teams' (OECD, 2011), met de nodige IT ondersteuning blijken hierbij positieve effecten te hebben. De huidige Europese regelgeving i.v.m. gezond roosteren gaat in sterke mate in tegen die flexibiliteit. Het is uiteraard vanzelfsprekend dat er maxima worden ingesteld op uren tewerkstelling om misbruiken en kwaliteitsrisico's te voorkomen. Echter, de beperkingen van roosterplanning lijken hier momenteel te ver in te gaan. Dit wordt bevestigd door de meerderheid van de respondenten. 70% van hen beschouwt deze regelgeving als een barrière i.p.v. als een hulpmiddel; en des te meer bij VZW's in vergelijking met andere types van zorgorganisaties ( $p=0,01$ ). Deze bevindingen contrasteren met de resultaten van de medewerkersbarometer in 2011 die een 83% tevredenheid bij de zorgverleners zelf over de dienstroosters rapporteerde. Men wees er ook heel expliciet op het belang van flexibiliteit.

Beoordeling van wettelijke regelgeving m.b.t. dienstroosters in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)



Beoordeling van wettelijke regelgeving m.b.t. dienstroosters in de Franstalige Gemeenschap (n=37)



Het volgende citaat van een respondent spreekt hierbij boekdelen:

“Het zou een droom zijn als men de sector hierover eens zou willen aanhoren. Ik stel met ontzetting vast dat de horeca en de bouw laatsleden lastenverminderingen e. a. voordelen konden bekomen, maar aan een sector die de komende decennia tienduizenden banen gaat creëren gaat men voorbij. Om nog maar te zwijgen van de wettelijk verplichtingen van al de uurroosters in het arbeidsreglement, indien dit correct ZOU kunnen uitgevoerd worden... Ik heb een 1000 tal pagina's nodig. Hierover is een dringend overleg nodig met Arbeid-Sociale zaken en de NAR en de TOTALITEIT van de sector gezondheidszorg.” (zie voor andere citaten: de Stem van de Praktijk op [www.itinerainstitute.org](http://www.itinerainstitute.org)).

### Taakverschuiving

Het KCE heeft in 2008 een verdere verticale differentiatie van taken aanbevolen. Bovenaan is een verschuiving van taken van artsen naar gespecialiseerde verpleegkundigen aangewezen, omdat dit de kwaliteit verbetert via meer educatie en follow-up bij chronische patiënten (zie ook Delamaire & Lafortune, 2010; OECD, 2008; OECD, 2011). Het helpt ook tekorten in aantal huisartsen op te vangen. Halfweg is de inschakeling van zorgkundigen aanbevolen voor eenvoudige, standaardiseerbare zorg die ze kunnen overnemen van het verpleegkundig takenpakket. Onderaan is een delegatie van administratieve en logistieke taken aanbevolen naar logistieke medewerkers toe. Er is steeds sprake van delegatie en toezicht, en nooit van een volledige vervanging, omdat dit laatste kwaliteitsrisico's induceert (Dubois & Singh, 2009).

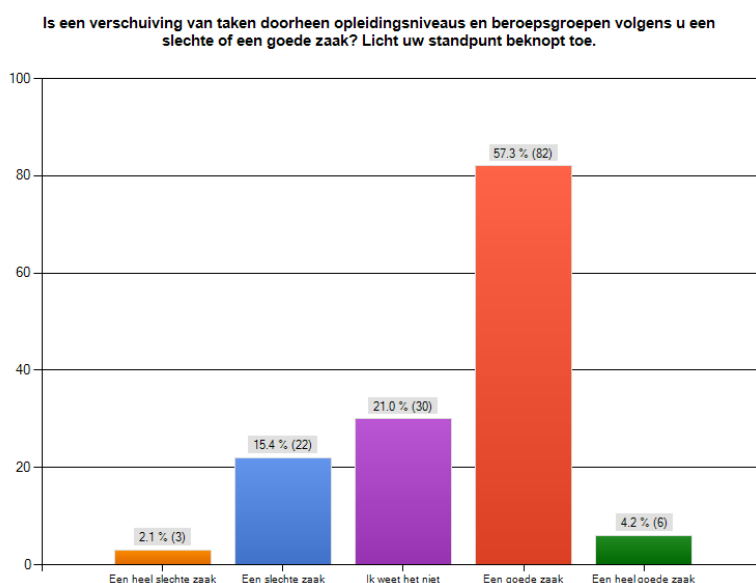
Zoals reeds gesteld bij het aspect functiedifferentiatie zorgt zulke taakverschuiving voor een brede marge van invulling van clinical ladders binnen elk van de zorgberoepen. Elk van hen krijgt immers in stijgende lijn een aantal extra verantwoordelijkheden toegewezen. Hetzelfde geldt ook voor de arts die de nieuwe rol van supervisie en coördinatie combineert met een specialisatie in de meer complexe medische problematiek.

De verschuiving naar zorgkundigen heeft reeds deels vorm gekregen, met de nodige communautaire knelpunten tussen beleidsniveaus, die intussen gelukkig zijn weggewerkt. De casus van de zorgkundigen illustreert dat taakverschuiving invoeren in ons land een moeizaam leerproces omvat. Immers, men heeft ervoor gekozen om niet enkel taken van verpleegkundigen (het niveau erboven) naar zorgkundigen door te schuiven, maar ook taken van verzorgenden (het niveau eronder) naar zorgkundigen. Idealiter zou je enkel verwachten dat taken van hoger naar lager niveau verschuiven, en dit doorheen alle beroepsgroepen, zodat iedereen er baat bij heeft in de vorm van jobverrijking. Vandaag wordt de tewerkstelling van sommige verzorgenden bedreigd (met effectieve ontslagen tot gevolg), omdat ze plots heel wat taken niet meer mogen uitvoeren die ze vroeger wel uitvoerden, en waarvoor ze de nodige competenties hebben opgebouwd. Naast het menselijke leed dat dit veroorzaakt, is dit ook verontrustend in een periode van toenemende personeelstekorten. Aan de basis ligt een mix van factoren: professionele belangen van zorgberoepen, een diploma- en opleidingsdenken i.p.v. een competentiedenken, verschillende opleidingsvereisten (1200 uren in woonzorgcentra versus 5 jaren ervaring en 200 uren in de thuiszorg), een zekere dominantie in aansturing vanuit de acute sector, een ondervertegenwoordiging van niet-verpleegkundigen, enz.

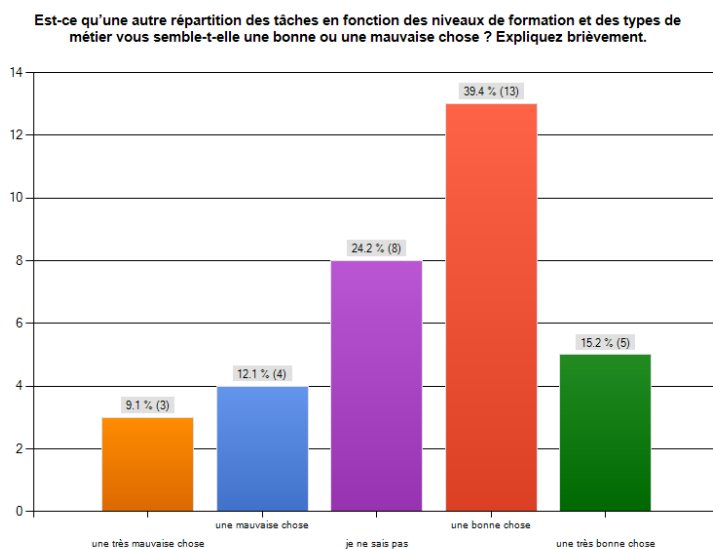
Zowel de onderste als de bovenste verschuiving dient nog volop in praktijk te worden omgezet. Voorbeeldlanden zijn Denemarken, Finland, Ierland en de UK (Fujisawa & Colombo, 2009). Taakverschuivingen kunnen pas concreet vorm krijgen na het verwijderen van barrières in de

regulering, gepaste training en gepaste financiële prikkels. De sector staat hier grotendeels achter zoals blijkt uit de volgende resultaten: 60% ondersteunt taakverschuiving (geen significante verschillen). 23% is onbeslist en 17% is tegen.

### Beoordeling van taakverschuiving in de Vlaamse Gemeenschap (n=143)



### Beoordeling van taakverschuiving in de Franstalige Gemeenschap (n=33)



## Performantiemanagement

Het finale sluitstuk van het verbeteren van de werkomstandigheden en het aandrijven van de juiste competenties vanuit een magnet opzet, met alle gekende gunstige gevolgen voor retentie en kwaliteit, is het performantiemanagement. Het omvat feedback met behulp van indicatoren en boordtabellen, het voorop stellen van participatieve doelstellingen, de voorziening van de nodige kwaliteitsinstrumenten en de koppeling van financiële incentives en betalingssystemen (Dubois et al, 2006; Euro Observatory, 2006; Patterson et al, 2010). Hiermee is de cirkel rond met wat er reeds werd besproken over carrière-mogelijkheden en loonaanpassingen.

## Normen en financiering

Om bovenstaande HRM aspecten vorm te geven in een totaalbeleid van zorg is ook een goed beleid i.v.m. normen en financiering noodzakelijk. De volgende tabel van Dubois en collega's (2006) vat goed samen hoe dat er geleidelijk een overgang tot stand moet komen van macro naar microregulatie. Ook hier betreft het geen volledige vervanging van het ene door het andere, maar wel een aanzienlijke verschuiving in nadruk, zodat ook op directieniveau de nodige vrijheid en autonomie wordt gecreëerd om de zorg op positieve wijze aan te sturen. Op dit punt heeft het beleid in België op alle niveaus zeker nog een hele weg af te leggen.

### Samenvatting van macro- versus micro-regulatie

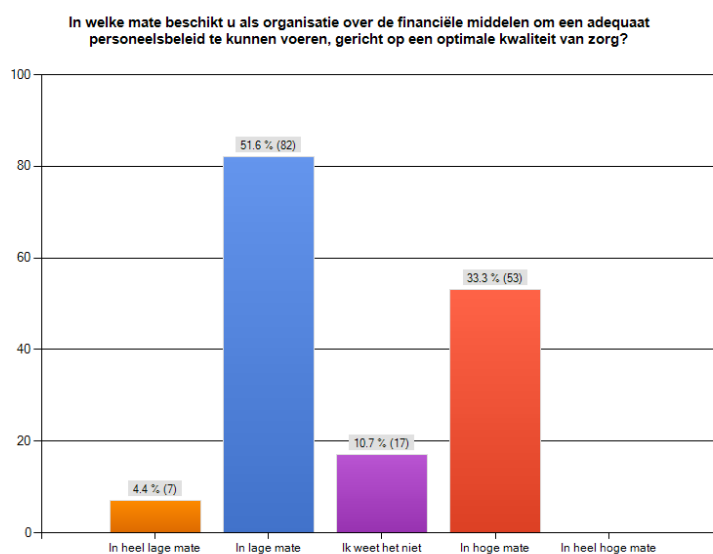
	<i>Macro-regulering</i>	<i>Micro-regulering</i>
Doel	Controle van de marktstructuur, kenmerken en het gedrag van de deelnemers	beheer van de levering van diensten en resultaat
Actiegebieden	Inputs en prijzen	Outputs en resultaten
Instrumenten	Numerus Clausus Vergoedingschema Minimum kwalificaties Praktijkstandaarden	Ranglijsten Kwaliteits-gebaseerde aanwerving Continue kwaliteitsverbetering Risicomanagement Benchmarking, kwaliteitscirkels en gestandaardiseerde behandelingsprocedures
Aard en reikwijdte	Normatief en alomvattend	Flexibel en op maat

Bron: Dubois et al, 2006

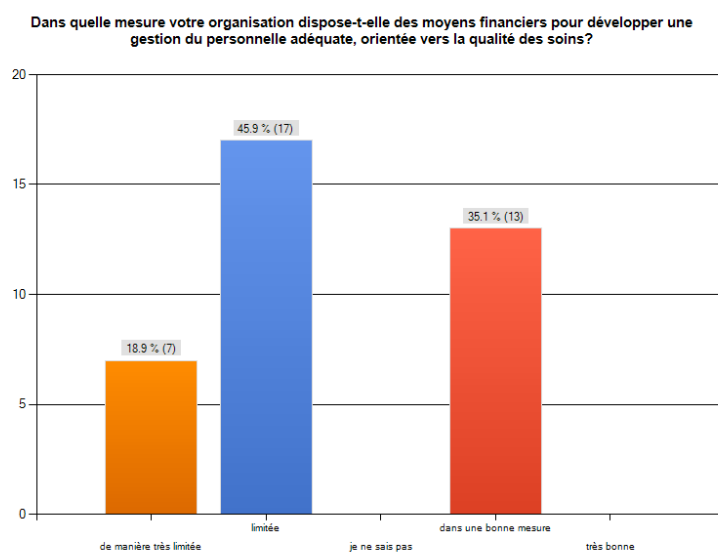
Met betrekking tot de financiering van personeel is er momenteel duidelijk sprake van structurele tekorten in de ouderenzorg, die niet opgelost

worden met 1 extra FTE. Dit wordt bevestigd door 58% van de respondenten, zoals blijkt uit de volgende grafieken.

*Beoordeling van financiële middelen in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)*



*Beoordeling van financiële middelen in de Franstalige Gemeenschap (n=37)*

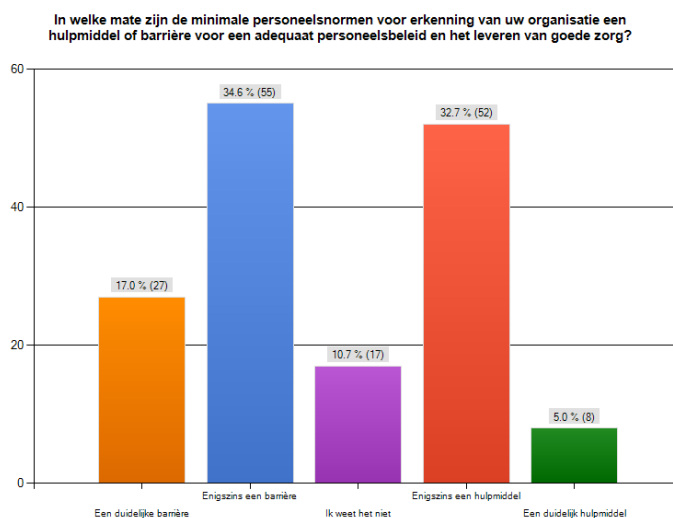




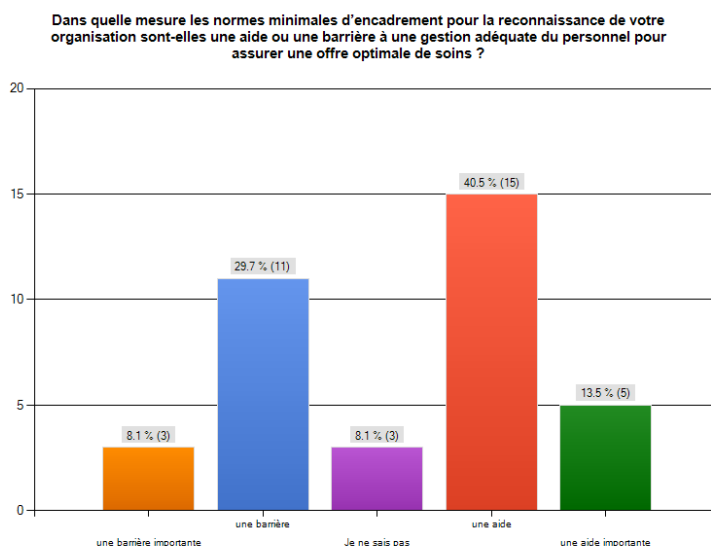
Met betrekking tot de minimale personeelsnormen observeren we een grote tweedeling in standpunten van voor en tegen. ROB's en VZW's

zijn relatief grotere tegenstanders ( $p=0,006$  en  $p=0,02$ ). De publieke zorgaanbieders zijn positiever ingesteld ( $p=0,02$ ).

*Beoordeling van de minimale personeelsnormen in de Vlaamse Gemeenschap (n=159)*



*Beoordeling van de minimale personeelsnormen in de Franstalige Gemeenschap (n=37)*



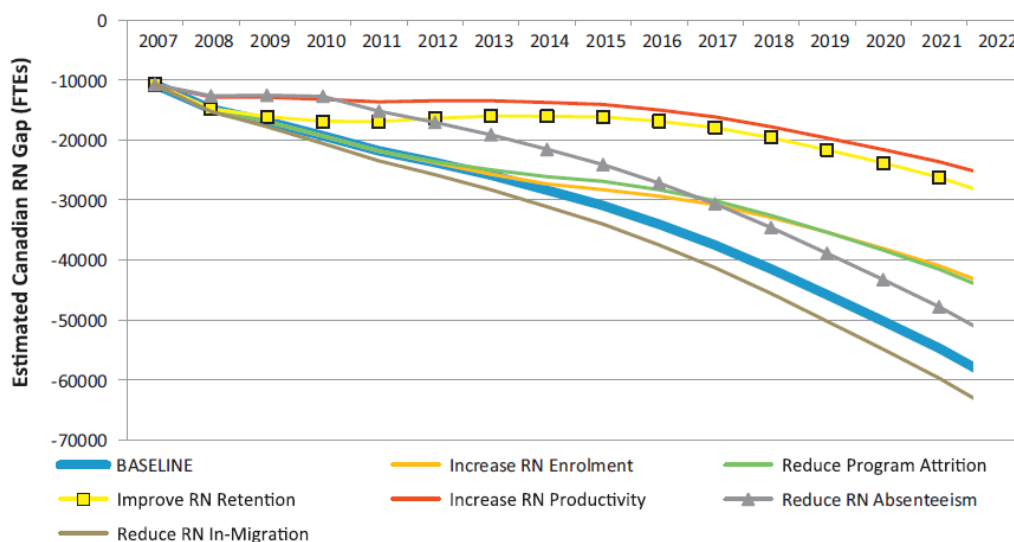
## Leren van anderen

Tot slot lijsten we nog een aantal concrete lessen op basis van de beleidsmaatregelen in andere landen.

- **Japan:** stimuleringsfondsen naar werkgevers toe om de ergonomie te verbeteren; screening van zorgorganisaties met adviesverlening over werkomstandigheden; subsidies voor herscholing vanuit andere sectoren (tem het bekostigen van vervanging in het bedrijf waar ze initieel werken), continue consulting van aanbieders en potentiële kandidaten (OECD, 2011)
- **Italië:** Verpleegkundigen worden er als een meer exclusief knelpuntberoep behandeld in de internationale migratiepolitiek. De spontane private evolutie wordt er benut via het verhogen van vaardigheden i.p.v. er blind voor te zijn. Directe banden creëren met opleidingscentra in Filipijnen en elders. Ook buitenlandse studenten aantrekken. Men moet de laaggeschoolde buitenlander ook meer werkzekerheid kunnen aanbieden, niet enkel korte tijdelijke contracten (Chaloff, 2008).
- **UK:** meer opleiding op afstand, betere retentie, verbeterd heropvissen van uitgetreden personeel (gratis heropfriscursus en financiële steun), internationale rekrutering. HRM indicatoren zoals absentieïsme en turnover worden er strategisch gehanteerd. Overstap naar nieuwe rollen (advanced voor verpleegkundigen, die tot 20% van de taken van de artsen overnemen; assistent verpleegkundigen nemen op hun beurt 12,5% van het verpleegkundig werk over (Buchan et al, 2008; Euroobservatory, 2006).
- **Nieuw Zeeland:** Typisch migratie land met buiten de erkenning van kwalificatie weinig belemmeringen. Betere coördinatie en samenwerking met stakeholders nodig voor een meer gericht migratiebeleid. Aandacht loon, werkomstandigheden, skill-mix benaderingen (Zurn & Dumont, 2008).
- **VS:** Beweging van magnet zorgorganisaties en bijhorende accreditering vanaf de jaren 80: vlakke organisatie, decentrale beslissingen, sterk verpleegkundig leiderschap, investering in educatie/expertise, associatie met betere uitkomsten (Elgie, 2007; Simoens et al, 2005). De VS kent momenteel vooral problemen in de financiering en het aanbod van het onderwijssysteem (Aiken & Cheung, 2008; Aiken et al, 2009).

Tot slot, in **Canada** is een illustratieve studie uitgevoerd die aantoont hoe diverse HRM maatregelen en evoluties losstaand van elkaar de tekorten aan verpleegkundigen zouden beïnvloeden: zie onderstaande figuur (Murphy et al, 2012). Let vooral ook op het effect van het verhogen van de innovatie en productiviteit met 1% door slimmer i.p.v. harder te werken (de rode lijn).

Afzonderlijke effecten van diverse beleidsscenario's op het tekort aan verpleegkundigen in Canada

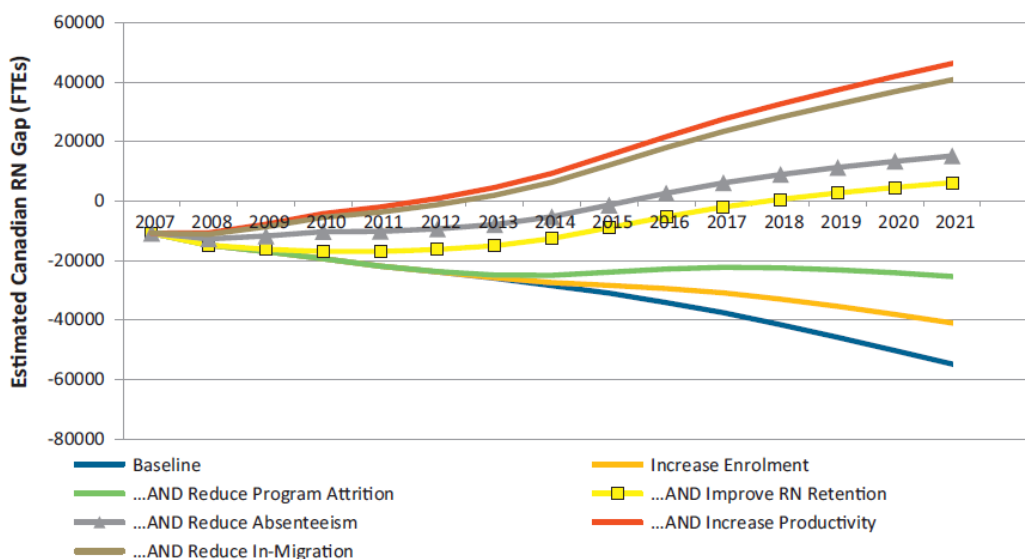


Bron: Murphy et al, 2012

Indien men in Canada de diverse maatregelen cumulatief combineert, komt men tot de volgende

voorspelde personeelsevolutie:

Gecombineerd effect van diverse beleidsscenario's op het tekort aan verpleegkundigen in Canada



Bron: Murphy et al, 2012

## Conclusies

De uitdaging met betrekking tot de toekomstige personeelsbehoefte in de ouderenzorg is enorm. De Itinera enquête legt nog heel wat ruimte voor verbetering bloot. Het feit dat diverse beleidsniveaus sinds 2009/2010 gerichte beleidsplannen opzetten en uitvoeren om hieraan tegemoet te komen, is een positieve vaststelling. Het is zeker ook niet allemaal kommer en kwel op de werkvloer in de ouderenzorg. Net zoals in de medewerkersbarometer van 2011, komen er heel positieve resultaten naar voren, zoals de beoordeling van de kwaliteit van zorg en de beoordeling van het geheel van aanwezige kwalificaties.

Echter, het beleid is nog steeds selectief i.p.v. te trachten een synergie te bereiken tussen alle mogelijke HRM beleidsdomeinen. Prioritaire strategieën i.v.m. internationale rekrutering, slim innoveren met productiviteits- en efficiëntieverhoging naast de focus op technologie, functiedifferentiatie, lage kost verbetering van werkomstandigheden, en taakverschuiving verdienen dringende beleidsaandacht. De kwaliteit van de basisopleiding dient gericht versterkt te worden in België, naast de kwaliteit van de aanvullende opleidingen in de Franstalige Gemeenschap. Het is van groot belang om een breed, gemengd en innovatief beleid te voeren en een meervoudige strategie te benutten met zoveel als mogelijk aangrijpingspunten (OECD, 2010; Simoens et al, 2005). HRM dient ondersteund te worden vanuit alle aspecten van de zorgorganisatie en haar omgeving (Dubois & Singh, 2009). De kwaliteit van het HRM beleid staat immers in relatie met de zorguitkomst bij de patiënt (Dubois et al, 2006). Het komt erop aan de kwaliteit te maximaliseren door ieders potentieel te maximaliseren (Dubois et al, 2006). De sector vraagt ook om een verdere diversificatie van zorgberoepen

in de ouderenzorg, met inbreng van omkaderend personeel zoals opvoeders, pedagogen en psychologen.

Tezelfdertijd stellen we vast dat er een sterk groeipotentieel voor jobs is in deze sector, ook compatibel met het groeiend aandeel werkende vrouwen in de samenleving (flexibel, deeltijds, etc.) (OECD, 2011). Een aanbeveling die tot nu toe nog niet werd vermeld, maar die heel relevant is voor de ouderenzorg is het wegwerken van de verschillen in opleiding, loon en carrièremogelijkheden tussen de ouderenzorg en de zorgsectoren die tot nu toe meer attractief waren, zoals de ziekenhuizen (Chenoweth et al, 2009; OECD, 2011). Initiatieven zoals het derde luik van financiering verdienen dus verdere uitbreiding, ook naar alle niet-financiële aspecten van HRM in de ouderenzorg toe. Doorheen het Itinera onderzoek is sterk naar voren gekomen hoe weinig best practice en wetenschappelijke kennis er voor de ouderenzorg is opgebouwd. Leren van andere sectoren zoals de ziekenhuizen is hierdoor deels onvermijdelijk. Zulke kruisbestuiving heeft enerzijds een positief wederzijds effect, omdat er heel wat gelijkenissen zijn in HRM behoeften. Anderzijds zijn er ook verschillen tussen subsectoren die in toekomstig onderzoek met een exclusieve focus op ouderenzorg verder dienen te worden uitgeklaard. Hetzelfde fenomeen treffen we aan in de vertegenwoordiging en participatie van de ouderenzorg in de algemene beleidsvorming over zorg. Voorlopig is ouderenzorg hierbij nog het kleine broertje, met soms een inadequate afstemming van beleid op de specifieke context tot gevolg. Naar de toekomst toe zal dit moeten wijzigen, gezien het belang van deze sector in tijden van vergrijzing.

Het Itinera onderzoek heeft een vrij volledig beeld geschetst van de huidige toestand en mogelijke oplossingen met betrekking tot perso-

neelsbeleid. De resultaten worden best in vervolgonderzoek verder afgetoetst bij herhaalde studies naar de ganse sector toe. Tot slot kunnen we niet nalaten om te eindigen met het volgende citaat van een deelnemer aan de enquête:

**Overheid, onderwijs en sector zelf:  
kom samen en MAAK de beroepen  
interessanter, zowel inhoudelijk als qua  
status en verloning!**

Zulke positieve houding getuigt van het enthousiasme dat de zorg dagelijks vormgeeft.

## Referenties

- Aiken L, Cheung R. Nurse workforce challenges in the United States: Implications for policy. OECD Health working papers nr. 35, 2008.
- Aiken L, Cheung R, Olds D. Education policy initiatives to address the nurse shortage in the United States. *Health Affairs* 2009;28(4):w646-656.
- Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012;344:e1717.
- Attree M, Flinkman M, Howley B, et al. A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England. *Journal of Nursing Management* 2011;19:786-802.
- Buchan J, Aiken L. Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:3262-68.
- Buchan J, Black S. The impact of pay increases on nurses' labour market: A review of evidence from four OECD countries. OECD Health working papers nr. 57, 2011.
- Buchan J, Baldwin S, Munro M. Migration of health workers: the UK perspective to 2006. OECD Health working papers nr. 38, 2008.
- Chaloff J. Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: Immigration of health professionals to Italy. OECD Health working papers nr. 34, 2008.
- Chenoweth L, Jeon Y, Merlyn T, et al. A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:156-67.
- Cummings G, MacGregor T, Davey M, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2010;47:363-85.
- Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health working papers nr. 54, 2010.
- Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, et al. Better interprofessional team work, higher level of organized care and lower risk of burnout in acute healthcare teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care* 2012; accepted for publication.
- Deschamps M. Beheersing van werkvolume en werkdruk in de zorgverlening in woon- en zorgcentra. *Tijdschrift voor Ouderenzorg* 2004;2:9-13.
- Dierckx de Casterlé B, Milisen K, Darras E, et al. Het verpleegkundig beroep in crisis? Belimage: Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen. Project in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001-2003.
- Dubois C, Singh D. From staff-mix to kill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 2009;7:87.

Dubois C, McKee M, Nolte E. Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

Dumont J, Zurnb P, Church J, Le Thi C. International mobility of health professionals and health workforce management in Canada: myths and realities. OECD Health working papers nr. 40, 2008.

Elgie R. Politics, economics, and nursing shortages: A critical look at United States government policies. *Nursing Economics* 2007;25(5):285-92.

European Commission. EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning en health workforce trends: A feasibility study. Centre for Workforce Intelligence, Matrix Insight, 2012.

European Commission. Commission staff working document on an action plan for the EU health workforce. Towards a job-rich recovery. Strasbourg, 2012.

European Observatory on Health Systems and Policies. The health care workforce in Europe. Learning from experience. 2006.

Fox R, Abrahamson K. A critical examination of the US nursing shortage: contributing factors, policy implications. *Nursing Forum* 2009;44(4):235-44.

Fujisawa R, Colombo F. The long term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health working papers nr. 44, 2011.

Grote salarisenquête 2010, Vacature. Accessed via <http://www.vacature.com/carriere/salaris/grote-salarisenqu%C3%AAte-2010>

Horn D. The business case for nursing in long term care. *Policy, Politics & Nursing Practice* 2008;9:88.

Institute of Medicine. Retooling for an Aging America: Building the healthcare workforce. 2008.

Itinera. Het grijze goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken. 2011.

Itinera. Analyse en stappenplan lokaal ouderenbeleid: van bedreiging naar opportuniteit, 2012.

Jaarverslag Promotiecampagne: Een zorgjob. Ik ga ervoor. Vlaamse overheid, 2012.

Karchanachitra C, Lindelow M, Johnston T, et al. Human resources for health in Southeast Asia : shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *Lancet* 2011;377:769-81.

KCE. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg in het ziekenhuis: mogelijkheden en beperkingen. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, rapport 86A. 2008.

KCE. Residential care for older persons in Belgium: projections 2011-2025. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, rapport 167C. 2011.

Kolawole B. Ontario's internationally educated nurses and waste in human capital. *International Nursing Review* 2009;184-90.

Koning Boudewijnstichting. Migratie: de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en gezondheidssector. 2011.

McHugh M, Kutney-Lee A, Cimiotti J, et al. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signals problems for patient care. *Health Affairs* 2011;30(2):202-210.

Medewerkersbarometer. Zorgnet Vlaanderen en Bing Research, 2011.

Murphy G, Birch S, MacKenzie A. et al. Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. *Health Policy* 2012;105:192-202.

Nichols J, Campbell C. The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007): an integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 2009;19:2814-23.

OECD. The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond? *OECD Health policy studies*, 2008.

OECD. International migration of health workers. Improving international co-operation to address the global health workforce crisis. Policy brief, February 2010.

OECD. Help wanted? Providing and paying for long term care. Chapter 6: How to prepare for the long term care workforce? 2011.

Pacolet J, Leroy X, Cattaert G, Coudron V. Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6. Synthese voor de zorgsector in België 1995-2020. Hoger Instituut voor de Arbeid, KU Leuven/Université Catholique de Louvain. 2005.

Pacolet J, Merckx S. Manpowerplanning voor de verpleegkunde en vroedkunde in België: synthese. Hoger Instituut voor de Arbeid, KU Leuven. 2006.

Patterson M, Rick J, Wood S, et al. Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment* 2010;14(51).

Rondeau K, Wagar T. Impact of human resource management practices on nursing home performance. *Health Services Management Research* 2001;14(3):192-202.

Rondeau K, Wagar T. Nurse and resident satisfaction in magnet-long term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management* 2006;14:244-50.

Sermeus W, Bruyneel L. De werkomgeving als succesfactor voor tevredenheid onder verpleegkundigen en patiënten. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2012;4.

Sermeus W, Schoukens P, Holtzer L, et al. Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde. Centrum voor Ziekenhuis- en Verpleegwetenschap, KU Leuven, 2009.

Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling nurse shortages in OECD countries. *OECD Health working papers*, nr. 19, 2005.

Tjadens F, Colombo F. Long-term care: valuing care providers. *Eurohealth* 2011;17:2-3.

Van Buggenhout M. Verpleegkundigen in Vlaamse woonzorgcentra: vraag en aanbod. *HR Square*, 2010.

Van den Heede K, Aiken L. Nursing workforce a global priority area for health policy and health services research: a special issue. *International Journal of Nursing Studies*, 2012.



Van den Heede K, Florquin M, Bruyneel L, et al. Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 2011.

Van den Heede K. Nurse staffing levels and patient safety in acute hospitals: analyzing administrative data at the nursing-unit level. Doctoral manuscript. Centre for Health Services and Nursing Research, KU Leuven. 2008.

Vlaamse beleidsnota. Werk maken van werk in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector. Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010.

Wismar M, Maier C, Glinos I, et al. Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2011.

Zorgnet Vlaanderen. Zorg voor de zorgende. Tienpuntenplan voor een toekomstig manpowerbeleid in de zorg. 2009.

Zurn P, Dumont J. Health workforce and international migration: Can New Zealand compete? *OECD Health working papers* nr. 33, 2008.

Voor duurzame economische groei  
en sociale bescherming.