

Tijd voor zorg
Een analyse van de zorgverlening
in de gezondheids- en welzijnssector

Koen Mendonck, Herman Meulemans

*met de medewerking van: Jacques Defourny, Mike Deschamps,
Fabienne Fecher, Georges Hedeboom, Michèle Hubin, Xavier Leroy,
Delphine Mignot, Erik Samoy, Nancy Van Landegem*

Tijd voor zorg

*Een analyse van de zorgverlening
in de gezondheids- en welzijnssector*



VUBPRESS



Onderzoek in opdracht van het Sociaal Fonds voor de Privé Ziekenhuizen met cofinanciering door het Europees Sociaal Fonds, de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, en het Ministerie van Volksgezondheid
Gecoördineerd door het Interuniversitair Instituut voor de Studie van de Arbeid en onder promotorschap van Prof. Dr. Herman Meulemans

Het onderzoek werd uitgevoerd door vier universitaire equipes (HIVA, IISA, SESA, Universiteit Luik) die elk twee sectoren onderzochten in een landsdeel.
Voorliggend boek is de synthese van de acht deelrapporten.
De bibliografische referenties vindt u op pagina 125.

Dit rapport handelt over een complexe en uitgebreide materie en bestrijkt verschillende sectoren. Alle conclusies, interpretaties, beleidsaanbevelingen en ook alle cijfermateriaal en de verwerking ervan vallen onder de uitsluitende verantwoordelijkheid van de vier uitvoerende onderzoeksequipes.

Omslagontwerp: Danny Somers
Boekverzorging: Boudewijn Bardyn

© 2000 VUBPRESS
Waversesteenweg 1077, 1160 Brussel
Fax + 32 2 629 26 94
e-mail: vubpress@vub.ac.be

ISBN 90 5487 278 0
NUGI 695
D / 2000 / 1885 / 029

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Woord vooraf

Het onderzoeksproject “Tijd voor Zorg” is gegroeid niet uit één maar uit meerdere bekommernissen. De spanningen op de arbeidsmarkt van de verplegings- en verzorgingssector hebben in de eerste plaats de aandacht opgeëist. Maar men kan er niet naast kijken dat de sociale spanningen, die hiermede samen gaan, eveneens tot gevolg hebben gehad dat het beleid de organisatie en de werking van de geneeskundige verzorging als een prioritaire politieke zorg moest beschouwen. De functionele en financiële aspecten van de problematiek even ter zijde gelaten heeft men reden te meer om na te denken over de structuur en de werking van de sector.

Een onderzoek dat CEDRES verricht heeft in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest omtrent de reële zorgverlening verstrekt door de verschillende zorg- en hulpverleners in de ziekenhuissector, de thuiszorg, de bejaardensector en de gehandicaptensector, leidde tot zodanige resultaten dat een actualisering in de diverse gemeenschappen zich opdrong.

Er moest worden nagegaan hoe de precieze tijdsbesteding van verplegend en verzorgend personeel eruit ziet. Hun takenpakket moest dan zorgvuldig ontleed worden en nagegaan moest worden of sommige taken niet naar andere pakketten konden worden overgeheveld. Dit onderzoek moest gebeuren in de hogervermelde sectoren en voor alle functies van verpleegkundig en verzorgend personeel vandaag aan de orde. Nieuwe taakomschrijvingen leiden uiteraard ook naar nieuwe functies en nieuwe functies leiden naar sociaal overleg. Het probleem is dus niet eenvoudig.

De complexiteit verhoogt uiteraard wanneer men merkt dat verpleging en verzorging een gans ander karakter hebben wanneer zij voorkomen in ziekenhuizen, rusthuizen, thuiszorg of gehandicaptenzorg. Nieuwe takenpakketten en verschuiving van personeel stellen uiteraard het probleem van nieuwe beroepsvervangende processen. Nieuwe oplei-

Woord vooraf

dingsbehoeften dienen duidelijke inhoud te krijgen, moeten worden afgetekend en opgevangen. Hoe het hierbij moet, rekening houdend met de respectievelijke behoeften van de gewestelijke, de communautaire en de federale overheden, is een vraag van niet te onderschatten belangrijkheid.

Het IISA heeft in deze een uitgebreid onderzoek verricht. Nancy Van Landegem werd vervangen door Koen Mendonck. De verwachting is dat hun studie een reële bijdrage zal leveren tot de oplossing van enkele levensgrote problemen in de gezondheids- en welzijnssector.

Onze dank gaat uit naar de opdrachtgever, het Sociaal fonds voor de Privé-Ziekenhuizen, en in het bijzonder naar de heer J. Hertogen, die het hele onderzoeksgebeuren op overtuigende wijze begeleidde, naar de verschillende onderzoekers van de vier equipes, naar het personeel in de sectoren dat z'n kostbare tijd ter beschikking stelde en naar de leden van de begeleidingscommissie, die met haar inspirerende en kritische evaluaties het onderzoek de goede richting in dreef. Ook naar de financiers gaat onze dank: het DWTC (mevrouw C. Orfinger en de heer B. Van doninck), het ESF, en het Ministerie van Volksgezondheid.

Prof. Dr. M. Stroobant
Voorzitter IISA

Inhoud

Lijst van afkortingen 9

Lijst van tabellen 11

Lijst van figuren 13

INLEIDING 15

1 Onderzoeksopzet van het CEDRES-onderzoek 15

2 Methodiek van het CEDRES-onderzoek 16

3 Aandachtspunten bij het CEDRES-onderzoek 16

METHODOLOGIE 19

1 De onderzoeksvraag 19

2 Methodiek 19

HOOFDSTUK 1 – Beschrijving van de instellingen 35

1 De ziekenhuissector 35

2 De rusthuissector 37

3 De thuiszorgsector 39

4 De sector van de gehandicaptenzorg 40

HOOFDSTUK 2 – Beschrijving van de respondenten 43

1 Algemene morfologie 43

2 Kenmerken met betrekking tot functie en diploma 51

3 Belangrijkste veranderingen 51

Inhoud

HOOFDSTUK 3 – Taakverdeling en arbeidsorganisatie 55

- 1 Taakafgrenzing met andere zorgberoepen 56
- 2 Taken waar men niet toe komt door tijdsgebrek 65
- 3 Taken waar men meer tijd aan besteedt dan men zou wensen 67

HOOFDSTUK 4 – Opleidingsbehoeften 69

- 1 Opleidingen die gevolgd zijn tijdens het voorbije jaar 69
- 2 Behoeftte aan opleiding 72

HOOFDSTUK 5 – Tijdsanalyse 75

- 1 Tijdsanalyse 76
- 2 Tijd per patiënt / bewoner / cliënt 92

BESLUIT 95

APPENDICES 101

- 1 Vragenlijst 101
- 2 Takenlijst 109
- 3 Samenstelling taakcategorieën 113
- 4 Opleidingsbehoeften 115
- 5 Diploma 118

BIBLIOGRAFIE 121

Lijst van afkortingen

ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
AWIPH	Agence Wallone pour l'Intégration de la Personne Handicapée
COCOF	Commission communautaire française
COCOM	Commission communautaire Commune
DG	Duitstalige Gemeenschap
FDGB	Franstalige en Duitstalige Gemeenschap samen
FG	Franstalige Gemeenschap
GH	Sector van de gehandicaptenzorg
GZ	Diensten Gezinszorg (VG)
HIVA	Hoger Instituut voor de Arbeid
IISA	Interuniversitair Instituut voor de Studie van de Arbeid
RH	Sector van de rusthuizen
ROB	Rustoord voor bejaarden
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
SESA	Socio-Economie de la Santé
SFPZ	Sociaal Fonds voor de Privé-Ziekenhuizen
TV	Diensten Thuisverpleging (VG)
TZ	Sector van de thuiszorg
UGL	Université de Liège
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VFSIPH	Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap
VG	Vlaamse Gemeenschap
VTE	Voltijdse equivalent
WAV	Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming
ZH	Sector van de ziekenhuizen

Lijst van tabellen

Tabel 1	Voorbeeld van tijdsregistratieraster	21
Tabel 2	Vergelijkende tabel over de voor- en nadelen van verschillende manieren van tijdsregistratie	22
Tabel 3	Beperkte lijst met functies met voorkomen naar sector	24
Tabel 4	Weging van hoofd- en neventaken	31
Tabel 5	Gekwalificeerd verzorgenden: titels	34
Tabel 6	Aantal eenheden en respondenten (N =1227)	43
Tabel 7	Functies per sector	44
Tabel 8	Functies in procenten per onderzoeksequipe	45
Tabel 9	Femineringsgraad per onderzoeksequipe, in procenten	46
Tabel 10	Femineringsgraad per sector, in procenten	47
Tabel 11	Leeftijdsverdeling per sector (in procenten)	47
Tabel 12	Werkervaring in de functie en in de instelling, per sector (in procenten)	48
Tabel 13	Statuut van de respondenten per equipe (in procenten)	48
Tabel 14	Type contract per equipe (in procenten)	49
Tabel 15	Diploma's per onderzoeksequipe (in procenten)	50
Tabel 16	Diploma's per sector (in procenten)	50
Tabel 17	Overzichtstabel belangrijkste veranderingen: top drie	52
Tabel 18	Antwoorden van de verzorgenden / opvoeders op de vraag "taken die gewoonlijk door hogergeschoolden worden uitgevoerd", in procenten (enkel hoger dan 10%)	59
Tabel 19	Antwoorden van de verpleegkundigen op de vraag "taken die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen uitgevoerd worden", in procenten (enkel hoger dan 10%)	61
Tabel 20	Antwoorden van de verzorgenden (opvoeders) op de vraag "taken die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen uitgevoerd worden", in procenten (enkel hoger dan 10%)	63

Tabel 21	Antwoorden op de vraag “taken waar men niet toe komt door tijdsgebrek”, in procenten (enkel hoger dan 10%)	65
Tabel 22	Antwoorden op de vraag “taken waar men meer tijd aan besteedt dan men zou wensen”, in procenten (enkel hoger dan 10%)	67
Tabel 23	Aandeel van het personeel dat een opleiding volgde het voorbije jaar, in procenten	70
Tabel 24	Opleidingen gevolgd tijdens het voorbije jaar	71
Tabel 25	Opleidingsbehoeften	73
Tabel 26	Tijdsbesteding over taakcategorieën: rangorde	76
Tabel 27	Tijdsbesteding over taakcategorieën: volumes	78
Tabel 28	Tijdsbesteding van het personeel in twee typologieën	82
Tabel 29	Relatieve zorgbesteding door de verschillende functies	83
Tabel 30	Tijdsbesteding van de verpleegkundigen in twee typologieën	84
Tabel 31	Tijdsbesteding van de verzorgenden / opvoeders (gehandicaptensector) in twee typologieën	86
Tabel 32	Tijdsbesteding van de hoofdverpleegkundigen / hoofdopvoeders (gehandicaptensector) in twee typologieën	88
Tabel 33	Tijdsbesteding van verpleegkundigen en verzorgenden, sectorale vergelijking	90
Tabel 34	Tijdsbesteding van verpleegkundigen en verzorgenden, vergelijking naar gemeenschap	91
Tabel 35	Tijd per bewoner / patiënt: vergelijking	93

Lijst van figuren

- Figuur 1 Functies per sector 44
- Figuur 2 Taken die evengoed door een lager geschoolde uitgevoerd kunnen worden. Antwoorden van de verpleegkundigen (enkel die antwoorden die meer dan 10% van het totaal uitmaken) 62
- Figuur 3 Opleidingsbehoeften 74

INLEIDING

Vertrekpunt: een actualisering van het CEDRES-onderzoek

1. Onderzoeksopzet van het CEDRES-onderzoek¹

Het onderzoek ‘Tijd voor zorg: een analyse van de zorg- en hulpverleningsvolumes in de gezondheids- en welzijnssector’ is een actualisering van het CEDRES-onderzoek². De doelstelling van de CEDRES-studie bestond erin om binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een analyse te maken van de arbeidsorganisatie en de verdeling van de zorgen binnen de ziekenhuissector, de (residentiële) bejaardenzorg, de thuiszorg en de gehandicaptensector.

Binnen het CEDRES-onderzoek lag de nadruk op de plaats van het verzorgend personeel binnen de leef- en verpleegeenheden en werd deze plaats zowel kwantitatief als kwalitatief benaderd. Ten eerste werd nagegaan welke taken het verzorgend personeel momenteel uitoefent en ten tweede welke taken zij eventueel zouden kunnen uitoefenen.³

De werkhypothese die binnen het CEDRES-onderzoek werd gehanteerd was dat een betere integratie van verzorgend personeel binnen de zorgeenheden kan bijdragen aan het oplossen van het ‘verpleegkundig probleem’ door de verpleegkundigen te verlossen van niet-technische taken waarvoor een lager opleidingsniveau volstaat. Daarbij werd ver-

¹ Met dank aan Claudia Ucros voor de voorstelling van het CEDRES onderzoek aan de onderzoeksequipes van Tijd Voor Zorg

² Marcelis R et al. (1993) *Evaluation des besoins en personnel soignant dans les insitutions de soins de la Région Bruxelloise et des besoins en formation du personnel soignant moyennement ou peu qualifié, hospitalier en extra hospitalier de la Région Bruxelloise et des demandeurs d'emploi susceptibles d'intégrer ce secteur, Rapport final*, Cedres, Brussel.

³ Marcelis R et al, OC, blz. 3

Inleiding

trokken vanuit de idee dat een betere taakverdeling in functie van de kwalificaties een efficiëntieverhoging kan veroorzaken.⁴

2. Methodiek van het CEDRES-onderzoek

De antwoorden op bovenstaande onderzoeksvraag werden gezocht via drie enquêtes:

1. een enquête gericht naar de hoofdverpleegkundigen of diensthoofden met de bedoeling om het gewenst profiel te bepalen van het verzorgend personeel alsook de inhoud van de opleiding.
2. een enquête met de bedoeling om de wensen en de motivaties in kaart te brengen met betrekking tot een opleiding van het verzorgend personeel (max. hoger secundair onderwijs) dat reeds werkzaam is binnen de instellingen en diensten, alsook van het niet-verzorgend personeel wanneer zij zouden wensen in te stappen in een verzorgende functie.
3. een enquête die de wensen en behoeften analyseert met betrekking tot opleiding van werkzoekenden die mogelijk kunnen tewerkgesteld worden binnen de gezondheids- en welzijnszorg.

De vraag naar de tijdsbesteding wordt in het CEDRES-onderzoek⁵ beantwoord door de hoofdverpleegkundige of de diensthoofden. Hierbij wordt één volledige dag (24u) uur per uur overlopen met het diensthoofd waardoor op een relatief goedkope wijze de gegevens verzameld worden en er een beeld wordt verkregen van het type activiteiten die door de verschillende functies op een afdeling/dienst of (leef)eenheid worden uitgevoerd en de duurtijd ervan.

3. Aandachtspunten bij het CEDRES-onderzoek

Bij het op punt zetten van de CEDRES-methodologie in het kader van het project 'Tijd voor zorg' zijn er een aantal aandachtspunten met betrekking tot de gehanteerde methodiek. Cruciale punten zijn de methode van tijdsregistratie, het aantal dagen tijdsregistratie en het aantal onderzochte zorgeenheden. De methode van tijdsregistratie die

⁴ Marcelis R et al, OC, blz. 37-38

⁵ Marcelis R et al, OC, blz. 107-108

Vertrekpunt: een actualisering van het CEDRES-onderzoek

eruit bestaat om de hoofdverpleegkundigen of diensthoofden te gebruiken als referentiepersoon is niet objectief. De hoofdverpleegkundigen of diensthoofden hebben namelijk niet altijd zicht op het verloop van de taken zoals deze door de verschillende medewerkers worden uitgevoerd. Het geven van een tijdsraming voor elke taak is bijgevolg niet evident. Dit is nog moeilijker wanneer diverse taken gelijktijdig gebeuren of in de thuiszorgsector waar de personeelsleden zeer zelfstandig en onafhankelijk hun taken verrichten. Bovendien kan het zijn dat de hoofdverpleegkundigen hun antwoorden (onbewust) gaan afstemmen op de activiteiten die wettelijk toegelaten zijn door de diverse beroepsgroepen in de verschillende sectoren.

Binnen het CEDRES-onderzoek registreert men de taken gedurende één willekeurige dag. Dit betekent dat men geen beeld heeft over de verschillende dagen van de week. Dit terwijl de aard en de intensiteit van de taken sterk kunnen fluctueren naargelang het week of weekend is.

Het aantal zorgeenheden dat in de CEDRES-studie is opgenomen is vrij klein. In totaal werden 12 zorgeenheden in het onderzoek betrokken, verdeeld over de ziekenhuissector, de bejaardenzorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. In onze studie hebben we een gelijkaardige steekproef. Gemiddeld heeft iedere onderzoeksequipe 12 eenheden per sector ondervraagd.

Een laatste aandachtspunt heeft betrekking op het feit dat het CEDRES-onderzoek bij de analyse van de zorg- en hulpverleningsvolumes geen rekening houdt met het patiëntenprofiel. De hoeveelheid en de aard van de zorg die wordt verleend, wordt immers bepaald door de mate van zorgbehoefendheid van de patiënt. Ook in onze studie wordt omzeggens geen rekening gehouden met de zorgbehoefendheid van de patiënten.

Methodologie

1. De onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag waarvan we vertrekken in het huidige onderzoek Tijd voor zorg is tweeledig:

Welk volume zorgtijd, uitgedrukt in uren zorgtijd per dag, wordt besteed aan patiënten in respectievelijk de ziekenhuissector, de bejaardenzorg, de gehandicaptensector en de thuiszorg?

Wie doet welke taken en hoelang in de diverse bovenvermelde sectoren met de nadruk op de plaats van de verzorgenden? Hierbij wordt de vraag gesteld welke taken (die momenteel door hoger gekwalificeerden worden uitgevoerd) toewijsbaar zijn aan het personeel en welke opleidingsbehoeften hieruit voortvloeien.

2. Methodiek

De centrale variabelen binnen het onderzoek zijn functie, taken en tijd (met een relatie naar de patiënt). Tussen deze drie variabelen zijn diverse relaties te onderscheiden en kunnen diverse vragen worden gesteld.



Cruciale elementen binnen de methodiek om op bovenstaande onderzoeksvraag een antwoord te formuleren zijn:

1. een objectieve en degelijke manier van tijdsregistratie

Methodologie

2. een lijst met functies die conform is voor alle sectoren

3. een lijst met taken die conform is voor alle sectoren

De methodiek van het CEDRES-onderzoek zal als richtinggevend worden beschouwd voor het ontwikkelen van deze instrumenten. Vervolgens wordt dieper ingegaan op elk van deze elementen.

Volgende onderzoeksinstrumenten worden gebruikt:

A. voor de hoofdverpleegkundigen:

1. diepte interview

2. beperkte vragenlijst over enkele contextvariabelen

B. voor het personeel: vragenlijst met vier modules over

1. coördinaten en professionele gegevens

2. arbeidsorganisatie: doorschuiven van taken

3. opleidingen en opleidingsbehoefte

4. tijdsregistratie kwartier per kwartier

Deze onderzoeksinstrumenten zitten integraal in bijlage van pagina 101 tot pagina 119.

2.1. De tijd

Na inventarisatie van diverse methoden van tijdsregistratie (zie tabel 2) en het beschouwen van de voor- en de nadelen van elke methode hebben we tenslotte geopteerd voor een registratie van de taken kwartier per kwartier en dit gedurende 3 dagen (24u) waarvan 2 weekdays en 1 weekenddag. Op elke dag dat er een registratie gepland is, dienen alle personeelsleden die die dag(en) op de afdeling/dienst/(leef)eenheid werkzaam zijn, hun taken zelf te registreren via een raster. Aan de hand van deze rasters bekomen we informatie over de uitgevoerde taken en de tijd die er aan besteed wordt. We maken gebruik van dertig taakcategorieën, waarvan er vijf uitgebeeld zijn hieronder. De verwerking van deze gegevens wordt in punt 2.7 besproken.

Methodologie

Tabel 1 – Voorbeeld van tijdsregistratieraster

	Taken	Tijd											
		6:00 uur				7:00 uur				8:00 uur			
	Datum: 14/05/1999												
	DAG: dinsdag												
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Hygiënische verzorging	X	X	X	X			X				X	
2	Mobilisatie en positioneren			X				X					X
3	Transport					X	X	X		X	X		
4	Hulp bij voeding					X							
5	Uitscheiding												
6	... (enz tot taak 30)	X		X				X	X				

We zijn er ons terdege van bewust dat ook deze methode nog een aantal nadelen in zich draagt. Doch binnen het onderzoek was het niet mogelijk om deze te ondervangen. Zo wordt bij het gehanteerde model geen rekening gehouden met de zorgbehoevendheid van de patiënt. De zorgenheid, de dienst of het type instelling waar de patiënt verblijft wordt hier als richtinggevend beschouwd voor de graad van zorgbehoevendheid. We vertrekken tevens van de hypothese dat de kwaliteit van de zorg voldoende is in de diverse instellingen en zorgeenheden.

Methodologie

Tabel 2 – Vergelijkende tabel over de voor- en nadelen van verschillende manieren van tijdsregistratie

METHODIEK	VOOR- EN NADELEN
<p>CEDRES^A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diepte-interviews met hoofdverpleegkundigen of diensthoofden • 24-uur wordt uur per uur overlopen 	<ul style="list-style-type: none"> • relatief goedkoop • tamelijk tijdsintensief (diepte-interviews) voor onderzoeker • niet tijdsintensief voor personeel (wordt zelf niet bevraagd) • slechts beperkt aantal cases mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • gegevens zijn niet echt objectief (hoofdverpleegkundigen hebben niet altijd zicht op de reële situatie) • groot probleem thuiszorg
<p>HEUSDEN^B</p> <ul style="list-style-type: none"> • observatie op afdelingen • registratie om de 10 minuten • houdt rekening met patiëntenprofiel 	<ul style="list-style-type: none"> • zeer tijdsintensief voor onderzoeker • niet tijdsintensief voor personeel • slechts beperkt aantal cases mogelijk • houdt rekening met patiëntenprofiel • gegevens zijn meer objectief • taken worden geregistreerd om de 10 minuten • probleem: thuiszorg
<p>INTERN</p> <ul style="list-style-type: none"> • dagboekmethode: er wordt een raster gemaakt met de taken in de rijen en de opdeling van 24uur per kwartier in de kolommen. Er wordt dan gevraagd aan de werknemers zelf om kruisjes te zetten Elk kruisje telt voor een kwartier of voor tien minuten 	<ul style="list-style-type: none"> • niet tijdsintensief voor onderzoeker • tamelijk tijdsintensief voor personeel • zeer veel bevragingen mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • objectievere gegevens
<p>HIVA^c</p> <ul style="list-style-type: none"> • bevraging werknemers • schriftelijke bevraging aan werknemers zelf waar gevraagd werd om aan te duiden hoeveel uur men gemiddeld per week besteedt aan de diverse taken 	<ul style="list-style-type: none"> • niet tijdsintensief voor onderzoeker • niet al te tijdsintensief voor personeel • zeer veel bevragingen mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • objectievere gegevens
<p>DEMAREST^d</p> <ul style="list-style-type: none"> • bevraging werknemers • agendamethode: verpleegkundigen en verzorgenden dienden aan te geven hoeveel tijd zij besteedden aan een reeks activiteiten, in %, tijdens drie volgende opeenvolgende wekdagen / gegevens worden verwerkt op niveau van de verpleegeenheid 	<ul style="list-style-type: none"> • niet tijdsintensief voor onderzoeker • iets meer tijdsintensief voor personeel • zeer veel bevragingen mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • objectievere gegevens

Methodologie

Tabel 2 – Vergelijkende tabel over de voor- en nadelen van verschillende manieren van tijdsregistratie

<p>KOCKELAERE / KORTRIJK^e (tijdsregistratie in 18 rusthuizen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 197 bejaarden werden gedurende 7 dagen over 24u in kaart gebracht wat 1400 foto's oplevert van de uitgevoerde zorg. De bestede tijd werd door middel van een stopwatch geregistreerd en genoteerd op de registratiebladen. Bij de directe zorgen bleef de lijst bij de bewoner, de indirecte zorgen werden geregistreerd via een lijst die de personeelsleden bijhielden. • de patiënten worden opgedeeld naar zorgbehoefte 	<ul style="list-style-type: none"> • niet echt tijdsintensief voor onderzoeker • zeer tijdsintensief voor personeel • niet zo heel veel bevestigingen mogelijk • houdt rekening met het patiëntenprofiel • objectieve gegevens
<p>TIJDSBESTEDINGSONDERZOEK NEDERLAND^f</p> <p>De respondenten dienen gedurende een welbepaald aantal dagen per kwartier hun activiteiten te registreren met behulp van een code. Voor elke dag van tijdsregistratie worden een aantal contextvariabelen bevraagd</p>	<ul style="list-style-type: none"> • niet tijdsintensief voor onderzoeker • iets meer tijdsintensief voor personeel • zeer veel bevestigingen mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • objectievere gegevens
<p>TIJDSBESTEDINGSONDERZOEK BELGIE^g</p> <p>De respondent dient de hoofdactiviteit en de nevenactiviteit met behulp van een code aan te duiden. De tijd wordt gemeten door de begintijd van de activiteit te noteren (uur en minuut) en de eindtijd. Per activiteit worden een aantal contextvariabelen bevraagd</p>	<ul style="list-style-type: none"> • niet tijdsintensief voor onderzoeker • zeer tijdsintensief voor personeel • zeer veel bevestigingen mogelijk • houdt geen rekening met patiëntenprofiel • objectievere gegevens

- a. Marcelis R et al, OC.
- b. gesprek met dhr. Geebelen (dir. Nursing) en mevr. Quinten (middenkader), Sint-Franciscus-ziekenhuis te Heusden op 13/8/1998
- c. Molleman C, Vijncke P, Samoy E (1996) Cliënteel en personeel in de voorzieningen voor volwassenen met een handicap. Een onderzoek in de Tehuizen voor niet-werkenden, de Dagcentra en de Tehuizen voor Werkenden, HIVA, Leuven.
- d. Demarest S, e.a. (1993) Ze vragen zoveel mijnheer. De kwalitatieve kant van de witte woede., RUCA/ULB/KUL/UCL.
- e. gesprek met dhr. Knockaert, H. Familieziekenhuis te Kortrijk op 1 oktober 1998.
- f. INTOMART, Tijdsbestedingsonderzoek, 1995
- g. CENTRUM SOCIOLOGIE VUB, Tijdsbestedingsonderzoek, VUB, Brussel

Methodologie

Bij de tijdsregistratie zal er op toegezien worden dat alle dagen van de week worden opgenomen in de registratie om een evenwichtig beeld te krijgen van de zorgverlening op weekbasis. Ook wanneer men uitspraken wenst te doen over de gemiddelde zorgverlening dient men er immers rekening mee te houden dat in de week soms andere taken met een verschillende intensiteit worden uitgevoerd dan in het weekend. Bovendien kan het voorvallen dat bepaalde taken niet alle dagen voorvallen.

2.2. De functies

Naast de variabele tijd is ook de functie van de respondent belangrijk in het onderzoek. Hierdoor wordt de vraag naar 'wie' beantwoord. Er is besloten dat binnen de diverse sectoren het verpleegkundig, begeleidend en verzorgend personeel zal worden gevraagd om een tijdsregistratie van hun taken te doen. Welke functies precies zullen worden opgenomen in het onderzoek wordt inductief bepaald en zal bijgevolg afhangen van de intrinsieke dynamiek van de diverse sectoren. Concreet zal er op voorhand worden overlegd met het diensthoofd wie op een bepaalde dienst/afdeling/(leef)eenheid één van onderstaande functies heeft.

Tabel 3 – Beperkte lijst met functies met voorkomen naar sector

	Ziekenhuis-sector	Bejaarden-zorg	Thuiszorg	Gehandicapten-sector
hoofdverpleegkundigen	ja	ja	ja	neen
hoofdopvoeders	neen	neen	neen	ja
verpleegkundigen	ja	ja	ja	ja
opvoeders	neen	ja	neen	ja
verzorgenden in de thuiszorg	neen	neen	ja	neen
verzorgenden (niet in de thuiszorg)	ja	ja	neen	ja
logistiek personeel	ja	ja	ja (VG)	neen
Assistants aux AVJ	ja	ja	neen	neen
ADL-assistenten	ja	ja	neen	ja (VG)
animatoren	neen	ja (VG)	neen	ja (VG)

Methodologie

Bij de registratie van de taken wordt er geen rekening gehouden met de taken opgenomen door vrijwilligers en stagiairs alsook niet met medici, paramedici, onderhouds- en administratief personeel.

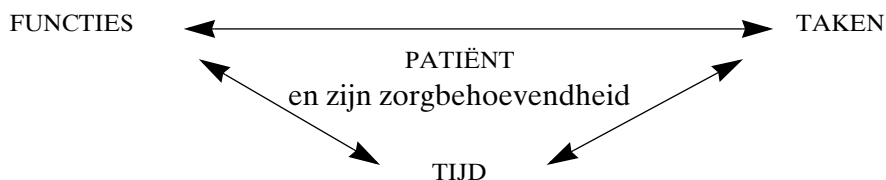
2.3. De taken

Een laatste variabele die van zeer groot belang is om het beeld compleet te maken en een antwoord te krijgen op de vraag “wie doet wat en hoelang”, betreffen de taken. Hiertoe is op basis van een korte literatuurstudie waar diverse takenlijsten zijn bekeken een aangepaste takenlijst opgesteld die geldt voor de diverse sectoren. De definitieve takenlijst is opgenomen in bijlage. In deze takenlijst worden 30 hoofdcategorieën voorzien, waarbij iedere hoofdcategorie wordt opgedeeld in subtaken. In feite hebben we 29 taakcategorieën, en één categorie die gereserveerd is voor de codering van ontbrekende waarden.

Belangrijk naar de analyse toe en aldus ook voorzien in de takenlijst is het feit dat de analyse van de taken op diverse niveaus moet kunnen gebeuren:

- op gedetailleerd niveau (subtaken)
- op het niveau van de taken (29)
- naar grote categorieën waaronder wij directe zorg, indirecte zorg, eenheidsgebonden activiteiten en persoonlijke tijd begrijpen (= een hergroepering van taken naargelang hun oriëntatie en aard). Deze twee typologieën van taakgroepering worden frequent gebruikt in het rapport en vindt u in bijlage p. 113-114).
- naar taken die een lagere kwalificatie vereisten en taken die een hogere kwalificatie vereisen
- naar taken die met begeleiding en taken die zonder begeleiding van hoger gekwalificeerden kunnen worden uitgevoerd.

2.4. Relatie met de patiënt en de mate van zorgbehoefendheid



Methodologie

Een belangrijke variabele die de tijdsbesteding en de taken op een afdeling/dienst/leef(eenheid) kan beïnvloeden is de zorgbehoevendheid van de patiënten. Ons bewust zijnde van het belang van deze factor, zijn we binnen dit onderzoek echter niet in staat om die diepgang te bereiken. Dit zou immers impliceren dat we in plaats van de tijdsregistratie te laten vertrekken van de diverse functies op een afdeling, we de tijdsregistratie zouden doorvoeren vertrekkende van de patiënt. Waar dit in de ziekenhuissector en de rusthuissector nog uitvoerbaar is, is dit minder evident in de gehandicaptensector en zeker niet evident in de thuiszorg.

Vertrekken vanuit de patiënt betekent dat een patiënt wordt gevolgd en dat er systematisch wordt geregistreerd wie welke zorgtaken of hulp verleent en hoelang. Hierdoor worden de functies, de taken en de tijd gelieerd aan de patiënt met zijn bepaalde graad van zorgbehoevendheid wat een schat aan bijkomende informatie zou opleveren.

Een dergelijke methode zou echter tevens vereisen dat er een gelijkvormige schaal is om de zorgbehoevendheid tussen de diverse patiënten in de verschillende sectoren op een éénduidige manier te meten. Vermits in de vier onderzochte sectoren de graad van zorgbehoevendheid met behulp van verschillende schalen wordt gemeten, is dit een bijkomend argument waarom vertrekken van de patiënt of een koppeling maken tussen functies, taken, tijd en (type) patiënt onmogelijk is binnen het kader van dit onderzoek.

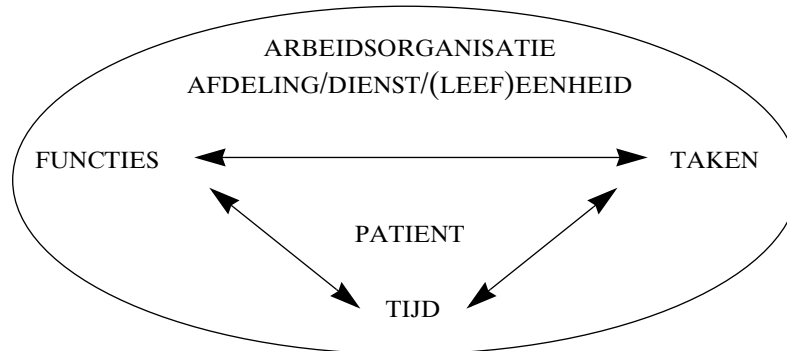
Indien we evenwel vertrekken van de hypothese dat op een zelfde soort dienst of binnen een zelfde type instellingen een zelfde soort patiënten is opgenomen, dan kunnen we de gemiddelde zorg berekenen die een patiënt krijgt door het totaal van de zorg te delen door het aantal aanwezige patiënten. Hiervoor is het echter noodzakelijk dat

- alle zorg, hulp en begeleiding wordt geregistreerd gedurende een bepaalde periode (een dag, een week). Het beste is hier zowel weekdagen als weekend-dagen op te nemen.
- we het aantal patiënten kennen dat die periode zorg, hulp en/of begeleiding heeft ontvangen.

2. 5. De arbeidsorganisatie op een afdeling/dienst/(leef)eenheid

Naast de zorgbehoevendheid van de patiënt of cliënt is de arbeidsorganisatie op een dienst, afdeling of (leef)eenheid een volgende factor die de taken die een personeelslid uitvoert en de tijd die men hiervoor nodig heeft, beïnvloedt.

Methodologie



Vragen met betrekking tot de arbeidsorganisatie zullen aan bod komen tijdens diepte-interviews met hoofdverpleegkundigen of diensthoofden in de diverse sectoren. Hier zal aandacht zijn voor taakverdeling tussen de diverse functies, de plaats van de hoofdverpleegkundigen of diensthoofden op de afdeling, de manier waarop verzorgenden en logistiek assistenten hun taken verrichten, plaats en taken van vrijwilligers, ...

2.6. Taken toewijsbaar aan personeel met een andere kwalificatie

De vraag welke taken toewijsbaar zijn aan mensen met een andere kwalificatie zal via de ontwikkelde methodologie op drie manieren benaderd worden.

Ten eerste zullen bepaalde conclusies hieromtrent kunnen worden getrokken vanuit de tijdsregistratie van de taken door de verschillende personeelsleden. Ten tweede wordt deze vraag expliciet opgenomen in de vragenlijst naar de personeelsleden door het invoegen van een module rond dit onderwerp. Deze module zal enkel dienen worden ingevuld door de hoger gekwalificeerde functies. Ten derde wordt dit thema aangeraakt en dieper uitgewerkt tijdens de diepte-interviews met de hoofdverpleegkundigen en diensthoofden.

De vragen die ons informatie moeten verschaffen over doorschuiven van taken zitten vervat in een module. Zij bevat volgende vragen:

1. Zijn er taken die u doet en die gewoonlijk door een hoger gekwalificeerde worden uitgevoerd?
2. Zijn er taken die u doet en die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen worden uitgevoerd?
3. Zijn er bepaalde taken die tot uw takenpakket behoren doch waardoor u door gebrek aan tijd niet of in onvoldoende mate toe komt?

Methodologie

4. Aan welke taken besteedt u naar uw eigen mening meer tijd dan u zou wensen?

Daarnaast wordt ook gepeild in de vragenlijst en in de diepte-interviews welke opleidingen voortvloeien uit een veranderde functie-invulling.

2.7. Kanttekeningen bij de tijdsregistraties

Bondig samengevat verloopt de tijdsregistratie als volgt: iedere respondent (dus werknemer op de betrokken dienst) heeft een raster met daarop een lijst van 29 taakgroepen. Iedere werknemer kan per kwartier een aantal taken aanduiden. Duidt hij of zij één taak aan, is dat automatisch de hoofdtak. Als hij of zij meerdere taken uitvoert tijdens eenzelfde kwartier, moet hij of zij deze aankruisen en de belangrijkste taak (in tijd) omcirkelen. De andere taken die tijdens dat kwartier aangeduid worden, zijn automatisch neven- of bijtaken. Een fictief voorbeeld van een registratie wordt hieronder weergegeven:

	Taken	Tijd											
		6:00 uur				7:00 uur				8:00 uur			
	Datum: 14/05/1999												
	DAG: dinsdag												
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Hygiënische verzorging	X	X	X	X			X				X	
2	Mobilisatie en positioneren			X				X					X
3	Transport					X	X	X		X	X		
4	Hulp bij voeding					X							
5	Uitscheiding					X							
6	... (enz tot taak 30)	X		X				X	X				

Volgens de initieel uitgewerkte methode zouden de registraties er uit gezien hebben als tijdens het eerste uur (tussen 6:00 u en 7:00 u). Het tweede en vierde kwartier duiden het eenvoudigste scenario aan. Er is één taak uitgevoerd tijdens dit kwartier zodat deze taak automatisch de hoofdtak wordt. Tijdens het eerste en derde kwartier voerde de respondent meerdere taken uit, maar heeft hij of zij aangeduid welke de hoofdtak van het kwartier is. Eveneens geen probleem dus. Deze manier van registreren was oorspronkelijk afgesproken met de respon-

Methodologie

denten, zodat wij per kwartier een hoofdtaak zouden hebben, in sommige gevallen aangevuld met bijtaken.

Samengevat hebben we ieder kwartier één hoofdtaak, eventueel aangevuld met één of meerdere neventaken.

Dit systeem van registreren is echter door de respondenten zelf niet volledig gevolgd. Zij vonden het soms te moeilijk om een onderscheid tussen hoofd- en neventaken te maken. Dus kruisten zij geen hoofdtaak aan waardoor registraties bekomen werden zoals tussen 7:00 u en 8:00 u (tabel hierboven). Hier hebben we tijdens het derde kwartier geen enkele aanduiding of er zich een hoofdtaak bij de aangekruiste taken bevindt. In sommige gevallen was het zelfs zo dat er meer dan de helft van de kwartieren geen aanduiding betreffende de hoofdtaken was. Stel dat we enkel de hoofdtaken zouden optellen, dan zouden we veel informatie verliezen. Daarom is er een rekenmethode ontwikkeld die de hoofd- en neventaken (per taak) samenbalt in één cijfer.

Telkens (kwartier per kwartier) wordt gekeken hoeveel taken er aangekruist zijn tijdens een kwartier.

Volgend algoritme wordt dan gevolgd:

→ 1 taak = de hoofdtaak

→ meerdere taken: → de respondent heeft zelf de hoofdtaak omcirkeld → OK

→ er is niks omcirkeld → allemaal neventaken

Datum: 14/05/1999	6:00 uur				7:00 uur				8:00 uur				Aantal keer aangekruist als HOOFDTAAK	Aantal keer aangekruist als NEVENTAAK
DAG: dinsdag	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1 Hygiënische verzorging	X	X	X	X			X				X		3	3
2 Mobilisatie en positioneren			X				X					X	1	2
3 Transport					X	X	X		X	X			3	2
4 Hulp bij voeding					X								1	
5 Uitscheiding					X									1
6 ... (enz tot taak 30)	X		X				X	X					3	1
TOTAAL KEER AANGEKRUIST:													11	9

Methodologie

Nemen we als voorbeeld taak 1: hygiënische verzorging. Drie keer wordt deze taak als enige taak vermeld in één kwartier. Samen maakt dit 3 keer als hoofdtaak aangekruist. Tijdens het eerste en tweede kwartier wordt ze samen met andere taken vermeld, waaronder zich een hoofdtaak bevindt. In het zevende kwartier wordt ze samen met drie andere taken aangekruist, en geen enkele van de vier taken is omcirkeld. Daardoor wordt deze taak drie keer als neventaak geteld.

Een optelsom van het aantal voorkomende hoofdtaken en het aantal voorkomende neventaken is de volgende stap in de analyse: er zijn 11 hoofdtaken aangekruist, en 9 neventaken tijdens 12 kwartier registratietijd (aantal geregistreerde kwartieren = N).

We willen de hoofdtaken een groter gewicht geven dan de neventaken (vanzelfsprekend omdat ze hoofdtaken zijn). We geven de hoofdtaken dubbel zoveel gewicht dan de bijtaken. De volgende formule voert deze weging door:

$$F = (N * 15) / [(10 * \text{aantal hoofdtaken}) + (5 * \text{aantal neventaken})]$$

Bovenstaand voorbeeld geeft volgende berekeningen:

$$F = (12 * 15) / [(10 * 11) + (9 * 5)]$$

$$F = 1,16$$

F geeft een globale weging (die geldt voor alle taken) op basis van het aantal keer dat hoofd- en neventaken aangekruist zijn. Daarna wordt de gewogen tijd per taak berekend, nogmaals via dezelfde verdeelsleutel:

$$\text{Gewogen tijd per hoofdtaak} = F * 10$$

$$\text{Gewogen tijd per neventaak} = F * 5$$

$$\text{Gewogen tijd per hoofdtaak} = 11,6$$

$$\text{Gewogen tijd per neventaak} = 5,8$$

Methodologie

Tabel 4 – Weging van hoofd- en neventaken

	Aantal keer aangekruist als HOOFDTAAK	gewogen tijd HOOFDTAAK	Aantal keer aangekruist als NEVENTAAK	gewogen tijd NEVENTAAK
Hygiënische verzorging	3	34,8	3	17,4
Mobilisatie en positioneren	1	11,6	2	11,6
Transport	3	34,8	2	11,6
Hulp bij voeding	1	11,6		
Uitscheiding			1	5,8
... (enz tot taak 30)	3	34,8	1	5,8
TOTAAL	11	127,6	9	52,2

In totaal hebben we 128 minuten aan hoofdtaken en 52 minuten aan neventaken. Een eenvoudige controle test de correctheid van onze berekeningen: 12 gewerkte kwartieren aan 15 minuten geeft 180 minuten gewerkte tijd. $127,6 + 52,2$ geeft 179,8.

Per taak wordt nu de optelsom gemaakt van de gewogen tijd als hoofdtak en de gewogen tijd als neventak. Deze optelsom geeft de tijd voor deze taak in dit registratieblad.

	gewogen tijd hoofdtak +neventak	Totale gewogen tijd	Totale gewogen tijd in %
Hygiënische verzorging	34,8 + 17,4	52,2	29%
Mobilisatie en positioneren	11,6 + 11,6	23,2	13%
Transport	34,8 + 11,6	46,4	26%
Hulp bij voeding	11,6	11,6	6%
Uitscheiding	5,8	5,8	3%
... (enz tot taak 30)	34,8 + 5,8	40,6	23%
		179,8	100%

Op deze manier werd per taak een tijd berekend die een weging is van het aantal keer deze taak aangekruist is als hoofdtak en als neventak.

Methodologie

2.8. Taalregio's

Het maken van een vergelijkende studie tussen de beide taalgebieden in België is geen sinecure. Niet omwille van praktische bezwaren, maar wel omwille van de institutionele omkadering. Volgende termen worden in deze context gebruikt:

“FDGB (Franstalige en Duitstalige Gemeenschap van België)” omvat alle instellingen uit de steekproef van SESA en ULG. Het betreft instellingen uit de franstalige Gemeenschap en franstalige (of tweetalige) instellingen uit Brussel

“VG (Vlaamse Gemeenschap)” omvat alle instellingen uit de steekproef van HIVA en IISA. Het betreft instellingen uit de Vlaamse Gemeenschap en nederlandstalige (of tweetalige) instellingen uit Brussel.

Wanneer er gesproken wordt over “Vlaanderen”, bedoelen we de VG, en wanneer er gesproken wordt over “Wallonië”, bedoelen we de FDGB.

2.9. Samenvatting methodiek

- Een schriftelijke vragenlijst naar het personeel
Hier wordt op 3 bepaalde dagen (waaronder 2 weekdays en 1 weekenddag) gevraagd aan alle personeelsleden van deze dienst/afdeling/(leef)eenheid om hun taken kwartier per kwartier te registreren. Met personeelsleden bedoelen we hier het verpleegkundig, begeleidend en verzorgend personeel. Wie hieronder ressorteert wordt op voorhand met het diensthoofd besproken op basis van de beperkte lijst met functies.
- Een korte vragenlijst naar de diensthoofden.
Hier worden een aantal variabelen bevraagd voor elke dag waarop een registratie van de taken is gebeurd.
- Diepte-interviews met de diensthoofden
Hier komt de context van de registratie van taken en tijd aan bod, de arbeidsorganisatie, de mogelijkheden en voorwaarden om taken toe te wijzen aan lager gekwalificeerden, ...

2.10. Kwalificaties en hun vergelijkbaarheid: knelpunten

Wij wijzen in deze paragraaf op drie knelpunten in de vergelijking van de regio's: (1) het logistiek personeel, (2) de ADL assistenten, en (3) de kwalificatie van de verzorgenden.

Met logistiek personeel duiden we in feite twee personeelscategorieën aan: de logistiek assistenten aangenomen in het kader van de Sociale Maribel¹ en het personeel dat logistieke taken heeft (bv. hostesses). De taakomschrijving van de logistiek assistenten ligt strikt vast: zij mogen geen verpleegkundige handelingen uitvoeren noch directe handelingen naar de patiënt toe. De taakomschrijving van de tweede groep is niet zo strak als die van de logistiek assistenten. In dit syntheserapport wordt er geen onderscheid gemaakt tussen deze twee personeelscategorieën die allebei onder de term “logistiek personeel” geklasserd zijn. In de overige sectoren kennen we het “supplementair personeel²” dat eveneens geklasseerd is bij het logistiek personeel. Wie meer informatie wil over deze categorie, verwijzen we naar de deelrapporten³. In de FDGB en in de ziekenhuizen en rusthuizen in de VG is er sprake van de personeelscategorie “ADL assistent”. Het betreft werknemers met allerlei diploma's (bv. sociaal assistenten, ergotherapeuten, opvoeders, kinesisten, ...) die samengevoegd zijn onder deze noemer omdat zij zichzelf zo omschreven in de enquêtes. Er is echter verwarring mogelijk met de ADL assistenten in de gehandicaptensector van de VG (wordt in het frans vertaald als “auxiliaires de vie”). Voor deze specifieke sector betreft het een functie voor laaggeschoolden die op deze manier tot de arbeidsmarkt kunnen toetreden. Hun taakomschrijving is vrij basaal (veelal vervoer en mobilisatie) en er zijn geen diploma-vereisten verbonden aan deze functie.

Wettelijk gezien is er nog steeds geen definitie voor de titel “gekwalficeerd verzorgende”. Zowel functie-inhoud als vereiste kwalificatie zijn bijna nergens gepreciseerd. Enkel in de rusthuizen is dat het geval (in het kader van de ziekteverzekering). Uit de verschillende aanvullingen op dit MB (1992), valt volgende lijst van erkende opleidingen op te maken⁴:

^{1.} Enkel en alleen in de sector van de ziekenhuizen (Ministerieel Besluit van 17 juni 1997)

^{2.} Ministerieel Besluit van 23 jan 1998

^{3.} Supplementair personeel = "travailleurs supplémentaires" in het frans

^{4.} MB 30 maart 1993 cit. in Lanoye H, Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1998) Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, deel 2: gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk. HIVA, Leuven, België

Methodologie

Tabel 5 – Gekwalificeerd verzorgenden: titels

Titel FDFB	titel VG
Accoucheuse	Vroedvrouw
Aide senior	-
Assistant en psychologie	Assistent in de psychologie
Assistant en soins hospitaliers	Ziekenhuisassistent, verpleegassistent, ziekenoppasser en andere opleidingen van hetzelfde niveau onderwijs
Assistant social	Sociaal assistent, maatschappelijk assistent
Auxiliaire gériatrique	-
Auxiliaire sanitaire polyval. en collect. pour personnes âgées	-
Auxiliaire sociale	-
Educateur (classe 1)	Orthopedagogie
Educateur en gérontologie	-
Educateur: secteur santé mentale	-
Ergothérapeute	Ergotherapeut, Arbeidstherapeut
Infirmier gradué	Verpleegkundige
Intervenant santé et grand âge	-
Kinésithérapeute	Kinesitherapeut
Logopède	Logopedie
-	Animatie-verantwoordelijke
-	Nursing hostess
-	Opleiding verzorging-onderhoud en bejaardenverzorgster
-	Gasthuishelpster/gasthuishelper
-	Sociale revalidatiewetenschappen
-	Gegradueerde in de gezinswetenschappen
-	Logistiek helper in de bejaardenzorg
-	Gekwalificeerd verzorger residentiële hulp
-	Bejaardenhelper, familiaal helper, en sanitair helper

Beschrijving van de instellingen

1. De ziekenhuissector

De ziekenhuissector omvat een brede waaier van instellingen die zich niet eenvoudig laten klasseren. Naast verschillen in grootte bestaan er verschillen in statuut, organisatie, enz... De grootste gemene deler is hun basisopdracht, die omschreven kan worden als “het behandelen en verlichten van de ziekte, het herstel of verbetering van de gezondheid of het stabiliseren van een letsel binnen de korst mogelijke tijd en dit binnen een multidisciplinaire (medisch, medisch-technische, paramedische en logistieke) context”¹.

De ziekenhuizen worden ingedeeld in openbare en private instellingen. De ziekenhuizen, eigendom van de Staat, de Provincies, de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, de Intercommunales worden als openbare instellingen beschouwd. De overige behoren tot de private sector².

Verder worden de ziekenhuizen ook nog onderverdeeld in twee sectoren: de sector van de algemene ziekenhuizen en de sector van de psychiatrische ziekenhuizen. De sector van de algemene ziekenhuizen omvat de acute instellingen (niet-psychiatrische instellingen waarin de patiënten in een acute fase worden opgenomen), de algemene ziekenhuizen (zonder universitaire bedden), de algemene ziekenhuizen met universitair karakter (waarvan de universitaire bedden minder dan 50% van de totale bedden capaciteit uitmaken), de universitaire ziekenhuizen (waarvan de universitaire bedden méér dan 50% van de totale

¹ Demarest S (1996), *Meer is beter? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden in Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven
² Ministerie van Volksgezondheid en leefmilieu, Statistisch jaarboek van de ziekenhuizen (1997)

Hoofdstuk 1

beddencapaciteit uitmaken), de exclusief geriatrie instellingen, en de gespecialiseerde instellingen. De sector van de psychiatrische instellingen omvat instellingen actief op het vlak van de neuro-psychiatrie³.

De ziekenhuissector is de belangrijkste werkgever voor de *verpleegkundigen*. In 1995 werken er 50990 verpleegkundigen. Deze sector stelt 60% van alle verpleegkundigen tewerk en staat daarmee in voor 41 813 VTE arbeidsplaatsen (24 193 VTE in het Vlaamse Gewest, 12 008 VTE in het Waalse Gewest, en 5 612 VTE in het Brusselse Gewest (1995)⁴.

Tussen 1985 en 1991 steeg het aantal verpleegkundigen constant, eerder in effectieven (20% van het totaal) dan in VTE. Van 1991 tot 1995 zette de stijging zich door in effectieven maar dat laat zich niet vertalen in VTE's voor de regio van de FDGB (de enige regio waarover men over statistieken in VTE beschikt)⁵.

Het aandeel verzorgenden in de ziekenhuissector bedroeg in 1991 een kwart van het V & V-personeel (in de FDGB 27%, in Brussel 21% en in de VG 17%). In 1991 tellen we 12 000 verzorgenden (9820 VTE)⁶ in de ziekenhuizen. In de Franse Gemeenschap werkt één derde van de verzorgenden in de ziekenhuissector, in de Vlaamse Gemeenschap is dat één vijfde.

Ziekenhuizen worden opgedeeld in eenheden. Een eenheid of afdeling kan omschreven worden als een “architectonische en organisatorische eenheid waar verpleegkundige zorgen worden toegediend aan gehospitaliseerde en / of ambulante patiënten, met inbegrip van de hiermee gelijkgeschakelde diensten”. De grootte van deze diensten kan sterk variëren, maar algemeen gezien bezitten de meeste diensten tussen 8 en 30 bedden.⁷ De vier diensten die in dit onderzoek vertegenwoordigd zijn, zijn de C-dienst (voor diagnose en heilkundige behandeling), de D-dienst (voor diagnose en geneeskundige behandeling), de G-dienst (exclusief geriatrie dienst) en de Sp- dienst (gespecialiseerde dienst). Voor de onderzochte eenheden in de Franse Gemeenschap

³. Ibid.

⁴. Deschamps M, Leclercq A, Pacolet J, Leroy X, Gos E, Lorant V (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: verpleegkundigen en het verplegend werk*, p. 167, HIVA, Leuven

⁵. Ibid.

⁶. Deschamps M, Leclercq A, Pacolet J, Leroy X, Lanoye H, Gos E (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk*, p. 135, 154, HIVA, Leuven.

⁷. Demarest S. (1996), *Meer is beter? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden*, in: *Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven

Beschrijving van de instellingen

geldt dat het beddenaantal tussen 20 en 35 bedden ligt en dat men een bezettingsgraad van 80% tot 100% kent.

We hebben gepoogd om voldoende geografische en statutaire spreiding van ziekenhuizen te verkrijgen bij het samenstellen van de steekproef. Wel hebben we uit elke provincie een of meerdere ziekenhuizen, en hebben we zowel openbare als privé-ziekenhuizen. Gezien de kleine steekproef dienen de onderzoeksresultaten met enig voorbehoud te worden veralgemeend.

Er zijn 24 eenheden in de enquête opgenomen: 11 in de VG en 13 in de FDGB. In elke provincie is er minstens één instelling geselecteerd. Er zitten 8 openbare en 16 privé-ziekenhuizen in de selectie.

2. De rusthuissector

Binnen de residentiële bejaardenzorg bestaan er verschillende types instellingen: zuivere rustoorden voor bejaarden (ROB), zuivere rust- en verzorgingstehuizen (RVT), en gemende rusthuizen (met ROB en RVT bedden). Binnen de zuivere RVT's kan er bovendien een onderscheid worden gemaakt tussen RVT's als rusthuis en ziekenhuis-RVT's. Wegens de specifieke aard van ziekenhuis-RVT's wordt dit type instellingen in deze studie buiten beschouwing gelaten. De aanzienlijke verschillen in normering en erkenning⁸ maken een vergelijking van de verkregen data er niet eenvoudiger op. De situatie is zelfs zo dat het kan gebeuren dat één rusthuis aan twee verschillende decreten moet beantwoorden.

Enkele jaren geleden was er de reconversie van ziekenhuisbedden naar RVT-bedden in een ziekenhuis of in een rusthuis (als hoofderkenning). Heden ten dage wordt het protocolakkoord tussen de federale en de deeloverheden van 1997 uitgevoerd. Dit akkoord stelt de reconversie van 25 000 rusthuisbedden (14000 in de VG en 11 000 in de FDGB) naar rusthuisbedden met RVT — erkenning over 5 jaar voorop. Op deze manier wordt tegemoet gekomen aan de nood aan RVT bedden die al jaren gevoeld werd.

De rusthuissector kende de laatste jaren een enorme groei. In de FDGB bestaan er in 1998 een kleine duizend rusthuizen (MRS + MR) die 49 553 bedden beheren. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn er

⁸ Deschamps M et al, OC, *Vraag en aanbod, deel 2*, p 144

Hoofdstuk 1

277 met 16 274 bedden, en in de VG (RVT + ROB) 1096 instellingen en 70 221 bedden⁹.

De rusthuissector is de belangrijkste werkgever van de verzorgenden (22 145 verzorgenden van de 65000 werken in de rusthuizen). In VTE betekent dit 17 035 arbeidsplaatsen (8364 VTE in het Vlaamse Gewest, 6 400 VTE in de FDGB en 2 271 in het Brussels Gewest (1995-1996)¹⁰.

Terloops kan opgemerkt worden dat verzorgenden meer verspreid tewerk gesteld zijn over diverse sectoren (rusthuizen, ziekenhuizen, thuiszorg, kindercare, gehandicaptenzorg) in vergelijking met de verpleegkundigen, waarbij de ziekenhuizen hun “natuurlijke” werkgevers lijken te zijn.

Wat de structuur en de kenmerken van de rusthuizen en RVT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreft, stellen we vast dat geen enkel rusthuis in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest opteert voor een uitsluitend Nederlandstalig statuut. 65% van de rusthuizen zijn tweetalig, 35% uitsluitend Franstalig. 74% van de Brusselse rusthuizen zijn private instellingen in de commerciële sector.

Een probleem dat vaak door instellingen met een gemengd karakter wordt gesignaleerd is dat een opdeling van het personeel voor enerzijds RVT-bedden en anderzijds rusthuisbedden zeer moeilijk is omwille van het feit dat de RVT-bedden en de rusthuisbedden gemengd worden doorheen de instelling en het beschikbare personeel voor beide soorten bedden instaat.

Zoals bij de ziekenhuizen hebben we ook bij de rusthuissector gepoogd om voldoende geografische en statutaire spreiding te verkrijgen bij het samenstellen van de steekproef. Gezien de kleine steekproef dienen de onderzoeksresultaten met enig voorbehoud te worden veralgemeend.

Gespreid over alle provincies zijn er 19 rusthuizen geselecteerd, 9 in de VG en 10 in de FDGB, 7 openbare en 12 in privé-statuuut.

⁹. RVT en MRS: Ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu (1995) *Statistisch jaarboek van de rust- en verzorgingstehuizen*, p. 133, en Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

MR: lijsten van het Waalse Gewest, COCOF en COCM (30.06.98)

ROB: lijsten van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1.1.99)

¹⁰. Deschamps M et al, OC, *Vraag en Aanbod, deel 2*, p. 156

3. De thuiszorgsector

De sector van de thuiszorg is zowel voor verpleegkundigen (14 930 werknemers in 1995, 17% van alle verpleegkundigen) als voor verzorgenden (15718 werknemers in 1995-1996, 24% van alle verzorgenden) een belangrijke werkgever. In de Vlaamse Gemeenschap deelt de thuiszorgsector zelfs de eerste plaats met de rusthuizensector wat betreft tewerkstelling van verzorgend personeel (elk 31%)¹¹. Binnen de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap bekleedt de thuiszorg met 30 333 zorgbanen (VTE van verzorgenden, verpleegkundigen, kinesisten, paramedici, maaatschappelijk werkers, opvoeders, onderhoudspersoneel, administratief personeel) of ongeveer 20% van het totaal aantal werknemers in de sector de tweede plaats na de ziekenhuizen¹².

De doelgroep van de thuiszorgsector zijn zieken, personen met een handicap en zorgbehoevende ouderen. Hoewel er zich een breed scala van hulpverleners aanbiedt (gaande van informele hulpverleners, dus gezins- en familieleden, tot professionele hulpverleners, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers, apothekers, enz...), houden wij het op de twee belangrijkste beroepsgroepen van de thuiszorg: de verpleegkundigen en de verzorgenden (de vroegere gezins- en bejaardenhelpsters). In de sector zijn verschillende diensten actief die de laatste jaren met steun van de overheden proberen meer en meer samen te werken. Concreet betreft het samenwerkingen tussen de diensten gezinszorg (verzorgenden), de diensten thuisverpleging (verpleegkundigen) en de poetsdiensten. Daarnaast is er ook nog sprake van een aantal aanvullende diensten, zoals dagoppas. De samenwerkingsverbanden (of de afwezigheid daarvan) tussen al deze diensten is van belang naar de taakanalyse toe, omdat zo'n samenwerking meestal een meer toegespitste taakverdeling met zich meebrengt

In het takenpakket van de thuiszorg kan men drie categorieën onderscheiden: verpleegkundige hulp, ADL-ondersteuning (ondersteuning van de 'activiteiten van het dagelijks leven' zoals zich wassen en voeden), en IADL-ondersteuning (ondersteuning van de 'instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven' zoals boodschappen, huishoudelijk werk, ...).

¹¹ Ibid., en Descamps M et al, OC, *Vraag en Aanbod deel 1*, p. 167

¹² Descamps M (1999)

Hoofdstuk 1

In de VG heeft het Thuiszorgdecreet (1998) de diensten gezinszorg opnieuw gereguleerd, naast de thuisverpleging. Het decreet “hulpdiensten aan bejaarde mensen en gezinnen”, dat de thuiszorg regelt vanaf 24.07.97 (Staatsblad 29.11.97), heeft een aantal verpleegkundige handelingen geïntegreerd met zorgtaken met betrekking tot bejaarden. Er bestaat geen evenknie van het Thuiszorgdecreet in de FDGB In de praktijk vervullen de hulpdiensten aan gezinnen de ADL-taken.

In totaal zijn 33 eenheden geselecteerd voor het onderzoek. Aan Vlaamse kant zijn dat 6 eenheden uit de diensten gezinszorg en 5 eenheden uit de diensten thuisverpleging. Alle elf worden ze privé beheerd. Aan Waalse kant zijn dat 9 eenheden verbonden aan de socialistische mutualiteiten, 8 eenheden verbonden aan de christelijke mutualiteiten, en 4 openbare eenheden (OCMW's).

4. De sector van de gehandicaptenzorg

De gehandicaptensector is ongetwijfeld de grootste werkgever voor de opvoeders (10 845 opvoeders, 5453 VTE in de Vlaamse Gemeenschap, 1995¹³). De tehuizen voor mentaal gehandicapten gesubsidieerd door het AWHIP stelden in 1996 3088 (VTE) opvoeders tewerk, terwijl er in de tehuizen gesubsidieerd door het COCOM 71,5 plaatsen bijkwamen in 1996. Spijtig genoeg beschikken we niet over cijfers van de instellingen gesubsidieerd door het COCOF en de Duitse Gemeenschap¹⁴.

Het soort instellingen waarin het onderzoek plaatsgreep (Tehuizen voor Niet-Werkenden) biedt 24 uur op 24, een heel jaar door, opvang aan volwassenen met een handicap. Aan Vlaamse zijde zijn er 7 337 erkende plaatsen in de tehuizen voor niet-werkenden (TNW), verspreid over 137 instellingen (eind 1998). In de FDGB stellen de 82 homes 3039 personen tewerk. Het verpleegkundig personeel is goed voor 858 plaatsen¹⁵. Er zijn twee types TNW's: bezigheidstehuizen en nursingtehuizen, waarvan deze laatste een hogere personeelsomkadering hebben omdat ze bedoeld zijn voor zwaar verzorgingsbehoevenden. In vele gevallen behoort een TNW tot een groter geheel van voorzieningen, zoals bij-

¹³. Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: vraag en aanbod van werk in de zorgsector*, p. 261, HIVA, Leuven.

¹⁴. Les carnets de l'Éducateur, Fonds Social ISAJH

¹⁵. *ibid.*

Beschrijving van de instellingen

voorbeeld voorzieningen voor thuiswonende gehandicapten, een internaat, een tehuis voor werkenden.

Het dagelijkse leven in een tehuis verloopt in leefgroepen van ongeveer 10 bewoners, en grijpt grotendeels plaats in de gemeenschappelijke 'living'ruimte. Naast de verzorging (voeding, slapen, toilet, verplaatsing, ...) staan de dagelijkse activiteiten die worden aangeboden door het personeel centraal. Aangezien wettelijke regelingen ontbreken, kunnen deze activiteiten sterk verschillen per instelling. Ze worden bepaald door de mogelijkheden van de bewoners, de hoeveelheid en het soort personeel, en het gehanteerde pedagogisch model. Feit is dat dat men via deze activiteiten de bewoners ertoe aanzet hun mogelijkheden optimaal te ontwikkelen. Indien de bewoners een voldoende grote zelfstandigheid verwerven kunnen zij overgaan naar meer autonoom wonen (sinds kort vooral onder de vorm van beschermd wonen).

Er zijn 10 instellingen geselecteerd aan de kant van de Vlaamse Gemeenschap (alle 10 erkend door het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie met Personen met een Handicap), en tien aan de kant van de FDGB. Binnen de 10 Waalse instellingen zijn twaalf eenheden bevroegd. Eén instelling behoort tot de Brusselse Regio (COCOF), de rest is erkend door het AWIPH¹⁶.

¹⁶ AWIPH = Agence Wallone pour l'Intégration de la Personne Handicapée.

HOOFDSTUK 2

Beschrijving van de respondenten

1. Algemene morfologie

Tabel 6 - Aantal eenheden en respondenten (N =1227)

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB
Aantal eenheden	11	13	9	10	11	21	10	12
Aantal respondenten	136	180	149	161	174	119	162	146

In totaal participeerden 97 eenheden in het onderzoek. Er zijn 1227 personeelsleden bevroegd. Bovenstaande tabel geeft het aantal geselecteerde eenheden en het aantal respondenten weer per sector en taalgebied.

1.1. Functie

In het methodologisch hoofdstuk (pagina 24) vindt u een meer gedetailleerde beschrijving van de personeelscategorieën die hieronder worden besproken.

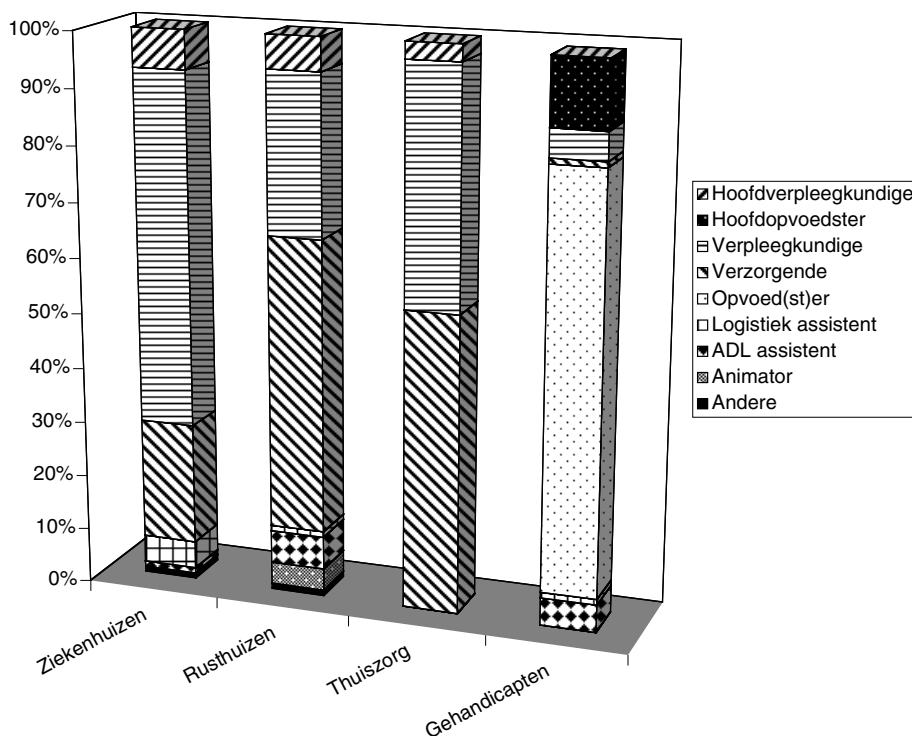
Hoofdstuk 2

Tabel 7 – Functies per sector

	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten
Hoofdverpleegkundige	7%	6%	3%	0%
Hoofdopvoedster	0%	0%	0%	12%
Verpleegkundige	64%	29%	43%	5%
Opvoed(st)er	0%	0%	0%	75%
Verzorgende	22%	53%	54%	1%
Logistiek personeel ^a	5%	1%	0%	1%
ADL assistent	1%	6%	0%	5%
Animator	0%	4%	0%	0%
Andere	1%	1%	0%	0%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%

a. de categorie “Logistiek personeel” omvat twee verschillende profielen: (1) logistiek assistenten in het kader van de Sociale Maribel, en (2) personeel met logistieke taken.

Grafiek 1 – Functies per sector



Beschrijving van de respondenten

Grafiek 1 toont de in grote lijnen de belangrijkste functies in de vier sectoren. In de ziekenhuissector zien we voornamelijk verpleegkundigen, met daarnaast een kleiner percentage verzorgenden. In de rusthuissector is dat juist het omgekeerde: een groot aantal verzorgenden naast een kleiner aantal verpleegkundigen. In de thuiszorg is de verdeling tussen verpleegkundigen en verzorgenden meer gelijk, en in de gehandicaptensector zien we overwegend opvoedsters.

Tabel 8 – Functies in procenten per onderzoeksequipe

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG GEZINS Z	VG VER- PLEEG	FDGB	VG	FDGB
Hoofdverpleegkundige	8%	7%	6%	6%	0%	7%	3%	0%	0%
Hoofdopvoedster	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	11%
Verpleegkundige	74%	57%	34%	24%	0%	94%	45%	4%	6%
Opvoed(st)er	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	71%	80%
Verzorgende	12%	29%	52%	54%	100%	0%	52%	0%	3%
Logistiek assistent	6%	4%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%
ADL assistent	1%	1%	1%	11%	0%	0%	0%	10%	0%
Animator	0%	0%	6%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Andere	0%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In de ziekenhuissector werken er 71% verpleegkundigen en 22% verzorgenden. De logistiek assistenten vertegenwoordigen 5% — het meeste van alle sectoren. Wanneer gekeken wordt naar verschillen tussen de VG en de FDGB, valt op dat er in de VG meer verpleegkundigen werken en in de FDGB meer verzorgenden in onze steekproef.

In de rusthuizen ligt de verdeling tussen de taalregio's enigszins anders. Het aandeel verzorgenden is in beide regio's even groot: het bedraagt iets meer dan de helft van het personeel. Het verschil ligt bij de andere functies. In de VG zijn er 10 procent meer verpleegkundigen terwijl er in de FDGB meer animatoren werken (ook 10 procent verschil). Blijkbaar zijn de ADL assistenten in de FDGB (meer dan 10%) meer in trek dan in de VG (slechts 1%).

De functieverdeling in de thuiszorg vertoont geen verschillen tussen de taalregio's. Er werken iets meer dan de helft verzorgenden, iets min-

Hoofdstuk 2

der dan de helft verpleegkundigen. Dit is geen realistisch beeld van de werkelijke situatie maar wel het resultaat van de steekproefconstructie.

In de gehandicaptensector in de VG valt op dat er 10% ADL assistenten werken, in schril contrast met de afwezigheid van deze categorie in de FDGB. Dit is een vertekening door de selectie in de steekproef van één instelling met bijna uitsluitend ADL-assistenten. Het betreft een instelling voor uitsluitend lichamelijke gehandicapten, daar waar de meerderheid van de TNW bewoners personen zijn met een mentale handicap.

1.2. Geslacht

Tabel 9 – Feminiseringsgraad per sector en per regio, in procenten

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB
% vrouwelijk	90%	92%	96%	94%	99%	96%	82%	74%

Tabel 10 – Feminiseringsgraad per sector, in procenten

	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten
% vrouwelijk	91%	95%	98%	79%

In onze steekproef is de *thuiszorg* zonder meer het sterkst gefeminiseerd (98%), op de voet gevolgd door de sector van de *rusthuizen* (95%). In de ziekenhuissector werken 91% vrouwen. Zowel in de VG als in de FDGB constateert men bij de verpleegkundigen in de *ziekenhuizen* een hoger percentage mannen dan dat dat bij de verzorgenden het geval is. De *gehandicaptenzorg* is met zijn 79% de minst gefeminiseerde sector. Hetzelfde cijfer komt ook naar voren in ander onderzoek over de gehele gehandicaptensector¹.

Over het algemeen zijn de verschillen tussen de gemeenschappen miniem, met uitzondering van de gehandicaptensector. Daar constateren we 8% verschil tussen de VG en de FDGB (zie tabel 9).

¹ Deschamps M, Pacolet J, Gos E, OC, *Vraag en aanbod, deel 3*, p. 254

Beschrijving van de respondenten

1.3. Leeftijd

Tabel 11 – Leeftijdsverdeling per sector (in procenten)

	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten
20-29 j	20%	26%	37%	35%
30-39 j	42%	37%	35%	40%
40-49 j	28%	26%	22%	18%
50-59 j	10%	8%	6%	4%
60 en ouder	0%	1%	0%	2%

Alle sectoren hebben veel werknemers in de categorie 30 tot 39 jaar. De thuiszorg en gehandicaptenzorg hebben een jongere populatie — de ziekenhuizen en rusthuizen een ietwat oudere. Het is vooral de jonge populatie in de gehandicaptenzorg die opvalt. Deze vaststelling strookt met globale cijfers.

De gemiddelde leeftijd van *verzorgenden* is namelijk jong: de helft is jonger dan 35 jaar (cijfers voor heel België, 1991)². Aangezien de opleiding heden ten dage veel mensen aantrekt, voorspelt men dat deze verjonging zich verder zal doorzetten. Een mogelijke verklaring voor de jonge leeftijd is het feit dat er heden ten dage zeer veel diploma's worden uitgereikt, en dat er een grotere verscheidenheid in diploma's is. Tussen de regio's zijn quasi geen verschillen.

De populatie *verpleegkundigen* in de Vlaamse Gemeenschap is jonger dan de populatie verpleegkundigen in de Franse Gemeenschap (28% jonger dan 30 jaar ten opzichte van 22% jonger dan 30 jaar)³.

² Deschamps M et al, OC, *Vraag en Aanbod, deel 2*, p. 67

³ Deschamps M et al, OC, *Vraag en aanbod, deel 1*, p. 64

Hoofdstuk 2

1.4. Ervaring in de functie en ervaring in de instelling

Tabel 12 – Werkervaring in de functie en in de instelling, per sector (in procenten)

	Ervaring in de functie				Ervaring in de instelling			
	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten
Minder dan 12 mnd	14%	14%	8%	13%	18%	20%	14%	15%
12-60 maanden	16%	21%	31%	26%	18%	23%	29%	25%
61-120 maanden	17%	21%	21%	25%	22%	23%	22%	23%
meer dan 120 mnd	53%	44%	40%	36%	42%	34%	35%	37%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

De procenten in de kolom werkervaring in de instelling liggen hoger voor de jongste leeftijdscategorie dan in de kolom werkervaring in de functie.

1.5. Statuut

Tabel 13 – Statuut van de respondenten per sector en per regio (in procenten)

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB
Loontrekkend	100%	100%	99%	99%	91%	94%	100%	99%
Zelfstandig	0%	0%	1%	1%	9%	6%	0%	1%
tot	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

De thuiszorg in de enige sector waar er sprake is van een behoorlijk deel zelfstandig personeel. De kleine percentages zelfstandig personeel in de rusthuissector betreffen kinesisten. Ook in de gehandicaptensector treft men zelfstandig personeel aan (o.a. verpleegkundigen), maar die zijn niet in onze steekproef opgenomen omdat ze niet als lid van de vast personeelsequipe omschreven kunnen worden.

Beschrijving van de respondenten

1.6. Vol- of deeltijds

Tabel 14 – Type contract per sector en per regio (in procenten)

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB	VG	FDGB
Deeltijds	43%	26%	60%	38%	61%	40%	40%	39%
Voltijds	57%	74%	40%	62%	39%	60%	60%	61%

Zowel in de Vlaamse ziekenhuizen, rusthuizen als in de thuiszorg wordt veel deeltijds gewerkt in vergelijking met de Waalse sectoren. Recente literatuurgegevens bevestigen deze cijfers: in de Vlaamse privé-ziekenhuizen werkt 56% van het ziekenhuispersoneel voltijds, 44% deeltijds⁴. In de Waalse ziekenhuizen in onze steekproef werkt een kwart van de respondenten deeltijds. In de ziekenhuizen in het franstalige landsgedeelte werkt 34% van de verpleegkundigen deeltijds tegenover 40% van de verzorgenden⁵. In de rusthuizen in de VG hebben we wel extreem veel deeltijdse arbeid aangetroffen (60%). Uit cijfers van 1991 blijkt dat het aantal deeltijdsen toen 40% bedroeg (België). Wel constateerde men een stijgende trend. Verder geldt dat er in de VG (45%) beduidend meer deeltijds gewerkt dan in de FDGB (39%) of Brussel (31%)⁶. In de gehandicaptenzorg zijn de Vlaamse en Waalse gegevens nagenoeg identiek.

⁴. SERV, (1997), *Onderzoek naar de kwalificatiebehoeften voor de logistiek assistent(e) in de ziekenhuizen* (p. 16), Vitamine W, Antwerpen

⁵. *Offre et demande*, tome 1 en 2

⁶. Deschamps M, Leclercq A, Pacolet J, Leroy X, Lanoye H, Gos E (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk*, p. 4 en p. 69, HIVA, Leuven.

Hoofdstuk 2

1.7. Diploma's:

Tabel 15 – Diploma's per sector en per regio (in procenten)

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	gezinsh	verpl	FDGB	VG	FDGB
Verplegend personeel	83%	57%	40%	29%	0%	99%	50%	10%	8%
Verzorgend personeel	9%	17%	47%	43%	98%	0%	38%	7%	26%
Paramedisch personeel	1%	0%	3%	4%	0%	0%	1%	4%	4%
Kinesisten	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
Sociaal/educatief personeel	4%	2%	7%	2%	0%	0%	1%	61%	48%
Administratief personeel	0%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Dienstpersoneel	1%	2%	1%	2%	0%	0%	3%	3%	2%
Geen kwalificatie gepreciseerd	1%	4%	1%	6%	2%	1%	4%	12%	10%
Zonder kwalificatie	1%	16%	1%	8%	0%	0%	4%	2%	2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 16 – Diploma's per sector (in procenten)

	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Gehandicapten
Verplegend personeel	68%	34%	50%	9%
Verzorgend personeel	14%	45%	38%	16%
Paramedisch personeel	0%	4%	1%	4%
Kinesisten	0%	0%	0%	0%
Sociaal/educatief personeel	3%	5%	1%	55%
Administratief personeel	0%	0%	0%	0%
Dienstpersoneel	2%	2%	3%	3%
Geen kwalificatie gepreciseerd	3%	4%	4%	11%
Zonder kwalificatie	9%	5%	4%	2%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Qua homogeniteit van diploma scores de werknemers in de ziekenhuizen het hoogst, terwijl dat bij de gehandicapten andersom is. In de ziekenhuizen werken voornamelijk verpleegkundigen, en in rusthuizen en thuiszorg vinden we telkens een tweedeling verpleegkundigen - verzorgenden. In de gehandicaptensector zijn er voornamelijk opvoeders, maar ook veel verzorgend personeel.

2. Kenmerken met betrekking tot functie en diploma

Een diploma halen en een job uitoefenen die dit diploma vereist, zijn twee aparte gegevens. Hoewel de meerderheid wel werkt in de functie die “volgt” op het diploma, zijn er toch ook werknemers die een ander diploma hebben.

In de sector van de ziekenhuizen hebben de verpleegkundigen in de meerderheid van de gevallen ook het diploma van verpleegkundige. Bij de verzorgenden liggen de diploma's meer gespreid over de mogelijke studierichtingen. 70% (FDGB) en 56% (VG) van de verzorgenden heeft een verzorgend diploma.

In de rusthuissector hebben haast alle verpleegkundigen het verpleegkundig diploma, van de verzorgenden heeft 86% (VG) en 78% (FDGB) een verzorgend diploma.

Ook in de thuiszorg ziet men hetzelfde fenomeen: de verpleegkundigen recrutereren uit puur verpleegkundige diploma's, terwijl de verzorgenden een heterogenere spreiding van diploma's hebben.

In de gehandicapenzorg is het zo dat de opvoeders sterk uiteenlopende diploma's hebben.

Al deze cijfers moeten met nodige omzichtigheid gelezen worden omdat er in de verschillende taalgebieden verschillende wettelijke reglementeringen van kracht zijn wat betreft diploma en omkaderingsnormen. Zo bestaat de klasse “verzorgenden” uit een veelheid van diploma's.

Detailmatig ingaan op de verschillende tabellen uit de deelrapporten is in het kader van dit syntheserapport niet mogelijk. Daarom verwijzen wij u voor de tabellen per sector naar de deelrapporten.

3. Belangrijkste veranderingen

De vraag “Wat zijn volgens u de belangrijkste veranderingen die u zouden toelaten uw arbeidsvoorwaarden te verbeteren?” werd gevolgd door een opsomming van 11 items, en een witruimte waar men zelf een suggestie kon geven. Hieronder wordt een samenvatting gegeven van de drie eerste items per onderzoeksequipe.

Hoofdstuk 2

Tabel 17 – Overzichtstabel belangrijkste veranderingen: top drie van aangekruiste items tot verandering

	Item:	ZH	RH	TZ	GE	VG	FGDB
1.	Herziening van de omkaderingsnormen	x	x	x			xx
2.	Uurroosters	x	x		x	xx	x
3.	Betere arbeidsorganisatie		x			x	
4.	Taakverdeling		x			x	
5.	Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/instanties		x	xx	x	xx	xx
6.	Werkrelaties, communicatie tussen collega's van de afdeling/dienst/eenheid						
7.	Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst/eenheid (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)	xx		xx	x	xxx	xx
8.	Relatie met patiënten, cliënten, bewoners						
9.	Plaats, werkruimte				xx	x	x
10.	Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt moet worden	xx	x		x	x	xxx
11.	Vorming			x			x
12.	Andere, nl... (zelf in te vullen)						

x = dit item komt voor bij de eerste drie vermelde veranderingen in de sector (of regio) die in de kolomtitel vermeld is.

Ziekenhuissector:

FGDB: 1. Herziening van de omkaderingsnormen

2. Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt moet worden
3. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst/eenheid (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)

VG: 1. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst/eenheid (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)

2. Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt moet worden
3. Uurroosters

Rusthuissector:

FGDB: 1. Herziening van de omkaderingsnormen

2. Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/instanties
3. Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt wordt

Beschrijving van de respondenten

- VG: 1. Betere arbeidsorganisatie
2. Uurroosters
3. Taakverdeling

Thuiszorg:

- FDGB: 1. Opleiding
2. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)
3. Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/ instanties
- VG: 1. Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/ instanties
2. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)
3. Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt moet worden
- VG: 1. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)
2. Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/ instanties
3. Herziening van de omkaderingsnormen

Gehandicaptensector:

- FDGB: 1. Plaats, werkruimte
2. Kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt wordt
3. Uurroosters
- VG: 1. Relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)
2. Relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/ instanties
3. Plaats, werkruimte

De *herziening van de omkaderingsnormen* komt meer naar voren in de FDGB dan in de VG. Opgemerkt moet worden dat er grote variëteit bestaat tussen de verschillende instellingen (bv. ziekenhuizen in de FDGB: score op dit item varieert van 13% tot 71%). Teveel werk voor te

Hoofdstuk 2

weinig personeel is een voor de hand liggende conclusie, maar we moeten ons hier hoeden voor te snelle conclusies. Zo blijkt uit de diepte-interviews (SESA) dat het soms niet de normen, maar wel de tijdelijke personeelsproblemen (zowel wat aanwerving als verloop/continuïteit van personeel betreft) zijn die voor werkdruk zorgen.

Klachten over de *uurroosters* worden in de VG meer dan in de FDGB gemeld. In de rusthuizen (enkel in de VG) hangt dit item samen met de volgende twee: *betere arbeidsorganisatie en taakverdeling*. Deze cluster wijst op ontevredenheid in verband met de arbeidsorganisatie in brede zin: de verdeling van het werk over het beschikbare personeel.

Communicatie tussen de verschillende diensten of instanties is een item dat in beide landsgedeelten sterk scoort, hoewel het afwezig is in de lijst van de ziekenhuizen. Voornamelijk in de thuiszorg blijkt de communicatie niet optimaal te verlopen. Deze ontevredenheid is te verklaren door de specifieke aard van de organisatie van de thuisverzorging: de werknemers werken solitair en de overlegmomenten met andere diensten zijn beperkt.

Aan de *relaties en communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)* blijkt in de ziekenhuis- en thuiszorg wat te schorten. Voor de thuiszorg kunnen we bovenstaande redenering volgen. Voor de ziekenhuizen kan de zeer complexe organisatiestructuur aan de basis liggen van ontevredenheid.

Verbetering van *werkruimte* is exclusief voorbehouden aan de gehandicaptensector. Gehandicapten zijn geen patiënten: zijn worden gestimuleerd om zich te ontplooien via allerhande activiteiten. De uitvoering van deze activiteiten vraagt vanzelfsprekend ruimte. Van dit soort problemen is geen sprake in ziekenhuizen of thuiszorg, en blijkbaar hebben bejaarden genoeg ruimte voor de voor hen voorziene ontspanning.

De kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt wordt wordt zowel in de FDGB als in de VG vernoemd. Ook hier zijn de verschillen tussen de instellingen groot (SESA). Dit item komt als enige in alle sectoren bij de top drie.

Concluderend kan men stellen dat deze cijfers voornamelijk variëren naar instelling en zodoende duiden op lokale of situationele kenmerken van de werksituatie. Enige relativisering is hier op zijn plaats gelet op het “copieer-gedrag” van sommige respondenten bij het invullen van de enquêtes. Dit zorgt voor vertekeningen in het voordeel van de instellingsgebonden resultaten.

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

Naast de tijdsanalyse heeft 'Tijd voor Zorg' nog een andere doelstelling, namelijk inzicht verkrijgen in een aantal aspecten van de arbeidsorganisatie in de sectoren. Thema's van (beleids)belang zijn onder andere functionele differentiatie, delegeren van taken, personeelsomkadering en werkdruk. Daarmee samenhangend is de nood aan vorming of bijscholing, zowel van nieuw personeel als van bestaand personeel.

De enquête bevat vier open vragen over de taakverdeling:

1. Zijn er taken die u doet en die gewoonlijk door een hoger gekwalificeerde worden uitgevoerd?
2. Zijn er taken die u doet en die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen worden uitgevoerd?
3. Zijn er bepaalde taken die tot uw takenpakket behoren doch waardoor u bij gebrek aan tijd niet toe komt?
4. Aan welke taken besteedt u naar uw eigen mening meer tijd dan u zou wensen?

Hieronder worden deze aspecten in detail besproken. Voor de duidelijkheid is het goed te weten dat er meerdere taken ingevuld konden worden door de respondenten. Velen noteerden dan ook meerdere taken.

Een belangrijke opmerking betreft de codering van de antwoorden. De antwoorden op deze open vragen zijn namelijk gecodeerd met de hulp van de takenlijsten (zie pagina 109) die gelijk zijn voor beide taalgebieden. Toch moet gewezen worden op mogelijke verschillen in codering tussen de verschillende onderzoeksinstituten.

Hoofdstuk 3

1. Taakafgrenzing met andere zorgberoepen

Ter inleiding schetsen we de verschillende beroepsgroepen die actief zijn in de vier sectoren en hun onderlinge verhouding met betrekking tot het uitvoeren van taken. In de ziekenhuissector staan twee personeelscategorieën centraal: de verpleegkundigen en de verzorgenden. Een vrij nieuwe personeelscategorie is die van de logistiek assistenten. Diezelfde personeelscategorieën vinden we terug in de rusthuissector. In de thuiszorg is er sprake van verpleegkundigen en verzorgenden; aangrenzende functies zijn de artsen en de poetshulpen. In de gehandicaptenzorg tenslotte werken voornamelijk opvoeders, en in mindere mate ADL-assistenten en verzorgenden. Hoewel alle werknemers uit deze sectoren een eigen taakomschrijving hebben (in sommige instellingen is deze taakomschrijving soms zeer expliciet en formeel), is het zo dat er steeds overlappingen met de taakomschrijvingen van andere functies zijn. Het is op deze dynamische scheidingslijn dat wij pogen een aantal taken te identificeren die dan toegewezen kunnen worden aan lager geschoolden. Toch mag het principe van de subsidiariteit¹ niet blind gevolgd worden: veelal zijn flexibiliteit en polyvalentie noodzakelijke eigenschappen van de werknemer in het uitoefenen van zijn of haar functie. Zo kan, bij wijze van voorbeeld, een verzorgende in de thuiszorg bezwaarlijk om de haverklap de hulp inroepen van een verpleegkundige voor eenvoudige verpleegkundige handelingen.

Aangezien het delegeren van taken centraal staat, zijn enige theoretische noties rond verpleegkundige arbeidsmodellen nuttig². Bij de *integrerende of individuele* verpleegkunde is de verpleegkundige (of gelijkgestelde verzorgende) verantwoordelijk voor de totaalzorg van een patiënt. De *teamverpleging* volgt hetzelfde idee, maar nu wordt een heel team verantwoordelijk voor een aantal patiënten. Bij deze twee types staat de totaalzorg centraal — vandaar de geringe specialisatie van het personeel. Anders zit het bij de *functionele verpleging*, waar specialisatie centraal staat. Een personeelslid krijgt een specifiek takenpakket dat zij of hij uitvoert bij verschillende patiënten. Dit zijn

^{1.} Wat even effectief en efficiënt door een lager geschoolde kan opgenomen worden moet niet toegezwegen worden aan een hoger geschoolde.

^{2.} Demarest S (1996), *Meer is beter?* in: *Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven Hoedemakers C (1996), *Functie-integratie versus functie-differentiatie in de verpleegkunde in: Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

twee uitersten van een continuüm, ideaaltypen, die in de praktijk zelden als dusdanig voorkomen.

In de *ziekenhuissector* is de scheidingslijn tussen verpleegkundigen en verzorgenden heel wazig. De oorzaken van deze situatie zijn van allerlei aard. Vooreerst is het ingeburgerd in de ziekenhuizen dat de verzorgenden hun ervaring, die ze door de jaren heen opbouwden, toepassen in de praktijk. Vrij laat is er een wettelijke regeling gekomen voor deze situatie (het zogenaamde “artikel 54 bis”³). Naast deze institutionele oorzaak is er ook een arbeidsorganisatorische reden voor het verwateren van een scherpe taakaflijning: de populaire integrerende verpleging. Die stuwt immers zowel verzorgenden als verpleegkundigen in de richting van het overnemen van elkaars taken. Overigens is het zo dat er in de meeste gevallen geen exclusieve keuze tussen de ideaaltypen genomen wordt. In de praktijk wordt veelal geopteerd (diepte-interviews IISA) voor een gecombineerd systeem waarbij in de voormiddag de integrerende verpleegkunde primeert (team of individueel), en in de namiddag overgeschakeld wordt op een meer functioneel/gespecialiseerd zorgtype. Men tracht als het ware tot aan de grens van het wettelijke zoveel mogelijk integrerende verpleging toe te passen, maar een aantal taken blijven nu eenmaal tot het exclusieve domein van de verpleegkundigen behoren — zodat overgeschakeld wordt op een eerder taakgerichte verpleging. Concreet gaat het dan over insulines inspuiten, bepaalde intramusculaire inspuitingen, moeilijke wondzorg, infusen steken, ... De integrerende verpleging heeft tevens tot gevolg dat verpleegkundigen omzeggens altijd niet-verpleegtechnische taken (bv. bedden opmaken, ..) uitvoeren. Ziedaar de complexe werksituatie van verzorgenden en verpleegkundigen in onze ziekenhuizen.

Het overdragen van taken aan lager geschoolde groepen, verzorgenden en logistiek assistenten, is niet eenvoudig om diverse redenen. Uit de diepte-interviews blijkt dat de *verzorgenden* doorheen de jaren al een ruim aandeel taken, die eerder verpleegtechnisch zijn, tot hun domein gemaakt hebben — en er zelfs een wettelijke schikking voor gekregen hebben. Volgend citaat is typerend voor de reactie op de vraag naar taken die doorgeschoven kunnen worden van verpleegkundigen naar verzorgenden: “eigenlijk doet een verzorgende evenveel van

³ Publicatie in Belgisch Staatsblad 26.10.93, K.B. van 8.9.93 tot uitvoering van artikel 54bis van het K.B. nr. 78 (10.11.67)

Hoofdstuk 3

deze taken als een verpleegkundige. Ze doet alle taken die je juist beschreven hebt”.

De situatie in de *rusthuissector* is analoog, met dat verschil dat we hier een “lichte” zorgpopulatie hebben in vergelijking met de ziekenhuizen. Meer bepaald beperken de verpleegkundige taken zich tot wondverzorging en medicatie-gelinkte handelingen. De taakomschrijving voor het personeel overstijgt het puur verzorgende aspect: de bewoners moeten hun tijd kunnen doorbrengen met allerlei activiteiten die aangeboden worden door het personeel. In de rusthuissector werken dan ook meer verzorgenden dan verpleegkundigen. Het personeelsbestand is bovendien gevarieerder omdat het ook ADL assistenten en animatoren omvat.

In de diensten voor *thuiszorg* hebben de verzorgenden boven zich de thuisverpleegkundigen die zich ook met ADL-ondersteuning inlaten. De verpleegkundigen hebben op hun beurt de huisartsen boven zich. De recente discussie over de exclusiviteit van het toedienen van het griepvaccin door medici is hier illustratief. Maar ook voor een aantal andere taken (bv. opvolgen bloeddruk) blijft de scheidingslijn onduidelijk. Naar beneden toe zijn er de poetshulpen die een aantal huishoudelijke taken en onderhoud kunnen overnemen, zowel van de verpleegkundigen als van de verzorgenden.

Bij de *gehandicaptensector* is er in mindere mate sprake van grote personeelscategorieën. Vandaar dat er minder “strijd” is betreffende het doorschuiven van taken. Het betreft hier ook een heel ander type werk dan in de vorige sectoren: de nadruk komt te liggen op de algemene ontwikkeling van de bewoners en niet zozeer op de verpleegkundige verzorging.

1.1. Taakafgrenzing ten aanzien van hoger gekwalificeerden

Met deze vraag verwachten we voornamelijk respons van de verzorgenden aangezien zij het best geplaatst zijn om inlichtingen te verschaffen over taken die gewoonlijk door hogergeschoolden worden uitgevoerd.

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

Tabel 18 – Antwoorden van de *verzorgenden / opvoeders* op de vraag
“taken die gewoonlijk door hogergeschoolden worden uitgevoerd”,
in procenten (enkel hoger dan 10%)^a

Taak	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG gezinsz	FDGB	VG ^B	FDGB
Hygiënische verzorging		23%		54%	68%	63%	20%	19%
Technische handelingen	50%	20%	47%	10%			55%	34%
Medicatie toedienen	38%	11%	24%	10%	21%			14%
Medicatie klaarzetten			22%		56%			
Parameter, diagnosestelling		14%						
<i>Aantal cases:</i>	<i>16</i>	<i>56</i>	<i>55</i>	<i>68</i>		<i>49</i>		<i>98</i>

- a. Bij deze tabel moet men rekening houden met een verschillende manier van gegevensverwerking tussen de onderzoeksequipes. Het HIVA (sector thuiszorg en sector gehandicapten in de VG) heeft veelal percentages binnen 1 kolom waarvan de som groter dan 100% is. Dat komt omdat er meerdere antwoorden mogelijk waren op de vier vragen van dit hoofdstuk. De andere drie onderzoeksequipes hebben de scores herleid tot 100%. Deze opmerking geldt voor alle tabellen van hoofdstuk 3.
- b. Gehandicapten VG: gegevens van alle functies samen

In de *ziekenhuissector* worden duidelijk taken geïdentificeerd die onder verantwoordelijkheid vallen van verpleegkundigen. Technische handelingen en het toedienen van medicatie worden zowel in de VG als in de FDGB vernoemd als taken die gewoonlijk door hoger gekwalificeerden uitgevoerd worden. Dat deze activiteiten verpleegtechnisch van aard zijn, wil niet zeggen dat ze niet tot het werkveld van de verzorgende mogen behoren. Parameters, diagnosestelling en staalname worden in de FDGB eveneens vernoemd, evenals hygiënische verzorging.

In de *rusthuissector* zien we een gelijkaardige verdeling van de antwoorden. Ook hier ligt de nadruk op technische handelingen en het toedienen van medicatie en toezicht erop. Zowel in de rusthuis- als in de ziekenhuissector wordt in de FDGB hygiënische verzorging vermeld als taak die verzorgenden doen en die normaal gezien door hoger geschoolden wordt uitgevoerd. In de VG wordt deze taakcategorie niet vernoemd. In beide sectoren tenslotte worden de technische handelingen beduidend meer vermeld in de VG dan in de FDGB.

Ook in de *thuiszorg* zien we overlapping van een aantal taken. Het werkveld vereist, meer dan dat in de andere sectoren het geval is, dat

Hoofdstuk 3

het personeel genoeg kennis heeft om alle taken alleen aan te kunnen. De hulp inroepen van andere hulpverleners is ondoenbaar. Taken die door verzorgenden overgenomen worden van verpleegkundigen zijn hygiënische verzorging (VG en FDGB), en medicatie klaarzetten (VG). Een verdere herverdeling van de taken tussen verzorgenden en verpleegkundigen is wenselijk maar stuit op een aantal hindernissen zoals bijvoorbeeld de wijze van terugbetaling van de ADL-hulp (de “toiletten”). Het feit of een verpleegkundige dan wel een verzorgende de ADL-hulp verleent, bepaalt of men terugbetaald wordt of niet. Verder moet een aantal facetten in het oog gehouden worden zoals de arbeidstevredenheid, de effectiviteit, enz.

In de *gehandicaptensector* in de VG antwoordde slechts 20% van het personeel (in de FDGB merkwaardig genoeg 50%). Dit was te verwachten aangezien er hier, in tegenstelling tot de andere drie sectoren, geen grote groep verpleegkundigen naast de opvoeders werkt. De vraag naar het overnemen van taken van hoger geschoolden is dan ook minder relevant. De meeste instellingen zijn te klein voor een eigen verpleegkundige. Daarom doen ze beroep op thuiszorg om de verpleegkundige taken uit te laten voeren. Deze situatie zorgt ervoor dat de opvoeders en verzorgenden soms een aantal verpleegkundige taken op zich moeten nemen, zoals hygiënische zorgen, sondevoeding, administratie van medicatie, medicatie toedienen, ...

Samenvattend worden er in de zieken- en rusthuizen in de VG voornamelijk technische handelingen door verzorgenden uitgevoerd in plaats van de verpleegkundigen, terwijl dat in de FDGB de hygiënische verzorging is. In de thuiszorg is het vooral hygiënische verzorging. In de *gehandicaptensector* is de vraag minder relevant.

1. 2. Taakafgrenzing ten aanzien van lager gekwalificeerden

Bij deze vraag verwachten we zowel antwoorden van de verpleegkundigen als van de verzorgenden. Deze laatsten kunnen taken overlaten aan bijvoorbeeld een administratieve, logistieke of onderhoudskracht. De twee worden apart behandeld hieronder.

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

1. Verpleegkundigen

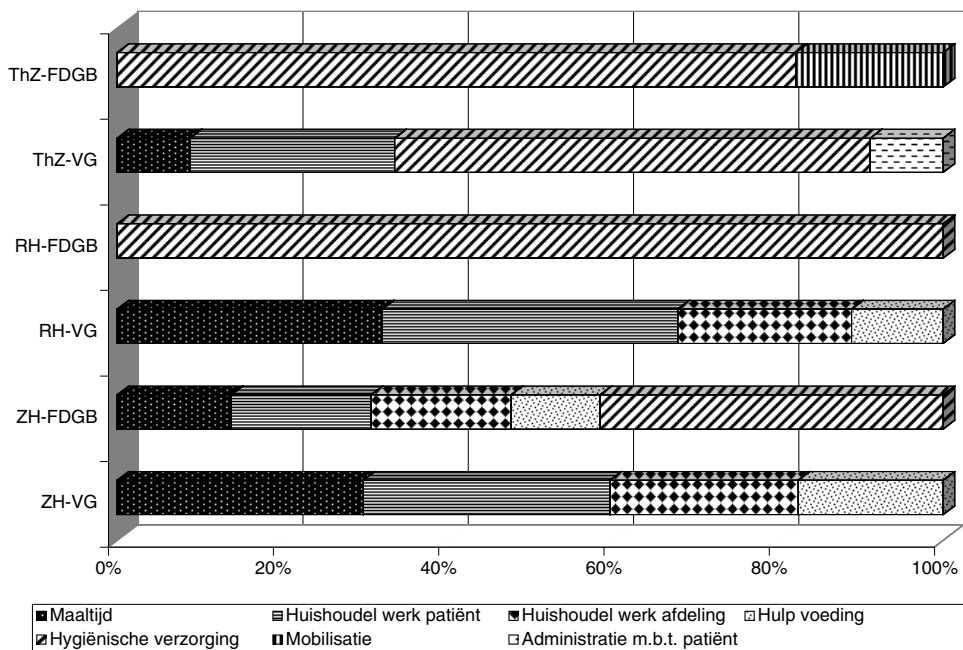
Tabel 19 –Antwoorden van de *verpleegkundigen* op de vraag
“taken die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen uitgevoerd worden”,
in procenten (enkel hoger dan 10%)

Taak	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG Thuisverpl	FDGB
Maaltijdbedel + voorbereid	17%	9%	26%		10%	
Huishoud werk mbt patiënt	17%	11%	29%		28%	
Huishoud werk mbt dienst	13%	11%	17%			
Hulp voeding	10%	7%	9%			
Hygiënische verzorging		27%		53%	65%	69%
Mobilisatie						15%
Administratie voor cliënt					10%	
<i>Aantal cases:</i>	322	346	110	83		54

Een opvallend feit dat zich in alle sectoren voordoet (zij het in mindere mate in de thuiszorg) is het verschijnen van constanten per gemeenschap. In de FDGB gaat het om hygiënische verzorging, en in de VG over huishoudelijk werk met betrekking tot de patiënt.

Hoofdstuk 3

Grafiek 2 – Taken die evengoed door een lager geschoolde uitgevoerd kunnen worden. Antwoorden van de verpleegkundigen (enkel die antwoorden die meer dan 10% van het totaal uitmaken)



Verder zijn er een aantal sectorafhankelijke tendenzen. In de *ziekenhuizen* zien we dat de verpleegkundigen voornamelijk maaltijdgelinkte taken, huishoudelijk werk en (enkel in de FDGB) hygiënische verzorging naar voren brengen als taak om door te schuiven naar lager gekwalificeerden. Terloops kan opgemerkt worden dat, wanneer de hoofdverpleegkundigen gevraagd werd naar hun voorkeur indien ze een personeelslid bij kregen, er steevast voor verpleegkundigen geopteerd werd. En dit terwijl verpleegkundigen zeggen dat er een pakket taken gedelegeerd kan worden naar lager geschoolden (rapport SESA⁴).

Het verschil tussen de Vlaamse en Waalse *rusthuissector* is frappant. Terwijl in de FDGB enkel hygiënische verzorging naar voren komt, zien

⁴ Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

we in de VG hetzelfde beeld dan in de ziekenhuissector, namelijk huishoudelijk werk, maaltijd en hulp bij voeding. Let wel: in de FDGB komen hulp bij voeding en huishoudelijk werk met betrekking tot de patiënt op de tweede plaats, maar ze scoren slechts 8%.

In de *thuiszorg* blijkt hygiënische verzorging de uitgesproken taak te zijn om door te schuiven naar lager geschoolden, en dit geldt zowel voor de VG als voor de FDGB. Het rapport over de Vlaamse verpleegkundigen spreekt over “eenvoudige toiletten waarbij het, omwille van de lagere moeilijkheidsgraad, verantwoord is dat lager gekwalificeerden dit overnemen”.

Het aandeel verpleegkundigen in de gehandicaptensector is zowel in de VG als de FDGB te klein om afzonderlijk te analyseren.

2. *Verzorgenden*

Tabel 20 – Antwoorden van de *verzorgenden (opvoeders)* op de vraag “taken die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen uitgevoerd worden”, in procenten (enkel hoger dan 10%)

Taak	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG Gezinsz	FDGB	VG ^a	FDGB
Maaltijdbedeling + voorb	18%	14%	35%	20%			12%	
Huishoudel werk patiënt	18%	16%	34%	23%	17%	19%	55%	40%
Huishoudel werk afdeling	21%	30%	13%					
Hulp voeding				14%				
Hygiënische verzorging							24%	11%
Mobilisatie								
Schoonmaken					89%	63%	14%	12%
<i>Aantal cases:</i>	<i>28</i>	<i>74</i>	<i>121</i>	<i>80</i>		<i>54</i>		<i>162</i>

a. Dit betreft cijfers van alle functies samen, dus niet enkel de opvoeders, die 84% van het personeel vertegenwoordigen.

Zowel in de *ziekenhuis- als rusthuissector* antwoorden de verzorgenden in dezelfde richting: huishoudelijk werk en maaltijd. Als men dit vergelijkt met de tabel van de verpleegkundigen (tabel 14) valt op dat deze dezelfde categorieën vernoemen. Het doorschuiven van de verpleegkun-

Hoofdstuk 3

digen naar de verzorgenden is dus een optie die niet interessant is. Misschien kunnen andere personeelscategorieën deze taken overnemen?

Ook in de Vlaamse *rusthuizen* valt de gelijklopendheid met tabel 19 (verpleegkundigen) op. Precies dezelfde categorieën scoren boven 10%. Dit kan wijzen op een gelijklopende taakverrichting door verpleegkundigen en verzorgenden in de VG. In de FDGB daarentegen zijn die overeenkomsten met de verpleegkundigen er niet. Maaltijden bedenken of bereiden en huishoudelijk werk met betrekking tot de patiënt worden hier als belangrijkste categorie vernoemd. In het SESA rapport⁵ wordt “personnel hôtelier” ter ondersteuning van deze groep vernoemd.

De verzorgenden in de *thuiszorg* tonen zich opmerkelijk eengezind over het delegeren van taken aan lager gekwalificeerden: zowel schoonmaken als het huishoudelijke werk met betrekking tot de cliënt (omvat afwassen, kledij wassen en strijken, verstellen kleding, opruimen en ordenen, verzorgen van bloemen en planten en bed opmaken) worden getipt om door te schuiven naar de poetsdiensten. Sommige diensten vinden echter dat deze situatie behouden moet blijven. “... om verschillende redenen: op den duur zou er teveel volk over de vloer komen wat door de klant niet gewenst wordt en met toenemende coördinatieproblemen voor de diensten; de tijdsbesteding voor verplaatsingen zou toenemen; men pleit voor integrale zorg; men vindt het tijdspakket van 4 uur (het meest voorkomende pakket) optimaal in verband met de arbeidsorganisatie; er is al voldoende afsplitsing naar de poetsdienst daar waar het enigszins kan; tijdens de poets kan men ook andere zaken aanbrengen naar de patiënt; er is ook de signaalfunctie van de verzorger tijdens de poetstaken (bijvoorbeeld inschatten van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende op dit vlak); er is reeds een zekere specialisatie via de matching verzorgende-gezin (de juiste verzorgende op de juiste plaats)⁶”. Aangezien ongeveer 20% van de tijd van de verzorgenden gaat naar onderhoudswerkzaamheden, betekent dit één dag werk per week. Er bestaan al instroomtrajecten (VDAB) waar laaggeschoolden zich kunnen inwerken in de sector.

In de *gehandicaptensector* vernoemt men als belangrijkste taken die doorgeschoven kunnen worden: het huishoudelijke werk en het schoonmaken (schoonmaken in de VG scoort 9%). Dit zijn taken waarvan de

⁵ Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles

⁶ Hedebouw G (1999), *Tijd voor zorg. Sector Thuiszorg*, HIVA, Leuven

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

opvoeders menen dat ze niet tot hun takenpakket behoren, of waarvoor ze zeker hulp kunnen gebruiken. Daarnaast staat de hygiënische verzorging als tweede taakgroep. Het Waalse rapport vernoemt de Assistenten Dagelijks Leven voor het overnemen van de hygiënische verzorging. Op deze manier kan de vrijgekomen tijd beter benut worden door de opvoeders. Niettegenstaande deze wens van de opvoeders (65% van het personeel in de VG vermeldt taken, 78% in de FDGB), mag het belang van deze taken niet onderschat worden aangezien zij een bron van persoonlijk contact met de bewoners zijn, zo menen enkele hoofdopvoeders.

2. Taken waar men niet toe komt door tijdsgebrek

Tabel 21 – Antwoorden op de vraag “taken waar men niet toe komt door tijdsgebrek”, in procenten (enkel hoger dan 10%)

Taak	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicap- ten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezinsz	Thuisv	FDGB	VG	FDGB
Psychosoc. zorg & begeleiding	14%	30%	10%	24%	59%	70%	15%	54%	16%
Communicatie patiënt	50%	20%	36%	11%			35%		12%
Anim / begeleiding (individueel)		15%		21%	12%			17%	26%
Anim /begeleiding (groep)		13%		19%				13%	24%
Hygiënische verzorging						19%	13%		
Administr mbt bewoner								19%	
Coördinatie activiteiten								17%	
Communicatie over client									
Huishoudel werk patiënt					11%		12%		
Aantal cases:	176	346	185	217			93		141

IISA heeft “losse babbels” bij communicatie patiënt geklasseerd tijdens codering. Vandaar de hoge percentages

Hoofdstuk 3

Dé taakcategorie die wegvalt als er tijdsgebrek is, is de psychosociale zorg en begeleiding (omvat stimuleren zelfzorg, begeleidingsgesprek patiënt, patiënteneducatie, gezondheidsopvoeding). Dit geldt voor alle sectoren en in beide gemeenschappen. Als er tijdsgebrek is, gaan de dringende taken zoals de (hygiënische) verzorging en de maaltijdbereiding steeds voor.

De *ziekenhuissector* laat zich kenmerken door een steeds sneller evoluerende technologie, waardoor het aantal ligdagen per patiënt de laatste jaren drastisch vermindert. Daarmee samenhangend is de toenemende druk op het personeel. Zowel de communicatie met de patiënt als de psychosociale zorg en begeleiding lijden daar het meest onder. Concreet wil het personeel meer tijd voor eerder informeel contact met de patiënten: een losse babbel, vragen beantwoorden, stimuleren, uitleg geven, enz. Hoewel de technologische evolutie minder invloed heeft op de *rusthuissector* dan op de ziekenhuissector, meldt men ook hier een toenemende tijdsdruk: “alles moet sneller gaan”. Ook hier bekommert men zich om het wegvallen van de communicatie en de psychosociale zorg van de bewoner. De verpleegkundigen laten naar eigen zeggen op de tweede plaats een aantal administratieve taken vallen.

Gezien vele cliënten in de thuiszorg alleenstaande ouderen zijn is de vraag naar een informeel gesprek hier waarschijnlijk het grootst. Bewoners of patiënten uit de drie andere sectoren kunnen sneller contact leggen met mekaar. De losse babbel is zelfs een uitdrukkelijke vraag van de cliënten in de thuiszorg. De diensten voor thuisverpleegkunde melden een tekort aan omkadering waardoor men zich genoodzaakt ziet een aantal taken te laten vallen. Op de eerste plaats staan wederom de psychosociale zorg en begeleiding. Opmerkelijk evenwel is de vermelding van de hygiënische verzorging.

In de *gehandicaptensector* liggen de taken die men laat vallen door tijdsgebrek het meest gespreid.

Taakverdeling en arbeidsorganisatie

3. Taken waar men meer tijd aan besteedt dan men zou wensen

Tabel 22 – Antwoorden op de vraag “taken waar men meer tijd aan besteedt dan men zou wensen”, in procenten (enkel hoger dan 10%)

Taak	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezinsz	Thuisv	FDGB	VG	FDGB
Administr mbt patiënt	49% ^a	26%	12%			44%		30%	
Administr mbt afdeling		26%							
Hygiënische verzorging				36%		13%	14%	13%	10%
Schoonmaken/poetsen					95%		29%	15%	
Huishoud werk patiënt			22%				14%	50%	41%
Huishoud werk afdeling			11%						
Maaltijdvoorbereiding			26%						
Verplaatsing (thuiszorg)						11%	12%		
Psychosociale zorg						15%			
<i>Aantal cases:</i>	<i>163</i>	<i>293</i>	<i>121</i>	<i>175</i>			<i>106</i>		<i>156</i>

a. Alle antwoorden van het type “administratie” zonder verdere uitleg zijn gecatalogeerd onder administratie met betrekking tot de patiënt (VG). Vandaar het vrij hoge cijfer in deze categorie.

De interpretatie van de antwoorden op de vier vragen moet enigszins gerelativeerd worden. In hoeverre weerspiegelen de antwoorden een objectieve kijk op de feiten dan wel een subjectieve beleving? Wanneer een verzorgende een aantal taken helemaal niet graag doet, kan hij deze als antwoord geven op de vraag “zijn er taken die u doet en die evengoed door een lager geklasseerde gedaan kunnen worden”. Het hoeft geen betoog dat verschillen in personeelsbezetting over de personeelscategorieën heen tussen de VG en de FDGB een vertekend beeld kunnen opleveren. Door de vierde vraag (“zijn er taken waar u meer tijd aan besteedt dan u wenst”) te vergelijken met de tweede vraag kunnen we zien of deze laatste inderdaad eerder als uitlaatklep dan wel als belangrijke informatiebron beschouwd kan worden.

Hoofdstuk 3

In de *ziekenhuissector* blijken de administratieve taken (zowel administratie met betrekking tot de patiënt als met betrekking tot de afdeling) zwaar door te wegen. Op het eerste zicht zou een administratieve hulp een oplossing bieden, maar zo eenvoudig liggen de kaarten niet. Veel van dit administratief werk kan moeilijk losgerukt worden van de verzorging en verpleging van de patiënt: het invullen van de patiëntendossiers kan alleen gedaan worden door diegene die de patiënt zelf verzorgt. Dit probleem van de administratieve kracht die niks kan aanvangen wordt door heel wat hoofdverpleegkundigen vernoemd in de diepte-interviews (IISA⁷).

In de *rusthuissector* liggen de taken verspreid, en op het eerste zicht erg verschillend naar Gemeenschap. In VG handelt een derde van de antwoorden over huishoudelijk werk en een kwart over maaltijdvoorbereiding. Twaalf procent over administratie. Aan Waalse zijde wordt hygiënische verzorging het meest vernoemd als taak die meer tijd in beslag neemt dan gewenst. Toch mag men zich niet verkijken op de verschillen naar Gemeenschap. Het is namelijk zo dat, voor de FDGB, huishoudelijke taken met betrekking tot de bewoner (9%) / tot de afdeling (8%) en administratie met betrekking tot de bewoner (9%) de drempel van 10% net niet halen. Op de vierde plaats komt de maaltijdvoorbereiding (7%) zodat we toch mogen concluderen dat er overeenkomsten zijn tussen de Gemeenschappen.

Ook in de *thuiszorg* verschillen de antwoorden naar Gemeenschap. Parallel met de diensten gezinszorg staat schoonmaken/poetsen op de eerste plaats bij de Waalse thuiszorg. Daar komt nog bij: hygiënische verzorging, huishoudelijk werk met betrekking tot de patiënt, en verplaatsing. Dit zijn nu juist de taken die men wil delegeren naar lagergeschoolden.

In de Waalse *gehandicaptensector* is de hygiënische verzorging al vernoemd bij de taken die men wil doorschuiven naar hoger gekwalificeerden.

Welke taken men precies wenst te delegeren naar andere beroepscategorieën, verschilt kennelijk van sector tot sector. Nochtans blijkt uit de diepte-interviews dat zulke delegatie niet alleen wordt nagestreefd om het eigen takenpakket zinvoller te maken, maar vooral omdat de sterk toegenomen werkdruk zulke delegatie onafwendbaar maakt. Delegatie is geen optie, maar de enige uitkomst, zo blijkt uit de interviews.

⁷ Mendonck K, Van Landeghem N, (1999) Tijd voor zorg. Sector Ziekenhuizen, IISA, Brussel, en Mendonck K, Van Landeghem N, (1999) Tijd voor zorg. Sector Rusthuizen, IISA, Brussel

Opleidingsbehoeften

Vanuit de grondgedachte van het onderzoek, de substitutie van taken tussen functies, werd al snel duidelijk dat we gegevens nodig hadden over opleidingen en bijscholingen. Het uitvoeren van een functie vraagt namelijk een basisopleiding ter voorbereiding van de job, en veelal wordt de verworven kennis up-to-date gehouden door continue bijscholing. Dit geldt zeker voor het personeel in de zorgsector. Bijscholing wordt ofwel intern, ofwel extern georganiseerd. In de ziekenhuissector is het zo dat er heel wat interne opleidingen gegeven worden door artsen of verpleegkundigen van de eigen instelling. Soms hebben deze opleidingen een verplichtend karakter, maar ze kunnen evengoed op vraag van het personeel georganiseerd worden. De vraag naar externe opleidingen uit vrije wil blijft echter al bij al vrij mager, blijkt uit de diepte-interviews (SESA¹). Het is een feit dat de interne opleidingen over 't algemeen verplicht zijn.

1. Opleidingen die gevolgd zijn tijdens het voorbije jaar

Om te peilen naar de mate waarin opleidingen gevolgd worden door het personeel, zat volgende vraag in de enquête: “Hebt u het laatste jaar bijscholing, vorming, opleiding gevolgd?”. Onderstaande tabel geeft aan hoeveel procent van het personeel vorig jaar een opleiding volgde.

¹ Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles en: Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, Bruxelles

Hoofdstuk 4

Tabel 23 – Aandeel van het personeel dat een opleiding volgde het voorbije jaar, in procenten

Ziekenhuizen	VG	77%
	FDGB	34%
Rusthuizen	VG	79%
	FDGB	33%
Thuiszorg	Gezinszorg	34%
	Thuisverpleging	48%
	FDGB	58%
Gehandicapten	VG	53%
	FDGB	49%

In de ziekenhuissector valt op dat er een groot verschil is tussen de VG en de FDGB: in de VG volgde drie kwart een opleiding, terwijl dat in de FDGB slechts één derde was. In de thuiszorg ligt het gemiddelde rond de helft van het personeel, maar hier zien we meer variatie naar dienst. Van het personeel van de diensten gezinszorg volgde één derde een opleiding, voor het Waalse thuiszorgpersoneel was dat bijna 60%. In de gehandicaptensector volgde in beide Gemeenschappen ongeveer de helft van het personeel een opleiding het voorbije jaar.

Opleidingsbehoeften

Tabel 24 – Opleidingen gevolgd tijdens het voorbije jaar

	Opleiding	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicapten	
		VG	FDGB	VG	FDGB	Gezins z	Thuis v	FDGB	VG	FDGB
1	Secretariaat	1%	2%	1%	1%	0%	0%	2%	0%	0%
2	Informatica	2%	4%	2%	2%	0%	3%	0%	5%	0%
3	Talen	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	6%	0%
4	Communicatie- vaardigheden	3%	9%	6%	7%	12%	19%	9%	15%	16%
5	Begeleiding	13%	27%	23%	26%	60%	37%	33%	22%	41%
6	Veiligheid & ergonomie	11%	5%	14%	8%	12%	4%	14%	6%	12%
7	Vorming ovv verzorging	54%	51%	39%	48%	17%	37%	36%	12%	6%
8	Animatie, zinv vrijetijdsbest.	1%	0%	4%	3%	0%	0%	1%	21%	12%
9	Andere	15%	2%	10%	4%	0%	0%	6%	13%	9%
	Totaal:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Aantal gevolgde opleiding ^a	307	113	218	106	60	75	148	103	85
	Aantal personeels ^b met opl	104	62	117	54	33	37	69	85	72
	gemiddelde ^c :	2,9	1,8	1,8	1,9	1,8	2	2,1	1,2	1,2

a. Aantal gevolgde opleidingen in de sector

b. Aantal personeelsleden dat één of meerdere opleidingen volgde het voorbije jaar

c. Gemiddelde (= aantal opleidingen gedeeld door aantal personeelsleden dat een opleiding volgde)

Bij de vergelijking van de verschillende sectoren moet opgemerkt worden dat “gehoor en aandacht” bij de categorie “verzorging” zit in de VG, terwijl het in de FDGB bij de categorie “begeleiding” ressorteert.

Meer dan de helft van de gevolgde bijscholingen in de *ziekenhuissector* (het voorbije jaar) waren opleidingen over verzorging. Deze score is niet alleen de hoogste score binnen de sector, maar is ook beduidend hoger dan de scores van de andere sectoren. Grote verschillen tussen de Gemeenschappen zijn te noteren op het gebied van begeleiding, waar in de FDGB (27%) dubbel zoveel opleidingen over gevolgd zijn dan in de VG (13%), en op het gebied van veiligheid en ergonomie, waar dan weer in de VG (11%) dubbel zo veel opleidingen over gevolgd zijn.

Hoofdstuk 4

Juist zoals in de ziekenhuissector werden in de *rusthuissector* het voorbije jaar het meest opleidingen in verband met verzorging gevolgd, hoewel de percentages hier niet zo hoog liggen. In de FDGB bestaat 48% van de gevolgde opleidingen uit verzorgingsgerichte cursussen, terwijl dit in de VG 34% bedraagt. Opleidingen in verband met begeleiding nemen een kwart van het totaal in beslag. Verder wordt nogal wat opleiding gevolgd over veiligheid en ergonomie.

In de *thuiszorg* werden de opleidingen over begeleiding het meest gevolgd. We zien echter dat opleidingen over verzorging in grote mate gevolgd werden door de diensten thuisverpleging en de Waalse thuiszorg. Deze verdeling is het gevolg van de samenstelling van het personeel, dat bij de diensten voor gezinszorg uitsluitend uit verzorgenden bestaat.

Ook in de *gehandicaptensector* handelde één kwart van de gevolgde opleidingen over begeleiding. De opleidingen zijn verder sterk gespreid over de verschillende categorieën. Andere veel gevolgde opleidingen zijn die over animatie & zinvolle vrijetijdsbesteding en communicatievaardigheden.

De gemiddelde gevolgde opleiding per personeelslid geeft een kernachtig cijfer om de verschillende sectoren met elkaar te vergelijken.

2. Behoefte aan opleiding

Naast het aanbod van het voorbije jaar willen we ook informatie over de wens naar opleidingen. Daarom konden de respondenten maximum drie opleidingen opgeven die men graag zou willen volgen in de toekomst. Tabel 25 geeft de opleidingsbehoeften weer.

Opleidingsbehoeften

Tabel 25 – Opleidingsbehoeften

	Opleiding	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorgsector			Gehandicapten	
		VG	FDGB	VG	FDGB	Gezinsz	Thuisv	FDGB	VG	FDGB
1	Secretariaat	1%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
2	Informatica	8%	2%	11%	3%	0%	3%	0%	10%	0%
3	Talen	2%	3%	3%	3%	1%	0%	0%	1%	0%
4	Communicatie-vaardigheden	6%	6%	12%	3%	5%	10%	0%	16%	4%
5	Begeleiding	11%	28%	31%	38%	45%	24%	29%	27%	38%
6	Veiligheid & ergonomie	3%	6%	11%	11%	7%	5%	0%	4%	0%
7	Vorming ivm verzorging	62%	43%	27%	33%	42%	57%	61%	14%	24%
8	Animatie, zinv vrijetijdsbes	1%	1%	1%	6%	0%	1%	0%	18%	18%
9	Andere	8%	8%	7%	1%	1%	1%	0%	9%	9%
	Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	N gewenste opleidingen	118	201	170	160	148	114		141	

In de *ziekenhuissector* wenst men het meest opleiding in verband met verzorging. Ook opleidingen over begeleiding zijn gewenst, zeker in de FDGB.

In de *rusthuissector* is de vraag naar opleidingen in verband met begeleiding hoger dan de vraag naar opleidingen in verband met verzorging. Samen zijn deze twee categorieën goed voor twee derden van de behoeften. Die worden in de VG nog aangevuld met de behoefte aan informaticaopleidingen en opleiding op het vlak van communicatievaardigheden, en in de FDGB voornamelijk met opleidingen over animatie en zinvolle vrijetijdsbesteding.

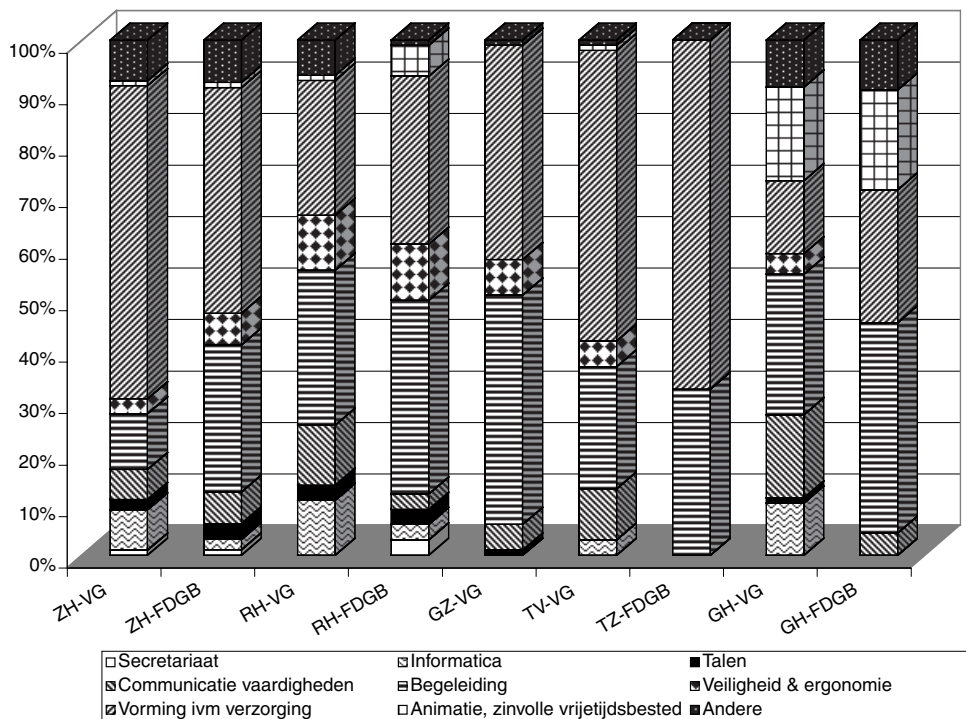
In de Waalse *thuiszorg* zijn, na problemen in verband met gehoor (goed voor de helft van de opleidingsnoden in de categorie verzorging), de twee meest gevraagde opleidingen die in verband met terminale problemen, en die over specifieke verzorging aan huis. De nood op opleiding in verband met terminale problematiek wordt ook in de VG gevoeld en reflecteert een nieuwe realiteit op het terrein: de groter wordende groep zorgbehoevenden die het hospitaal ruilen voor het eigen huis. Aangezien dit veelal oudere mensen zijn, komt de terminale pro-

Hoofdstuk 4

blematiek hier bovenop. Daardoor is een goede kennis van de terminale problematiek, zowel verpleegtechnisch als op begeleidend vlak, noodzakelijk. Een aantal Waalse instellingen spelen in op deze evolutie en stellen groepen (verpleegkundigen en familiale helpsters) samen om optimaal zorg en begeleiding aan te kunnen bieden aan mensen op hun levenseinde en aan hun naasten. Naast deze opleidingen in verband met terminale patiënten, voelt men in de VG ook de nood aan opfrissing van de kennis van de basisverzorging: algemene basiszorgen, dieetleer, ziekteleer, huishoudelijke onderwerpen, voet- en haarverzorging. De verpleegkundigen vermelden hier ook basiszorgen die nodig zijn na nieuwe behandelingen of ingrepen.

Het personeel in de *gehandicaptensector* wenst op de eerste plaats opleidingen in verband met begeleiding en op de tweede plaats de vorming rond verzorging. Aan Vlaamse kant ziet men dat de vraag naar opleidingen over informatica goed is voor 10% van de behoeften. De nood aan informatica-opleidingen wordt in de VG meer aangevoeld dan in de FDGB.

Grafiek 3 – Opleidingsbehoeften



Tijdsanalyse

Een belangrijk deel van het onderzoek betreft de tijdsregistraties. Het doel van het onderzoek is immers de tijdsbesteding over taken na te gaan. Bondig samengevat verloopt de tijdsregistratie als volgt: iedere respondent (dus werknemer op de betrokken dienst) heeft een raster met daarop een lijst van 30 taakgroepen. Iedere werknemer kan per kwartier een aantal taken aanduiden. Duidt hij of zij één taak aan, is dat automatisch de hoofdtak. Als hij of zij meerdere taken uitvoert tijdens eenzelfde kwartier, moet de belangrijkste taak omcirkeld worden. De andere taken die tijdens dat kwartier aangeduid worden, zijn automatisch neven- of bijtaken. Op deze manier konden wij bij de analyse de hoofdtaken detecteren. Dit systeem is op vraag van de respondenten zelf niet geheel gevolgd: voor sommige kwartieren viel het hen té moeilijk om een onderscheid in belangrijkheid te maken tussen de taken. Gevolg: een aantal kwartieren bevatten wel neventaken, maar geen enkele hoofdtak. Vandaar dat er discrepantie kan bestaan tussen het totaal aantal gewerkte kwartieren en het totaal aantal hoofdtaken. Overigens: mocht het systeem van één hoofdtak per kwartier wel rigoreus gevolgd zijn, kwamen deze aantallen vanzelfsprekend overeen.

Op deze tijdsregistraties hebben we twee soorten analyses uitgevoerd: één over het aantal keren taken aangekruist zijn als hoofdtak of als neventaak, en één over de tijdsbesteding die hieruit afgeleid kan worden. In de acht deelrapporten wordt een analyse gemaakt van het *aantal* keren hoofd- en neventaken aangekruist zijn. Deze analyse wordt echter niet herhaald in het syntheserapport. In voorliggend rapport wordt enkel de *tijdsanalyse* weergegeven omdat deze tijdsberekening een samenvattend cijfer geeft van het aantal keren de taken aangekruist zijn als hoofd- of als bijtak. We gebruiken een algoritme dat binnen een kwartier, rekening houdend met het aantal bijtaken, de hoofdtaken dubbel zo veel gewicht geeft dan de bijtaken¹.

¹ Zie het methodologisch hoofdstuk

Hoofdstuk 5

1. Tijdsanalyse

1. Tijdsanalyse per individuele taak

Tabel 26 – Tijdsbesteding over taakcategorieën: rangorde

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorgsector			Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezins z	Thuis- verp	FDGB	VG	FDGB
Hygiënische verzorging	1	1	1	1	6	1	1	1	1
Mobilisatie en positioneren	2	2	3	2	11	6	8	8	6
Transport	19	19	9	12	23	16	16	16	14
Hulp bij voeding	18	16	5	6	9	20	20	5	2
Uitscheiding	4	3	2	4	14	11	14	10	8
Parameters, diagnose, staaln	11	13	23	22	28	15	15	29	27
Technische handelingen	14	12	18	17	29	3	6	23	21
Medic klaarzetten & verdelen	10	10	13	15	18	8	18	22	19
Medic toedienen & toezicht	7	7	12	10	16	4	7	19	15
Oppas/toezicht	6	8	6	3	15	22	27	6	10
Maaltijd-(voor)bereiding	9	9	4	7	3	21	10	7	4
Schoonmaak/poetsen	25	24	24	20	2	25	3	20	20
Huishoudel werk vr patiënt	16	14	10	8	1	19	4	9	7
Huishoud werk mbt afdeling	17	17	14	14	19	26	23	11	16
Boodschappen vr patiënt	28	27	27	26	5	23	9	23	26
Boodschappen vr afdeling	22	21	26	28	25	27	29	25	28
Hulp administratie patiënt	26	22	28	27	22	24	22	27	25
Administratie mbt patiënt	3	4	17	16	21	7	11	14	17

Tijdsanalyse

Tabel 26 – Tijdsbesteding over taakcategorieën: rangorde

Administratie mbt afdeling	12	11	16	13	24	9	25	15	18
Animatie & begeleiding (individueel)	27	26	25	24	17	28	24	13	13
Animatie & begeleiding (groep)	23	28	20	18	26	29	28	3	5
Psychosociale zorg & begeleiding	21	23	22	19	12	12	13	12	24
Communicatie patiënt & familie	8	6	7	5	4	5	5	2	11
Communicatie met collega's over P	5	5	11	11	13	10	17	4	3
Communicatie niet over patiënt	20	20	19	21	20	17	19	17	12
Opleiding/bijvorming	24	25	21	25	10	18	26	28	23
Coördinatie activiteiten	13	18	15	23	27	14	21	21	22
Persoonlijke tijd	15	15	8	9	7	13	12	18	9
Verplaatsing in de thuiszorg	29	29	29	29	8	2	2	26	29
<i>Totaal in minuten</i>	<i>126075</i>	<i>144209</i>	<i>124410</i>	<i>134332</i>	<i>69084</i>	<i>87900</i>	<i>111747</i>	<i>156669</i>	<i>118020</i>

Noot: bij de rangorde wordt geen rekening gehouden met de missings.

De meest algemene vaststelling is dat de hygiënische verzorging in alle sectoren op de eerste plaats staat, met uitzondering van de diensten gezinszorg. Het aandeel tijd dat dit item in beslag neemt, varieert sterk tussen de sectoren, gaande van een tiende van de totale tijd (de gehandicaptensector en de ziekenhuissector) tot maar liefst één derde (thuiszorgsector FDGB).

Hoofdstuk 5

Tabel 27 – Tijdsbesteding over taakcategoriën: volumes

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorgsector			Gehandicap- ten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezins z	Thuis- verp	FDGB	VG	FDGB
Hygiënische verzorging	9%	10%	14%	12%	3%	32%	16%	10%	13%
Mobilisatie en positioneren	8%	8%	10%	9%	2%	4%	4%	5%	6%
Transport	3%	2%	4%	3%	0%	1%	1%	3%	3%
Hulp bij voeding	3%	3%	6%	6%	3%	1%	1%	6%	9%
Uitscheiding	7%	7%	12%	8%	2%	2%	1%	4%	5%
Parameters, diagnose, staaln	5%	4%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%
Technische handelingen	3%	4%	2%	2%	0%	11%	7%	1%	1%
Medic klaarzetten & verdelen	5%	4%	4%	2%	1%	2%	1%	1%	1%
Medic toedienen & toezicht	6%	5%	4%	3%	1%	8%	4%	2%	3%
Oppas/toezicht	6%	5%	5%	9%	2%	0%	0%	6%	5%
Maaltijd-(voor)bereiding	5%	5%	7%	6%	15%	0%	3%	5%	6%
Schoonmaak /poetsen	1%	1%	1%	1%	20%	0%	13%	2%	1%
Huishoudel werk vr patiënt	3%	3%	4%	5%	20%	1%	10%	4%	6%
Huishoud werk mbt afdeling	3%	2%	3%	3%	1%	0%	0%	4%	2%
Boodschappen vr patiënt	0%	0%	0%	0%	5%	0%	4%	1%	1%
Boodschappen vr afdeling	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Hulp administratie patiënt	0%	1%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	1%
Administratie mbt patiënt	7%	6%	2%	2%	1%	3%	3%	3%	2%
Administratie mbt afdeling	4%	4%	2%	3%	0%	2%	0%	3%	1%
Animatie & begel (indivïd)	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	3%	4%

Tijdsanalyse

Tabel 27 – Tijdsbesteding over taakcategorieën: volumes

Animatie & begeleiding (groep)	1%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	8%	6%
Psychosociale zorg & begeleiding	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	4%	1%
Communicatie patiënt & familie	6%	5%	4%	7%	8%	5%	8%	8%	4%
Communicatie met collega's over P	6%	6%	4%	3%	1%	2%	1%	7%	7%
Communicatie niet over patiënt	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	3%	4%
Opleiding/bijtscholing	1%	1%	1%	1%	2%	1%	0%	0%	1%
Coördinatie activiteiten	4%	2%	2%	1%	0%	2%	1%	2%	1%
Persoonlijke tijd	3%	3%	4%	4%	3%	2%	3%	2%	5%
Verplaatsing in de thuiszorg	0%	0%	0%	0%	3%	16%	13%	1%	0%
Missing	0%	8%	0%	4%	1%	1%	2%	1%	3%
<i>Totaal in minuten</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

In de ziekenhuis- en rusthuissector staat mobilisatie en positioneren op de tweede plaats (enkel in Vlaamse rusthuizen op derde plaats) met iets minder dan 10% van de tijd. Tussen deze twee sectoren en tussen de twee taalgebieden is er voor deze taken bijna geen verschil te merken. Op de derde plaats komt in de ziekenhuissector de administratie met betrekking tot de patiënt en taken in verband met uitscheiding, in de rusthuissector taken in verband met uitscheiding. Ook hier is er omzeggens geen verschil tussen de twee taalgebieden: de respectievelijke scores liggen telkens zeer dicht bij elkaar. Verder wordt aan communicatie met collega's over de patiënt vrij veel tijd besteed (6% in de ziekenhuissector).

Van de homogeniteit in tijdsbesteding die we in de ziekenhuis- en rusthuissector aantreffen is er in de andere twee sectoren geen sprake. Zo zijn er duidelijke verschillen tussen de diensten gezinszorg, de diensten voor thuisverpleging en de Waalse *thuiszorg*. Gezien de Waalse diensten gemengd zijn (verpleegkundigen en verzorgenden samen) zouden de percentages logischerwijze het midden moeten houden tussen de twee Vlaamse diensten en grotendeels is dit ook zo. De diensten voor gezinszorg laten zich kenmerken door een beperkte variantie:

Hoofdstuk 5

meer dan 50% van hun tijd wordt besteed aan slechts drie taakcategorieën. Veertig procent daarvan gaat naar huishoudelijke taken met betrekking tot de cliënt en schoonmaaktaken. Daarna volgt maaltijdvoorbereiding met 15%. De verplaatsingen komen slechts op de achtste plaats (met 3%), in contrast met de andere twee diensten (13% en 16%). Het grote aandeel huishoudelijk werk (20%) is enigzins in tegenspraak met de klemtonen die worden gelegd in het nieuwe Vlaamse thuiszorgdecreet dat meer de nadruk legt op het aanbieden van persoonsverzorging en de huishoudelijke hulp pas op de tweede plaats vermeldt.

In de *gehandicaptensector* tenslotte vallen een aantal verschillen tussen de taalgebieden te noteren, maar het verschil in rangschikking is nooit echt groot. Enkel bij communicatie met de bewoner en zijn familie ligt een grote kloof tussen de VG (8%) en de FDGB (4%). Misschien kan ook hier de hypothese van het differentieel aanduiden van hoofd- en neventaken aangehaald worden. Hoewel de *gehandicaptensector* niet tot de klassieke zorgsector behoort, wordt er toch 12% hygiënische verzorging verleend. De communicatie met de collega's over de bewoners neemt zowel in de FDGB als in de VG 7% van de tijd in beslag. Er wordt in FDGB meer tijd besteed aan de hulp bij voeding (9%) dan in de VG (6%). Het grote aandeel tijd dat naar de hulp bij voeding gaat spruit voort uit de beperkte zelfredzaamheid van de gehandicapten. Animatie en begeleiding in groep neemt eveneens veel tijd in beslag en omhelst 8% (VG) en 6% (FDGB) van de zorgtijd. Aangezien de meeste bewoners weinig of niet mobiel zijn, wordt ook vrij veel tijd besteed aan transport, mobilisatie en positioneren. In het licht van de ruimere doelstelling van *gehandicaptenzorg*, via een pedagogisch project de ontwikkeling stimuleren, is het grote aandeel tijd dat deze taken (animatie en begeleiding in groep en individueel, psychosociale zorg, en communicatie met de bewonder) in beslag nemen, niet verwonderlijk.

De link tussen verpleegkundige en administratieve taken is duidelijk te zien in de tabel: in de sectoren waar veel verpleegkundigen werken (ziekenhuizen en de diensten thuisverpleging) bekleden de administratieve taken duidelijk een hogere positie in de rangschikking dan in de overige sectoren.

Opmerkelijk is de zwakke score op communicatie met collega's over patiënt in de rusthuissector. Het eveneens lage cijfer in de thuiszorg is verklaarbaar aangezien contacten met collega's in deze sector eerder schaars zijn. Ook de taken in verband met animatie en begeleiding sco-

Tijdsanalyse

ren eerder matig in de rusthuissector, waar men toch verwacht dat er animatie aangeboden wordt.

De psycho-sociale zorg neemt een vrij laag aandeel in de tijdsbesteding op zich, zeker in de ziekenhuizen en rusthuizen. In hoofdstuk drie is dit thema al aangeraakt bij de vraag over taken waar men meer tijd aan wil besteden.

2. Tijdsanalyse per taakcategorie en vergelijking tussen de functies

In het onderzoek werden 29 taakgroepen onderscheiden — wat de overzichtelijkheid niet ten goede komt, doch een genuanceerde analyse van de arbeidsverdelingen in de zorgsector mogelijk maakt. Om de taken inhoudelijk beter te kunnen analyseren, hebben we ze gegroepeerd tot taakcategorieën. Er zijn twee types groeperingen tot stand gekomen. De samenstelling van deze grote taakklassen vindt u pagina 113 en 114. We hebben deze typologieën benoemd als “hergroepering naar oriëntatie van de taken” en “hergroepering naar aard van de taken”.

Hoofdstuk 5

Tabel 28 – Tijdsbesteding van het personeel^a in twee typologieën

NAAR ORIENTATIE	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicap-ten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezins	Thuisv	FDGB	VG	FDGB
Directe patiëntenzorg	50%	54%	57%	56%	28%	67%	51%	47%	50%
Indirecte patiëntenzorg	34%	32%	27%	31%	61%	9%	31%	37%	35%
Eenheidsgebonden tijd	13%	12%	11%	8%	8%	22%	16%	13%	10%
Persoonlijke tijd	3%	3%	4%	4%	3%	2%	3%	2%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>2101u</i>	<i>2403 u</i>	<i>2074 u</i>	<i>2239 u</i>	<i>1151u</i>	<i>1465 u</i>	<i>1862 u</i>	<i>2611 u</i>	<i>1967 u</i>
NAAR AARD									
Verzorgende taken	33%	35%	47%	46%	16%	39%	26%	31%	39%
Verplegende taken	18%	18%	9%	9%	3%	22%	14%	5%	6%
Logistieke taken	15%	15%	19%	19%	57%	3%	27%	19%	19%
Administratieve taken	11%	10%	4%	5%	1%	5%	3%	6%	4%
Communicatieve taken	8%	7%	5%	4%	3%	4%	2%	9%	10%
Begeleidende taken	8%	8%	8%	11%	12%	7%	11%	23%	15%
Andere	7%	6%	8%	4%	9%	20%	17%	5%	7%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>2101 u</i>	<i>2403 u</i>	<i>2074 u</i>	<i>2239 u</i>	<i>1151u</i>	<i>1465 u</i>	<i>1862 u</i>	<i>2611 u</i>	<i>1967 u</i>

a. het personeel = alle functies samen

Volgens de typologie naar oriëntatie van de taken verschilt de zorgverdeling over de verschillende taakcategorieën niet erg veel tussen de vier sectoren. Met uitzondering van de diensten gezinszorg wordt overal 50% of meer directe patiëntenzorg gegeven, en meer dan 30% indirecte patiëntenzorg. De persoonlijke tijd blijft overal onder de 5%.

De tweede typologie, naar aard van de taken, vertoont meer variatie naar sector. Hier zien we duidelijk dat de rusthuissector de verzorgende sector bij uitstek is. Verplegende taken komen dan weer in de zieken-

Tijdsanalyse

huizen sterk naar voor, evenals in de thuisverpleegkunde. Logistieke taken worden in de thuissector beduidend meer uitgevoerd, en administratieve in de ziekenhuizen. Aan communicatieve en begeleidende taken wordt het meeste tijd besteed in de gehandicaptensector. En tenslotte wordt in de thuiszorg veel tijd besteed aan verplaatsingen tussen cliënten (deze taak zit in de categorie andere).

Gezien het belang van de differentiële tijdsbesteding naar functie, worden de tijdsregistraties hieronder per functie behandeld. Na het overlopen van de tijdsbesteding van de verpleegkundigen, verzorgenden en hoofdverpleegkundigen, volgt een kort samenvattend overzicht dat zich concentreert op de sectorale en geografische verschillen.

Tabel 29 geeft een overzicht van de relatieve zorgbesteding door de verschillende functies.

Tabel 29 – Relatieve zorgbesteding door de verschillende functies

FUNCTIE	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicap- ten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezins	Thuisv	FDGB	VG	FDGB
Hoofd- verpleeg- kundigen ^a	10%	8%	7%	7%	-		2%	-	12%
Verpleegkun- digen	74%	59%	33%	27%	-	100%	49%	-	6%
Opvoed(st)ers	-	-	1%	-	-	-	-	-	79%
Verzorgenden	12%	28%	51%	56%	100%	-	49%	-	3%
Logistiek per- soneel	4%	3%		2%	-	-	-	-	-
ADL assistent	0,5%	1%	1%	7%	-	-	-	-	-
Animator	-	-	7%	2%	-	-	-	-	-
Andere	-	1%	-	0%	-	-	-	-	-
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

a. ook hoofdopvoedsters horen hierbij

De steekproefpercentages in de sector van de ziekenhuizen geven een realistisch beeld van de personeelsverdeling in de gemeenschappen. In de VG werken proportieel gezien meer verpleegkundigen, in de FDGB werken meer verzorgenden. Dit verschil heeft gevolgen voor de tijdsbesteding van deze twee personeelscategorieën. Zo bijvoorbeeld plegen de verzorgenden in de FDGB minder verpleegkundigen handelingen.

Hoofdstuk 5

VERPLEEGKUNDIGEN

Tabel 30 (onder) geeft de tijdsbesteding van de verpleegkundigen. Aangezien er bij de diensten voor gezinszorg (VG) geen verpleegkundigen werken, is deze voorziening weggelaten. Ook de gehandicaptensector is wegens een te klein aantal verpleegkundigen weggelaten. Onderaan de tabellen wordt telkens het totaal aantal gewerkte uren waarop de percentages gebaseerd zijn, vermeld. Deze absolute cijfers helpen om de tabellen in een ruimer kader te situeren: zij geven een beeld van de grootte-orde van het aandeel van een functie in het geheel van registraties. Op deze manier kan men in één oogopslag zien dat (in onderstaande tabel) de verpleegkundigen het meest vertegenwoordigd zijn in de ziekenhuizen, en het minst in de gehandicaptensector. Percentages berekend op basis van 1500 werkuren garanderen vanzelfsprekend een waarheidsgetrouwer beeld dan percentages gebaseerd op 120 werkuren.

Tabel 30 – Tijdsbesteding van de verpleegkundigen in twee typologiën

NAAR ORIENTATIE	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG Thuisverp ^a	FDGB
Directe patiëntenzorg	52%	57%	64%	60%	67%	69%
Indirecte patiëntenzorg	34%	31%	25%	26%	9%	8%
Eenheidsgebonden tijd	10%	8%	7%	10%	22%	22%
Persoonlijke tijd	3%	3%	4%	4%	2%	1%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>1564 u</i>	<i>1546 u</i>	<i>693 u</i>	<i>629 u</i>	<i>1465 u</i>	<i>887 u</i>
NAAR AARD						
Verzorgende taken	36%	36%	52%	44%	39%	34%
Verplegende taken	20%	25%	13%	19%	22%	25%
Logistieke taken	13%	9%	17%	11%	3%	2%
Administratieve taken	10%	10%	4%	8%	5%	6%
Communicatieve taken	7%	7%	4%	5%	4%	1%
Begeleidende taken	8%	9%	5%	8%	7%	10%
Andere	7%	5%	6%	5%	20%	22%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>1564 u</i>	<i>1546 u</i>	<i>693 u</i>	<i>629 u</i>	<i>1465 u</i>	<i>887 u</i>

a. de diensten thuisverpleging = cijfers van verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen samen.

Tijdsanalyse

Wanneer de taken gegroepeerd bekeken worden volgens de hergroepering naar oriëntatie, zien we dat de directe patiëntenzorg duidelijk overweegt en gemiddeld twee derden van de tijd opsloopt. Hoewel de percentages niet ver uit elkaar liggen, kunnen we toch volgende volgorde vaststellen met betrekking tot de directe zorg aan bewoners of patiënten. Op de eerste plaats staat de thuiszorg (68%). Daarna volgen de thuiszorg (62%), de gehandicapten- (62%) en de ziekenhuissector (55%), waar iets minder tijd besteed wordt aan directe patiëntenzorg. Deze twee laatste sectoren scoren ook gelijkaardig aan mekaar wat betreft de indirecte patiëntenzorg (rond de 30%).

Uitgaande van de typologie naar aard komt in de rusthuizen de verzorging (48%) boven de verpleging (16%), terwijl deze in de thuiszorg een gelijk gewicht kennen (37% tegenover 24%). Wel zien we dat er in de rusthuissector het minst tijd aan verplegende taken besteed wordt (16% tegenover 23% in de andere sectoren). In diezelfde sector wordt het meeste tijd besteed aan logistieke taken (14%), terwijl deze taakcategorie in de thuiszorg bijna afwezig is (3%). De administratieve taken nemen vooral in de ziekenhuissector veel tijd in beslag (10%). De communicatieve taken nemen in de gehandicaptensector het meeste tijd in beslag (13%). Daar scoren de begeleidende taken ook het hoogst (12%). Aangezien de verplaatsingen in de thuiszorg geklasseerd zijn bij de categorie andere, vinden we hier een zeer hoog percentage: 21%.

Het aandeel van de directe patiëntenzorg, dat in de ziekenhuizen (en ook in de andere sectoren) rond of boven de 50% ligt, is vrij hoog als vergeleken wordt met cijfers uit de literatuur. Waarschijnlijk ligt onze samenstelling van deze taakcategorie aan de oorsprong van deze hoge cijfers. Een tijdsbesteding van 40% aan directe patiëntenzorg is een gangbaar cijfer in de literatuur².

Verschillen tussen taalgemeenschappen zijn er omzeggens niet. We duiden de belangrijkste aan: in de ziekenhuissector wordt in de VG (13%) meer tijd besteed aan logistieke taken door de verpleegkundigen dan in de FDGB (9%). In het licht van de personeelsbezetting (in de VG zijn er 6% logistiek assistenten en in de FDGB 4%) een opmerkelijke vaststelling. Ook in de rusthuissector besteden de verpleegkundigen meer tijd aan logistieke taken in de VG (17%) dan in de FDGB (11%). Het omgekeerde kan gezegd worden van de verplegende taken in de

² Albrant G, Berthel M (1990) "Evaluation des temps de soins directs en long séjour", Revue de gériatrie tome 15, n°10: 48

Hoofdstuk 5

ziekenhuizen en rusthuizen: daaraan wordt in de FDGB meer tijd besteed dan in de VG.

VERZORGENDEN / OPVOEDERS

Tabel 31 geeft de tijdsbesteding van verzorgenden (de opvoedsters in de gehandicaptensector) weer. Net zoals bij de verpleegkundigen is ook hier de directe patiëntenzorg de belangrijkste categorie in alle sectoren, met uitzondering van de thuiszorg. Daar is de indirecte patiëntenzorg de meest tijdsopslopende taakcategorie.

Tabel 31 – Tijdsbesteding van de *verzorgenden / opvoeders (gehandicaptensector)* in twee typologieën

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg		Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	VG D Gezins	FDGB	VG	FDGB
NAAR ORIENTATIE								
Directe patiëntenzorg	58%	56%	61%	57%	28%	32%	46%	51%
Indirecte patiëntenzorg	31%	32%	27%	32%	61%	54%	38%	36%
Eenheidsgebonden tijd	8%	10%	8%	7%	8%	8%	13%	9%
Persoonlijke tijd	3%	4%	4%	4%	3%	5%	2%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>245 u</i>	<i>721 u</i>	<i>1060 u</i>	<i>1293u</i>	<i>1151 u</i>	<i>893 u</i>		<i>1509 u</i>
NAAR AARD								
Verzorgende taken	37%	46%	54%	54%	16%	18%	29%	40%
Verplegende taken	17%	6%	8%	4%	3%	2%	5%	5%
Logistieke taken	21%	24%	20%	21%	57%	53%	19%	21%
Administratieve taken	5%	6%	3%	4%	1%	1%	5%	3%
Communicatieve taken	5%	6%	4%	4%	3%	1%	10%	8%
Begeleidende taken	10%	5%	5%	10%	12%	13%	25%	16%
Andere	5%	6%	6%	5%	9%	11%	5%	7%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>N in uren:</i>	<i>245 u</i>	<i>721 u</i>	<i>1060 u</i>	<i>1293u</i>	<i>1151 u</i>	<i>893 u</i>		<i>1509 u</i>

Tijdsanalyse

De verzorgers of opvoeders besteden in de rusthuissector het meeste tijd aan de directe patiëntenzorg (59%), gevolgd door de ziekenhuizen (57%) en door de gehandicaptensector (49%). In de thuiszorg besteedt men slechts 30% van de zorgtijd aan de directe patiëntenzorg, hetgeen gecompenseerd wordt door het aandeel indirecte patiëntenzorg (58%). We kunnen eruit afleiden dat er voor de verzorgenden in de thuiszorg nog wat potentieel is om verzorgende taken op te nemen zij het dat het feit dat men er alleen voor staat (in tegenstelling tot de ziekenhuizen en de rusthuizen) hier een drempel kan vormen. Verder is er niet veel variatie naar de andere taakcategorieën van typologie I.

Als we kijken naar de aard van de taakcategorieën, wordt in de rusthuizen meer dan de helft van de tijd aan verzorgende taken besteed. In de andere sectoren ligt het aandeel van de verzorgende taken lager, gaande van 42% (ziekenhuizen) naar 17% (thuiszorg). Naast de 42% aan verzorgende taken, wordt er in de *ziekenhuizen* juist geen kwart van de tijd besteed aan logistieke taken, en iets meer dan 10% aan verplegende taken. Hier zit nogal wat verschil tussen de twee Gemeenschappen (zie verder). In de *rusthuizen* besteedt men 21% aan logistieke taken, en 8% aan begeleidende taken. Ook hier zien we vrij veel verschil naar Gemeenschap. De *thuiszorg* laat zich kenmerken door de hoge score op logistieke taken: meer dan de helft van de tijd (55%) wordt besteed aan logistieke taken. Dit duidt op een grote tijdsbesteding aan schoonmaken, poetsen, en huishoudelijk werk. Naast deze taken staan de verzorgende taken (17%) en de begeleidende taken (12%). De opvoeders in de *gehandicaptensector* besteden één derde van hun tijd aan verzorging. Verder zien we een vrij aparte tijdsverdeling in deze sector: zowel aan begeleidende taken (20%) als communicatieve taken (10%) wordt dubbel zo veel tijd besteed als in de andere drie sectoren.

In vergelijking met de verpleegkundigen bestaat er bij de tijdsbesteding van verzorgenden meer verschillen naar Gemeenschap. Zo is er telkens tien procent verschil tussen de Vlaamse en Waalse ziekenhuizen wat betreft de verzorgende taken en de verplegende taken. In VG besteden de verzorgenden meer tijd aan verplegende taken, en minder aan verzorgende taken. Of deze twee met elkaar verband houden, kan niet afgeleid worden uit deze cijfers. In de Vlaamse ziekenhuizen wordt ook dubbel zo veel tijd besteed aan begeleidende taken door verzorgenden. De omgekeerde situatie zien we in de rusthuizen, waar de Waalse verzorgenden dan weer meer tijd besteden aan begeleidende taken dan

Hoofdstuk 5

hun Vlaamse collega's. In de thuiszorg zien we weinig verschillen naar Gemeenschap. In de tijdsbesteding van de opvoeders van de gehandicaptensector vallen volgende verschillen te constateren. In de FDGB wordt tien procent meer tijd besteed aan verzorgende taken, en tien procent minder aan begeleidende taken.

Zowel bij de verpleegkundigen als bij de verzorgenden wordt in de ziekenhuissector een aanzienlijk deel van de tijd door logistieke taken opgeslorpt (respectievelijk 11% en 23%). Misschien bestaat er een mogelijkheid om deze taken over te dragen aan lager geschoolden.

HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN / HOOFDOPVOEDERS

Tabel 32 – Tijdsbesteding van de *hoofdverpleegkundigen / hoofdopvoeders (gehandicaptensector)* in twee typologieën

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg	Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	FDGB	VG	FDGB
NAAR ORIENTATIE							
Directe patiëntenzorg	29%	31%	38%	43%	47%	44%	44%
Indirecte patiëntenzorg	34%	38%	29%	27%	14%	38%	28%
Eenheidsgebonden tijd	33%	27%	27%	25%	38%	17%	24%
Persoonlijke tijd	3%	4%	6%	5%	1%	2%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N in uren:	209 u	199 u	143 u	157 u	43 u		231 u
NAAR AARD							
Verzorgende taken	11%	14%	19%	21%	21%	22%	29%
Verplegende taken	9%	16%	8%	12%	20%	4%	5%
Logistieke taken	4%	7%	15%	6%	1%	19%	11%
Administratieve taken	30%	23%	11%	17%	10%	9%	8%
Communicatieve taken	21%	22%	18%	13%	13%	11%	25%
Begeleidende taken	11%	9%	10%	16%	6%	30%	14%
Andere	15%	10%	18%	14%	30%	6%	9%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N in uren:	209 u	199 u	143 u	157 u	43 u		231 u

De tijdsbesteding van hoofdverpleegkundigen en hoofdopvoeders is vrij specifiek. Vanzelfsprekend besteden zij meer tijd aan eenheidsgebonden taken, administratie en communicatie en minder tijd aan directe of indirecte patiëntenzorg. Dit geldt voornamelijk in de ziekenhuissec-

Tijdsanalyse

tor (13% aan verzorgende taken) en het minst in de gehandicaptensector (26% van de tijd gaat naar verzorgende taken). Daarentegen zien we in de ziekenhuizen voornamelijk administratie (tot 30%) en communicatie (meer dan 1/5) naar boven komen. In de rusthuissector is de tijdsbesteding zeer heterogeen en wordt er aan elke taakcategorie meer dan 10% van de tijd besteed. Het hoogst scoren de verzorgende taken, de communicatieve taken en de andere taken. In de thuiszorg wordt bijna één derde van de tijd aan andere taken (cf. verplaatsingen) besteed, één vijfde aan verzorgende en één vijfde aan verplegende taken. In de gehandicaptensector zijn er vrij grote verschillen tussen de Vlaamse en de Waalse cijfers. In de VG besteden de hoofdopvoeders 30% aan begeleidende taken, in de FDGB is dat 14% van de tijd. In de FDGB wordt 25% aan communicatieve taken besteed, in de VG 11%. Ook wordt aan de Vlaamse zijde meer tijd aan logistieke taken besteed (19% in vergelijking met 11%).

3. Samenvattende tabellen: sectorale en geografische vergelijking

Onderstaande tabel geeft samenvattend de vergelijking van de sectoren weer. De twee grootste personeelscategorieën worden naast elkaar gezet, en de tijdsbesteding van de hoofdverpleegkundigen worden niet in rekening gebracht. Tabel 33 vergelijkt de sectoren en tabel 34 de gemeenschappen. Een percentage in de tabel 33 is het gemiddelde van de twee gemeenschappen in een sector. Een percentage in tabel 34 is het gemiddelde van de vier sectoren binnen een gemeenschap.

Hoofdstuk 5

Tabel 33 – Tijdsbesteding van verpleegkundigen en verzorgenden, *sectorale* vergelijking

	ziekenhuizen		rusthuizen		thuiszorg		gehandicapten	
NAAR ORIENTATIE	ver- pleegk	ver- zorg	ver- pleegk	ver- zorg	ver- pleegk	ver- zorg	ver- pleegk	opvoe- d
Directe patiëntenzorg	55%	57%	62%	59%	68%	30%	62%	49%
Indirecte patiëntenzorg	33%	32%	26%	30%	9%	58%	30%	37%
Eenheidsgebonden tijd	9%	9%	9%	8%	22%	8%	3%	11%
Persoonlijke tijd	3%	4%	4%	4%	2%	4%	4%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NAAR AARD								
Verzorgende taken	36%	42%	48%	54%	37%	17%	33%	35%
Verplegende taken	23%	12%	16%	6%	24%	3%	24%	5%
Logistieke taken	11%	23%	14%	21%	3%	55%	8%	20%
Administratieve taken	10%	6%	6%	4%	5%	1%	6%	4%
Communicatieve taken	7%	6%	5%	4%	3%	2%	13%	9%
Begeleidende taken	9%	8%	7%	8%	9%	13%	12%	21%
Andere	6%	6%	6%	6%	21%	10%	5%	6%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

deze percentages zijn de gemiddeldes van de percentages uit de drie voorgaande tabellen: tabel 30, 31, en 32 (cf. het aantal uren waarop die gebaseerd zijn, ligt niet ver uit mekaar)

Tijdsanalyse

Tabel 34 – Tijdsbesteding van verpleegkundigen en verzorgenden,
vergelijking naar *gemeenschap*

	verpleegkundigen		verzorgenden	
	VG	FDGB	VG	FDGB
NAAR ORIENTATIE				
Directe patiëntenzorg	61%	62%	48%	49%
Indirecte patiëntenzorg	23%	24%	39%	39%
Eenheidsgebonden tijd	13%	11%	9%	9%
Persoonlijke tijd	3%	3%	3%	5%
	100%	100%	100%	100%
NAAR AARD				
Verzorgende taken	42%	37%	34%	40%
Verplegende taken	18%	23%	8%	4%
Logistieke taken	11%	8%	29%	30%
Administratieve taken	6%	8%	4%	4%
Communicatieve taken	5%	7%	6%	5%
Begeleidende taken	7%	10%	13%	11%
Andere	11%	9%	6%	7%
	100%	100%	100%	100%

Vooraf de tweede typologie laat zien dat er enkele vernoemenswaardige verschillen tussen de gemeenschappen zijn. De Vlaamse verpleegkundigen besteden meer tijd aan verzorgende taken en minder tijd aan verplegende taken dan hun Waalse collega's. De verzorgenden daarentegen geven een complementair beeld. De Vlaamse verzorgenden besteden meer tijd aan verplegende taken dan hun Waalse collega's. In de FDGB wordt de arbeidsverdeling tussen deze twee personeelscategorieën blijkbaar consequenter opgevolgd, terwijl de verzorgenden in de VG een deel van de taken van de verpleegkundigen overgenomen hebben. Verder duiden we nog één verschil aan: het relatief grote aandeel van de logistieke taken in het takenpakket van de Vlaamse verpleegkundige. Welke taak nu juist het grote verschil maakt, is niet eenduidig te constateren. Misschien meer huishoudelijk werk met betrekking tot de eenheid, of boodschappen doen voor de dienst? Deze twee taken zitten ook in het pakket van de eenheidsgebonden taken, waar de Vlaamse verpleegkundigen eveneens hoog op scoren.

Hoofdstuk 5

2. Tijd per patiënt / bewoner / cliënt

De tijd per patiënt berekenen is een heikel punt in de analyse. Het is dan ook evident dat elke berekeningsmethode kritisch bekeken moet worden. Een berekening van de tijd die besteed wordt aan één patiënt moet volgende variabelen bekijken: wat is de tijdseenheid, wordt er uitgegaan van 1 dienst, over hoeveel patiënten gaat het, wat is het verloop van de patiënten, hoeveel personeel werkt er op de dienst, hoeveel personeel werkt er dat niet aan de dienst verbonden is, hoelang worden er gemiddeld zorgen vertrekt op één dag, enz. Wij hanteren volgende definitie voor het berekenen van de zorgtijd:

De totale zorgtijd voor een bepaalde dienst/groepering van diensten binnen een bepaalde tijdsspanne is de verstrekte zorgtijd gedeeld door het aantal patiënten.

Telkens worden de nacht, weekend (dag) en week (dag) registraties apart behandeld. Volgende methodes werden gehanteerd om de gegevens op te delen: dag en nacht registraties werden uit elkaar gehaald. Dagregistraties lopen meestal van 6u tot 22u (vroeg + late shift). Nachtregistraties lopen meestal van ongeveer 21 à 22 u tot 6 à 7 u 's ochtends. De nachtregistraties worden apart behandeld omdat we hier te doen hebben met een heel specifieke personeelsbezetting en arbeidssituatie, nl. vaak één personeelslid dat overblijft om “de nacht te doen”. Er wordt hier geen rekening gehouden met verschil week of WE omdat “een nacht” in beide tijdseenheden ongeveer op dezelfde manier verloopt. Er wordt ook niet uitgegaan van alle diensten apart omdat we te weinig nachtregistraties hebben. De dagregistraties worden opgesplitst in week en WE registraties (omdat er tijdens het WE minder personeel is). De week loopt van maandag tot en met vrijdag, het WE omvat zaterdag en zondag.

Tijdsanalyse

Tabel 35 – Tijd per bewoner / patiënt: vergelijking

	Ziekenhuizen		Rusthuizen		Thuiszorg			Gehandicapten	
	VG	FDGB	VG	FDGB	Gezinsz	Thuisverp	FDGB	VG	FDGB
Week dag	2u27'	2u14'	1u16'	1u20'	4u15'	24,5'	23,3'	4u03'	3u26'
WE-dag	1u45'	1u35'	1u03'	0u58'	-	-	23,3'	-	2u26'
Nacht	-	0u24'	-	0u14'	-	-	-	-	1u13'

Het begrip “tijd per patiënt” is een abstract gegeven, dat met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Met de tijd per patiënt benaderen we de zorgtijd vanuit de volledige personeelsomkadering van een dienst, zodat het begrip een indicatie is van de arbeidsintensiviteit, die afhankelijk is van het moment van de tijdsmeting. De gemiddelde zorgtijd tijdens nacht en weekeind liggen beduidend lager dan de gemiddelde zorgtijd tijdens de week overdag aangezien er minder personeel werkt 's nachts en tijdens het weekeind. Samengevat, de tijd per patiënt geeft een algemene indicatie van de intensiteit van de zorgverlening, die dan vergeleken kan worden naar sector of naar periode van registratie.

Voor de thuisverpleging liggen de kaarten enigszins anders: daar kan men niet spreken van een dagelijkse cycliciteit van de hulpverlening. Waar men in de ziekenhuizen, rusthuizen, en de gehandicaptensector uit kan gaan van het feit dat de patiënt dagelijks hulp krijgt, is dat in de thuiszorg soms wekelijks of tweemaal per week. Dit geeft uiteraard andere resultaten als men de tijdsduur per week zou inschatten of de gemiddelde intensiteit zoals de diensten gezinszorg in hun jaarverslagen doen.

Tussen de gemeenschappen is er weinig verschil in de geleverde zorgtijd per patiënt te vinden. Dit was ook verwacht aangezien de personeelsbezettingen in ziekenhuizen, rusthuizen, thuiszorgdiensten en in tehuizen voor gehandicapten niet erg verschillen tussen de beide landdelen. Wat wel verschillend kan zijn, is de personeelsbezetting naar sector. Zo zien we dat in de rusthuizen een vrij laag cijfer voorkomt tijdens de weekregistraties: 1 uur 18 minuten. De ziekenhuizen halen in de week een score van 2 uur 21 minuten zorgtijd per patiënt. Tijdens het weekeind evenwel daalt de zorgtijd per patiënt in de rusthuizen echter niet sterk, terwijl de zorgtijd in de ziekenhuizen serieus teruggeschoefd wordt. In de thuiszorg werd de tijd per patiënt berekend door het aantal

Hoofdstuk 5

gewerkte uren te delen door het aantal bezochte patiënten. In de gehandicaptensector wordt gemiddeld vier uur zorgtijd per dag per bewoner besteed. De cijfers gebaseerd op de nachtregistraties moeten met de nodige omzichtigheid benaderd worden omdat sommige eenheden samengevoegd worden voor de nachtdienst. Het aantal bewoners tijdens het weekeind verschilt sterk van het aantal bewoners tijdens de week omdat er een deel naar huis gaat.

Ten slotte moet opgemerkt worden dat er grote verschillen in de gemiddelde tijd per patiënt genoteerd zijn tussen de onderzochte instellingen zelf.

Besluit

Het verpleegkundig beroep is sterk gericht op een verdere professionalisering. Dit blijkt uit de hernieuwde belangstelling voor verpleegkundig-technische handelingen en vormingsinitiatieven op dit terrein. Om verdere professionalisering mogelijk te maken, dienen verpleegkundigen hun technische vaardigheden uit te breiden met vaardigheden ter beheersing van de complexiteit van de organisatie die hun natuurlijke habitat vormt, namelijk het ziekenhuis. Deze extra-vaardigheden hebben zowel een managementdimensie (hoe beheers ik de organisatie?) als een communicatieve dimensie (hoe maak ik het de patiënten naar hun zin? — hoe ga ik met hen om?). Er mag zeker niet uit het oog worden verloren dat het verpleegkundig beroep een dienstverlenend beroep is, met een sterke nadruk op patiëntensatisfactie en -comfort. Het 'service'-karakter van het beroep is zodoende een belangrijke scharnier waarlangs verdere professionalisering tot stand kan komen. Verpleegkundigen besteden meer dan de helft van hun arbeidstijd aan *directe patiëntenzorg* en nog een aanzienlijk deel aan indirecte patiëntenzorg. De relatie die zij met hun patiënten ontwikkelen is zodoende de voornaamste bron van hun arbeidstevredenheid. De voornaamste bron van hun ontevredenheid is de administratieve rompslomp. De verwachtingen die op het administratieve vlak worden gesteld, kunnen niet worden ingelost, want door hun gewicht brengen zij de directe en ook de indirecte patiëntenzorg in het gedrang. De dwang om *bureaucratische verplichtingen* na te komen, wordt als een ernstig knelpunt ervaren door verpleegkundigen. Administratieve taken zouden zij het liefst van zich afschuiven.

Verpleging en verzorging zijn in bepaalde omstandigheden moeilijk te scheiden. Het is vaak in het belang van de patiënt dat beide zorgtypes worden aangeboden op een geïntegreerde wijze. Uit het onderzoek blijkt dat het relatief aandeel van het verzorgend personeel het kleinst

Besluit

is in de *ziekenhuizen*, terwijl in de *rusthuizen en de thuiszorg* aanzienlijk meer verzorgend personeel is tewerkgesteld. Ook blijkt uit het onderzoek dat er in de ziekenhuizen weliswaar een kern is van taken die specifiek zijn voor verplegenden, en een kern van taken die specifiek zijn voor verzorgenden, maar dat in het concrete reilen en zeilen van de verpleegafdeling de ene groep nooit echt taken van de andere groep afstoot. In de rusthuissector en de thuiszorg daarentegen blijkt de verpleging functioneel sterker te zijn gedifferentieerd dan in de ziekenhuissector. In de rusthuissector en de thuiszorg liggen de twee kernen van taken meer uit elkaar, d.w.z. dat verpleegkundigen hun specialisatie (vooral van technische en hygiënische aard) hebben en verzorgenden de hunne (vooral van logistieke aard, d.w.z. om de algemene dagelijkse levensfuncties te ondersteunen). De verschillen tussen verpleging en verzorging zijn van graduele aard. Het is duidelijk dat de aard van het zorgsysteem, namelijk intramuraal in het ziekenhuis, het rusthuis of de gehandicaptenvoorziening of extramuraal in de thuiszorg, medebepalend is voor de substitutiemogelijkheid tussen verpleging en verzorging. Dat met dit contextueel gegeven rekening wordt gehouden bij de planning van opleidingsinitiatieven, is een absolute noodzaak.

Er zijn significante verschillen wat de tewerkstelling van *vrouwen en mannen* in de verschillende sectoren betreft. In de thuiszorg wordt bijna uitsluitend zorgarbeid verricht door vrouwen (98%). Dit geldt ook voor de rusthuissector (95%) en in mindere mate voor de ziekenhuissector (91%) en de gehandicaptensector (79%). De ziekenhuissector en de gehandicaptensector zijn tevens de twee sectoren met de laagste *deeltijdse tewerkstelling* (resp. 35% en 40%). In de thuiszorg en de rusthuissector is de deeltijdse tewerkstelling ruimer verspreid (resp. 50% en 49%). Deze onderzoeksresultaten worden trouwens bevestigd door meer globale statistieken. In het kader van het arbeidsmarktbeleid is het dus niet voldoende om scenario's te ontwikkelen die deeltijdse arbeid koppelen aan het geslacht van de werknemers. Even belangrijk, zometer belangrijker, is de context van de sector, die ook in mindere of meerdere mate mannen of vrouwen, voltijdsen of deeltijdsen aantrekt. Eens te meer blijkt uit het empirisch materiaal dat de 'locus' waar wordt verpleegd en/of verzorgd, zeer duidelijk zijn stempel drukt op de manier waarop aan arbeidsverdeling wordt gedaan en de arbeidsverhoudingen concreet gestalte krijgen.

In het onderzoek komt eveneens tot uiting dat in de zorgsector weer *nieuwe beroepsvormingsprocessen* aan de gang zijn. Het betreft vooral

Besluit

de beroepen van logistiek assistent en van ADL-assistent. De logistieke assistenten hebben het beroepsprofiel van afdelingshulp; zij zijn lager gekwalificeerd en leveren ondersteunende activiteiten t.b.v. andere hulpverleners. Zij participeren niet in de directe zorgverlening aan patiënten. ADL-assistenten hebben een sterker zorggeoriënteerd beroepsprofiel: zij leveren hoofdzakelijk ondersteunende activiteiten t.b.v. patiënten, bij wie zij de algemene dagelijkse levensfuncties activeren. In de gehandicaptensector, de thuiszorg, de rusthuis- en ziekenhuissector is er grote nood aan zorgverlening op beide terreinen. Het is belangrijk dat logistieke assistenten en ADL-assistenten een eigen beroepsidentiteit ontwikkelen en daar worden ingezet waar de behoeften van de patiënten hun prestaties rechtvaardigen. Het zal echter niet gemakkelijk zijn, en in bepaalde omstandigheden ook niet wenselijk om hun beroepsprofiel volledig te differentiëren van dat van de verzorgenden. Voor de professionalisering in het bijzonder van het beroep van ADL-assistent, dient niet alleen te worden ingespeeld op de praktische vraag van zorgbehoevenden die moeilijkheden ondervinden op ADL- en IADL-vlak, maar dient dit ADL- en IADL-kader tevens theoretisch op punt te worden gesteld in de vier sectoren, die zich bedienen van een sterk verschillend instrumentarium om de zorgbehoefte van hun patiënten te bepalen. Het ontwikkelen van deze theoretische dimensie is een noodzaak, wil het beroep van ADL-assistent enige kans op verdere professionalisering hebben te midden van de complexe arbeidsverdeling in de gezondheids- en welzijnszorg.

De gehandicaptensector, met zijn sterke vertegenwoordiging van sociaal, educatief en verzorgend personeel, vertoont sterk de kenmerken van een *totale institutie*. Gehandicapten verblijven in een leefgemeenschap en van de hulpverleners wordt overwegend begeleiding verwacht. In deze sector wordt er vooral tijd besteed aan begeleidings- en communicatieve taken door sociaal en educatief personeel, terwijl de toch ook redelijk vertegenwoordigde verzorgenden de logistieke taken vervullen. Ook hier is er dus sprake van een duidelijke scheiding van de begeleidings- en verzorginstaken. De kans is groot dat de gehandicaptensector de komende jaren sterk wordt vermaatschappelijkt en dat de evolutie naar meer transmurale voorzieningen, een evolutie die in de andere sectoren reeds eerder is ingezet, versneld zal worden doorgevoerd. Het herdenken van sommige begeleidings- en verzorgingstaken naar een *transmurale omgeving* vormt wellicht een belangrijke nieuwe uitdaging.

Besluit

De opleidingsbehoeften zijn van tweeërlei aard: ofwel toegespitst op de *verpleegtechnische handelingen*, ofwel op *begeleiding* in de ruime betekenis van het woord (met grote belangstelling voor het communicatief proces in al zijn facetten). Een gedetailleerde lijst van opleidings- en vormingsbehoeften is samengesteld en als Bijlage 5 aan dit rapport toegevoegd. Het aanbod dat de komende jaren aan vorming zal worden aangeboden, dient deze scheiding tussen ‘harde’ techniek en ‘zachte’ interrelationele processen ernstig te nemen. In concrete vormingsprogramma’s verdient het aanbeveling om beide kanten van eenzelfde werkelijkheid samen aan bod te laten komen.

In totaal namen 97 diensten deel aan het onderzoek en deze 97 diensten reikten 1227 personeelsleden aan die schriftelijk werden bevraagd. Het is in principe mogelijk om deze diensten toe te wijzen aan de *Gewesten of Gemeenschappen* waarbinnen zij functioneren en hypothesen te toetsen die betrekking hebben op de Gewesten of Gemeenschappen. Zo blijkt uit het onderzoek dat in de ziekenhuissector Vlaamse verpleegkundigen meer tijd besteden aan verzorgende taken en minder tijd aan verplegingstaken dan Waalse verpleegkundigen. Vlaamse verzorgenden besteden meer tijd aan verplegingstaken dan Waalse verzorgenden. In de FDGB wordt de arbeidsverdeling tussen beide personeelscategorieën blijkbaar strikter gescheiden. Kennelijk is ook de ratio van het aantal verpleegkundigen op het aantal verzorgenden een uiterst zinvol contextueel gegeven. Indien de verzorgenden een marginale groep vormen, kunnen zij moeilijk hun beroepsidentiteit bewijzen, dan leveren zij uitsluitend hand- en spandiensten aan de verpleegkundigen en nemen zij er op drukke ogenblikken sommige taken routinematig van over. Wanneer daarentegen het relatief aandeel verzorgenden op de afdeling toeneemt, worden zij meer aangesproken op hun specifiek domein van logistieke ondersteuning en kan hun takenpakket wellicht met een grotere precisie, d.w.z. minder diffuus, worden afgebakend. In het syntheserapport wordt gewezen op nog enkele andere verschillen, doch deze verschillen zeggen weinig over de Gewesten of Gemeenschappen, doch des te meer over de globale arbeidsverdeling in de zorgsector en over beroepsvormingsprocessen die globaal aan de gang zijn.

Vanuit methodologisch oogpunt dient te worden opgemerkt dat het onderzoek vooral heeft bijgedragen tot validering van enkele belangrijke typologieën. Het betreft de typologie van de *taken*, van de *opleidingsbehoeften* en van de *functies*, die vergelijkenderwijs over de vier bestudeerde sectoren aan bod komen. Meer bepaald wat de typologie

Besluit

van taken betreft, wordt in het onderzoek uitgebreid gebruik gemaakt van twee hercoderingen van de voorziene 30 taken (zie Bijlage 4). De eerste hercodering (Typologie I) deelt de taken in in vier klassen en is vooral relevant vanuit managementsoogpunt. De tweede hercodering (Typologie II) deelt de taken in in zeven klassen en is vooral relevant vanuit het oogpunt van de inhoud van de zorgarbeid. Om de relevantie van arbeidsgeorieënteerd onderzoek in de zorgsector verder te vergroten, is het van het grootste belang dat deze typologieën worden verfijnd om over een langere periode inzicht te krijgen in de indrukwekkende complexiteit van de gehele zorgsector.

Bovendien dient te worden opgemerkt dat de toegepaste techniek van tijdsanalyse op de moeilijkheid heeft gewezen om in de beroepsuitoefening *hoofdtaken* te onderscheiden van *neventaken*. Het is niet evident dat in de zorgsectoren hoofdtaken systematisch worden onderscheiden van neventaken. Beide soorten van taken zijn vaak onlosmakelijk met elkaar verbonden, en vandaar verliezen zij ook gemakkelijk hun hoofd- of nevenkarakter. Dit belet echter niet dat er vaak sprake is van prioriteiten: verpleegtechnische handelingen hebben duidelijk voorrang op psycho-sociale begeleiding en het communicatief aspect, doch het feit dat het niet evident is om hierover te praten in termen van hoofd- en neventaak onderstreept de verwevenheid van beide taken in de dagelijkse beroepsuitoefening. Wanneer in de toekomst dieper zal worden ingegaan op de *profielen van de zorgberoepen*, is het van het grootste belang dat bij het samenstellen van de *takenportfolio's*¹ deze dynamische wisselwerking tussen hoofd- en neventaken wordt erkend.

Een ontwikkeling die vele respondenten als problematisch ervaren, is de systematische upgradering van de kwalificaties van alle arbeidskrachten, ongeacht de sector, met het risico van een verdringing van laaggeschoolden door hooggeschoolden. Omdat in de zorgsectoren een uiterst complexe arbeidsverdeling tot stand is gekomen (in dit onderzoek is alleen nog maar stilgestaan bij de uitvoerende beroepen; het artsenberoep is niet eens aan bod gekomen!), is de *kwalificatie-mix* die voor een bepaald type van patiënt of voor een bepaalde zorgsituatie optimaal is, helemaal niet vanzelfsprekend. Van het grootste belang is hier, dat het tewerkstellingsperspectief voortdurend en systematisch wordt getoetst aan de noden van de betrokken patiënten, ouderen en

¹ Hull C, Redfern L, (1996) *Profiles and Portfolios. A Guide for Nurses and Midwives*. London, Macmillan

Besluit

gehandicapten, voor wie een verregaande segmentering van de hulpverlening niet altijd de beste oplossing is. Alleen zo kan de kwaliteit van de hulpverlening in de diverse sectoren duurzaam worden verbeterd.

Appendices

1. Vragenlijst

1.1. Vragenlijst Tijd voor zorg

vragenlijst gericht naar personeel

Module 1: Persoonsgegevens en arbeidssituatie

VRAAG 1. Geslacht:

- man
- vrouw

VRAAG 2. Geboortejaar:

.....

VRAAG 3. Welk is uw hoogst behaalde diploma (exacte titel van diploma, certificaat, (kwalificatie)getuigschrift)?

.....
.....

VRAAG 4. Waaruit bestaat uw werk? Geef een korte beschrijving.

.....
.....

Appendices

VRAAG 5. Welke is uw belangrijkste functie? (slechts één antwoord)
Wij vragen hier naar uw functie binnen uw afdeling/dienst/
(leef)eenheid waarvoor u uw taken zal registreren.

- hoofdverpleegkundige / adjunct hoofdverpleegkundige
- hoofdopvoed(st)er / groepschef
- verpleegkundige
- opvoed(st)er
- verzorgende in de thuiszorg of gezins- en bejaardenhelp(st)er
- verzorgende (niet in de thuiszorg)
- logistiek assistent (Sociale Maribel)
- ADL-assistent
- animator

VRAAG 6. Hoeveel jaar ervaring hebt u in deze functie?

..... jaar maanden

VRAAG 7. Hoelang werkt u reeds in deze instelling/organisatie?

..... jaar maanden

VRAAG 8. Welk is uw statuut (op deze afdeling/dienst/ (leef)eenheid)?

- loontrekkende
- zelfstandige

VRAAG 9. Werkt u voltijds of deeltijds?

- voltijds ⇒ ga naar vraag 10
- deeltijds

*Indien deeltijds, duid aan hoeveel percent u werkt van een voltijdse
arbeidsweek?*

.....%

Appendices

VRAAG 10. Wat zijn volgens u de belangrijkste veranderingen die u zouden toelaten uw arbeidsvoorwaarden te verbeteren?

- herziening van de omkaderingsnormen
- uurroosters
- betere arbeidsorganisatie
- taakverdeling
- relaties, communicatie tussen de verschillende diensten/instanties
- werkrelaties, communicatie tussen collega's van de afdeling/dienst/ (leef)eenheid
- relaties, communicatie met andere personeelsleden verbonden aan de dienst/eenheid (artsen, paramedici, vrijwilligers, administratie)
- relatie met de patiënten/cliënten
- plaats, werkruimte
- kwaliteit van het materiaal waarmee gewerkt moet worden
- vorming
- andere: namelijk

Module 2: Taken toewijsbaar aan andere medewerkers
--

VRAAG 11. Zijn er taken die u doet en die gewoonlijk door een hoger gekwalificeerde worden uitgevoerd?

- neen
- ja, welke?

.....

VRAAG 12. Zijn er taken die u doet en die evengoed door een lager gekwalificeerde kunnen worden uitgevoerd?

- neen
- ja, welke?

.....

Appendices

VRAAG 13. Zijn er bepaalde taken die tot uw takenpakket behoren doch waardoor u bij gebrek aan tijd niet of in onvoldoende mate toe komt?

- neen
- ja, welke?

.....

VRAAG 14. Aan welke taken besteedt u naar uw mening meer tijd dan u zou wensen?

.....

Module 3: Opleidingsbehoeften

VRAAG 15. Hebt u het laatste jaar bijscholing, vorming, opleiding gevolgd?

- neen
- ja, welke?

.....

VRAAG 16. Welke opleiding(en) zou u dit jaar wensen te volgen? (maximum drie opleidingen en in volgorde van belangrjkheid)

- 1
- 2
- 3

Appendices

Module 4: Tijdsbudgetanalyse

Op de volgende pagina's wordt er gevraagd dat u uw taken/activiteiten registreert gedurende de periode dat u aan het werk bent. Het aanvangsuur van registratie is het uur waarop u begint te werken. Bij onderbroken diensten laat u de uren die u niet werkt blanco (niet verwarren met persoonlijke tijd).

Gelieve per kwartier de taken aan te kruisen die u in dat kwartier gedaan hebt en uw **BELANGRIJKSTE TAAK** in dat kwartier te **OMCIRKELEN**. Met belangrijkste taak bedoelen wij de taak die in dat kwartier het meeste tijd in beslag nam. In de tabel hebben we enkel de belangrijkste categorieën opgenomen. Voor een beschrijving van deze categorieën verwijzen we naar de bijgevoegde kaart met uitleg.

Bijvoorbeeld:

1 = 0 min – 14 min

2 = 15 min – 29 min

3 = 30 min – 44 min

4 = 45 min – 59 min

Stel u begint te werken om 12u30. Tijdens het eerste kwartier hebt u iemand gewassen. In het tweede kwartier hielp u iemand bij het eten en controleerde u de temperatuur. De meeste tijd stak u in het helpen met eten.

In dit geval dient u de tabel als volgt in te vullen:

Uitgevoerde taken:	.. u				.. u				12u				13u			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Hygiënische verzorging											☒					
2. Mobilisatie en positioneren																
3. Transport																
4. Hulp bij voeding												☒				
5. Uitscheiding																
6. Parameters, diagnosestelling en staalname												×				
7. Technische handelingen																

Duid uw werkuren aan bovenaan in de tabel.

Duid per kwartier alle uitgevoerde taken aan met een kruisje in het juiste vakje. Verschillende kruisjes per kwartier zijn mogelijk.

Omcirkel nu het kruisje van de taak waar u de meeste tijd voor nodig had. Doe dit voor ieder kwartier. Er mag slechts één hoofdtak per kwartier worden omcirkeld.

Vergeet de datum en de dag van scoren niet in te vullen!

Twijfel je over de juiste categorie? Raadpleeg de bijgevoegde kaart met uitleg. Twijfel je nog? Duid dan de activiteit aan die er het meest op lijkt.

Appendices

Taken	Tijd											
	Datum: 1999				... uur				... uur			
DAG:												
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												

Appendices

VRAAG 17. Indien u nog bijkomende opmerkingen heeft, kan u deze hieronder noteren.

.....

Wij danken u oprecht voor uw medewerking

**

1.2. Beperkte vragenlijst naar het diensthoofd

⇨ Gelieve volgende gegevens in te vullen voor elke dag dat er een tijdsregistratie is gebeurd.

	dag 1: datum:/...../.....		dag 2: datum:/...../.....		dag 3: datum:/...../.....	
	aantal personen	VTE	aantal personen	VTE	aantal personen	VTE
Vraag 1: Vul het aantal personen in die deze dag (gedurende 24 uur) op uw afdeling/dienst/(leef)eenheid actief waren.						
<i>(adjunct)hoofdverpleegkundige</i>						
<i>Hoofdopvoeder, groepschef</i>						
<i>Verpleegkundigen</i>						
<i>Opvoeders</i>						
<i>Verzorgenden in de thuiszorg of gezins- en bejaardenhelp(st)ers</i>						
<i>Verzorgenden (niet in de thuiszorg)</i>						
<i>Logistiek assistenten (Sociale Maribel)</i>						
<i>Logistiek personeel</i>						
<i>ADL-assistenten</i>						
<i>Animatoren</i>						
<i>Administratief personeel</i>						
<i>Arbeiders</i>						
<i>Stagiairs</i>						
<i>Vrijwilligers</i>						
<i>Anderen nl.</i>						
Vraag 2: Hoeveel cliënten/patiënten/bewoners zijn er aanwezig of werden door uw dienst (thuiszorg) bezocht?	
Vraag 3: Is dit aantal patiënten normaal, meer of minder dan gewoonlijk?	<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> minder <input type="checkbox"/> meer		<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> minder <input type="checkbox"/> meer		<input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> minder <input type="checkbox"/> meer	

Appendices

1.3. Check-list voor de diepte-interviews bij de diensthoofden

Gegevens instelling

- aantal personeelsleden (VTE / koppen)
- beddenbezetting of aantal patiënten gedurende de laatste maand

Gegevens afdeling/ dienst / (leef)eenheid

- fluctuatie personeelsbezetting
- beddenbezetting of aantal patiënten gedurende de laatste maand

Arbeidsorganisatie

- functies
- taakverdeling tussen diverse functies
 - formalisering
 - variabelen die taakverdeling beïnvloeden bv. type ploeg, dag, ...
 - plaats van hoofdverpleegkundigen binnen directe patiëntenzorg
 - wijze van patiëntentransport
 - wijze van administratie (geïnformatiseerd, manueel, ...)
 - wijze van animatie
- type verpleging (geïntegreerde verpleegkunde, taakverpleegkunde, ...) (idem voor type verzorging/begeleiding in de gehandicaptensector)
- wijze van patiëntentoewijzing
- zorgbehoevendheid van patiënten
- taken die worden opgenomen door niet-afdelingsgebonden personeel (al dan niet verbonden aan de instelling)
- aanwezigheid van vrijwilligers (georganiseerd) en hun taken

Tijdsregistratie

- variabelen die tijdsbesteding beïnvloeden
- mate waarin zorgbehoevendheid de tijdsbesteding beïnvloedt, relevante factoren, gevolgen naar arbeidsorganisatie en taakverdeling

Verzorgenden

- wijze waarop verzorgenden hun taken uitvoeren (meegaan met verpleegkundigen / opvoeders van patiënt tot patiënt, zelfstandig, ...)
- taken toewijsbaar aan verzorgenden
- voorwaarden tot toewijsbaarheid van taken
- gevolgen voor werkverdeling
- opleidingsbehoeften
- voorwaarden en omstandigheden waaronder ADL-activiteiten toewijsbaar zijn aan verzorgenden

Lager gekwalificeerd personeel

- wijze waarop lager gekwalificeerden hun taken uitvoeren (meegaan met verpleegkundigen / opvoeders van patiënt tot patiënt, zelfstandig, ...)
- taken toewijsbaar aan lager gekwalificeerden
- voorwaarden tot toewijsbaarheid van taken
- gevolgen voor werkverdeling
- opleidingsbehoeften

Verduidelijking vaststellingen via tijdsregistratie

Appendices

2. Takenlijst

1. Hygiënische verzorging

- 1.1 bedbad
- 1.2 hulp bij wassen, douche of bad
- 1.3 (hulp bij) aan- en uitkleden
- 1.4 kleine hygiënische verzorging (nagels knippen, voetverzorging, haarverzorging, mondverzorging, tanden poetsen, kunstgebit, scheren, ...)
- 1.5 lijktooi
- 1.6 andere

2. Mobilisatie en positioneren

- 2.1 positioneren van persoon
- 2.2 hulp bij het in en uit bed komen
- 2.3 hulp bij mobiliteit, helpen bij verplaatsing binnenshuis
- 2.4 beweging stimuleren
- 2.5 andere

3. Transport

- 3.1 transport en begeleiding van patiënten van en naar operatiekwartier
- 3.2 transport en hulp bij verplaatsing van personen binnen de instelling / binnenshuis
- 3.3 transport en hulp bij verplaatsing van personen buitenshuis of buiten de afdeling (bv. consultaties)
- 3.4 andere

4. Hulp bij voeding

- 4.1 eten geven, (hulp bij) toedienen van voeding via de mond, toedienen van drank. (NIET: geven van sondevoeding: zie 7)
- 4.2 andere

5. Uitscheiding

- 5.1 zorgen bedpan, helpen op wc-stoel
- 5.2 naar toilet helpen
- 5.3 vernieuwen luier
- 5.4 ondersteuning bij braken
- 5.5 reinigen kunstmatige anus
- 5.6 blaastraining
- 5.7 andere

6. Parameters, diagnosestelling en staalname

- 6.1 meten van de pols, bloeddruk, temperatuur
- 6.2 observeren ademhaling
- 6.3 afname staal
- 6.4 testen op urine, bloed of sputum
- 6.5 andere

7 Technische handelingen

- 7.1 sondevoeding
- 7.2 wondverzorging

Appendices

- 7.3 zorgen aan ademhalingsstelsel
- 7.4 sondages en spoelingen
- 7.5 pre- en postoperatieve zorgen
- 7.6 monitoring
- 7.7 verbanden aanleggen
- 7.8 dringende hulp aan patiënten
- 7.9 reanimatie
- 7.10 andere

8. Medicatie klaarzetten en verdelen

9. Medicatie toedienen en toezicht op inname

- 9.1 toedienen van medicijnen, pillen geven, siroop
- 9.2 inspuitingen
- 9.3 infuus prikken, infuus controleren, infuus vervangen
- 9.4 zalven aanbrengen
- 9.5 aërosol
- 9.6 medicatie via beademingsapparaat
- 9.7 controleren, verifiëren, bewaken van inname medicijnen
- 9.8 andere

10. Oppas / toezicht

- 10.1 nachtdienst, wakkere wacht, slapende wacht
- 10.2 andere

11. Maaltijdvoorbereiding en maaltijdbereiding

- 11.1 opdienen en afruimen van plateau, glas vullen, soep en drank inschenken, klaarmaken koffie
- 11.2 bereiding van maaltijden (boterhammen smeren, vlees snijden), snelle bereiding van voeding, speciale bereiding, flesvoeding
- 11.3 andere

12. Schoonmaken/poetsen

- 12.1 schoonmaken
- 12.2 dweilen
- 12.3 ramen lappen
- 12.4 stof afnemen
- 14.5 andere

13. Huishoudelijke werk voor patiënt of in kamer van patiënt

- 13.1 afwassen
- 13.2 kledij wassen, strijken
- 13.3 verstellen kleding
- 13.4 opruimen, ordenen
- 13.5 verzorgen bloemen en planten
- 13.6 bed opmaken
- 13.7 andere

Appendices

14. Huishoudelijke werk m.b.t. de afdeling/dienst/(leef)eenheid

- 14.1 reinigen en onderhouden van hulpmiddelen en apparatuur voor verzorging en behandeling (incl. sterilisatie van het materiaal)
- 14.2 transport vuil linnen, keukenkar
- 14.3 aanvullen van verzorgingskar, linnenkar, verbandkamer, voorraden algemeen
- 14.4 rolwagens en andere materialen op orde houden, klein onderhoud
- 14.5 andere

15. Boodschappen doen rechtstreeks voor of met bewoner / patiënt / cliënt

- 15.1 boodschappen voor de bewoners / cliënt / patiënt (thuiszorg, krant halen,...)
- 15.2 begeleiden van bewoners / patiënt / cliënt bij boodschappen doen
- 15.3 andere

16. Boodschappen doen voor afdeling / dienst / (leef)eenheid

- 16.1 afdelingsgebonden boodschappen binnen de instelling (medicatie halen, dossiers wegbrengen, bloedstalen e.d. wegbrengen en resultaten ophalen,...)
- 16.2 afdelingsgebonden boodschappen buiten de instelling
- 16.3 andere

17. Hulp bij administratie bewoner / patiënt / cliënt

- 17.1 administratie en / of budget van de bewoner / patiënt / cliënt
- 17.2 hulp bij administratie en / of budget van de bewoners / patiënt / cliënt
- 17.3 andere

18. Administratie met betrekking tot de bewoner / patiënt / cliënt

- 18.1 patiëntenfiche, patiëntendossier
- 18.2 doorverwijsformulier, ontslagformulier
- 18.3 invullen allerhande documenten
- 18.4 menukaarten invullen
- 18.5 MVG-registratie, Katz-schaal, Bel-schaal, Barthel-schaal, ...
- 18.6 andere

19. Administratie m.b.t. de afdeling / dienst / (leef)eenheid

- 19.1 formulieren sorteren
- 19.2 post uitdelen
- 19.3 telefoonpermanentie
- 19.4 andere

20. Animatie en begeleiding (individueel)

- 20.1 individuele sociale activiteiten en begeleiding
- 20.2 begeleiding bij individuele sport- en arbeidsmatige activiteiten
- 20.3 andere

21. Animatie en begeleiding (in groep)

- 21.2 sociale activiteiten en begeleiding / recreatie en ontspanning in groep
- 21.2 begeleiding bij collectieve sport- en arbeidsmatige activiteiten
- 21.3 andere

Appendices

- 22. Psychosociale zorg en psychologische begeleiding**
 - 22.1 stimuleren zelfzorg
 - 22.2 begeleidingsgesprek bewoner / patiënt / cliënt
 - 22.3 patiënteneducatie, gezondheidsopvoeding
 - 22.4 andere

- 23. Communicatie met bewoner / patiënt / cliënt of de familieleden**
 - 23.1 opname en ontslag van een bewoner / patiënt / cliënt (intakegesprek, ontslaggesprek)
 - 23.2 uitleg geven aan bewoner / patiënt / cliënt of de familie
 - 23.3 andere

- 24. Communicatie met collega's over een bewoner / patiënt / cliënt**
 - 24.1 teamvergadering
 - 24.2 toer van de dokter
 - 24.3 overleg met familie en zorgverstrekkers (intramuraal, extramuraal), communicatie met interne en externe diensten, bewoners / patiënten
 - 24.4 cliëntenbesprekingen
 - 24.5 andere

- 25. Communicatie niet rechtstreeks over een bewoner / patiënt / cliënt**
 - 25.1 werkschema's, dienstroosters
 - 25.2 opstellen en gebruik van procedures, protocollen en standaardplannen
 - 25.3 evaluaties
 - 25.4 opleiding en oriëntatie van stagiair
 - 25.5 andere

- 26. Opleiding, bijscholing**

- 27. Coördinatie van activiteiten**
 - 27.1 coördinatie van activiteiten op de afdeling / dienst / (leef)eenheid,
 - 27.2 coördinatie van onderzoeken, consulten
 - 27.3 toewijzen van bewoners / patiënten / cliënten aan leden van het opvoedend / verzorgend / verzorgend team
 - 27.4 toezicht op personeel van afdeling
 - 27.5 overdracht / briefing
 - 27.6 andere

- 28. Persoonlijke tijd**
 - koffiepauze, lunchtijd, niet productieve tijd,...

- 29 verplaatsing in de thuiszorg
verplaatsing van de ene naar de andere bewoner / patiënt / cliënt.

- 30. Andere**

Appendices

3. Samenstelling van de taakcategorieën

Hergroepering naar oriëntatie van de taken

Directe patiëntenzorg =

- Hygiënische verzorging
- Mobilisatie en positioneren
- Transport
- Hulp bij voeding
- Uitscheiding
- Parameters, diagnosestelling en staalname
- Technische handelingen
- Medicatie toedienen en toezicht op inname
- Boodschappen doen rechtstreeks voor of met bewoner / patiënt / cliënt
- Hulp bij administratie bewoner / patiënt / cliënt
- Animatie en begeleiding (individueel)
- Psychosociale zorg en psychosociale begeleiding
- Communicatie met bewoner / patiënt / cliënt of de familieleden

Indirecte patiëntenzorg =

- Medicatie klaarzetten en verdelen
- Oppas / toezicht
- Maaltijdvoorbereiding en maaltijdbereiding
- Schoonmaken / poetsen
- Huishoudelijk werk voor patiënt of in kamer van patiënt
- Administratie met betrekking tot bewoner / patiënt / cliënt
- Animatie en begeleiding (in groep)
- Communicatie met collega's over een bewoner / patiënt / cliënt

Eenheidsgebonden activiteiten =

- Huishoudelijk werk met betrekking tot de afdeling / dienst / eenheid
- Boodschappen doen voor afdeling / dienst / eenheid
- Administratie met betrekking tot de afdeling / dienst / eenheid
- Communicatie niet rechtstreeks over een bewoner / patiënt / cliënt
- Opleiding / bijscholing
- Coördinatie van de activiteiten
- Verplaatsing in de thuiszorg

Persoonlijke tijd =

- Persoonlijke tijd

Missing =

- Missing

Appendices

Hergroepering naar aard van de taken

Verzorgende taken =

- Hygiënische verzorging
- Mobilisatie en positioneren
- Hulp bij voeding
- Uitscheiding
- Oppas / toezicht
- Boodschappen doen rechtstreeks voor of met bewoner / patiënt / cliënt

Verplegende taken =

- Parameters, diagnosestelling en staalname
- Technische handelingen
- Medicatie klaarzetten en verdelen
- Medicatie toedienen en toezicht op inname

Logistieke taken =

- Transport
- Maaltijdvoorbereiding en maaltijdbereiding
- Schoonmaken / poetsen
- Huishoudelijk werk voor patiënt of in kamer van patiënt
- Huishoudelijk werk met betrekking tot de afdeling / dienst / eenheid
- Boodschappen doen voor afdeling / dienst / eenheid

Administratieve taken =

- Administratie met betrekking tot bewoner / patiënt / cliënt
- Administratie met betrekking tot de afdeling / dienst / eenheid

Communicatieve taken =

- Communicatie met collega's over een bewoner / patiënt / cliënt
- Communicatie niet rechtstreeks over een bewoner / patiënt / cliënt

Begeleidende taken =

- Hulp bij administratie bewoner / patiënt / cliënt
- Animatie en begeleiding (individueel)
- Animatie en begeleiding (in groep)
- Psychosociale zorg en psychosociale begeleiding
- Communicatie met bewoner / patiënt / cliënt of de familieleden

Andere taken =

- Opleiding / bijscholing
- Coördinatie van de activiteiten
- Persoonlijke tijd
- Verplaatsing in de thuiszorg

Missing =

- Missing

Appendices

4. Opleidingsbehoeften

1 Secretariaat / administratie

- 1.1 dactylografie
- 1.2 klasseren
- 1.3 redactie
- 1.4 onthaal
- 1.5 telefoon beantwoorden
- 1.6 agendabeheer
- 1.7 tijdsbeheer, werkorganisatie
- 1.8 secretariaat
- 1.9 algemeen beheer/management
- 1.10 beheer van gebouwen en vorming van verantwoordelijken
- 1.11 budget management (begeleiding patiënt of bewoner)
- 1.12 andere, nl.

2 Informatica

- 2.1 tekstverwerking
- 2.2 rekenblad (excel, ...)
- 2.3 boekhoudkundig programma (inclusief tarrifiering)
- 2.4 database
- 2.5 stockbeheer
- 2.6 informatica: algemeen
- 2.7 andere, nl.

3 Talen

- 3.1 nederlands
- 3.2 frans
- 3.3 engels
- 3.4 duits
- 3.5 teken talen (pictogrammen, ...)
- 3.6 andere, nl.

4. Communicatievaardigheden

- 4.1 sociale vaardigheden met betrekking tot weerbaarheid, assertiviteit (personeel)
- 4.2 schriftelijke en mondeling rapporteren (inclusief specifiek woorgebruik)
- 4.3 vergaderingen leiden (coördinatie ivm patiënt)
- 4.4 onderhandelingstechnieken (en gesprekstechnieken)
- 4.5 ploegmanagement, animatie vd ploeg, evaluatie vh personeel, leidinggevende capaciteiten,
- 4.7 informatie circulatie
- 4.9 communicatie met communicatief zwakkeren (bv. mentaal gehandicapten)
- 4.10 communicatie met andere hulpverleners (motiveren, ...)
- 4.11 communicatie met cliënt en familie (o.a. opvang)
- 4.12 andere, nl

5 Begeleiding

- 5.1 begeleiding bij zingevingsvragen (adolescentiecrisis)
- 5.2 begeleiding bij depressieve gevoelens (zelfmoord, eenzaamheid, alcoholisme)

Appendices

- 5.3 begeleiding bij gedragsproblemen, inclusief karaktergestoorden (psychiatrische patiënten)
 - 5.4 begeleiding bij terminale problemen (palliatieve zorgen) en begeleiding kankerpatiënten, levenseinde, rouw
 - 5.5 begeleiding bij dementiële problematiek (desoriëntatie, Alzheimer, autisme, mentale ziekten)
 - 5.6 begeleiding bij verslaafden (bv. alcohol, drugs, ...)
 - 5.8 begeleiding bij pijn
 - 5.9 mishandeling, ouder- en kindermishandeling, fysieke en morele mishandeling, agressiebehandeling, zelfverminking
 - 5.10 begeleidingstechnieken (bv. individualiseren van de begeleiding)
 - 5.11 ondersteuning/begeleiding mentaal gehandicapten (o.a. op seksueel vlak)
 - 5.12 begeleiding van leerling – stageair
 - 5.13 andere, nl.
- 6. Veiligheid van werk en omgeving + ergonomie**
- 6.1 veiligheid van werk en omgeving (preventie en bestrijding brand)
 - 6.2 tiltechnieken, rugontlastend werken
 - 6.4 voorkomen van stress, burn out (arbeidsdruk)
 - 6.5 preventieve geneeskunde
 - 6.7 andere, nl.
- 7. Vorming op vlak van verzorging**
- 7.1 patiëntcomfort (en mobilisatie)
 - 7.2 luisteren, relatie-opbouw, omgaan met vereenzaming
 - 7.3 patiëntenobservatie (parameters, bewaking, diagnostiek, kennis van bejaarde patiënt)
 - 7.4 basisverzorging (alle handelingen + kennis van materialen)
 - 7.5 EHBO
 - 7.6 hygiëne op het werk
 - 7.7 actualisatie van patiëntendossiers en opstellen van verpleegkundige documenten
 - 7.8 goederenbehandeling
 - 7.9 anatomie
 - 7.10 gerontologie
 - 7.11 psychologie en psychoanalyse
 - 7.12 dieetleer en voedingsleer
 - 7.13 kennis van medicijnen
 - 7.14 sociaal recht (+ kwaliteitsdecreet, financiële info), recht ivm verpleegkunde, statutaire zaken, ziekenhuiswetgeving
 - 7.15 ethiek en deontologie, euthanasie
 - 7.16 besmettelijke ziektes, ziekteleer in 't algemeen
 - 7.17 ouderdomsziektes
 - 7.18 haarverzorging, pedicure, nagelverzorging, alle kleine hygiëne verzorgingen,
 - 7.19 huishoudelijke opleiding (koken)
 - 7.20 omgaan met ongewenste intimiteiten
 - 7.21 beroepsgeheim, discretie
 - 7.22 algemene kennis van gehandicapten
 - 7.23 behandelingen specifiek aan thuiszorg

Appendices

- 7.24 opfrissingscursus
- 7.25 ziekenwacht
- 7.26 kennis van behandelingen (alternatieve geneeswijzen, nieuwe operatieve ingrepen, ...)
- 7.28 andere, nl.

8. Animatie, zinvolle tijdsbesteding

- 8.1 vrije tijdsbesteding (gezamenlijk ontspannen, wandelen, ...)
- 8.2 creativiteit (schilderen, tekenen, artistieke expressie)
- 8.3 therapieën (musicotherapie, aromatherapie, relaxatie, snoezelen, contacten mens-dier ...)
- 8.4 trainingen (vr gehandicapten) bv. assertiviteit, visuele stimulatie
- 8.6 ergotherapie
- 8.7 re(validatie)
- 8.8 technische aanpassingen aan levensomgeving
- 8.9 psychomotoriek
- 8.10 aangepaste pedagogie
- 8.11 andere, nl.

9 Andere nl. ...

- 9.1 specifieke titel of opleiding:
 - licentiaat
 - paramedisch personeel
 - enz.
- 9.2 algemene kennis van de sector (bv. sociale kaart)

Appendices

5. Diploma

10 Verplegend personeel

- 10.01 Licentiaat
- 10.02 Gegradueerde A1
- 10.03 Gebrevetteerde A2
- 10.04 Verpleegassistente, ziekenhuisassistente, ziekenoppasser
- 10.05 Geassimileerd op basis van 54bis

20 Verzorgend personeel

- 20.01
- 20.02
- 20.03
- 20.04

20.05 Verpleegaspirant

- 20.06 --
- 20.07
- 20.08
- 20.09
- 20.10
- 20.11 Leefgroepwerking
- 20.12 Kinderverzorgster
- 20.13
- 20.20 Gezins-en bejaardenhulp TSO
- 20.21 Gezins-en bejaardenhulp BSO

30 Paramedisch personeel

- 30.01 Audioloog
- 30.02 Diëtist
- 30.03 Ergotherapeut
- 30.04 Logopedist
 - 30.04.97
 - 30.04.98
 - 30.04.99
 - 30.04.05Andere, nl

40 Kinesithérapie

- 40.02 Kinesist
 - 40.02.97
 - 40.02.98
 - 40.02.99

50 Sociaal-educatief personeel

- 50.01 Licentiaat
- 50.04
- 50.05
- 50.06 Psychologisch assistent
- 50.07 Maatschappelijk assistent

Appendices

- 50.08 Opvoeder
 - 50.08.97 hoger onderwijs, graduaaten
 - 50.08.98 HTSO (klasse 2A)
 - 50.08.01 HASO (klasse 2B)
 - 50.08.99 HBSO, LSO (klasse 3)
 - 50.08.02 andere
- 50.09
- 50.10
- 50.11
- 50.12
- 50.13 Andere, nl.

- 60 Administratie**
 - 60.01
 - 60.02 Secretariaat (gegradueerde)
 - 60.03
 - 60.04
 - 60.05 Andere, nl.

- 70 Dienstpersoneel**
 - 70.01 Logistieke hulp
 - 70.01.90
 - 70.01.91
 - 70.02 Hostesse
 - 70.03
 - 70.04 Kapster
 - 70.05 Andere, nl.

- 80 Geen kwificatie vermeld**
 - Kwalificatie niet geprecisieerd

- 90 Zonder kwalificatie
 - 90.01 Bejaardenhelpster (niet gebrevetteerd)
 - 90.02 Kinderoppas, kindermeid, gouvernante
 - 90.03 Zieken- en bejaardenoppasser (zonder diploma)

- 99 missing**

Appendices

Bibliografie

- Albrand G, Berthel M, Evaluation des temps de soins directs en long séjour. *Revue de gériatrie* décembre 1990; tome 15, N° 10: 483-488
- Association des hôpitaux du Québec. *Quantification et analyse de variance de l'intensité des soins infirmiers par DRG dans un hôpital québécois*. DESIGN (Développement de système d'information, de gestion en nursing) Volet I. septembre 1994.
- Bode A, Lanoye H, Denayer S, (1998) *Verpleging-verpleeghulp-verzorging. Een analyse. Een standpunt*. Familiehulp vzw, Brussel
- Bostrom J, Early Determinants of Required Nursing Care Hours in the Acute Care Setting. *Inquiry* 1992; 29:99-104.
- Centrum sociologie VUB, *Tijdsbestedingsonderzoek*, VUB, Brussel, België
- Comar L, Champetier D, Journois D, La méthode CSP. Un recueil a posteriori de la charge en soins infirmiers. *Les cahiers de gestions hospitalières N°100* avril 1992; 315: 307-315
- De Man P, Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1998) *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 1: verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA, Leuven, België
- Demarest S et al (1993) *Ze vragen zoveel mijnheer. De kwalitatieve kant van de witte woede.*, RUCA/ULB/KUL/UCL, Brussel, België.
- Demarest S (1996) *Meer is beter? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden in Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven, België
- De Prins et al (1995) *Het personeel in de bejaardenzorg. Arbeidsorganisatie, werkbelasting, loon- en arbeidsvoorwaarden*, HIVA en UA, Leuven, België
- Deschamps M, Leclercq A, Pacolet J, Leroy X, Gos E, Lorant V (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000*

Bibliografie

- en scenario's tot 2010. Deel 1: verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA, Leuven, België
- Deschamps M, Leclercq A, Pacolet J, Leroy X, Lanoye H, Gos E (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk*, HIVA, Leuven, België
- Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: vraag en aanbod van werk in de zorgsector*, HIVA, Leuven, België.
- Deschamps M, Pacolet J (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 4: werken in de zorgsector: synthese en vooruitblik tot 2010*, HIVA, Leuven, België
- Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) (sous la direction de Tilquin C). *L'évaluation des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire*. Montréal, décembre 1981
- Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) (sous la direction de Tilquin C). *L'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée. Rapport 1*. Montréal, 1990
- Exchaquet N, Zublin L, *Effectifs et organisation pour des soins infirmiers adéquats*. Paris: Le Centurion, 1980
- Finkler S A, Knickman J R, Hendrickson G, Kipkin M Jr, Thompson W G, A comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research. *Health Services Research* décembre 1993; 28-5: 577-597.
- Geubel A, *Etude de la répartition du travail entre praticiens(ne)s de l'art infirmier et aides soignant(e)s dans une maison de repos -maison de repos et de soins*. Faculté de médecine, ESP, UCL, 1992-1993
- Gommers A, Rigaux N, *Charge de travail infirmier et dépendance des malades chroniques âgés*. Faculté de Médecine, ESP, UCL, 1985
- Hougardy P, *Dépendance et charge de travail dans les MR/MRS en termes de coûts. Etude comparative entre une méthode d'évaluation de la dépendance et une technique de mesure de la charge de travail*. Faculté de médecine, ESP, UCL, 1992
- Institut FDGB d'Etudes, de Recherches et de Formation, Bruxelles (IWERF), Researchinstituut voor Arbeid en Terwerkstelling, Antwerpen (RIAT), *Besoins et manque de personnel qualifié et politi-*

Bibliografie

- que du personnel et de formation dans le secteur des hôpitaux privés. Rapport final, 1994*
- Kinet M *Former pour accompagner... Accompagner pour former*. CPSI, Association Catholique de Nursing, 1997-1998
- Lanoye H, Deschamps M, Pacolet J, Gos E, (1998) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: Gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk*, HIVA, Leuven
- Marcelis R et al, *Evaluation des besoins en personnel soignant dans les institutions de soins de la Région bruxelloise et des besoins de formation du personnel soignant moyennement ou peu qualifiés, hospitalier et extra-hospitalier de la Région bruxelloise, et des demandeurs d'emploi susceptibles d'intégrer ce secteur*. Rapport final. Bruxelles: Cedres, 1993
- Ministère de la Santé Publique et de l'environnement. Administration des Etablissements de soins. *Recueil des directives existantes relatives à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum*
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Compilation des situations pour l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum*. Bruxelles, mai 1994
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Résumé Infirmier Minimum - Résumé Clinique Minimum. Outils d'évaluation, de gestion et de financement des soins infirmiers..* Etude réalisée par Closon MC, Maritza Lopez N., UCL, CIES, janvier 1997
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Le Résumé Infirmier Minimum en Belgique, instrument de base pour la gestion de santé de demain*. Centrum voor ziekenhuiswetenschap, KUL, 1994
- Molleman C., Vijncke P., Samoy E. (1996) *Cliënteel en personeel in de voorzieningen voor volwassenen met een handicap. Een onderzoek in de Tehuizen voor niet-werkenden, de Dagcentra en de Tehuizen voor Werkenden*, HIVA, Leuven, België.
- Morée M., Vulto M., *De verzorgende: het lelijke jonge eendje in de zorgsector*. In: *Sociologische gids*, maart/april, jaargang XL VI, 1999/2, p. 175-193

Bibliografie

- Point d'appui TEF. Evaluation des fonctions du personnel infirmier et soignant aux Pays-Bas. *Actes* 10.12.1991
- Sociaal-economische raad van Vlaanderen, *Onderzoek naar de kwalificatiebehoefte voor logistiek assistent(e) in de ziekenhuizen* Bruxelles: juin 1997
- Tilquin C, Un système de classification des patients des longs séjours en fonction de leur indépendance pour les Activités de la Vie Quotidienne et leur mobilité (confinement). *Revue de Gériatrie* janvier 1993; tome 18 (1)
- ULB, UCL, KUL, RUCA. *Les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu des fonctions du personnel infirmier et soignant dans les unités de soins des établissements hospitaliers et des cliniques.* Rapport final. Mars 1993
- Vanderhaeghe S, *Haast en spoed ... Werkbelasting bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen.* SERV - Stichting Technologie Vlaanderen, Brussel 1996
- Vanderhaeghe S, *Dienstroorsters in de gezondheidszorg: ongezond?* SERV - Stichting Technologie Vlaanderen, Brussel 1998
- Versieck K et al (1996) *Personeelsproblemen voor verpleegkundigen in België en de E.G.* (12), HIVA, Leuven, België

Deelrapporten

"Tijd voor zorg" is een onderzoeksproject waarbij het Interuniversitair Instituut voor de Studie van de Arbeid (IISA, VUB), het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA, KUL), de Ecole de Santé Publique, Socio-Economie de la Santé (SESA, UCL) en de Services d'Economie Générale et d'Economie de la Santé (Université de Liège) intens hebben samengewerkt.

Fecher F, Mignot D, Defouny J (1999), *Le temps consacré aux soins. Secteur des soins à domicile*, Université de Liège.

Fecher F, Mignot D, Defouny J (1999), *Le temps consacré aux soins. Secteur de l'hébergement pour personnes handicapées*, Université de Liège.

Hedebouw G, Samoy E (1999), *Tijd voor zorg in de gehandicaptensector*, HIVA, Leuven.

Hedebouw G, Deschamps M (1999), *Tijd voor zorg in de thuiszorgsector*, HIVA, Leuven.

Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles.

Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, Bruxelles.

Mendonck K, Van Landegem N, Meulemans H (1999), *Tijd voor zorg in het ziekenhuis*, IISA, Brussel.

Mendonck K, Van Landegem N, Meulemans H (1999), *Tijd voor zorg in de rusthuizen*, IISA, Brussel

