

# Memorandum Prijs E.Z. Dr. JulesMarie Heymans 2014

## Verpleegkunde op een kruispunt

Prof. Walter Sermeus

### Inleiding

Het memorandum bestaat uit een persoonlijke reflectie over een beroepsprobleem dat van belang is voor de beroepsbeoefenaars of de vooruitgang van het beroep als dusdanig. Uiteraard zijn er de vele ideeën en inzichten die reeds veelvuldig hun weg hebben gevonden naar het beroepsveld en de maatschappij. Ik denk dan concreet aan de blauwdruk verpleegkunde<sup>1</sup>, Integrerende verpleegkunde revisited<sup>2</sup>, patiëntgestuurde zorg<sup>3</sup> en het Europese RN4CAST project<sup>4 5</sup>. Ik zal hieruit dan ook veelvuldig putten.

Om structuur te geven aan het memorandum heb ik een zeventigtal masterstudenten verpleegkunde en vroedkunde aan de KU Leuven gevraagd om, naar aanleiding van het vak "verpleegkundig management", drie prioriteiten voor het verpleegkundig beleid te formuleren. Dit leidt op deze wijze tot een prioriteitenlijstje van de toekomstige generatie (tabel 1).

Tabel 1: Prioriteiten in het verpleegkundig beleid geformuleerd door de studenten Master Verpleegkunde en Vroedkunde KU Leuven 2013-14 (N=70).

<i>Prioriteit</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>%</i>
1	<i>Aantrekkelijke werkomgeving</i>	17
2	<i>Professionalisering verpleegkundig beroep</i>	16
3	<i>Hogere verpleegkundige bestaffing en meer financiering</i>	14
4	<i>Afstappen van een All-RN-model en keuze voor functiedifferentiatie en inzet van verpleegkundige specialisten</i>	10
5	<i>Coördinatie artsen - verpleegkundigen</i>	9
6	<i>Primary nursing / integrerende verpleegkunde</i>	8
7	<i>Service-line organisatie waarbij patiënt centraal staat</i>	7
8	<i>Hervorming verpleegkundige opleiding</i>	5
9	<i>Imago van verpleegkunde aantrekkelijker maken (magneetprofessie)</i>	4
10	<i>Continuïteit van zorg tussen eerste en tweedelij</i>	4

Deze rangschikking is uiteraard voor de rekening van de studenten. Ik neem hiervan wat afstand van. Waarom zou continuïteit tussen en eerste en tweede lijn immers minder belangrijk zijn? Maar de tien thema's zijn alle relevant en bieden een houvast om op basis

<sup>1</sup> Sermeus W. et al. Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven, maart 2009, 39pp.

<sup>2</sup> Sermeus W., Grypdonck M. et al., Integrerende Verpleegkunde revisited: een hefboom tot integrale zorg, Permanente Vorming Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Oostende: 19-20 april 2012

<sup>3</sup> Sermeus W. & A. Vleugels (2010), Patiëntgestuurde organisatie, Kluwer.

<sup>4</sup> Aiken LH et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, The Lancet 26 February 2014

<sup>5</sup> Aiken LH, Sermeus W, et al., Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012 Mar 20

van voornamelijk eigen onderzoek enkele toekomstige ontwikkelingen in verpleegkunde te schetsen. Ik heb de thema's verder wat inhoudelijk geordend en meer samenhang gegeven.

## **1. Aantrekkelijke werkomgeving**

Er is in de loop van de voorbij 50 jaar heel wat onderzoek verricht naar het belang van de werkomgeving van verpleegkundigen en de impact ervan op kwaliteit en op het welbevinden van verpleegkundigen (jobtevredenheid, retentie). Kramer en Schmalenberg hebben met verwijzing naar het werk van Peters en Waterman (*in Search of Excellence*, 1982) het concept van magneetziekenhuizen ontwikkeld (Kramer et al., 1988a; Kramer et al., 1988b). Dit heeft in de USA aanleiding gegeven tot uitgebreid onderzoek naar deze magneetziekenhuizen: werkomgevingen die zowel attractief zijn voor patiënten als voor medewerkers. Het blijkt overduidelijk dat attractiviteit niet ligt in externe motivaties zoals loon en extralegale voordelen. Attractiviteit ligt in de intrinsieke werkfactoren zoals de ondersteuning door het management, de samenwerking met artsen, de verpleegkundige bestaffing, de opvattingen over goede verpleegkunde en de betrokkenheid bij het beleid. Het recente RN4CAST onderzoek dat in opdracht van de Europese Unie in 12 Europese landen heeft gelopen, bevestigt deze relaties (Aiken et al., 2012). Verpleegkundigen geven in hoge mate aan ontevreden te zijn over hun job, met een burn-out te kampen en het beroep te willen verlaten. Dit varieert van ongeveer één op de tien verpleegkundigen in Nederland tot meer dan de helft van de verpleegkundigen in Griekenland. Ook Zwitserland scoort goed, terwijl de scores van Finland en Ierland eerder in de lijn van de Griekse resultaten liggen.

In een groot deel van de wetenschappelijke publicaties resulterend uit de RN4CAST-studie, werd de link onderzocht tussen de organisatie van de verpleegkundige zorg en deze maten van verpleegkundig welzijn. Heinen et al. (2013) gebruikten de internationale RN4CAST-gegevens om de hypothese te bevestigen dat verscheidene factoren in het werk van verpleegkundigen, zoals relaties met artsen, verpleegkundig leiderschap en deelname aan het ziekenhuisbestuur, geassocieerd zijn met de intentie van verpleegkundigen om het beroep te verlaten. Ook Ausserhofer et al. (2013) gebruikten de RN4CAST-gegevens en toonden aan dat in ziekenhuizen met een betere werkomgeving en hogere personeelsinzet, minder noodzakelijke verpleegkundige taken onuitgevoerd blijven. Dit laatste betreft onder meer administratie en patiënteneducatie, maar evenzeer klinische taken zoals pijnmanagement, huidverzorging en mondhygiëne.

In lijn met de Europese resultaten gaf bijna één derde (29,5%) van de Belgische verpleegkundigen aan het beroep te willen verlaten omwille van jobontevredenheid. Op niveau van het ziekenhuis varieerde dit van 13% tot 56%. Met andere woorden, in enkele Belgische ziekenhuizen gaf meer dan de helft van de verpleegkundigen aan het ziekenhuis te willen verlaten omwille van ontevredenheid met hun job. Multilevel regressieanalyse toonde een significante associatie aan tussen personeelsinzet en werkomgeving enerzijds, en de intentie om het ziekenhuis te verlaten anderzijds; in ziekenhuizen waar verpleegkundigen verantwoordelijk waren voor een groter aantal patiënten en waar de kwaliteit van de werkomgeving lager lag, was de intentie om het ziekenhuis te verlaten hoger. In deze analyse werd rekening gehouden met demografische karakteristieken van de respondenten (leeftijd, geslacht en aantal jaren ervaring als verpleegkundige), organisatiekenmerken (aantal bedden, universitair ziekenhuis of niet, hoogtechnologisch ziekenhuis of niet) en de regio waarin het ziekenhuis zich bevindt (Vlaams, Waals of Brussels Hoofdstedelijk gewest).

Van den Heede et al. (2012) gaven via een kwalitatief vervolgonderzoek wat meer duiding bij deze bevindingen. Zij interviewden de verpleegkundig directeurs uit de drie best en drie minst goed presterende Vlaamse ziekenhuizen inzake het aandeel verpleegkundigen dat aangaf het ziekenhuis te willen verlaten. In de drie minst goed presterende ziekenhuizen betrof de intentie om het beroep te verlaten 36,4%, 38,0% en 48,9%. In de drie best presterende ziekenhuizen betrof dit 13,1%, 13,2% en 13,5%. De interviews toonden duidelijk aan dat verpleegkundig directeurs in de best presterende ziekenhuizen 'management by walking around' beheersten en heel wat persoonlijker waren in de omgang met hun verpleegkundigen. Ze bleken ook meer te ijveren voor de vertegenwoordiging van verpleegkundigen in werkgroepen en trachtten de personeelsinzet af te stemmen op de zorgvraag. Opvallende verschillen waren er ook inzake de visie omtrent het gezamenlijk opstellen van beleidsplannen door artsen en verpleegkundigen, het aanmoedigen van verpleegkundigen tot levenslang leren, implementeren van inwerkprogramma's voor nieuwe verpleegkundigen, en het belang dat aan patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg wordt gehecht. Over het algemeen worden de best presterende ziekenhuizen gekenmerkt door een open overleg- en vlakke organisatiestructuur, een participatieve managementstijl, structurele opleidingsprogramma's en carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen.

Uit onderzoek (Aiken et al., 2011) blijkt dat werkomgeving eveneens een invloed heeft op de relatie tussen verpleegkundige bestaffing en ziekenhuismortaliteit. De impact van verpleegkundige bestaffing in ziekenhuizen groter is in ziekenhuizen met een betere werkomgeving (9% minder mortaliteit wanneer een verpleegkundige voor 1 patiënt minder moet zorgen) dan in ziekenhuizen met een gemiddelde werkomgeving (slechts 4% daling in mortaliteit) en geen effect in ziekenhuizen met een slechtere werkomgeving. Dit interactie-effect wijst erop dat het creëren van een goede werkomgeving wellicht de eerste prioriteit is en de verhoging van de verpleegkundige bestaffing voorafgaat. Werken aan de werkomgeving is daarenboven een relatief goedkope en haalbare maatregel. Dit interactie-effect werd in de recente Europese RN4CAST studie voor 9 Europese landen vooralsnog niet teruggevonden (Aiken et al. 2014).

## **2. Imago van verpleegkunde aantrekkelijker maken (magneetprofessie)**

Een kenmerk van het concept van magneetziekenhuizen is dat het ziekenhuizen tegenover mekaar uitspeelt, de competitie aanzwengelt naar meer excellentie en het aantrekken van de beste verpleegkundigen. Het nadeel is dat de sterke ziekenhuizen de zwakkere kunnen overvleugelen waardoor verschillen tussen ziekenhuizen eerder groter dan kleiner worden. Ongelijkheid leidt meestal niet tot een betere toegankelijkheid en veralgemeende kwaliteit. Een alternatieve benadering is om verpleegkunde als magneetprofessie te promoten (mogelijk ten nadele van andere beroepen weliswaar). Door de aanstelling van een Vlaamse zorgambassadeur en de acties van vele betrokkenen zijn een groot deel van de doelstellingen en verwachtingen die in de Blauwdruk Verpleegkunde van 2009 zijn geformuleerd beantwoord. ik formuleer hieronder nog even deze doelstellingen:

" De promotie van verpleegkunde vraagt een grootschalige campagne. Deze campagne is in eerste instantie gericht op de aantrekkelijkheid van alle gezondheidsberoepen en op het maatschappelijk appèl van de gezondheid. In deze campagne is het belangrijk dat onderwijs, beroepsveld en overheden betrokken zijn. De focus ligt zowel op de student zelf als op de

ouders, leerkrachten en de CLBs die de student bijstaan in zijn verdere studiekeuze. Het is belangrijk de nadruk te leggen op een positieve keuze voor de gezondheidszorg. Ondanks de grote behoefte mag de sector niet gepercipieerd worden als een tewerkstellingsmachine. De acties zijn vooral gericht op ASO- en TSO-studenten, omdat dit de primaire doelgroep is waaruit men voor de gezondheidszorg wil recrutereren. Belangrijk is dat deze campagnes op een eenduidige wijze worden geleid en gecoördineerd. Initiatieven zoals de werkgroep promotie Verpleegkunde Vlaanderen moeten worden ondersteund."

### **3. Professionalisering verpleegkundig beroep**

In het kader van de beeldvorming van verpleegkunde heeft in de jaren 2001-2003 de Belimagestudie (Dierckx de Casterlé et al., 2003) plaatsgevonden over het professionele zelfbeeld van verpleegkundigen. De conclusies van de studie zijn duidelijk: niet de inhoud van de verpleegkundige zorgopdracht maar veeleer de context waarin verpleegkundigen vandaag deze opdracht moeten realiseren vormt een belangrijke bron van spanning, ontevredenheid en uitputting. Verpleegkundigen houden van hun beroep en tonen ook een grote bereidheid en bekwaamheid om hun verantwoordelijkheid in de zorg op te nemen.

Waarom gebeurt dit dan niet? Er is een groeiende consensus dat dit sterk gerelateerd is aan de organisatie van de ziekenhuizen die nog vaak geïnspireerd zijn op basis van inzichten uit het begin van de vorige eeuw. Denken we maar aan Taylor, Fayol, de organisatie van het Pruisische leger, de bureaucratieën van Weber. Heel veel hiervan is terug te vinden in onze traditionele ziekenhuizen die hun oorsprong en groei te danken hebben aan twee strakke hiërarchische organisaties: de Kerk en het leger. De grote kracht van deze organisatievorm is zijn efficiëntie in het verlenen van zorg in een stabiele omgeving. Deze eigenschap is tegelijkertijd ook de grote zwakte van dit soort van organisaties.

Dit vraagt dat de klassieke gezagspiramide wordt omgekeerd – zoals al herhaaldelijk in wel wat dienstverlenende bedrijven werd toegepast – en dat het management ten dienste staat van medewerkers en patiënten. Het verhaal van magneetziekenhuizen toont aan dat dit kan, tevens ook loont en niet dwars staat op economische wetmatigheden.

Dit vraagt echter een belangrijke verandering in de rol van verpleegkundigen ten aanzien van het beleid van organisaties om hen daarin meer betrokkenheid en inspraak te geven. Het productive-wardproject, dat door de NHS Institute for Innovation and Improvement in 2008 (Davis et al., 2012; Robert et al., 2011) in het Verenigd Koninkrijk werd opgestart, toont aan dat dit kan. Het stelt verpleegkundigen in staat honderden verbeteringen zelf te realiseren. Het versterkt hun beroepstrots. Maar het leidt ook tot meer tijd voor de patiënt, grotere veiligheid, lager ziekteverzuim en hogere productie. Dit vraagt een andere rol en verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. Clinical leadership programma's (Dierckx de Casterlé et al., 2008) zijn belangrijk om hen op deze nieuwe rol voor te bereiden en hen hierin te coachen.

### **4. Primary nursing / integrerende verpleegkunde**

Integrerende Verpleegkunde was bedoeld als een geheel van samenhangende maatregelen om een bepaalde visie op verpleegkunde te realiseren. Deze visie op verpleegkunde blijft ook vandaag nog voor velen een ideaal en is meer dan ook actueel omwille van de druk tot

besparingen in de gezondheidszorg en de toegenomen complexiteit van de zorg (zowel op vlak van technologie en organisatie). IV is belangrijk om in deze ontwikkelingen de belangen van de patiënt tot menswaardige zorg te vrijwaren. Hierin is een belangrijke rol voor de verpleegkundige weggelegd.

In IV Revisited (2012) zijn zes kernwaarden voor integrerende verpleegkunde omschreven: (1) de verantwoordelijkheidsrelatie tussen de verpleegkundige en de patiënt, (2) de aanvaarding van de autonomie/heteronomie van de patiënt, (3) leren omgaan met machteloosheid, (4) integratie van somatische en niet-somatische zorg, (5) de zorg voor levenscontinuïteit en (6) professionaliteit en deskundigheid.

In IV Revisited werden eveneens zes organisatiekenmerken afgebakend die relevant zijn voor IV: (1) patiënttoewijzing als de wijze waarop verantwoordelijkheden en taken worden verdeeld en opgenomen, (2) functiedifferentiatie, (3) zorgplanning als de wijze waarop wordt beslist welke zorg de patiënt krijgt, (4) multidisciplinaire samenwerking als de wijze waarop de zorg voor de patiënt gecoördineerd wordt, (5) transmurale zorg als de wijze waarop continuïteit in de zorg wordt gerealiseerd over de grenzen van organisaties en instellingen heen en (6) de rol van de hoofdverpleegkundige en zorgomgeving.

Integrerende verpleegkunde is de essentie om tot professionalisering van de verpleegkunde te komen. Het vraagt meer aandacht en respect voor de autonomie van de verpleegkundige. Het vraagt dat deze gehoord en betrokken wordt door het hoger management zoals eveneens gebruikelijk is in de magneetziekenhuizen. Onze masterstudenten waren onder de indruk van het concept van primary nursing waarbij men 24/24u verantwoordelijkheid neemt voor een patiënt, zelfs indien men niet fysiek bij de patiënt aanwezig is en de daadwerkelijke zorg door een collega verpleegkundige wordt waargenomen. Maar het feit om zijn "eigen" patiënten te hebben en hiervoor de totale verantwoordelijke te kunnen en mogen opnemen, zet je op een andere wijze in het beroep. Dit creëert ook een andere samenwerkingrelatie ten aanzien van artsen, die al veel langer met dit model vertrouwd zijn.

## **5. Hogere verpleegkundige bestaffing en een betere financiering**

De verhouding van het aantal patiënten per verpleegkundige heeft een grote impact op het risico op overlijden. Als een verpleegkundige meer patiënten onder zijn of haar hoede heeft, betekent dat minder aandacht per patiënt. Daardoor worden complicaties later opgemerkt en behandeld. In die mate zelfs dat het overlijdensrisico stijgt met 7% per patiënt extra voor een verpleegkundige.

In de Belgische ziekenhuizen varieert het aantal patiënten per verpleegkundige tussen 8 en 16, met een gemiddelde van 11. Enkel in Spanje worden meer patiënten aan één verpleegkundige toegewezen: gemiddeld 13. In Noorwegen zorgt één verpleegkundige gemiddeld voor 5 patiënten. het overzicht van de verschillende landen is weergegeven in tabel 2 (excerpt uit Aiken et al., The Lancet Feb 26 2014).

Deze cijfers bevestigen het gevoel van vele verpleegkundigen in de Belgische gezondheidszorg dat onze bestaffing lager is dan de ons omringende landen. Het probleem situeert zich hoofdzakelijk tijdens de avonddienst en nachtdienst tijdens dewelke vaak slechts 1 of 2 verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor een afdeling van een 25 tot 30 patiënten. De Belgische verpleegkundige bestaffingsnormen (bv. 12/30 bedden 80% bezet) dateren

nog van eind van de jaren '60 en zijn tot dusver nog nooit bijgestuurd. De bestaffing is in de loop van de voorbije decennia wel veelvuldig verhoogd op basis van bijkomende CAO's, mobiele equipes, MVG en andere maatregelen. Maar er is geen verplichting aan bestuurders en directies om daadwerkelijk deze bijkomende middelen ook aan verpleegkundig personeel te besteden. Daar is de minimumnorm (de 12/30) de enige dwingende maatstaf.

Tabel 2. Nurse staffing and education in nine European countries (Aiken et al., 2014)

	Nurse staffing (patients to nurse)		Nurse education (% of nurses with bachelor's degrees)	
	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range
Belgium	10.8 (2.0)	7.5–15.9	55% (15)	26–86%
England	8.8 (1.5)	5.5–11.5	28% (9)	10–49%
Finland	7.6 (1.4)	5.3–10.6	50% (10)	36–71%
Ireland	6.9 (1.0)	5.4–8.9	58% (12)	35–81%
Netherlands	7.0 (0.8)	5.1–8.1	31% (12)	16–68%
Norway	5.2 (0.8)	3.4–6.7	100% (0)	100–100%
Spain	12.7 (2.0)	9.5–17.9	100% (0)	100–100%
Sweden	7.6 (1.1)	5.4–9.8	54% (12)	27–76%
Switzerland	7.8 (1.3)	4.6–9.8	10% (10)	0–39%
Total	8.3 (2.4)	3.4–17.9	52% (27)	0–100%

Means, SDs, and ranges are estimated from hospital data—eg, the 59 hospitals in Belgium have a mean patient-to-nurse ratio of 10.8, and the patient-to-nurse ratio ranges across those 59 hospitals from 7.5 to 15.9. Similarly, the 31 hospitals in Switzerland have, on average, 10% bachelor's nurses, and the percent of bachelor's nurses ranges across those 31 hospitals from 0% to 39%.

Het kan ook anders. In de VS pakt men het al een tijdje helemaal anders aan: door juist meer te investeren in verpleegkundigen ziet men andere kosten dalen, bijvoorbeeld omdat er minder complicaties optreden en de verblijfsduur in het ziekenhuis verkort. Ongeveer de helft van de staten in de USA werkt reeds met "safe staffing ratios" wat betekent dat een verpleegkundige een maximum aantal patiënten mag worden toegewezen. Voor medisch-heelkundige afdelingen in ziekenhuizen bijvoorbeeld ligt deze norm op 5 patiënten per verpleegkundigen. Deze norm is 24/24u van toepassing (dus ook 's avonds, 's nachts en in het weekend), de hoofdverpleegkundige is hierin niet begrepen, de norm betreft alleen verpleegkundigen (en dus geen zorgkundig of logistiek personeel), de norm geldt eveneens tijdens middagpauzes waarbij dus vervanging moet gezocht worden. Onderzoek in de USA (Aiken et al. 2010) toont aan dat deze "veilige" norm inderdaad leidt tot het grotere aantrekkingskracht van het beroep, hogere jobtevredenheid, lagere turn-over, minder ziekteverzuim. Omdat elk gezondheidssysteem verschillend is, zou het interessant kunnen zijn om te onderzoeken welke verpleegkundige bestaffingsnorm in België wenselijk zou zijn.

En tegelijkertijd is aangetoond dat de inzet van meer verpleegkundigen inderdaad leidt tot een lagere mortaliteit, minder complicaties en kortere verblijfsduren. Investeren in meer verpleegkundigen is wellicht één van de meest effectieve maatregelen om de zorgkwaliteit en patiëntveiligheid te garanderen. De studie van Dall et al. (2009) toont aan dat dat niet noodzakelijk duurder hoeft te zijn. Investering van 1 dollar in verpleegkundigen leidt tot een

besparing van 75 cent door minder complicaties, lagere verblijfsduur, snellere werkhervatting. En dan zijn in deze 75% besparingen de "intangibles" zoals minder pijn, meer comfort van patiënt noch niet vervat, noch de besparing van vervangingskosten van verpleegkundigen omwille van een lager verloop.

## **6. Hervorming verpleegkundige opleiding**

Het dossier van de dubbele structuur voor de verpleegkundige opleiding is moeilijk en gevoelig. Het valt samen met vijftig jaar geschiedenis verpleegkundig onderwijs. In 1957 was België koploper in Europa met de grondige hervorming van het verpleegkundig onderwijs. Het argument om de opleiding te hervormen was 50 jaar geleden trouwens identiek aan vandaag: de opleiding van verpleegkundigen werd toen onvoldoende sterk geacht om tred te kunnen houden met de evoluties in de medische zorg. Het probleem was niet zozeer kwantitatief danwel kwalitatief. Er werd gekozen om de opleiding tot verpleegkundige te hervormen tot een driejarige opleiding binnen het hoger niet-universitair onderwijs. In de optiek van de wetgever zou de gegradueerde verpleegkundige (huidige bachelor verpleegkundige) bijgestaan worden door een verpleegassistent waarvan de opleiding in het beroepsonderwijs zou blijven. Dit model is uiteindelijk toch niet volledig gerealiseerd wegens een onvoldoende aantal kandidaat-verpleegkundigen in de graduaatsopleiding en de tekorten aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen. De opleiding tot verpleegassistent werd toen, als tijdelijke overgangsformule, aangevuld met een derde jaar, die zou leiden tot een brevet verpleegkunde of de huidige hogere beroepsopleiding. Het tijdelijk karakter werd uiteindelijk permanent en leidt tot de dubbele opleidingsstructuur die we vandaag kennen. Vijftig jaar geschiedenis is onmogelijk te wissen. We moeten het verleden waarderen en de erkenning geven die het verdient, maar tegelijkertijd kijken naar de toekomst. En de toekomst betekent een eerste instantie duidelijkheid. Hoe kunnen we jongeren motiveren om verpleegkunde te studeren indien we niet kunnen uitleggen wat het verschil is tussen een bachelor- en beroepsopleiding? Hoe moeten we Europa uitleggen dat beide kwalificaties gelijkgeschakeld zijn met het Europese kwalificatie van de algemeen verpleegkundige en dat we anderzijds vragen om een brugopleiding van 2 jaar te volgen om van een beroepsdiploma naar een bachelordiploma te kunnen gaan. Om dan in de praktijk vaak nog hetzelfde werk te doen. Hetzelfde werk, maar niet steeds met hetzelfde resultaat zoals we begrijpen uit het RN4CAST onderzoek (Aiken et al. 2014) waarin aangetoond werd dat er een relatie is tussen het opleidingsniveau van verpleegkundigen en de ziekenhuissterfte. Uit het onderzoek blijkt dat 10% meer bachelors onder de verpleegkundigen de ziekenhuissterfte met 7% doet dalen. In de Belgische ziekenhuizen is 55% van de verpleegkundigen opgeleid als bachelor, een iets hoger cijfer dan het Europese gemiddelde van 52%.

Het is wenselijk dat de verschillende verpleegkundige opleiding een duidelijk plaats in het continuüm van zorg krijgen. Er is een eenduidige afstemming nodig tussen onderwijs en beroepsuitoefening. Dit vraagt de nodige functiedifferentiatie waarbij de verschillende opleidingsniveaus een plaats hebben. Hierin is het wenselijk onderscheid te maken tussen verpleegkunde en verzorging, algemene en specifieke competenties, verbreding en verdieping. Een one-fits-all benadering, zo vaak gevat in de slagzin 'a nurse is a nurse is a nurse' (all-RN model) en in het verleden vaak als uitgangspunt gehanteerd, is achterhaald en zal er niet meer in slagen om het complexe palet van zorgbehoeften te vatten. Dit impliceert tegelijkertijd dat niet iedereen nog gelijke verantwoordelijkheden zal hebben en dat er een aantal nieuwe functies en titels nodig zijn om dit regenboogpalet van zorg in te vullen. Het

impliceert tegelijkertijd dat alle verschillende verpleegkundige- en zorgopleidingen hierin een plaats kunnen en moeten krijgen om te beantwoorden aan de zorgnoden van de toekomst.

## **7. Afstappen van een all-RN-model en expliciete keuze voor functiedifferentiatie en inzet van verpleegkundige specialisten**

De discussie van de twee verpleegkundige opleidingen domineert sinds vele jaren het debat en verdrukt het echte debat over functiedifferentiatie en taakherschikking. Taakherschikking verwijst naar het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen. Functiedifferentiatie is het creëren van functies met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen dezelfde beroepsgroep. Vaak wordt het tekort aan verpleegkundigen aangegrepen om een taakverschuiving van verpleegkundigen naar lager-geschoolden (verzorgenden of zorgkundigen) te beargumenteren. Op dat ogenblik zullen taken zoals het wassen van patiënten worden overgelaten aan verzorgenden/zorgkundigen. Toch rijst de vraag of het niet interessanter zou zijn om niet-verpleegkundige taken door te schuiven naar lager-geschoolden. Inderdaad, uit het RN4CAST onderzoek blijkt dat 44% tot 78% van de verpleegkundigen in de laatste shift de volgende taken hebben uitgevoerd: opdienen en afdienen van maaltijden; huishoudelijke taken; patiëntenvervoer; contacteren en aanvragen van ondersteunende diensten (Bruyneel et al. 2009). Dit maakt dat verpleegkundigen ongeveer 20% van hun tijd aan niet-verpleegkundige taken spenderen. Hier ligt waarschijnlijk een groter potentieel voor lager-geschoolden dan in het uitvoeren van zorggerelateerde activiteiten.

Het debat omtrent functiedifferentiatie moet duidelijk nog op gang komen. In heel wat Westerse landen wordt reeds uitgebreid gewerkt met gespecialiseerde verpleegkundigen die op universitair niveau zijn opgeleid (bijvoorbeeld Clinical Nurse Specialists) of met clinical ladders die een aantrekkelijk carrièrepad uitstippelen voor verpleegkundigen die aan het bed van de patiënt wensen te blijven. In België zien we dit nog eerder sporadisch. Het aantal ziekenhuizen dat universitair opgeleide verpleegkundigen in gespecialiseerde klinische functies aanstelt is beperkt. Klinische ladders worden nog heel beperkt aangewend. Mogelijke redenen hiervoor zijn te vinden in: een onvoldoende kennis over de effectiviteit van universitair opgeleide verpleegkundigen; onaangepaste financieringssystemen; en een onaangepast wetgevend kader. Maar het is duidelijk dat deze functies belangrijk zullen voor de verdere uitbouw van een kwalitatieve gezondheidszorg.

## **8. Coördinatie artsen - verpleegkundigen**

De scheiding van werelden in het ziekenhuis is het scherpst geformuleerd in een artikel van Glouberman en Mintzberg (1992, 2001). Zij onderscheiden vier werelden georganiseerd rondom twee assen (figuur 1). De eerste as geeft de mate van betrokkenheid bij de eigen instelling weer. Dat kan variëren van sterk betrokken (managing in) tot weinig betrokken (managing out). De tweede as geeft het beslissingsniveau weer. Dat kan variëren van operationeel (managing down) tot strategisch (managing up).

De eerste wereld is de wereld van het ziekenhuisbeleid. Ziekenhuisdirecteurs en administratie zijn bezig met controle en beheersing. Zij houden zich minder bezig met de dagelijkse bekommernissen op de werkvloer maar overzien de totale instelling. Zij zijn voornamelijk bezig met het leggen van externe relaties en het controleren van de verwerving,

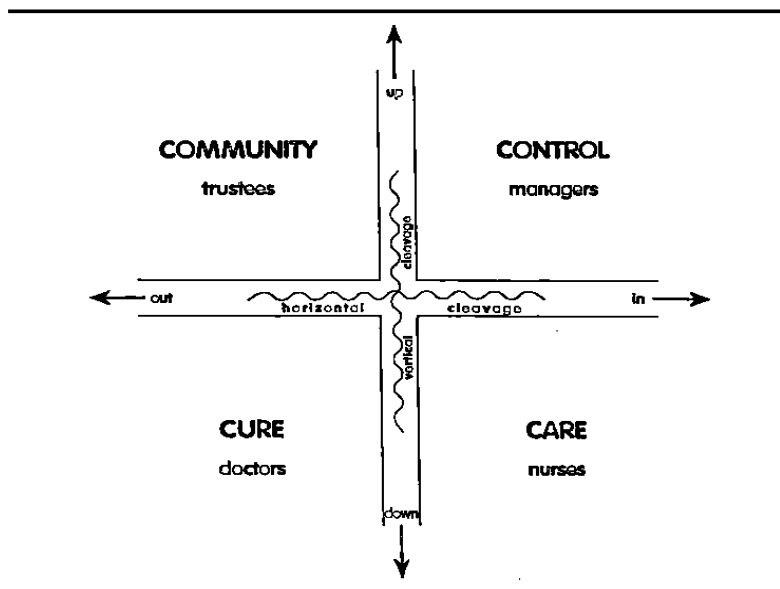


de toewijzing en de besteding van middelen.

De tweede wereld is de wereld van de verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn hoofdzakelijk binnen het eigen ziekenhuis en meer nog binnen hun eigen afdeling operationeel bezig. Continuïteit, coördinatie en zorg zijn de voornaamste kenmerken van hun rol. Kenmerkend voor beide werelden is dat zowel de verpleegkundigen als de administratie zich nauw verbonden voelen met de instelling.

De derde wereld is de wereld van de artsen. Zij zijn eerder gericht op de buitenwereld: hun professionele collega's in het eigen ziekenhuis, andere ziekenhuizen en zelfs andere landen. Zij werken in het ziekenhuis maar niet noodzakelijk voor het ziekenhuis. De meeste artsen oefenen als het ware een zelfstandige praktijk uit in de 'eerder' toevallige context van een ziekenhuis. De arts 'huurt' personeel, infrastructuur en materiaal van het ziekenhuis om zijn praktijk te ontwikkelen. Artsen zijn net als verpleegkundigen voornamelijk operationeel bezig.

De vierde wereld is de wereld van de vertegenwoordigers van de gemeenschap die in hun functie van bestuurder erg beperkt betrokken zijn bij het dagelijkse beleid van de instelling. Hun belangrijkste rol bestaat erin te evalueren in welke mate het ziekenhuis tegemoetkomt aan de huidige en de te verwachten noden van de maatschappij.



Figuur 1: Glouberman & Mintzberg, 1992

Mintzberg stelt dat deze vier werelden in het verleden zeer onafhankelijk van elkaar functioneerden. De medische zorg ('cure') werd van buiten binnengebracht wanneer de toestand van de patiënt geneeskundige interventie behoefde. De arts kwam in het ziekenhuis op 'bezoek', zoals duidelijk blijkt uit de Nederlandse uitdrukking 'visite lopen'. De nood aan operatiekamers bracht eerst chirurgen naar het ziekenhuis. Voor de internist is het pas vele jaren later dat de praktijk in het ziekenhuis werd opgebouwd. Tot op vandaag zijn er nog ziekenhuisartsen die naast hun ziekenhuispraktijk een eigen praktijk buiten het ziekenhuis exploiteren. In sommige gevallen zelfs in concurrentie met de ziekenhuispraktijk. Deze losse band met het ziekenhuis uit zich in een beperkte graad van gestructureerde medische organisatie in de meeste Belgische ziekenhuizen en had tot gevolg dat de medische staf geen duidelijke plaats innam binnen de organisatie van het ziekenhuis. De namens de staf optredende medische raad is in veel ziekenhuizen vooral toegespitst op belangenverdediging. De relatie van de medische staf met directie en bestuur heeft vooral

betrekking op het scheppen van voorwaarden voor de professionele werkzaamheid van specialisten.

Ondertussen is gezondheidszorg teamwerk geworden. Tijdens bijvoorbeeld een gemiddelde opname voor een openhartoperatie (Abersnagel en Van Vliet, 1998) zal de patiënt gedurende zijn acht tot tien dagen durende verblijf vijf afdelingen en achttien disciplines doorlopen en ontmoet hij circa honderd medewerkers. Het ondermaats functioneren van de betrokken teams en een gebrekkige communicatie en coördinatie liggen in 2/3 van de gevallen aan de basis van de kwaliteitsproblemen. Om dit goed te laten verlopen moet ingezet worden op het vormen van interdisciplinaire samenwerking. We noemen dit service-line organisaties.

## **9. Service-line organisaties waarbij de patiënt centraal staat**

De serviceline-ziekenhuisorganisatie neemt de patiënt als uitgangspunt voor de structurering van de ziekenhuisorganisatie. Het klinische proces is de centrale as waaromheen de organisatieprocessen vorm krijgen. Deze benadering is niet uniek voor de gezondheidszorg en is ook in het bedrijfsleven terug te vinden, bij het centraal stellen van de klant. McCormack & Johnson (2001) benoemen dit "Business Process Orientation" of het centraal stellen van de kernprocessen – in de gezondheidszorg is dit uiteraard zorg – bij de vormgeving van een organisatie. Eén van de instrumenten om dit vorm te geven zijn zorgpaden waarbij de organisatie van de zorg voor een bepaalde groep patiënten duidelijk omschreven en gestroomlijnd wordt. Hierbij start je met de vraag wat de waardetoevoegende activiteiten zijn voor de patiënt. Dit zijn deze activiteiten die uitgevoerd dienen te worden om een hoogkwalitatieve zorg, met de meeste gezondheidswinst, te garanderen. Na een analyse van de proces- en resultaatsindicatoren, worden de individuele en gedeelde doelstellingen van het zorgteam bepaald. Op basis daarvan bepaal je welke rollen je nodig hebt om deze doelstellingen te bereiken en worden de taken onder alle betrokken professionele groepen verdeeld. Dit verhoogt rolduidelijkheid en zorgt voor een herwaardering van elke discipline aan de hand van zorgdoelstellingen in plaats van machtsrelaties en statusverschillen. Vervolgens bouw je die doelstellingen en rolverdeling in de dagelijkse praktijkvoering in via een doorgedreven procesorganisatie. Patiëntendossiers worden geoptimaliseerd, communicatietools en checklist worden ingevoerd, teamvergaderingen worden ingepland, niet-noodzakelijke activiteiten worden geëlimineerd en de ondersteunende processen worden afgestemd op het primaire zorgproces. Onderzoek in Vlaamse ziekenhuizen (Deneckere et al., 2012) heeft aangetoond dat deze aanpak werkt. Teams die werken met zorgpaden scoorden significant beter op conflict management, team klimaat voor innovatie en het niveau van zorgorganisatie. Bovendien bleken de leden van deze teams ook minder last te hebben van emotionele vermoeidheid en voelden ze zich competenter om hun job uit te oefenen. Het aantal teamleden met risico op een burnout was daardoor significant lager (7,3% tegenover 12,5%), alsook het aantal teamleden met een effectieve burnout (3,8% tegenover 6%). Zorgpaden zijn dus niet enkel voordelig voor patiënten, maar ook voor de werking van het interprofessionele team verantwoordelijk voor deze patiënten.

## **10. Continuïteit van zorg tussen eerste en tweede lijn**

Het is duidelijk dat patiëntenzorg zich niet langer laat vatten binnen de muren van instellingen en verstrekkers. De zorg wordt meer en meer chronisch met belangrijke aandachtspunten van continuïteit en coördinatie. In de literatuur duidt men dit aan met

"Facilitated Network Businesses" (Christensen et al., 2009) waarbij professionals en patiënten via netwerken met elkaar in contact staan. Deze netwerken richten zich hoofdzakelijk op de chronische zorg. De toegevoegde waarde in dergelijke netwerken bestaat uit vergelijking van eigen progressie ten overstaan van lotgenoten, advies van specialisten en lotgenoten wanneer men moeilijkheden ondervindt. De onderlinge afhankelijkheid in deze netwerken is de belangrijkste meerwaarde. In deze netwerken participeren patiënten, patiëntenverenigingen, huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, paramedici. De Belgische zorgtrajecten voor diabeteszorg en chronische nierinsufficiëntie zijn hiervan reeds een voorbeeld. Deze netwerken kunnen gemanaged worden vanuit de huisarts en de eerstelijns, de specialist en de tweedelijns of organisaties onafhankelijk van de zorg zoals verzekeraars, zorgbureaus. Belangrijker is dat de patiënt zijn eigen zorg in eigen regie kan nemen. Ontwikkelingen en toegang tot het eigen patiëntendossier zijn hierbij een noodzakelijke voorwaarde. Deze eigen regie is belangrijk omwille van het feit dat heel wat chronische aandoeningen samengaan met gedragsveranderingen en een andere wijze van leven. De meesten weten tevens wat ze moeten doen. Dat hebben de professionals hen reeds al te vaak verteld: stop met roken, beweeg meer, verlies wat gewicht, eet wat gezonder en werk wat minder. Maar hoe breng je dit in praktijk? Hoe houden we patiënten hiervoor gemotiveerd en gedreven?

## **Besluit**

Verpleegkunde staat op een kruispunt. Dit verwijst enerzijds naar de belangrijke rol die verpleegkundigen vervullen. Zij staan op het snijpunt tussen patiënten, artsen en zorgorganisaties. Zij zijn de linking pin die het geheel samenhoudt. Ontwikkelingen in de brede omgeving, door Stephen Covey<sup>6</sup> (1989) de 'circle of concern' genoemd, is volop in verandering en biedt tal van opportuniteiten voor verpleegkundigen. Denk maar aan de vergrijzing van de bevolking, de mogelijkheden van de technologie en informatica, de ontwikkeling naar meer chronische zorg, de stijgende aandacht voor kostenbewustzijn en kwaliteit, de rol van de patiënt.

Tegelijkertijd verwijst het "kruispunt" dat dit voor verpleegkunde de juiste keuzes en beslissingen vraagt. Covey noemt de 'circle of influence' of het beïnvloedingsgebied waarbij het strategisch belangrijk is om beide cirkels zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. De geformuleerde prioriteiten bieden enkele bakens om om het beroep in een gewenste richting te kunnen sturen. Een modern memorandum-menuutje zou vandaag als volgt uitzien:

Voorgerecht

*voldoende in aantal, deskundigheid, attractieve werkomgeving*

hoofdgerecht

*professionaliteit, differentiatie en multidisciplinaire samenwerking*

dessert

*continuïteit en patiënt centraal*

---

<sup>6</sup> Covey S., The 7 Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change, Simon & Schuster, 1989, 358pp.

## Bronnen

Aiken LH et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet* 26 February 2014

Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 2011 Dec;49(12):1047-53

Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J, Smith HL. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Serv Res*. 2010 Aug;45(4):904-21.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344,

Albersnagel, E. en Van Vliet, J., De invulling van kwalificatieniveau 5, TVZ, 17, pp. 506-507, 1998

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*.

Bruyneel, L., Van den Heede, K., Diya, L., Aiken, L., & Sermeus, W. (2009). Predictive validity of the International Hospital Outcomes Study questionnaire: an RN4CAST pilot study. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41(2), 202–210.

Christensen, C.M., Grossman, J. en Hwang, J., *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, McGraw-Hill Professional, 2009.

Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. The economic value of professional nursing. *Med Care*. 2009 Jan;47(1):97-104.

Davis J., Adams J. The 'Releasing Time to Care--the Productive Ward' programme: participants' perspectives. *J Nurs Manag*. 2012 Apr; 20(3):354-60.

Deneckere S, Euwema M, Lodewijckx C, Panella M, Mutsvari T, Sermeus W., and Vanhaecht, K. (2012). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care and lower risk of burnout in acute healthcare teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care*; 51(1):99-107.

Dierckx de Casterlé B, Willemse A, Verschueren M, Milisen K., Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *J Nurs Manag*. 2008 Sep; 16(6):753-63.

Dierckx de Casterlé B., Milisen K., Darras E., e.a., Het verpleegkundig beroep in crisis? Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen, CZV-K.U.Leuven / ESP-UCL, 2003.

Glouberman, S. en Mintzberg, H., Managing the care of health and the cure of disease, part I: four worlds, niet-gepubliceerde tekst, 30 p., 1992.

Glouberman, S. en Mintzberg, H., Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health Care Manage Rev.*, 26, 1, pp. 70-84, 2001.

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174–84.

- Kramer M., Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Institutions of Excellence: Part II. *J Nurs Adm* 1988; 18(2):11-19.
- Kramer M., Schmalenberg C. Magnet Hospitals: Institutions of Excellence - Part I. *J Nurs Adm* 1988; 18(1):13-24.
- McCormack, K.P. en Johnson, W.C., *Business Process Orientation: Gaining the e-Business Competitive Advantage*, CRC Press; 2001.
- Mendonck K., Meulemans H., *Tijd voor Zorg; een analyse van de zorgverlening en de gezondheids- en welzijnssector*, Brussel, VUBPress, 2002.
- Peters T., Waterman R.H. *In Search of Excellence*. Cambridge: Harper & Row, 1982.
- Robert G., Morrow E., Maben J., Griffiths P., Callard L. The adoption, local implementation and assimilation into routine nursing practice of a national quality improvement programme: the Productive Ward in England. *J Clin Nurs*. 2011 Apr;20(7-8):1196-207.
- Sermeus W. & A. Vleugels (2010), *Patiëntgestuurde organisatie*, Kluwer.
- Sermeus W. et al. *Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde*, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven, maart 2009, 39pp.
- Sermeus W., Grypdonck M. et al., *Integrerende Verpleegkunde revisited: een hefboom tot integrale zorg*, Permanente Vorming Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Oostende: 19-20 april 2012
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... Zikos, D. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6.
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International journal of nursing studies*, 50(2), 185–94.
- Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & Sermeus, W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: analysis of administrative data. *International journal of nursing studies*, 46(6), 796–803.