

& GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

04 Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'

38 Levensindezorg tijdens een gezondheids crisis

64 Persoonsgerichtheid in het ziekenhuis

10 - juli 2024

**Een samenleving die geen
zorg meer kan bieden, is dit
nog een samenleving?**

Een samenleving die geen zorg meer kan bieden, is dit nog een samenleving?

Editio



In postindustriële samenlevingen zijn levens einde en levens-eindezorg belangrijke aandachtspunten geworden. In ons vorig nummer van *Gezondheid & Samenleving* brachten we een uitgebreid artikel over de profielen van ouderen en de demografische evolutie van deze groep de komende jaren (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Door de vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen en comorbiditeiten, en een langere levensduur in slechte gezondheid, worden we geconfronteerd met een ongekende groei van de zorgbehoeften. Zoals jammer genoeg wel meer gebeurt, leidt het onderdruk zetten van een systeem vaak tot breuken. We hebben dit ervaren tijdens de COVID-19-crisis, maar we zien er nog steeds de gevolgen van in alle zorgvoorzieningen, die geconfronteerd worden met een groot tekort aan zorgpersoneel.

Maar zonder zorgpersoneel, geen kwaliteitsvolle zorg noch toegang tot zorg. De explosieve combinatie van een toename in zorgbehoeften en een afname in het aantal professionals, beschikbaar om deze zorgbehoeften te beantwoorden, weegt enorm op het personeel dat in dienst blijft. Verpleegkundigen op de werkvloer zien hun job veranderen: minder collega's, een hogere werkdruk en nieuwe aanwervingen die er niet komen of die vertrekken zodra hun opleiding is afgerond. Scholen voor verpleegkundigen lopen beetje bij beetje leeg. De verschuiving naar ambulante zorg verhoogt de druk op thuisverpleegkundigen en naasten van patiënten. Patiënten verblijven niet langer in collectieve zorgvoorzieningen, wat

zorgt voor meer verplaatsingstijd, meer solitair werk en een groter belang van relationele zorg, en dit op een moment dat tijd steeds schaarser wordt.

En wat stellen we voor als antwoord op deze uitdagingen? Stellen we voor om zorgprofessionals uit het buitenland te halen, louter als middelen, en zo de problemen die we zelf niet kunnen oplossen door te schuiven naar nog kwetsbaardere groepen? Dit fenomeen zien we al langer in de informele zorg, bijvoorbeeld voor de opvang van kinderen, met kinderoppassers die van de andere kant van de wereld komen om kinderen om 15.30 uur van school te halen en die vaak hun eigen kroost hebben moeten achterlaten. Ook in de formele zorg (ziekenhuizen, woonzorgcentra, enz.) komt gekwalificeerd personeel soms uit het buitenland om het tekort aan arbeidskrachten op te vangen, maar wordt het soms op agressieve wijze afgewezen of gediscrimineerd¹.

Onze studie *Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'*, analyseert de onderliggende oorzaken van de crisis van het 'zorgen voor' en gaat in op de plaats van *care* in onze samenleving. Samen met het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, hebben we ook 1.200 verpleegkundigen en zorgkundigen bevroegd om inzicht te krijgen in de moeilijkheden van hun beroep. De studie werd eveneens ondersteund door een comité van zorgprofessionals die getuigen over de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden en deze analyseerden. Deze ongewone studie is meer dan alleen een rekenkundige planningsoefening. Ze weerspiegelt ook de diepe crisis van het 'zorgen voor' en het verlangen naar zingeving in deze beroepen, waar mensen voortdurend geconfronteerd worden met hun eigen eindigheid. Deze studie gaat ook over fundamentele aspecten van onze menselijkheid, namelijk de erkenning van onze kwetsbaarheid en wederzijdse afhankelijkheid. We kunnen contracten afsluiten, tellen, we kunnen rationaliseren, verminderen, maar uit-

1 Vorige zomer voerde het Sint-Pietersziekenhuis in Brussel een interne campagne om patiënten te sensibiliseren rond de agressie waaronder het personeel te lijden had.

eindelijk blijft er de diepgewortelde behoefte om voor elkaar te zorgen, waarvoor uitgeputte professionals zich enorm inzetten.

Dit tekort is vooral zorgwekkend als we kijken naar de specifieke behoeften van de vergrijzende bevolking. Steeds meer uiten mensen de wens om hun laatste dagen thuis door te brengen, omringd door hun familie en geliefden. Dit legitieme verlangen naar waardigheid en comfort brengt wel aanzienlijke planningsuitdagingen met zich mee. Zonder adequate ondersteuning kan dit voor families zorgen voor een overweldigende fysieke en emotionele belasting. Precies dan is er een cruciale rol weggelegd voor het zorgpersoneel, wiens expertise, nabijheid en steun van onschatbare waarde zijn voor patiënten en hun families. Het huidige tekort aan verpleegkundigen betekent echter dat veel mensen aan het einde van hun leven niet de gepaste zorg krijgen, zowel thuis als er geen familie is die het kan overnemen, als in voorzieningen waar personeel schaars is. Bovendien is er een vicieuze cirkel tussen eenzaamheid, armoede en gezondheid die vooral mensen aan het einde van hun leven treft. Eenzaamheid kan psychische en fysieke gezondheidsproblemen verergeren, wat vaak leidt tot een groter beroep op de gezondheidszorg. Dit geldt des te meer voor ouderen die in armoede leven en die het minst toegang hebben tot adequate zorg en ondersteuning.

Onze studie, *Levensindezorg tijdens een gezondheids crisis: moeilijk evenwicht tussen afstand en nabijheid*, onderzocht het moment van het levenseinde tijdens de COVID-19-crisis. We wilden begrijpen hoe tijdens een dergelijke ongekende crisis het zorgsysteem zijn sterktes en beperkingen liet zien, maar ook hoe het van deze crisis kan leren om de kwaliteit van levensindezorg te blijven garanderen, ongeacht de omstandigheden. Onze enquête bij CM-leden vroeg families en naasten van wie tijdens de coronacrisis een dierbare was overleden, naar hun ervaringen met levensindezorg. We wilden zicht krijgen op wat ze gemist hadden en wat hun behoeften waren. Meer verbondenheid, beter rekening hou-

den met de doelen van de patiënt-e aan het levenseinde en openhartig praten over het levenseinde zijn enkele suggesties van naasten voor een betere ondersteuning rondom het levenseinde.

Het laatste artikel, *Meer dan een nummer: persoonsgerichtheid in het ziekenhuis*, gaat over een pilootproject gericht op het definiëren van de persoonsgerichtheid van ziekenhuiszorg. Het onderzoek, uitgevoerd door UHasselt met steun van CM, bestond uit het bepalen van de kwaliteitscriteria voor persoonsgerichte zorg. Er wordt steeds vaker gesproken over de participatie van patiënten bij keuzes (doelgerichte zorg, patiëntgerichte zorg, doelmatige zorg). Er is echter nog maar weinig methodologisch werk over het concreet samenwerken met patiënten en de meest geschikte manier om hen bij beslissingen te betrekken. De criteria die hier geselecteerd zijn, betreffen de kwaliteit van de relatie met de zorgverlener, de betrokkenheid van de familie, het anticiperen op behoeften en de kwaliteit van de informatie. De studie gaat dus over de aanvaardbaarheid van zorg. Het doel van deze studie, gebaseerd op interviews met professionals en patiënten en een systematisch literatuuronderzoek, is het aanreiken van een instrument voor het meten van de aanvaardbaarheid van persoonsgerichte zorg. Dit is een belangrijke uitdaging op vlak van toegankelijkheid. We weten immers dat het succes van een behandeling sterk wordt beïnvloed door het vermogen van de patiënt-e om de behandeling vol te houden. Een behandeling baseren op iemands behoeften, wensen en mogelijkheden, garandeert een betere kwaliteit van zorg en een echte samenwerking tussen patiënt-e en zorgverlener.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC

Bibliografie

Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.

Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'

Hélène Janssens — Studiedienst CM

Thomas Lavergne — Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen (IGVM)¹

Met dank aan het begeleidingscomité², Emeline De Bouver (UCLouvain), Mathilde Verougstraete (IGVM) en de CM-studiedienst (Katte Ackaert, Gauthier Vandeleene, Stijn Vos, Hélène Henry, Mattias Van Hulle)

Samenvatting

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

1 Voor het Instituut maakt deze studie deel uit van het project 'Gender & Work'. Dit project wordt gefinancierd door de Europese Unie in het kader van het nationaal Plan voor Herstel en Veerkracht (PHV), met de steun van de staatssecretaris voor Gendergelijkheid.

2 Er werd een begeleidingscomité opgericht om de studie te ondersteunen. Dit comité was samengesteld uit Christine Grard (UCL), Annalisa Casini (UCL), Auriane Lamine (UCL), Veerle Stroobants, Nathalie Lionnet, Fanny Caprasse, Camille Delvoye en Anais Moschonas.

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

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

Inleiding

Een tekort wijst op een gebrek aan iets wat nodig is, zoals bijvoorbeeld een gebrek aan energie of arbeidskrachten. Deze studie is bedoeld om meer inzicht te krijgen in het tekort aan verpleegkundigen. De COVID-19-pandemie vestigde de aandacht op de kwetsbaarheid van de Belgische gezondheidszorg en het essentiële karakter van bepaalde functies, waaronder het beroep van verpleegkundige³. Dit beroep schrikt nog steeds af en ondervindt veel moeilijkheden. Om het systeem duurzaam te maken en de zorgkwaliteit te kunnen garanderen, moeten de vraag naar en het aanbod aan zorg in evenwicht zijn. We kunnen allemaal ziek worden en ooit gaan we dood. We zullen dan ook allemaal vroeg of laat zorg nodig hebben van zorgverleners zoals verpleegkundigen en in zekere mate van onze naasten. Die zorg, kwetsbaarheid en afhankelijkheid van anderen liggen aan de grondslag van ons menszijn. Een rapport van de Verenigde Naties noemt het tekort aan gezondheids- en zorgwerkers in Europese landen 'een tijdbom' die tot een ramp kan leiden (WHO, 2022).

De slogan '*Soins de santé en danger; des mains, du temps et de l'humain*' ('Gezondheidszorg in gevaar: handen, tijd en menselijkheid') (Belga, 2023, eigen vertaling), gescandeerd tijdens demonstraties, vat de problemen samen waarmee verpleegkundigen en zorgkundigen kampen. Enkele daarvan zijn het hectisch tempo, emotionele uitputting en langdurige afwezigheden, die het tekort aan personeel op de werkvloer nog verergeren en de zorgkwaliteit ondermijnen. Veel problemen worden al vastgesteld tijdens de verpleegkundige stages. We merken ook een algemene daling van het aantal inschrijvingen in het eerste jaar (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18) en jonge verpleegkundigen hebben een zeer korte loopbaan in de zorg. Ook het risico op burn-out of vertrek bij actieve werknemers zijn zorgwekkend. Al vóór de pandemie liep 36% van de verpleegkundigen een hoog risico op emotionele uitputting en overwoog 32% een andere job te zoeken (Van den Heede, et al., 2019). De omvang van de niet-verleende zorg is significant: 69% zegt dat ze bepaalde prestaties hebben moeten opgeven, vooral dan de relationele aspecten (Van den Heede, et. al., 2019).

De niet uitgevoerde zorg en de achteruitgang van de zorgkwaliteit worden duidelijk genoemd als redenen van een verminderde jobtevredenheid. Het werk verliest een deel van zijn betekenis, zoals we verderop nog zullen zien (Van den Heede, et al., 2022). Uit deze vaststellingen blijkt dat er meer aandacht moet gaan naar de arbeidsomstandigheden van zorgpersoneel⁴.

De moeilijkheden die verpleegkundigen en zorgkundigen ondervinden, gaan bovendien samen met een groeiende vraag naar zorg, grotendeels als gevolg van de vergrijzing. Die trends doen vermoeden dat de situatie nog zal verergeren.

Tot slot maakt het tekort deel uit van een algemene crisis in de gezondheidszorg⁵. Veel *care*-beroepen staan in België op de lijst van knelpuntberoepen (verpleegkundigen, zorgkundigen, kinderbegeleiders, maatschappelijk werkers, enz.). Als leidraad voor ons denkproces gebruiken we het kader van de *care*-theorieën die ingaan op de problemen van het 'zorgen voor', in het bijzonder vanuit het gebrek aan waardering voor *care* in de samenleving. Dit stelt ons in staat het tekort aan arbeidskrachten voor essentiële functies in vraag te stellen, te begrijpen waarom deze beroepen zo lang verwaarloosd zijn gebleven en de genderproblematiek van het beroep te integreren. *Care*-beroepen worden voornamelijk door vrouwen uitgeoefend. 86% van het verplegend personeel zijn vrouwen (FOD Volksgezondheid, 2024a), wat vraagt om een reflectie over gender (zoals we zullen zien bij het conflict tussen werk en gezin).

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

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

4 Onder verzorgend personeel verstaan we verpleegkundigen en zorgkundigen.

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



Het perspectief van *care*

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

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

De *care*-theorieën⁶ zijn een specifieke soort literatuur over zorg. Ze verwijzen in de eerste plaats naar een ethiek die stelt dat concrete zorg voor anderen en voor onderlinge relaties een andere manier is om naar de wereld te kijken (het werk van C. Gilligan, bijvoorbeeld). “*Care* is altijd een onderdeel van het menselijk leven geweest en zal dat ook altijd blijven” (Tronto, 2012, eigen vertaling). De auteurs breiden bijvoorbeeld het begrip menselijke kwetsbaarheid uit naar alle perioden van het leven, niet alleen naar kinderen en ouderen (Hamrouni, 2012). Naast de ethische principes heeft *care* ook politieke ambities: het is noodzakelijk “*care* te erkennen als een professionele activiteit en ‘echt’ werk” (Eyland, 2021, p.106, eigen vertaling) door haar waarde te veralgemenen en ze te ontdoen van de essentialisatie van het vrouwelijke karakter (Tronto, 2012). Binnen het domein van de gezondheidszorg dat ons hier interesseert, betekent dit erkenning geven aan de *care*-taken (zorg dragen, zorgzaamheid, empathie) en aan andere, meer systemische aspecten (bijvoorbeeld de genderkwestie), vooral in een vrouwelijke sector als de verpleging. De *care*-theorieën bieden een kritische visie op de machtsposities die het imago en het werk van *care* geringschatten en “het daarom voornamelijk voorbehouden aan vrouwen, armen en immigranten” (Laugier, 2010, p.114, eigen vertaling).

Na een voorstelling van de gebruikte methode, richt het onderzoek zich op het kwantificeren en definiëren van het tekort (deel 2). De kwantitatieve gegevens betreffen zowel het aanbod aan (deel 2.1) als de vraag naar verpleegkundige zorg (deel 2.2). Deel 3 gaat dieper in op de oorzaken en uitdagingen van het tekort, voornamelijk aan de hand van een analyse van de arbeidsomstandigheden. Deel 4 zet de problematiek in perspectief met behulp van de *care*-theorieën. We sluiten af met een discussie over enkele uitdagingen rond het tekort (deel 5) en aanbevelingen (deel 6).

1. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, gebruiken we drie gegevensbronnen.

1. **De literatuur** in diverse disciplines (sociologie, politieke wetenschappen, verpleegkunde, enz.) en verschillende officiële rapporten. Dit stelt ons in staat om het tekort te becijferen. Vooreerst brengen we een reeks cijfers en informatie samen met behulp van PlanKad voor de beroepsgroep verpleegkundigen en de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid, het Belgische statistiekbureau (Statbel), de FOD Werkgelegenheid, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), alsook informatie van Actiris, Forem en de VDAB.

⁶ De term ‘*care*-perspectieven’ zou gepaster zijn om zowel de *care*-ethiek als de *care*-theorieën te omvatten, maar voor het gemak gebruiken we hier ‘*care*-theorieën’.

Met deze gegevens kunnen we immers volgende elementen tonen: leeftijdspiramides, verhouding tussen jongere en oudere verpleegkundigen, gegevens over niet-actieve verpleegkundigen (ziekteverzuim, burn-out, enz.), vacatures en aanwervingsproblemen en prognoses voor het verplegend personeel tussen nu en 2046.

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

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

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

Op die manier konden we de weerslag onderzoeken van deze drie factoren op de betekenis op het werk (door middel van een gevalideerde schaal, de Inventaris van Betekenis op het Werk) (Arnoux-Nicolas, et al., 2016) en de intenties om de job of het beroep te verlaten als benadering voor het tekort.

De vragenlijst werd afgenomen volgens een niet-aselecte steekproefmethode met vrijwillige deelname, wat door een sneeuwbal effect resulteerde in 1.199 reacties. De kenmerken van de respondenten komen overeen met deze van de algemene gezondheidszorgpopulatie wat betreft beroep (66% verpleegkundigen, 34% zorgkundigen), leeftijd (22% jonger dan 35 jaar, 48% tussen 35 en 54 jaar, 30% ouder dan 55 jaar) en geslacht (91% vrouwen).

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

2. Objectivering van het tekort op basis van kwantitatieve gegevens

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

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

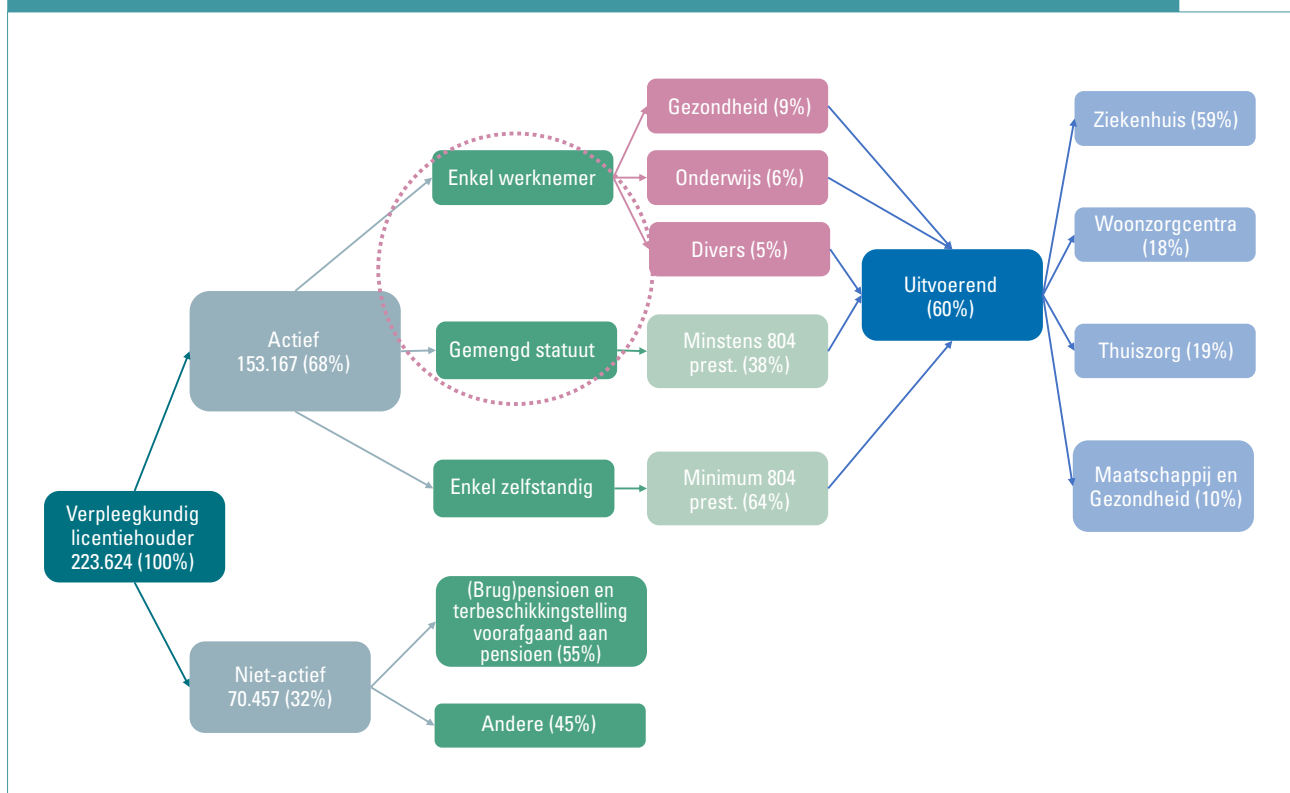
2.1. Kwantificering van het aanbod

Volgens gegevens van PlanKad van de FOD Volksgezondheid zijn in 2021 in België 223.624 mensen gemachtigd om het beroep van verpleegkundige uit te oefenen (zie Figuur 1)⁷. Binnen deze groep onderscheiden we niet-actieve verpleegkundigen (32%) en actieve verpleegkundigen (68%), alle sectoren samen genomen. 60% werkt effectief in de gezondheidszorg⁸. Zij vormen het personeelsbestand van het gezondheidszorgsysteem. Met andere woorden, ongeveer 10% van de verpleegkundigen werkt niet in deze sector en een derde van de gediplomeerde verpleegkundigen is niet actief (FOD Volksgezondheid, 2024a, p. 15). **Samengevat, van alle afgestudeerden zijn slechts drie op de vijf verpleegkundigen 'actief' in de gezondheidszorg.**

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

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

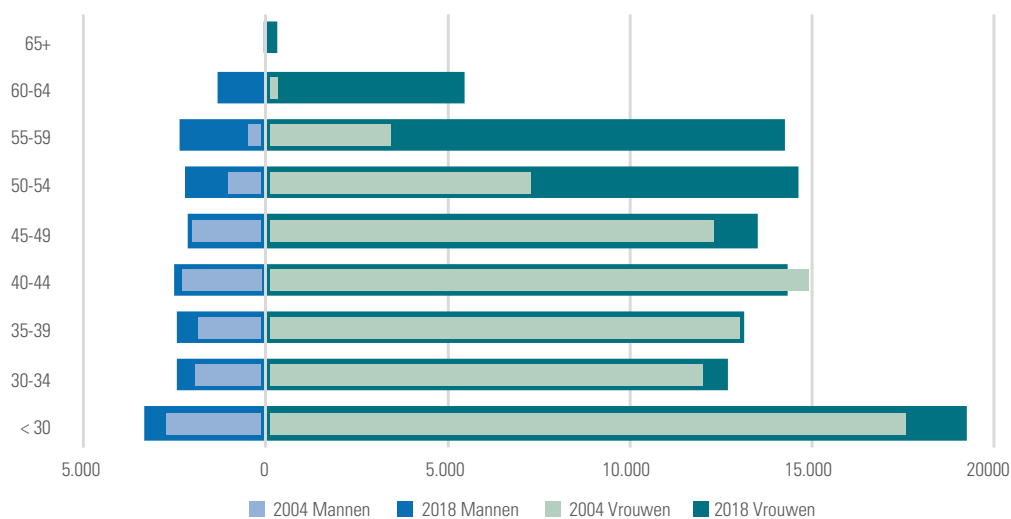
Figuur 1: Personeelsbestand verpleegkundigen in het Belgische gezondheidszorgsysteem (Bron: FOD Volksgezondheid, 2024a)



7 Met een diploma verpleegkundige en een visum.

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

Figuur 2: Evolutie van de verschillende leeftijdsgroepen van verpleegkundigen, actief in de gezondheidszorg tussen 2004 en 2018 (Bron: FOD Volksgezondheid, 2021, p. 63)⁹



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

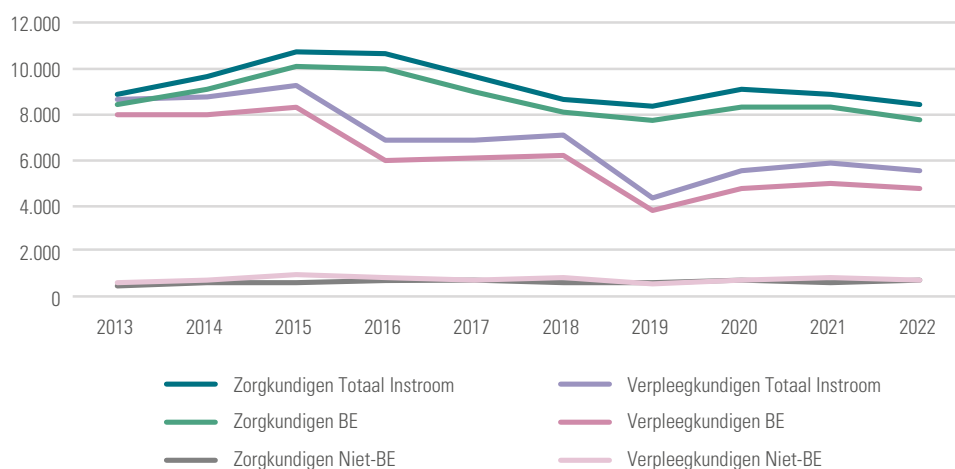
2.1.2. Verpleegkundigen in opleiding en instroom van nieuwe beroepsbeoefenaars

Uit de gegevens over verpleegkundigen in opleiding en de instroom van nieuwe beroepsbeoefenaars blijkt dat opleidingen vaak worden stopgezet en dat het aantal jonge verpleegkundigen dat afstudeert sinds 2013 daalt (FOD Volksgezondheid, 2022). De stages wijzen ook op talrijke moeilijkheden. De helft van de studenten geeft aan dat ze een slechte ervaring hadden met hun eerste stage en een aanzienlijk aantal stopt daardoor met hun studie. “Tussen 2018 en 2021 bedraagt het percentage studenten dat [in de Federatie Brussel-Wallonië] hun studie afrondt gemiddeld 30 à 35%, zowel voor het brevet als de bachelor” (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023, p. 18, eigen vertaling). De intentie om stagiair-es goede ondersteuning te bieden is er, maar er is te weinig tijd en te weinig personeel op de werkvloer (Vandecasteele, 2023). Zoals figuur 3 laat zien, daalt het aantal instromers in het beroep verpleegkundige en zorgkundige sinds 2013. In 2013 zijn er nog 8.579 nieuwe verpleegkundigen¹⁰ met een werkvisum, tegenover slechts 5.521 in 2022. Het aantal nieuwe zorgkundigen daalt minder sterk, van 8.858 in 2013 tot 8.410 in 2022 (FOD Volksgezondheid, 2022).

⁹ Opmerking voor de lezer: de donkere leeftijds piramides verwijzen naar 2018, zowel mannen als vrouwen, de lichtere naar 2004, ook zowel mannen als vrouwen.

¹⁰ Aantal nieuwe permanente visa afgeleverd op basis van de officiële verblijfplaats. Deze statistieken geven een idee van de instroom in het beroep.

Figuur 3: Evolutie van het aantal instromers in van het beroep van verpleegkundige en zorgkundige tussen 2013 en 2022 (Bronnen: FOD Volksgezondheid, 2018, 2021, 2023)



2.1.3. Ziekteverzuim en risico op burn-out

Een ander aspect van het probleem is ziekteverzuim. In de ziekenhuizen bedroeg het ziekteverzuim voor alle sectoren¹¹ 11,2% van het personeel (al het personeel samen), en kent het een stijgende tendens sinds 2021 (10,7%) en 2019 (8,9%). Het langdurig ziekteverzuim bedraagt 4% (Belfius, 2023). Tegelijkertijd stijgt het gebruik van uitzendkrachten aanzienlijk, met 30% tussen 2018 en 2022 in ziekenhuizen en met 15,6% tussen 2021 en 2022 enkel voor verzorgend personeel (verpleegkundigen en zorgkundigen) (Belfius, 2023). Deze tendens, die zich ook in de WZC voordoet, is niet aangenaam voor de patiënten noch ondersteunend voor het personeel: “Collega’s die de werking en de bewoners niet goed kennen, zijn ook een minder goede ondersteuning dan vaste collega’s” (Vandecasteele, 2023, p. 112). Uit een KCE-onderzoek (Van den heede, et al., 2019), uitgevoerd vóór de COVID-19-pandemie, bleek al dat onder de verpleegkundigen in algemene ziekenhuisafdelingen:

- 36% een hoog risico liep op emotionele uitputting¹²;
- 32% het voornemen had om te vertrekken;
- 27% ontevreden was met diens job.

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

2.1.4. Aanwervingsproblemen en openstaande vacatures volgens gewest

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

De VDAB, Actiris en Forem beschouwen verpleegkundigen en zorgkundigen al jaren als knelpuntberoepen. In het Vlaams Gewest staat het beroep van verpleegkundige in

¹¹ Ziekteverzuim: % van het aantal dagen afwezigheid (ongepland, dit is exclusief wettelijk verlof, vakbondsverlof, opleiding, enz.) in verhouding tot het aantal theoretisch gewerkte dagen in een jaar.

¹² Een hoog risico op emotionele uitputting is een van de indicatoren van burn-out, wat over het algemeen wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke voldoening.

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

2.2. Kwantificering van de vraag

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

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

De gezondheidszorg is de belichaming van veel maatschappelijke tekortkomingen: hoe slechter het gaat met de samenleving, hoe meer er een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg. Algemeen zullen de vergrijzing, psychische en fysieke aandoeningen, de toename van

chronische ziekten, eenzaamheid, de mentale gezondheid van de jongeren en het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid de totale vraag naar zorg wellicht beïnvloeden.

Vergrijzing

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

Op dit moment is de gemiddelde leeftijd bij opname in een WZC 86 jaar. Dit bevestigt de resultaten van andere onderzoeken die aantonen dat ouderen steeds later in WZC terecht komen en dat ze zwaardere zorg nodig hebben (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Hieruit blijkt dat de zorglast tussen 2004 en 2023 toeneemt als gevolg van de stijging van het aantal bewoners in afhankelijkheids-categorie B¹³ (fysieke en/of psychische afhankelijkheid). Hun aandeel stijgt van 29,1% in 2004 naar 41,9% in 2018 en 44,2% in 2023 (CM-gegevens). Tegelijkertijd daalt in de periode 2004-2023 het aandeel mensen dat weinig zorg nodig heeft sterk, vooral degenen in categorie O (volledige fysieke onafhankelijkheid zonder dementie) (van 19,5% naar 7,7%) (CM-gegevens).

Wijziging in de aard van de verstrekte zorg

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

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

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

Als gevolg hiervan is de benodigde zorg buiten het ziekenhuis zwaarder en technischer, en is de monitoring complexer, terwijl de ambulante sector niet over hetzelfde personeel of dezelfde hoogwaardige apparatuur beschikt als de ziekenhuisomgeving (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023). Door deze intensivering en toenemende complexiteit verandert de aard van de ambulante zorg. Er is dus het fenomeen van communicerende vaten: de zorg verdwijnt uit de derde en tweede lijn en komt terecht in de eerste lijn¹⁴. Alsmar meer zorg wordt ook thuis georganiseerd en de toestand van deze mensen wordt steeds afhankelijker en steeds zwaarder (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020).

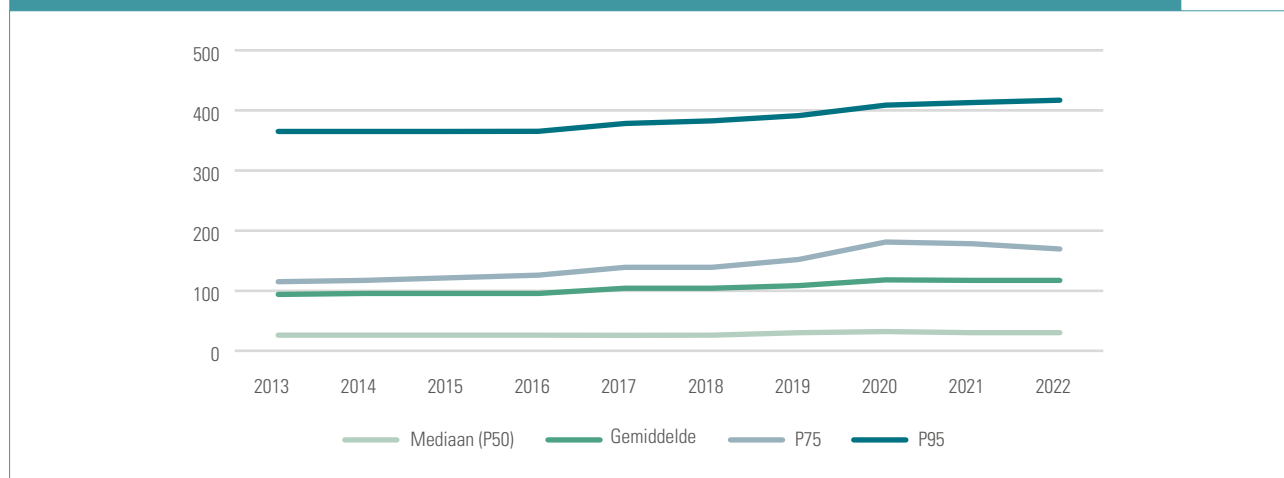
2.2.2. Thuisverpleging: de specifieke situatie van de zorgvraag in deze sector

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

Het percentage CM-leden met minstens één prestatie thuisverpleging in de loop van een jaar is 8%. Dit percentage is constant in de bestudeerde periode 2013-2022. Het zorggebruik neemt toe met de leeftijd en des te meer bij 70-plussers. Hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans dat ze een thuisverpleegkundige nodig hebben. Een uitsplitsing van het aantal prestaties volgens leeftijdsgroep laat zien dat 38% van de prestaties wordt verleend aan mensen tussen 80 en 89 jaar, het segment van de bevolking dat de meeste thuisverpleging nodig heeft. De leeftijdsgroep 70-79 jaar gebruikt 21% van de prestaties. Mensen van 90 jaar en ouder komen op de derde plaats met een behoefte aan 18% van de totale prestaties.

Het totale aantal contacten, dit is het aantal ontmoetingen tussen één zorgverlener en één patiënt-e (CM-lid) per datum, die meerdere prestaties kunnen omvatten, neemt tussen 2013 en 2022 toe met 26,12%. Deze toename van het totale aantal contacten moet worden gezien in de context van de verdeling van het aantal contacten per jaar per lid (zie Figuur 4).

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



¹⁴ Eerstelijnszorg verwijst naar de eerste plaatsen waar klachten, symptomen en gezondheidsproblemen uitgedrukt worden, met andere woorden, naar de zorgvraag van de gebruikers en de bevolking. Dit wordt ook wel het eerste niveau van een gezondheidszorgsysteem genoemd (het tweede niveau komt overeen met gespecialiseerde diensten, die op gerichte basis worden verleend op basis van leeftijd, geslacht, pathologie en het betreffende orgaan; en het derde niveau met geavanceerde technologie) (Muller, 2018).

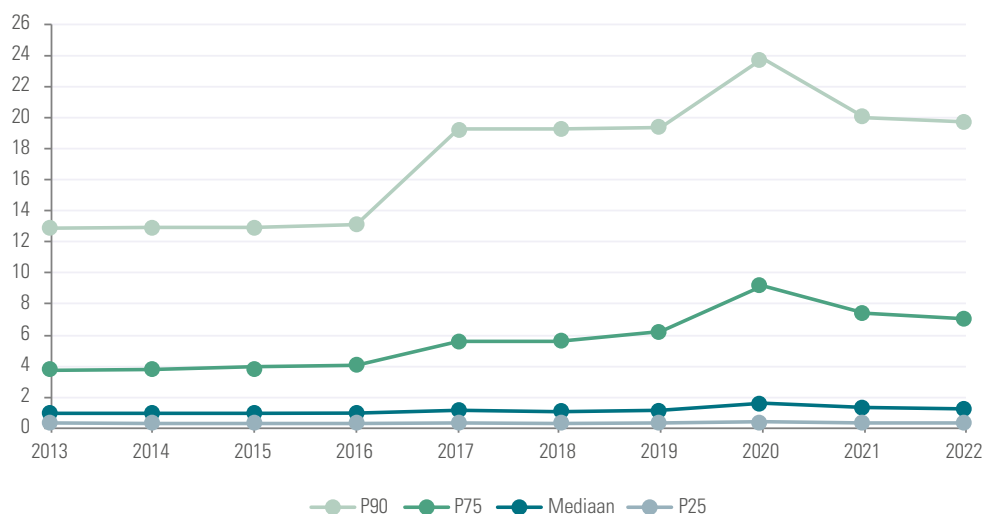
Er is ook een toename in de intensiteit van de zorgbehoeften, zoals blijkt uit het aantal contacten per patiënt-e per jaar: de bovenste percentielen stijgen, wat betekent dat mensen met een relatief veel grote zorgnood, de afgelopen tien jaar steeds meer zorg nodig hebben.

Dezelfde trends zien we in de verdeling van prestaties per week. Figuur 5 toont dat 25% van de CM-leden in 2022 meer dan 7 prestaties per week (P75)¹⁵ nodig had en 10% meer dan 20 prestaties per week (P90)¹⁶, terwijl dit in 2013 respectievelijk 4 en 13 prestaties was. De stijging van de curves voor P90 en P75 sinds 2013 toont opnieuw de intensivering van de vraag naar thuisverpleging voor mensen met een grote nood op weekbasis aan prestaties.

Terwijl het aantal mensen met nood aan thuisverpleging ('minstens één prestatie nodig') stagneert, neemt de vraag ernaar (of behoefte eraan) toe. Tot slot stijgt ook het aantal verplaatsingen voor thuisverpleging tussen 2013 en 2022 met ongeveer 9% (zie Figuur 6).

Samenvattend kunnen we zeggen dat **de vraag naar thuisverpleging¹⁷ toeneemt tussen 2013 en 2022, gezien de stijging van het aantal jaarlijkse contacten tussen zorgverlener en patiënt-e (+26%), de toename van het aantal contacten per jaar en prestaties per week voor mensen die veel thuiszorg nodig hebben, en de toename van het aantal verplaatsingen (+9%)**. Deze trends weerspiegelen een vorm van intensivering in het gebruik van thuisverpleging door degenen die deze zorg al nodig hebben.

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

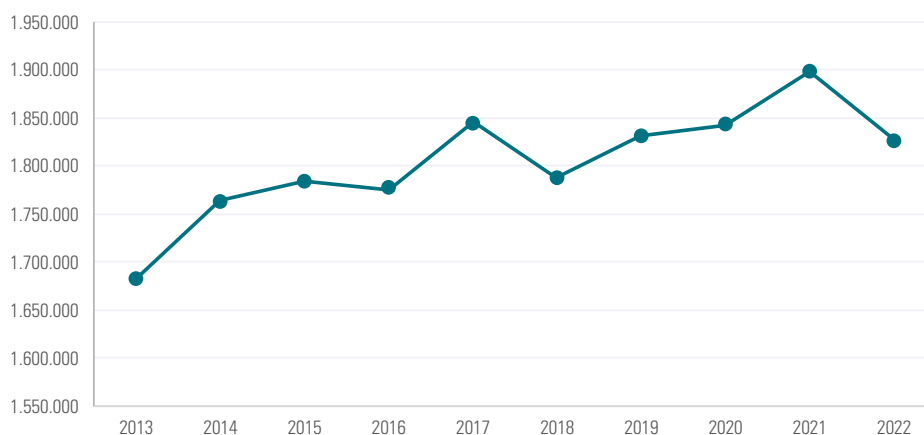


15 Uit de curve voor P75 blijkt het volgende: 25% van de leden heeft meer dan x prestaties nodig (boven de curve) en 75% heeft minder dan x prestaties nodig (onder de curve).

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

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

Figuur 6: Evolutie van het aantal prestaties 'reiskosten' tussen 2013 en 2022 (Bron: CM)



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

Om dit hoofdstuk over het kwantificeren en definiëren van het tekort af te sluiten, vergelijken we het aanbod en de vraag naar verpleegkundige zorg zoals vastgesteld door de Planningscommissie van het medisch aanbod, met toekomstscenario's over het personeelsbestand van verpleegkundigen tot 2046 (FOD Volksgezondheid, 2024b).

Deze toekomstscenario's zijn gebaseerd op constant beleid, bijvoorbeeld de veronderstelling dat het gezondheidsbeleid kortere ziekenhuisverblijven en de geleidelijke sluiting van het aantal beschikbare bedden zal blijven aanmoedigen (ACN, 2022).

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

Tabel 1: Evolutie van het personeelsbestand van verpleegkundigen (gewogen dichtheden)¹⁸ tussen 2021 en 2046 voor de Vlaamse en Franse Gemeenschap volgens sector (Bron: FOD Volksgezondheid, 2024b)¹⁹

Vlaamse gemeenschap						
	Actief Gezondheid - aantal			Actief Gezondheid – gewogen dichtheid		
Basisscenario	2021	2046	%2021-2046	2021	2046	%2021-2046
Professionele status	82.105	91.985	12,03	119,46	96,70	-19,05
Ziekenhuis	46.485	48.036	3,34	67,64	56,63	-16,27
Woonzorgcentrum	14.665	18.961	29,30	21,34	15,25	-28,55
Thuiszorg	15.829	19.749	24,76	23,03	18,96	-17,68
Maatschappij en Gezondheid	8.351	9.113	9,12	12,15	12,03	-0,98
Franse gemeenschap						
	Actief Gezondheid - aantal			Actief Gezondheid – gewogen dichtheid		
Basisscenario	2021	2046	%2021-2046	2021	2046	%2021-2046
Professionele status	52.175	59.680	14,38	112,94	100,31	-11,18
Ziekenhuis	32.235	36.392	12,90	69,78	67,05	-3,91
Woonzorgcentrum	8.942	11.358	27,02	19,36	15,26	-21,14
Thuiszorg	10.340	11.299	9,28	22,38	17,36	-22,42
Maatschappij en Gezondheid	5.063	5.822	14,99	10,96	11,93	8,83

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

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

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

19 Instructies voor de interpretatie: deze tabel vat vijf scenario's samen die ontwikkeld werden om het evenwicht te bestuderen tussen het toekomstige aantal verpleegkundigen en de toekomstige verpleegkundige zorgbehoeften van de Belgische bevolking tussen nu en 2046. Kolom 3, '%2021-2046', toont het verschil in het aantal actieve verpleegkundigen tussen 2021 en 2046 en de kolom 6, '%2021-2046', kruist dit aantal met de behoeften van de bevolking. Als uitgangspunt nemen we de historische trends, waargenomen tot 2022, voor de gegevens over de stroom van afgestudeerden en geregistreerden en in 2021 voor de gegevens over de aantallen, samenstelling en activiteit van de *workforce* (het personeelsbestand) verpleegkundigen zoals waargenomen in het 'PlanKad 2019-2021'-rapport. Vervolgens bestuderen we de evolutie van de beroepsbevolking per verpleegsector als het huidige beleid en de waargenomen trends in participatiegraad en activiteit ongewijzigd blijven. De verwachte personeelsbestand omvat alle actieve verpleegkundigen, in het bijzonder de verpleegkundigen die in de gezondheidszorg werken. Het algemene basisscenario betreft het professionele statuut van alle verpleegkundigen die in de gezondheidszorg werken. De andere vier scenario's betreffen een specifieke sector. Voor de evolutie van de vraag naar verpleging wordt alleen rekening gehouden met veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking.

2.4. Conclusie

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

3. Arbeidsomstandigheden: tussen oorzaken en gevolgen van het tekort

Een betere werkomgeving wordt geassocieerd met een betere zorgkwaliteit, een grotere tevredenheid bij de werknemers, minder personeelsverloop en langer jobbehoud (Van den heede, et al., 2022). Dit vierde deel bestudeert de werkomgeving en arbeidsvoorwaarden van verpleegkundigen om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken en gevolgen van 'exit'. Dit begrip omvat zowel absentieïsme, verandering van job als de wens om de job of het beroep te verlaten (Rusbult, Farrell, Rogers, & Mainous III, 1988). Dat doen we op basis van gegevens, verzameld via de EMOVA-enquête waarin meerdere variabelen onderzocht worden rond de intentie om het beroep te verlaten, de wens de job

op te zeggen of het verlies van betekenis. Enkele van die variabelen zijn de hinder om prestaties uit te voeren, de omvang van administratief werk, planningbeheer, presentieïsme, interacties op het werk en geweld. Gezien vrouwen de meerderheid vormen in deze jobs en de combinatie met huishoudelijke taken en onbetaald zorgwerk voor hen nog altijd een grote belasting is, analyseren we ook de problemen met de combinatie van het privé- en het beroepsleven. Op basis van de *care*-theorieën staan we meermaals stil bij de manier waarop rekening wordt gehouden met het 'zorgen voor' in de werkomgeving, het feit of het al dan niet wordt gewaardeerd en de moeilijkheden bij het inzetten van van de *care*-vaardigheden door zorgverleners.

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

Onvoldoende tijd, empathie en aandacht kunnen besteden aan elke patiënt-e, emotionele uitputting en het gevoel voorrang te moeten geven aan administratieve of logistieke taken ten koste van het menselijk contact, zijn vaak terugkerende thema's onder het zorgpersoneel. Sophie Cors gelooft dat de moeilijkheid om aandacht te besteden aan het relationele een van de hoofdoorzaken is van het tekort aan verpleegkundigen. Het zorgen voor wordt steeds moeilijker te combineren met de administratieve eisen en de overbelasting, wat leidt tot een 'ontmenselijking van de prestaties' (Cors, 2023). De technische hulpmiddelen, opgelegd door de rationalisatie²⁰ in de zorgberoepen, houden geen rekening met het emotionele aspect van het werk, wat nochtans wettelijk en ethisch vereist is (Roux, 2013). Fusulier en Moulaert (2012) delen die vaststelling en leggen een direct verband tussen de impact van nieuw beleid en de mobiliteit van zorgprofessionals (van ziekenhuis naar thuiszorg of gezondheidszorg in de wijk in het bijzonder) of de vermindering van het aantal werkuren. Deze factoren hebben een impact op het huidige tekort.

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

Werken met mensen is geen aangeboren vaardigheid. Deze competentie en knowhow worden vaak over het hoofd gezien door de neiging om dit werk bij vrouwen als een natuurlijke dimensie van hun leven te zien (zie deel 5).

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

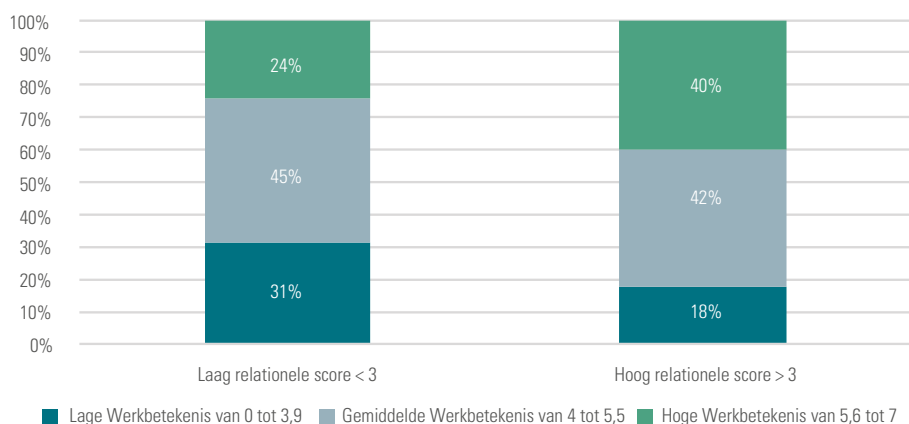
Als gevolg hiervan wordt een groot aantal prestaties inzake interpersoonlijke relaties, die een leerproces, tijd en beschikbaarheid vergen, niet in aanmerking genomen. Dit gebeurt niet in de codificatie van de zorgprestaties als gevolg van rationalisatie, noch bij de valorisatie van vaardigheden en loopbanen (Mahieu, 2010). Het inzetten van deze vaardigheden staat centraal in de professionele cultuur van het zorgpersoneel. Van de zorgverleners ondervraagd in de EMOVA-enquête, vindt 93% dat hun aandacht voor emotionele en communicatiebehoeften een 'zeer belangrijke' of 'tamelijk belangrijke' dimensie is voor het welzijn van de zorgontvangers. Om dit aspect te onderzoeken, ontwikkelden we een schaal om een 'relationele score' te berekenen: hoe hoger de score (van 0 tot 6), hoe meer iemand van mening is dat die in staat is om de relationele en communicatieve dimensies in de zorg in te brengen. Gemiddeld had 28% van alle respondenten een score van minder dan 3, wat duidt op grote moeilijkheden om deze in te brengen bij de zorgontvangers. De score heeft ook een significante invloed op de betekenis op het werk (IBW). Hoe lager de relationele score, hoe meer de betekenis op het werk in het gedrang komt (zie Figuur 7). De onmogelijkheid om communicatieve en relationele prestaties uit te voeren, was al naar voren gebracht als een bron van lijden die een verlies van betekenis veroorzaakt (Van den heede, et al., 2019), wat op zijn beurt kan leiden tot een 'exit'.

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

De volgende redenen worden als belemmerd ervaren om deze relationele prestaties te kunnen uitvoeren:

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

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



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

3.1.2. Overbelasting: wat zeggen de omkaderingsnormen?

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

Er wordt ook aangenomen "dat een patiëntenaantal per verpleegkundige van meer dan 8 [...] een beduidend meer onveilige zorgomgeving weerspiegelt" (Van den heede, et al., 2019, p. 2, eigen vertaling). "46% van de bevroegde verpleegkundigen zegt dat de veiligheid van de patiënt-e goed of zeer goed is, en 66% zegt dat ze er soms 'helemaal niet

zeker of niet erg zeker' van zijn dat patiënten in staat zijn om voor zichzelf te zorgen na hun ontslag uit het ziekenhuis" (Van den heede, et al., 2019, p. 3, eigen vertaling). De norm ligt in België niet alleen hoger, ze blijkt ook achterhaald gezien de toenemende werkdruk (Van den heede, et al., 2019).

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

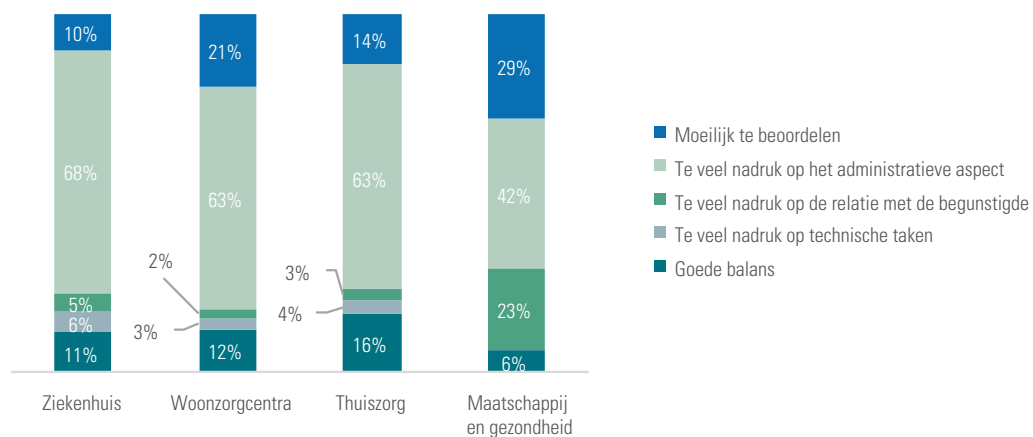
Naast de grote veranderingen door de informatisering in werkorganisatie en codering, introduceert de codificatie van prestaties een model dat technische procedures meer erkenning geeft dan menselijk werk²¹. Dit roept vragen op over wat er gecodeerd kan worden en wat niet, de soorten prestaties die gewaardeerd worden en deze die in de schaduw blijven. De holistische visie op gezondheidszorg, herbevestigd in de Ethische Code van 2004²², wordt onzichtbaar gemaakt door de codificatie van technische prestaties, in een "onvermijdelijke tegenstelling tussen bureaucraten en Hippocrates" (Laude, Michel, & Schweyer, 2018, eigen vertaling).

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

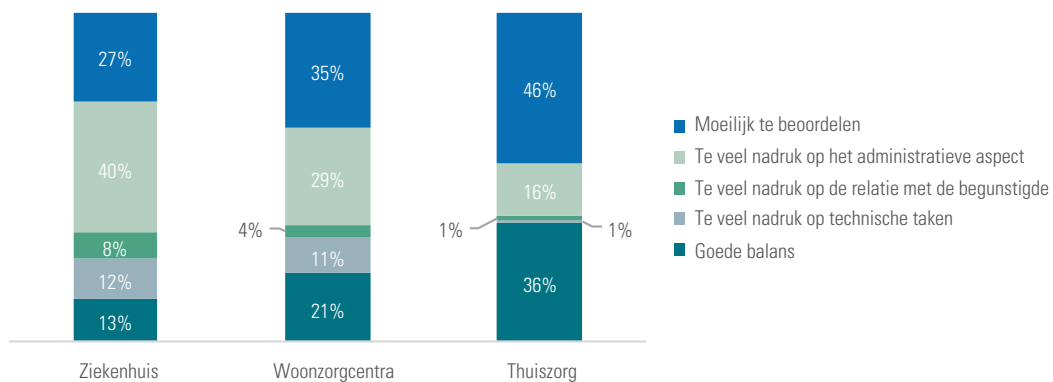
21 We mogen echter niet vergeten dat technische en relationele zorg complementair zijn (Eyland, 2021, p. 105, eigen vertaling). Hervé Menaut, verpleegkundige, trainer en kader gezondheidszorg, vindt het vanzelfsprekend: "Technische zorg heeft een relationele dimensie; relationele zorg heeft een technische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

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

Figuur 8: Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door verpleegkundigen volgens sector (Bron: EMOVA)



Figuur 9: Ervaren evenwicht tussen taken uitgevoerd door zorgkundigen volgens sector (Bron: EMOVA)



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

Bovendien hebben de verpleegkundigen en zorgkundigen het gevoel dat ze een enorm aantal taken moeten vervullen die niet onder hun verantwoordelijkheid vallen (logistieke, medische, IT-, technische of onderhoudsdiensten, enz.). Als gevolg van dit gebrek aan evenwicht wordt een groot deel van de zorg niet verleend, met vrees voor de impact op de zorgkwaliteit en de werktevredenheid van de zorgverleners.

Gezien het verband tussen niet-uitgevoerde prestaties en de stress op het werk, lijkt het geen twijfel dat de kwestie van de taakverdeling om tijd vrij te maken voor het ‘zorgen voor’ de kern moet vormen van een debat over het personeelsbehoud. Zoals het KCE aangeeft, moeten de zorgverleners veel relationele zorg opofferen²³, wat een belangrijke rol speelt in hun ontevredenheid over de werkomgeving. “Minder ontevredenheid over de job, minder intentie om de job en het beroep te verlaten” (Van den Heede et al., 2022, p.14).

Zorgverleners zitten vast tussen verouderde managementnormen, een groot aantal administratieve taken en het feit dat alleen rekening wordt gehouden met technische zorg en taken die niets met hun functieomschrijving te maken hebben. Het gevolg is dat er geen tijd overblijft om voor het ‘zorgen voor’, wat nochtans deel uitmaakt van de specifieke rol van verpleegkundigen. Het conflict tussen relationele ethiek en de technische aard van de zorg, die berust op de eisen van organisatorische ra-

tionalisatie, biedt een verklaring voor de alarmerende burn-outcijfers en het verlies van betekenis op het werk die al jaren naar voren komen in onderzoeken (Bruyneel, Smith, Tack, & Pirson, 2021). Nochtans vormen de taken waarin het menselijke aspect centraal staat de kern van de betekenis van het beroep. Ze zijn een bron van waarde, een erkenning die niet te vatten is met socio-technische systemen en codering van activiteiten volgens een specifieke nomenclatuur.

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

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

Daar waar het verschil in arbeidsparticipatie tussen vrouwen en mannen zonder kinderen is verdwenen, blijft het aanzienlijk bij vrouwen en mannen met kinderen²⁴. Ook neemt het aanzienlijk toe met de leeftijd en het aantal kinderen. Bijna 60% van de verpleegkundigen en zorgkundigen woont samen met minstens 1 kind jonger dan 25 jaar (Statbel 2020). Gezien het hoge aandeel vrouwen in zorgberoepen, is het essentieel om begrip te hebben voor de uitdagingen die gepaard gaan met de combinatie werk-privéleven, willen we de aantrekkelijkheid en retentie garanderen. Immers, vrouwen nemen nog steeds grotendeels onbetaalde zorgtaken op zich door een ongelijke taakverdeling in de thuisomgeving.

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

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

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

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

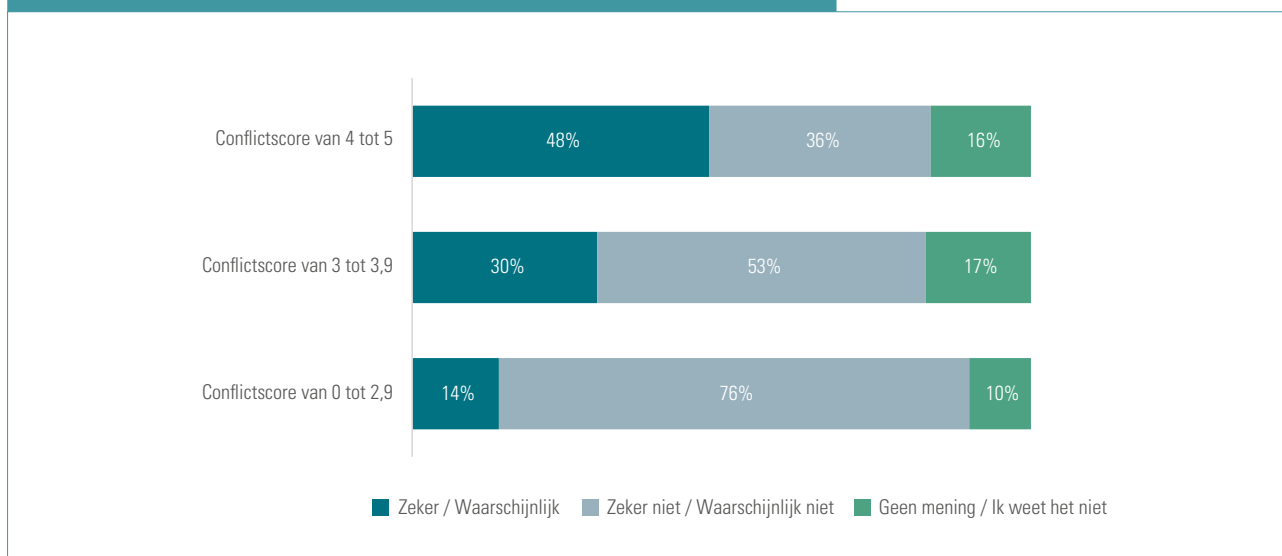
Mensen die melding maken van een zorgbehoevende persoon in hun naaste omgeving (afhankelijke oudere(n), kind(eren) of partner met een handicap of ernstige ziekte) ervaren significant vaker een conflict tussen werk en gezin, en dit geldt voor 40% van de respondenten.

Hoewel vrouwen nog steeds overwegend verantwoordelijk zijn voor huishoudelijke, reproductieve en zorgtaken²⁵ blijft het risico op werk-familieconflicten bijna identiek volgens het geslacht van de respondenten. Dit kan betekenen dat vrouwen hun werktijden moeten herorganiseren om “de vereisten van de huishoudelijke taken en de op-

voeding van hun kinderen te combineren met die van hun betaald werk” (Lapeyre & Le Feuvre, 2004, p. 45, eigen vertaling). Uit de analyse van de werkroosters van de respondenten blijkt dat zorgverleners werken op het ogenblik dat kinderen hun schooldag beginnen en eindigen, ‘s avonds en in het weekend, ongeacht hun arbeidsstatus. Deze atypische werktijden hebben een aanzienlijke impact op de WFC-score. We stellen vast dat deeltijds werken op zich dus niet volstaat voor een beter evenwicht, maar dat het eerder een ‘beschermende’ factor is tegen een nog groter conflict of zelfs tegen het verlaten van de job.

Bovendien hangt de manier waarop het leven wordt georganiseerd af van de mate van autonomie en flexibiliteit in de werkroosters. Uit het onderzoek van Fusulier et al. blijkt dat “62% van de verpleegkundigen zegt nooit de mogelijkheid te hebben om hun eigen werkroosters te bepalen en 17% slechts zeer zelden” (Fusulier, Sanchez, & Ballatore, 2013, eigen vertaling). De praktische oplossingen die vrouwen kiezen om deze situatie te verhelpen, berusten op periodieke regelingen, gebaseerd op het gebruik van formele beleidslijnen inzake de arbeidstijd (verlof of deeltijds werk). Naast de gegevens uit onze enquête bedraagt het gemiddelde VTE-volume voor mannelijke verpleegkundigen 0,97, tegenover 0,83 voor vrouwelijke verpleegkundigen (FOD Volksgezondheid, PlanKad Verpleegkundigen 2004-2018, 2021, p. 37).

Figuur 10: Intentie om de baan op te zeggen volgens WFC-score (Bron: EMOVA)



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

De vermindering van de arbeidstijd heeft niet alleen te maken met de werklast in de gezinsfeer, maar ook met de uitputting door de werkbelasting²⁶. Van de deeltijds werkende verpleegkundigen geeft 54% aan deeltijds te werken omdat het zo'n zwaar werk is. Voor 36% is het een persoonlijke keuze. Bijna een derde vermeldt ook de mentale belasting van de activiteit, evenals gezondheidsredenen of de noodzaak om voor kinderen of afhankelijke personen te zorgen (28%).

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

3.2.2. Presenteïsme, atypische werktijden en verandering van diensten

Terwijl het absenteïsme in de ziekenhuisomgeving hoog is, is het presenteïsme misschien nog hoger, in de hand gewerkt door een buitensporige werklast en de onmogelijkheid om de zorgverleners te vervangen, die dan worden teruggeroepen tijdens hun rusttijd of verlof (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000). Presenteïsme wordt gedefinieerd als het te veel investeren in werk (langer werken, vrije dagen opgeven, vrije tijd opofferen voor het werk, enz.) (Achmet & Commeiras, 2018), of werken wanneer

men ziek is (Monneuse, 2013) of zich psychisch niet goed voelt en eigenlijk ziekteverlof zou moeten nemen (Aronsson & Gustafsson, 2005). De hogere graad van presenteïsme in de zorgsector (Bergström, Bodin, Hagber, Aronsson, & Josephson, 2009) lijkt samen te hangen met een professionele cultuur die gebaseerd is op onderlinge hulp tussen collega's en een verantwoordelijkheidsgevoel om zorg te geven aan de patiënten die het nodig hebben. Het gevolg is dat wie niet gaat werken met schuldgevoelens kampt, die bovendien nog worden versterkt door bepaalde managementstijlen.

In ons onderzoek bestuderen we presenteïsme door een analyse van de gepresteerde overuren. Uit de resultaten blijkt dat 66% van de verpleegkundigen, ongeacht het werkregime, 'vaak' of 'altijd' overwerkt (slechts 2% zegt dit nooit te doen). Dit geldt ook voor 48% van de zorgkundigen. De meest aangehaalde redenen zijn in beide beroepsgroepen een personeelstekort in het team compenseren (68%), een afwezige collega vervangen (57%), een onvoorziene gebeurtenis op het laatste moment afhandelen of uit te voeren taken afwerken (50%).

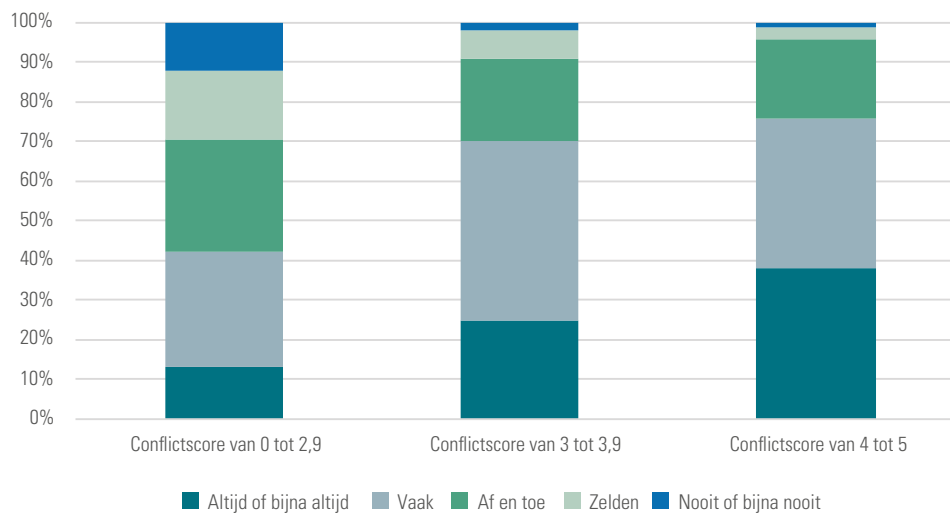
Deze factoren bevestigen het idee van een hoog presenteïsme onder zorgpersoneel als gevolg van onderbezetting en een te hoge werkdruk, wat het risico op uitputting vergroot. Presenteïsme heeft veel gevolgen: verminderde zorgkwaliteit (Pollitt & Bouckaert, 2004), hogere kosten voor gezondheidszorg (Berthe & Dumas, 2020) en gevolgen voor het welzijn van de werknemers, wat leidt tot langere afwezigheid en het tekort net versterkt.

Al in 2012 toonde een rapport van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid een positieve correlatie aan tussen burn-out of emotionele uitputting en presenteïsme. Conflicten tussen werk en gezin kennen een statistisch significant hoger risico bij overwerk (zie Figuur 11), en bij onvoorspelbare wijzigingen in de planning die niet voldoende van tevoren worden gecommuniceerd²⁷.

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

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

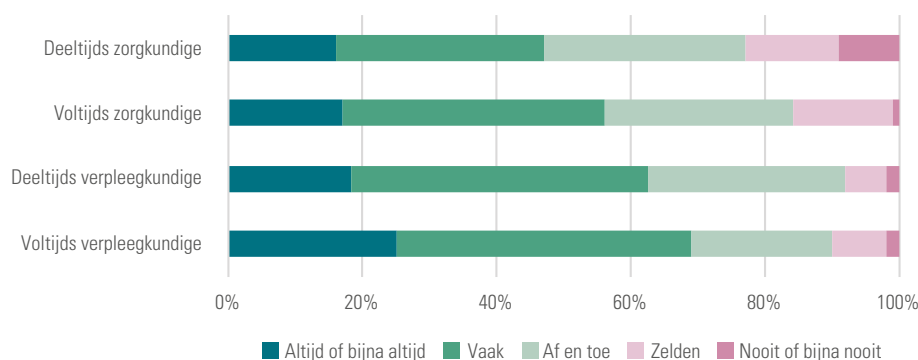
Figuur 11: Overwerk volgens WFC-score (Bron: EMOVA)



In lijn met onze bevindingen over het feit dat deeltijdwerk een flexibeler personeelsbeleid mogelijk maakt, blijkt uit de resultaten van de enquête dat bijna de helft van de zorgkundigen die deeltijds werken (47%), 'vaak' of 'bijna altijd' overwerkt en dat 52% vaak op het laatste moment

collega's vervangt (zie Figuur 12). 59% zegt dit te doen om een afwezige collega te vervangen en 72% om personeelstekorten op te vangen, wat erop wijst dat overuren en deeltijdwerk worden gebruikt om het personeel flexibeler in te zetten.

Figuur 12: Overuren volgens arbeidsregeling (Bron: EMOVA)



Naast overuren meldden respondentinnen in de enquête ook frequente vervangingen die op het laatste moment worden gevraagd. Zo vindt 60% van de verpleegkundigen dat dit hen frequent of vaak overkomt. Slechts 4% antwoordt dat ze dit type vervanging nooit moeten doen.

Tot slot moeten zorgverleners ook van afdeling veranderen, waardoor ondernemingen over een flexibel personeelsbestand beschikken wat hen toelaat snel in te spelen op noden. Deze interne overplaatsingen worden in ziekenhuizen toegepast om aanwervingsproblemen op te lossen en het absentisme te beheren. Een kwart van de verpleegkundigen en zorgkundigen zegt dit frequent of vaak te doen. Van de betrokken verpleegkundigen zegt 34% dat ze deze lastminute aanpassingen eerder negatief ervaren en 10% zeer negatief.

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

3.3. Onderlinge relaties op het werk

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

3.3.1. Relaties tussen zorgverleners

Over het algemeen blijken de relaties tussen collega's voor de overgrote meerderheid van de geïnterviewde verpleegkundigen en zorgkundigen bevredigend. Solidariteit tussen collega's lijkt een diepgewortelde waarde in de zorgberoepen (Pariante, 2019). Elkaar helpen, taken verdelen en collega's niet in de steek laten, schept teamgeest. **“Hoe moeilijker het werk, hoe natuurlijker en zelfs noodzakelijker het is dat de eenheid van het team geen barsten vertoont”** (Pariante, 2019, p. 65, eigen vertaling). Volgens Estryn-Behar en Le Nezet zijn “steun en solidariteit bevorderlijk voor de veiligheid en sereniteit van verzorgenden en de kwaliteit van het werk dat ze doen” (Estryn-Behar & Le Nezet, 2006, pp. 12-13, eigen vertaling).

Van de respondenten van de EMOVA-enquête ervaart bijna twee derde de relaties tussen collega's als vriendschappelijk (45%) of ontspannen (26%), terwijl slechts 2% ze als vijandig en 12% als gespannen beoordeelt. De kwaliteit van deze relaties lijkt daarom een bepalende factor te zijn voor de intentie om de job en/of het beroep te verlaten (zie Tabel 2). Goede relaties lijken een beschermende factor te zijn tegen personeelsmobiliteit.

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

Tabel 2: Intentie om de baan op te zeggen volgens de kwaliteit van de professionele relaties (Bron: EMOVA)

	Vijandig/ gespannen	Neutraal	Ontspannen/ vriendelijk	Gemiddeld
Overweegt de baan op te zeggen	57%	39%	19%	28%
Overweegt niet de baan op te zeggen	27%	40%	67%	57%
Weet het niet	16%	21%	13%	15%
Overweegt het beroep te verlaten	50%	37%	19%	26%
Overweegt niet het beroep te verlaten	29%	46%	68%	59%
Weet het niet	20%	16%	14%	15%

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

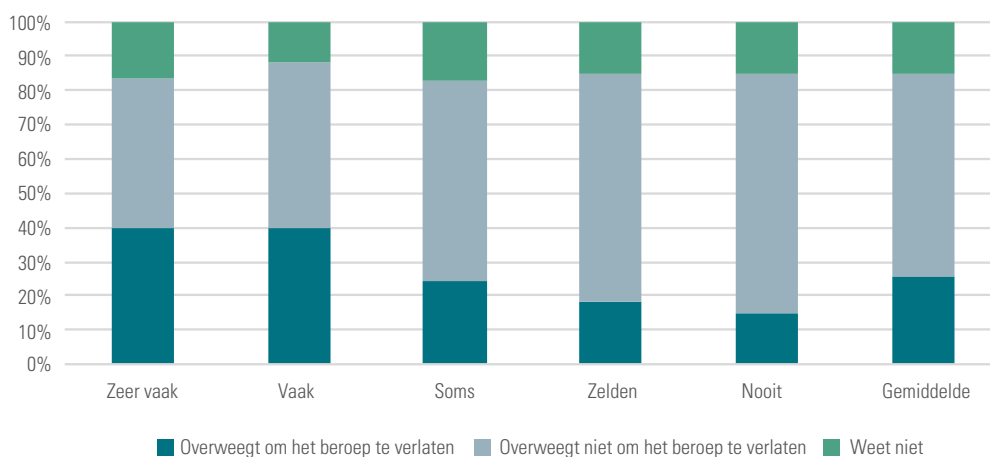
Afgezien van de gevallen van geweld die verband houden met interactie tussen zorgverleners, komen de hoogste percentages in termen van frequentie van door het personeel ervaren geweld van de zorgontvangers zelf of hun

familieleden (34% zegt dat het hen af en toe overkomt en 28% frequent of vaak).

3.3.2. Toename van geweld tussen verzorger en verzorgde

In Frankrijk zijn, in vergelijking met andere beroepssectoren, twee keer zoveel verpleegkundigen en zorgkundigen het slachtoffer van onbeleefdheid en fysiek of verbaal geweld tijdens hun werk dan de beroepsbevolking als geheel (Odoxa, 2022). Wanneer de relatie tussen verzorger en verzorgde wordt verstoord, kan dit geweld uitlokken. Wanneer de werkomstandigheden verwaarloosd worden, kunnen we ons voorstellen dat het gebrek aan tijd en personeel het opbouwen van een vertrouwenskader tussen verzorger en verzorgde in de weg staan. Het eigenlijke zorgwerk (*‘care-giving’*)²⁸ komt dan in het gedrang en wordt in zekere zin ontmenselijkt. Dit kan ertoe leiden dat zorgverleners het gevoel krijgen dat ze hun werk slecht doen of zelfs anderen slecht behandelen, wat leidt tot het al genoemde verlies van betekenis. Aan de andere kant kan dit de spanning en het geweld van verzorgden en hun families verklaren. “De werkomstandigheden van het zorgpersoneel, dat steeds sneller moet presteren met het oog op een hogere rendabiliteit, creëren geen klimaat dat bevorderlijk is voor de mentale en lichamelijke gezondheid van de werknemers” (Lootvoet & Peemans-Poulet, 2016, p. 39, eigen vertaling).

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



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

Voor verzorgers die gedreven worden door bezorgdheid om anderen en zich toespitsen op zorg, leidt geweld dat rechtstreeks door verzorgden wordt veroorzaakt tot “ontredding of zelfs een breuk in het psychologisch contract” (Brignon, Gapin, & Pantaléon, 2022, p. 124, eigen vertaling). We zien dan ook een verband tussen de frequentie van het geweld door de zorgontvangers en de intentie van de zorgverleners om het beroep te verlaten (zie Figuur 13).

3.4. Conclusie

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

Een van de sterkste conclusies die we nu al kunnen trekken, is dat het tekort een vicieuze cirkel creëert van slechtere arbeidsomstandigheden en zorgverleners die keer op keer afhaken. Als er een tekort is in de bouwsector, gaat de bouw van huizen langzamer. Maar een tekort in het gezondheidsdomein zorgt voor overbelasting van andere zorgverleners en brengt de gezondheid van de bevolking in gevaar²⁹. “Het tekort vergroot de organisatorische en emotionele belasting voor verpleegkundigen, die sowieso al dagelijks te maken hebben met moeilijke menselijke situaties” (Noirfalisse, 2019, p. 5, eigen vertaling). “Wanneer ze tot het uiterste worden gedreven, bestaat het risico dat deze werknemers zich op hun beurt afwezig melden, terwijl we er nu al niet in slagen vervangers aan te werven. **De gezondheidszorg bevindt zich in een neerwaartse spiraal” (Cornu, 2024, eigen vertaling), eerder dan dat ze voor een lineair probleem met oorzaken en gevolgen staat. Hier voeden de gevolgen de oorzaken en vice versa.**

4. Het ‘zorgen voor’ in crisis: verklaring van het gebrek aan waardering aan de hand van de *care*-theorieën

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

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

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

De tweede verklaring voor het gebrek aan waardering voor het ‘zorgen voor’ is gebaseerd op de voorstelling van *care*-werk als een ‘niet-productieve’ activiteit. Federici stelt het als volgt: “**De logica van het kapitalistische sys-**

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

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

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

Tot slot komt de onderwaardering van *care* ook voort uit de devaluatie van afhankelijkheid ten gunste van onafhankelijkheid en kracht. Veel mensen maken zichzelf wijs dat ze onafhankelijk zijn omdat ze de relaties waarvan ze afhankelijk zijn, verbergen (gezondheidszorg, voeding, kinderen, ouders, enz.). Hoewel deze hen ook ten goede komen, ontkennen ze tegelijkertijd de waarde van deze relaties (Hamrouni, 2012). De uitdaging is dan om de zorgrelaties (of overdracht van *care*) die onafhankelijkheid mogelijk maken, zichtbaar te maken, met name die tussen de klasse van vrouwen en de klasse van mannen, tussen welgestel-

de vrouwen en armere vrouwen, tussen burgers uit arme landen en burgers uit rijke landen, enz. (Okin, 1995). Terwijl we allemaal (mannen en vrouwen) afhankelijk zijn, is onafhankelijkheid voornamelijk toegankelijk voor ‘mannen’. **De paradox is als volgt: het is niet mogelijk om zonder *care* te leven en tegelijkertijd wordt de behoefte eraan cultureel uitgewist (Ehx, 2018).**

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

5. Enkele uitdagingen rond het tekort

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

5.1. Toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg

Het tekort dreigt een groot probleem van toegang tot zorg te veroorzaken doordat essentiële gezondheidszorg niet langer beschikbaar is (Cès, 2021). Deze onbeschikbaarheid kan zich concreet uiten in een wachtlijst of de beslissing van een patiënt-e om geen zorg te zoeken (Cès, et al., 2017). De onbeschikbaarheid van zorg treft in eerste instantie kwetsbare mensen, aan wiens basisbehoeften mogelijk niet wordt voldaan. Deze problematische situatie kan leiden tot een verslechtering van de fysieke en mentale gezondheid van mensen en een overdracht van de problemen naar hun mantelzorgers (burn-out, depressie, gezondheid, enz.). Helaas zullen de gevolgen van het gebrek aan beschikbare verpleegkundige diensten waarschijnlijk weinig zichtbaar zijn, omdat het tekort aan personeel ook

een impact heeft op de detectie van zorgbehoeften. De onbeschikbaarheid van verpleegkundige diensten zal de organisatie van de zorg waarschijnlijk ook na het ontslag van de patiënt-e uit het ziekenhuis in gevaar brengen, gezien de uitdagingen inzake thuiszorg (sterker afhankelijke mensen, zwaardere en complexere zorg, ongelijkheden op het gebied van huisvesting, enz.).

5.2. Taken verdelen, delegeren en overdragen

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

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

een verlies aan betekenis en een tekort aan personeel dat de patiënten verzorgt.

5.3. Verbanden tussen formele en informele zorg

Het tekort, gecombineerd met een verschuiving naar ambulante zorg en het feit dat ouderen vaak thuis blijven wonen, kan betekenen dat de last van de *care* bij meer informele³⁰ actoren komt te liggen. Dit kan op zijn beurt de ongelijkheid vergroten. Bovendien doen overheden steeds vaker een beroep op of delegeren ze naar informele zorg.

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

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

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

5.4. Noord-zuidkwesties

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

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

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

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

6. Aanbevelingen

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

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

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

1. **Van *care*-beroepen een prioriteit maken bij politieke en budgettaire beslissingen.**
2. **De kwantitatieve gegevens en informatie voor de planning van arbeidspotentieel verbeteren:** betere verzameling van gegevens over vacatures, retentiepercentages, personeelsverloop, territoriale spreiding, in- en uitstroom, onderwijs, kwantificering van informele *care* en gegevens over transnationale arbeidsstromen (OMS, 2022, p. 15). De verzameling van kwalitatieve gegevens over welzijn en levenskwaliteit op het werk verzekeren om de voorwaarden voor bevredigende en duurzame jobs voor zorgverleners te verbeteren.
3. **De Belgische omkaderingsnormen bijstellen tot minstens het Europese gemiddelde (8,3 voor 1).**
4. **Eens de arbeidsomstandigheden verbeterd zijn, een structureel, duurzaam en ambitieus plan uitwerken op vlak van aantrekkelijkheid en retentie**, en de sociale erkenning van het beroep verbeteren door af te stappen van het beeld van zorg als opoffering. We moeten ook **de retentie van studenten verbeteren**³¹ bij stages (wat in de eerste plaats een verbetering van de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen betekent).
5. **Meer stages buiten de ziekenhuisstructuren organiseren**, zodat er ook in andere verpleegsectoren (thuiszorg, woonzorgcentra, kleine voorzieningen, enz.) opleidingen kunnen plaatsvinden en **ervoor zorgen dat elke stageplaats een warm onthaal en hoogwaardige ondersteuning bij het leerproces biedt**. Gezien de omvang van het tekort, **een vergoeding invoeren voor de stagiair-es in deze sector**, zoals al gebeurt in Frankrijk, Zwitserland en Duitsland.

6. **De lonen van de werknemers herevalueren** om rekening te houden met de langere studieperiode, **bepaalde prestaties opwaarderen** door de nomenclatuur aan te passen aan de toenemende complexiteit en intensiteit van de **zorg**, en **de kilometervergoeding verhogen** voor zelfstandigen en het personeel in de thuiszorg.
7. De **erkenning van diploma's** behaald in landen buiten de Europese Unie, door mensen die nu in ons land wonen vereenvoudigen. Dit op basis van nauwkeurige criteria, in het bijzonder rekening houdend met de taalvaardigheid van patiënten, zodat zij het beroep kunnen uitoefenen waarvoor ze zijn opgeleid.

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

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

8. **De loopbaanontwikkeling verbeteren** en alle zorgverleners uit de verschillende basisopleidingen de mogelijkheid bieden zich te specialiseren en hun competenties uit te breiden. Loopbaanontwikkeling en -continuïteit mogelijk maken op basis van basiscompetenties, erkenning van verworven competenties, opleidingen en verantwoordelijkheden. Deze moeten niet alleen gericht zijn op de technische aspecten van de zorg, maar ook op de vaardigheden en bekwaamheden

31 Zie de aanbevelingen van (Grard, Baquet, & Mugisha, 2023).

van het 'zorgen voor' (een vertrouwensband scheppen, zorgzaamheid, empathie, luisteren, enz.). De opleidingen valoriseren die leiden tot *care*-werk, in het bijzonder 'aan het bed' van de patiënt-e.

9. **De tijd voor preventie (gezondheidsbevordering en -opvoeding) en relaties (luisteren, ondersteuning, enz.) officieel opnemen in de nomenclatuur middels specifieke codes** om de kern van de zorgberoepen en, de tijd voor teamwerk te beschermen. Bovendien ook de waarde van kleine prestaties in de thuiszorg verhogen zodat de nodige tijd voor de *care*-aspecten in acht wordt genomen.
10. **Stabiele en complete teams verzekeren**, die garant staan voor welzijn op het werk, solidariteit en plezier om een betere zorg en een beter beheer van ieders taken mogelijk te maken. Teamwerk opnemen in de opleiding, zodat de zorgverleners kunnen samenwerken in het belang van de persoon die verzorgd wordt.
11. **De continuïteit van de zorg binnen een holistische, op *care* gerichte visie alsook de gezondheidsdoelstellingen vooropplaatsen, en verkiezen boven het delegeren van taken aan nieuwe functies en het versnipperen** van vaardigheden. Het doel is na te gaan of er een goede afstemming is tussen functieprofielen en de taken, door te bekijken wanneer delegatie aangewezen is, zonder nieuwe categorieën te onderwaarden.

6.3. De veiligheid op het werk verzekeren

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

12. **De bescherming van werknemers tegen gezondheids- en veiligheidsrisico's op de werkplek** (spier- en skeletaandoeningen, ziekteverwekkers, parasieten, psychische aandoeningen, enz.) garanderen en zorgen voor

beschermende uitrusting, ook voor thuisverzorgers, waarbij de kosten voor bescherming voor zelfstandigen worden vergoed.

13. **Werk maken van preventie inzake geweld**, discriminatie, misbruik en intimidatie van stagiair-es, tussen zorgverleners en door patiënten, hun naasten en familieleden. Geweldbeheersing en teamwerk opnemen in de opleidingen. **De referentieorganen en mechanismen voor schadevergoeding meer bekendheid geven en echt toegankelijk maken voor iedereen.** Zorgen voor de aanwezigheid van meerdere vertrouwenspersonen in de organisatie.
14. **De zwaarte van het beroep van verpleegkundige en zorgkundige erkennen** door ze op te nemen in de officiële categorie van zware beroepen en betere regelingen uitwerken voor het einde van de loopbaan.

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

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

15. **De risico's van presenteïsme verkleinen** door de verantwoordelijken voor personeelsbeheer hierin op te leiden.
16. **Ervoor zorgen dat overuren** volgens de keuze van de werknemer **worden gecompenseerd of uitbetaald.** De bonussen voor nacht- en weekendwerk optrekken.
17. De banen van zorgkundigen vaster maken door contracten voor onbepaalde tijd aan te bieden, door loopbaanontwikkeling via opleiding mogelijk te maken en

door **deeltijdwerk als belangrijkste vorm van arbeidsorganisatie in deze sector tegen te gaan**. Dit leidt namelijk tot onvrijwillig deeltijdwerk.

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

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

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

19. **De sociale beoordeling verbeteren en garanderen** (mogelijkheid van thuishulp, sociale of gemeenschapsondersteuning) **en de beoordeling van de leefomgeving wanneer mensen na een opname weer naar huis gaan, rekening houdend met de sociale ongelijkheden en ongelijkheden op vlak van huisvesting** die indirect van invloed zijn op de kwaliteit van de thuiszorg. Intermediaire structuren tussen ziekenhuis en thuis ontwikkelen om ervoor te zorgen dat deze ongelijkheden niet verergeren door vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis en om heropname in het ziekenhuis te voorkomen.
20. **De familie de financiële middelen en tijd geven die ze nodig heeft om zorg te verlenen** door informatie te verstrekken over thematische verloven en deze ook te garanderen, in het bijzonder voor mannen en bepaalde doelgroepen zoals eenoudergezinnen of gezinnen met een laag inkomen (ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand, palliatief zorgverlof en mantelzorgverlof). **Mantelzorgers ondersteunen** door begeleiding (omgaan met het emotionele aspect, preventie van burn-out of familiale conflicten, enz.).
21. **Individen de vrije keuze geven tussen institutionele structuren of thuiszorg**, en de infrastructuur en menselijke hulpbronnen garanderen die hiervoor nodig zijn.

Conclusie

Deze studie bracht een onevenwicht aan het licht tussen het aantal verpleegkundigen en zorgkundigen in de gezondheidszorg enerzijds en de groeiende vraag naar zorg anderzijds, zowel nu als in de toekomst. Deze beroepen bevinden zich in een crisis en kampen met een personeelstekort. Uit planningsgegevens tot 2046 blijkt in het bijzonder dat het personeelbestand niet toereikend zal zijn om aan de vraag in de thuiszorg en de WZC-sector te voldoen in beide gemeenschappen, alsook in de Vlaamse ziekenhuissector. Tegelijkertijd zijn het ziekteverzuim en het risico op burn-out in ziekenhuizen hoog. De normen voor het aantal patiënten per verpleegkundige liggen in België nog steeds hoger dan het Europees gemiddelde.

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

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

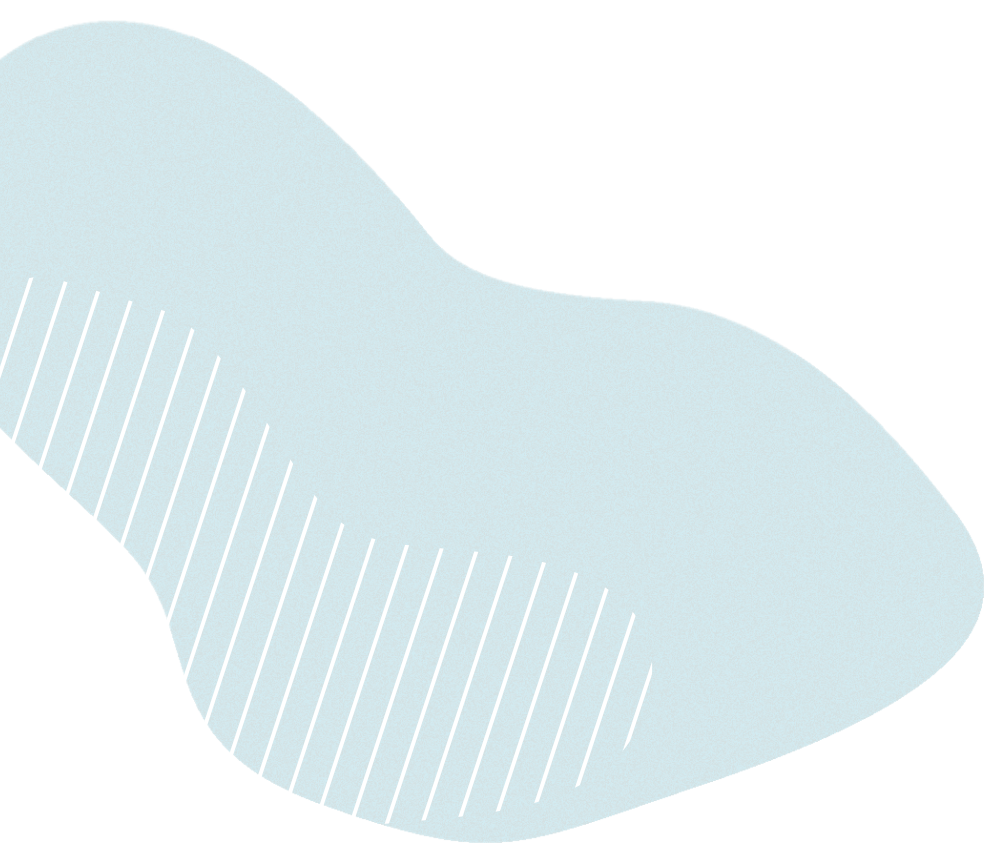
De aantrekkelijkheid van *care*-beroepen blijft echter afnemen. Dit wijst op een crisis in het 'zorgen voor', die al begint bij de studenten. Gezien het verlies van betekenis en de cijfers over ontevredenheid onder verpleegkundigen, lijkt het complex om in deze context jonge zorgverleners op te leiden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

Personeelsretentie bij verpleegkundigen en zorgkundigen is een hele uitdaging en vereist in de eerste plaats betere

arbeidsomstandigheden voor zorgverleners. De problemen die verzorgers ervaren zijn chronisch. Het tekort doet zich voor in een sector waar 86% van de werknemers vrouwen zijn. De onmogelijkheid om werk en privéleven te combineren is een bepalende factor voor mensen die hun job of het beroep verlaten. Dit verklaart ook waarom het zo moeilijk is om verpleegkundigen tussen 25 en 40 jaar aan boord te houden. Door de moeilijkheden om werk en gezin te combineren en door de zware aard van de beroepen kiezen velen van hen bovendien voor deeltijdwerk. Deze factoren tonen aan dat het tekort niet losstaat van genderkwestie in de huiselijke en gezins sfeer.

De stijgende werkdruk als gevolg van personeelstekorten en de toenemende complexiteit van de zorg, in combinatie met de toename van niet-verpleegkundige taken, betekent dat bepaalde - met name relationele – prestaties niet worden uitgevoerd. Deze onmogelijkheid vergroot de ontevredenheid over het werk, leidt tot een verlies van betekenis, tot de intentie om het beroep te verlaten en vergroot, uiteindelijk, het tekort. Ook rationalisatie en computerisering hebben nadelige gevolgen voor het 'zorgen voor'. Tot slot krijgen veel verzorgers te maken met situaties van geweld die een sterke invloed hebben op hun intentie om hun job en/of beroep op te geven. Het feit dat weinig teams volledig zijn en een gebrek aan tijd voor teamwerk, lijken eveneens zeer nadelig te zijn.

Als de huidige en toekomstige tekorten aanhouden, zullen de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg eronder lijden. Ook zal het evenwicht tussen werk en privéleven verslechteren (de zorg die door familieleden wordt verleend, zal waarschijnlijk toenemen en het beroepsleven van vrouwen, alleenstaanden en mensen in precare situaties bemoeilijken) en zal de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige verder uithollen. De *care*-beroepen, waar tijd, relaties en anderen nabij zijn centraal staan, bevinden zich in een crisis omdat precies deze essentiële componenten zijn aangetast door de prestatiedrang van de hedendaagse samenleving. Deze problemen komen tot uiting in de oorzaken van het tekort aan verpleegkundigen en weerspiegelen meer in het algemeen de moeilijkheden waarmee mensen tewerkgesteld in de *care*-beroepen te maken hebben: "Nanny's, zorgverleners, huishoudsters, huishoudhulpen met of zonder papieren, betaald of onbetaald, [en daar voegen wij nog verpleegkundigen, mantelzorgers of andere *care*-functies zoals kinderbegeleiders, leerkrachten, enz. aan toe] vormen een onzichtbaar leger dat verbannen wordt naar de coulissen van een wereld van prestaties die hen wil negeren. De winnaars zijn dan diegenen die er al te goed in slagen om niet te zien hoe hun succes en de uitbreiding van hun slagkracht afhangen van wie hen bedient" (Laugier, 2010, p. 118, eigen vertaling), en van de zorg, de *care*, die ze krijgen.



Bibliografie

- Achmet, V., & Commeiras, N. (2018). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? *Management & Prospective*, 35, 119-148.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- ACN. (2022). Manquerons-nous d'infirmiers et d'infirmières en 2043.
- Arnoux-Nicolas, C., Dosnon, O., Lallemand, N., Sovet, L., Di Fabio, A., & Bernaud, J. (2016). Influence des différences interindividuelles et de la mobilité professionnelle sur le sens du travail. *Le travail humain*, 79, 147-168.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness Presenteeism : Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), 958-966.
- Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023.
- Belga. (2023). *Infirmiers, aides-soignants... : une dizaine de milliers de manifestants en colère ont défilé à Bruxelles*. <https://www.rtb.be/article/infirmiers-aides-soignants-une-dizaine-de-milliers-de-manifestants-en-colere-ont-defile-a-bruxelles-11212458>.
- Benayad, M. (2023). Mon stage d'infirmière devait être un rêve. Je suis devenue de la main-d'œuvre gratuite et corvéable pour des supérieurs qui me méprisent. *Lalibre*.
- Bensliman, R., Casini, A., & Mahieu, C. (2021). "Squeezed like a lemon": A participatory approach on the effects of innovation on the well-being of homecare workers in Belgium. *Health & Social Care in the Community*, 30.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagber, G., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow ? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629-638.
- Berthe, B., & Dumas, M. (2020). Le présentéisme et ses leviers émotionnels comme problématique managériale : une étude par entretiens semi-directifs auprès du personnel soignant. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 38(9), 25-48.
- Bonneville, L., Grosjean, S., & Mayère, A. (2010). Rationalisation des organisations hospitalières. *Sciences de la société*, 76, 3-13.
- Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *ADSP 2022/2 (N°118)*, 11-14.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Réponses*. Paris: Seuil.
- Brignon, B., Gapin, M., & Pantaléon, N. (2022). La mobilité soignante non choisie discutée depuis l'activité managériale du cadre de santé débutant. *Recherche en soins infirmiers*, 149, 19-30.
- Bruyneel, A., Bouckaert, N., Maertens, C., Detollenaere, J., Kohn, L., Pirson, M., . . . Van den heede, K. (2023). Association of burnout and intention to leave the profession with work environment : A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 137.
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive & Critical Care Nursing*, 65.
- Casini, A., Degavre, F., Desmette, D., & Melotte, P. (2021). *Honeypot. Projet de recherche sur les métiers des personnels de soins à domicile*. Louvain-la-Neuve: UCLouvain.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Cornu, G. (2024). SOS, soins de santé en détresse! *Le soir*.
- Cors, S. (2023). *Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ?* Louvain-la-Neuve: Université catholique de Louvain.
- Dancot, J., Pétré, B., Dardenne, N., Donneau, A., Detroz, P., & Guillaume, M. (2021). Exploring the Relationship between First-Year Nursing Student Self-Esteem and Dropout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2748-2760.
- De Bouver, E. (2015). *L'existential est politique : enquête de sociologie politique sur le renouveau du militantisme : les cas des simplici-taires et des coaches alternatifs*, Thèse de doctorat en sciences sociales. Université catholique de Louvain.
- De Rynck, P., & Dispa, M.-F. (2023). L'emploi dans l'aide et les soins, quel avenir ? Bruxelles: Fédération Roi Baudouin.
- Demerouti, E., Le Blanc, P., Bakker, A., Schaufeli, W., & Hox, J. (2009). Present but sick : a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- Denizeau, L. (2023). *De nos vulnérabilités. Habiter le monde en ces temps d'incertitude*. Bruxelles: Temps d'arrêt. <https://www.yapaka.be/livre/livre-de-nos-vulnerabilites-habiter-le-monde-en-ces-temps-dincertitude>.
- Detollenaere, J., Dauvrin, M., Deschodt, M., Cerulus, M., Dobbels, F., Heeren, P., . . . Van den Heede, K. (2023). *Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- D'Ortenzio, A., Lahaye, L., Stultjens, E., & Vierendeel, E. (2021). *Aidant-es proches : tour d'horizon dans une perspective de genre*. Bruxelles: Femmes Prevoyantes Socialistes.
- Dussuet, A. (2002). Le genre de l'emploi de proximité. *Lien social et Politiques*, 47, 143-154.
- Ehx, A. (2018). Notice bibliographique. Un monde vulnérable - pour une politique du care, Joan Tronto. Dans Ouvrage collectif, *Neuf essentiels sur l'art, le soin et les milieux des soins* (pp. 51-56). Bruxelles: Culture & Démocratie.

- Estryn-Behar, M., & Le Nezet, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres*, 2, 2-14.
- Eyland, I. (2021). Les savoirs infirmiers liés au care exprimés dans les gestes professionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 105-115.
- Federale raad voor verpleegkunde. (2017). *De deontologische code voor de Belgische verpleegkundigen*.
- Federici, S. (2021). Du «salaire au travail ménager» à la politique des communs. *La Découverte*, 46, 179-184.
- Fisette, M.-L. (2013). Encore quelques papiers, chers collègues, chers docteurs. *Cahier Santé Conjuguée*, 64, 108-113.
- Fleuri, C. (2019). *Le soin est un humanisme*. Paris: Gallimard.
- FOD Volksgezondheid. (2021). *PlanKad Verpleegkundigen 2004-2018*. Brussel.
- FOD Volksgezondheid. (2022). *Jaarstatistieken. Met betrekking tot beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België*. Brussel.
- FOD Volksgezondheid. (2024a). *PlanKad Verpleegkundigen 2019-2021*. Brussel.
- FOD Volksgezondheid. (2024b). *De Verpleegkundigen workforce in 2046: toekomstprojectie op basis van de reële instroom tot 2022. Resultaten van de basisscenario's. Synthese*. Brussel.
- Fusulier, B., & Moulart, T. (2012). Etre infirmière et parent : une approche compréhensive des engagements et des parcours professionnels en Belgique francophone. *Les cahiers de recherche du Girsef*, 88.
- Fusulier, B., Sanchez, É., & Ballatore, M. (2013). Appartenance professionnelle et articulation travail/famille. Comparaison de deux groupes professionnels : les infirmières et les policiers. *Enfances, Familles, Générations*, 18, 94-119.
- Grard, C., & Allen, C. (2024). *Bonnes pratiques à l'étranger en matière de revalorisation des métiers du soin. Le cas de quatre pays européens*. Récupéré sur <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>
- Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L. (2023). Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation. UCLouvain.
- Hamrouni, N. (2012). *Le care invisible : Genre, vulnérabilité et domination, Thèse de doctorat en philosophie*. Université de Montréal et Université catholique de Louvain.
- Hellendorff, Y. (2023). Un manque généralisé. *Santé conjugée*, 103.
- Henry, H. (2023). Hoe het welzijn verbeteren aan het einde van de loopbaan? . *Gezondheid & Samenleving*, 6, 6-35.
- Henry, H., Morissens, A., & Streel, C. (2022). Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.
- Hueranos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Récupéré sur <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>.
- Hueranos Esparza, I. (2012). El cuidado invisible de la enfermera. *Archivos de la Memoria*. Récupéré sur <http://ciberindex.com/c/am/e9415>
- Kamer van Volksvertegenwoordigers. (2023). *Beknopt Verslag, Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen, Dinsdag 14-02-2023*.
- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2004). Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 42-58.
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F. (2018). Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? Dans E. Minvielle, *Manager une organisation de santé: L'apport des sciences de gestion* (pp. 75-97). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42, 112-125.
- Le Petit Larousse. (1998).
- Livolsi, A.-M. (2023). Le recours au temps partiel par le personnel infirmier en milieu hospitalier. *Etat de la Question IEV*, 1-7.
- Lootvoet, V., & Peemans-Poullet, H. (2016). *Un travail sans qualité? Enjeux de la qualification du travail des femmes : le secteur des soins*. Bruxelles: Université des femmes.
- Mahieu, C. (2010). *Le maillage des espaces de qualification : production d'une théorie enracinée à partir du cas de la validation des compétences en Belgique francophone. Thèse de doctorat*. Université catholique de Louvain.
- Martinez-Garcia, E., Hausmann, T., & Wiseur, G. (2020). *Enquête sur le caractère (in)volontaire du temps partiel féminin*. Bruxelles: ULB - Centre METICES.
- Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101, 78-83.
- Merla, L., & Degavre, F. (2016). Le concept de défamilialisation à l'épreuve du care transnational. L'exclusion des travailleuses migrantes domestiques des politiques de care. *Informations sociales*, 194, 50-60.
- Monneuse, D. (2013). *Le surprésentéisme*. Bruxelles: De Boeck.
- Montay J. (2023). À quoi ressemblera le métier d'infirmier de demain ? La réforme de la profession se profile. *RTBF*.
- Muller, I. (2018). Les limites de l'organisation de la première ligne. *Santé conjugée*, 85.
- Nedelsky, J. (1989). Reconciving autonomy: Sources, thoughts and possibilities. *Yale Journal of Law and Feminism*, 1(7), 7-36.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Noël-Hureaux E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122, 7-17.
- Noirfalisse, Q. (2019). L'hôpital du futur, vraiment ? - Blouses blanches, colère noire. *Médor*.

- Nooney, J. G., Unruh, L., & Yore, M. M. (2010). Should I stay or should I go? *Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S. Social Science & Medicine*, 70(12), 1874-1881.
- Odoxa. (2022). Observatoire MNH vague 2 «Etat des soignants et des personnels hospitaliers». Une enquête Odoxa pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) et Le Figaro Santé, avec le concours scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po.
- Okin, S. (1995). *Sur la question des différences. Dans La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales (p.57-59). Paris, France : la Découverte.*
- WHO. (2022). *Health and care workforce in Europe : time to act.*
- Oxfam. (2024). Economische ongelijkheid tussen mannen en vrouwen. <https://oxfambelgie.be/economische-ongelijkheid-tussen-mannen-en-vrouwen>
- Pariante, M. (2019). La solidarité professionnelle. *VST - Vie sociale et traitements*, 144, 64-67.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform : A Comparative Analysis (second edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Roux, A. (2013). Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face à un travail émotionnel empêché. *Communiquer*, 8, 81-98.
- Rusbult, C., Farrell, D., Rogers, G., & Mainous III, A. G. (1988). Impact of exchange variables on exit, voice, loyalty, and neglect: an integrative model of responses to declining job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 31(3), 599-627.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, 3.
- Statbel. (2023). *Kloof werkgelegenheidsgraad van vrouwen en mannen zonder kinderen volledig gedicht in 2021.*
- Statbel. (2024). *Demografische vooruitzichten 2023-2070.*
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le care ?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Twenge, J. M. (1997). Changes in Masculine and Feminine Traits Over Time : A Meta-Analysis. *Sex roles*, 36(5/6).
- Van den heede, K., Bouckaert, N., Detollenaere, J., Kohn, L., Maertens, C., Vanhooreweghe, J., . . . Sermeus, W. (2022). *Verpleegkundige bestaffing op belgische intensieve zorgen afdelingen: impact van twee jaar COVID-19 pandemie - Synthèse*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg .
- Van den heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., . . . Sermeus, W. (2019). *Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen- Synthèse*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vandecasteele, L. (2023). *Wassen, plassen, slapen, klaar. De crisis in de zorg en hoe eruit te raken*. EPO.
- Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel? *CM-Informatie*, 282, 30-45.
- View brussels. (2021). *Analyse des fonctions critiques 2020 en région de Bruxelles-Capitale.*
- Wierink, M. (2008). Critiques. *Travail, genre et sociétés*, 20, 181-227.

Levensendezorg tijdens een gezondheids crisis: moeilijk evenwicht tussen afstand en nabijheid

Ervaringen van CM-leden met levensendezorg tijdens de coronapandemie

Rebekka Verniest, Hervé Avalosse — Studiedienst

Met dank aan Kattie Ackaert

Samenvatting

De exponentiële toename van de zorgvraag, in combinatie met de opgelegde beperkingen, plaatsten zorg- en hulpverleners tijdens de coronapandemie voor de moeilijke uitdaging om toch zo kwaliteitsvol mogelijke zorg te verlenen. Dit was ook het geval in het domein van levensendezorg waar de maatregelen een negatieve impact hadden op enkele basiswaarden voor het verlenen van goede zorg, zoals het belang van een holistische benadering en aandacht voor de noden van de naasten.

Met het oog op lessen voor de toekomst is het belangrijk de impact van de pandemie en de genomen maatregelen te evalueren onder meer op levensendezorg. Het is daarbij een meerwaarde om alle stakeholders te beluisteren en dus niet alleen overheden, administraties en zorgverleners, maar ook patiënten en hun naasten. Inzichten hierover kunnen ertoe bijdragen dat overheden, zorg- en hulpverleners en de ganse samenleving beter voorbereid zijn op toekomstige vergelijkbare crises.

Met een online bevraging bij haar leden, ging CM na hoe nabestaanden de levenseindezorg voor een naaste tijdens de coronapandemie hebben ervaren. Velen evalueren de zorg en ondersteuning positief en konden in de laatste levensfase hun naaste bezoeken en afscheid nemen. Toch blijkt uit de resultaten de impact van de pandemie. Enkele belangrijke principes van kwaliteitsvolle levenseindezorg konden door de sanitaire crisis onvoldoende gegarandeerd worden. Zo was volgens een deel van de respondenten de zorg wel degelijk beperkter door de pandemie en voelden ze zich weinig of niet geïnformeerd over de gezondheidstoestand van hun naaste, noch over diens nakend overlijden. Velen konden niet of op een beperktere manier op bezoek gaan of konden geen afscheid nemen. Ook de (psychologische) hulp aan de naasten van de patiënt-e wordt door een aanzienlijk deel van de respondenten als ontoereikend bevonden. Tegelijk weten we uit de literatuur dat deze aandachtspunten niet nieuw zijn en ook voor de pandemie al verbeterpunten in levenseindezorg zijn vastgesteld.

Op basis van de bevindingen formuleren we een aantal aanbevelingen voor het beleid en de zorgverleners, zowel rond levenseindezorg in tijden van crisis of pandemie, als rond voorwaarden voor kwaliteitsvolle palliatieve zorg en levenseindezorg in het algemeen.

Sleutelwoorden: Levenseinde, levenseindezorg, kwaliteit, coronapandemie, ledenbevraging, kwantitatieve studie

Inleiding

Vanaf begin 2020 veroverde het COVID-19-virus de wereld. Al snel werd duidelijk dat het een grote weerslag zou hebben op samenlevingen. Op 11 maart 2020 riep de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) COVID-19 uit tot een pandemie (WHO, 2020). Gezien de ernstige gevolgen van dit virus voor de gezondheid van mensen, in combinatie met de snelle verspreiding ervan, kondigden overheden wereldwijd, en dus ook de Belgische, in de daaropvolgende dagen en weken strenge beperkende maatregelen af (Hale, et al., 2023; Sciensano, 2023), gebaseerd op de richtlijnen van de WHO (Zee, et al., 2023). Er was impact in alle domeinen van de samenleving: van een tijdelijke sluiting van sectoren als horeca, cultuur en vrijetijd, schoolsluitingen en de overschakeling op afstandsonderwijs en telewerk, tot het verplicht gebruik van mondklappers, afstandsregels en quarantaines, enz.¹

Met het oog op lessen voor de toekomst, is het belangrijk de impact van de pandemie en de genomen maatregelen op de samenleving voldoende te evalueren. Inzichten hierover kunnen ertoe bijdragen dat overheden, zorg- en hulpverleners en de ganse samenleving beter voorbereid zijn op toekomstige vergelijkbare crises. Dit is dus ook nodig voor de welzijns- en gezondheidszorg in het algemeen en de levensindezorg in het bijzonder. Daarbij is het belangrijk om de stem van alle stakeholders te horen en dus niet alleen deze van overheden, administraties en zorgverleners, maar ook deze van patiënten en hun naasten.

CM bracht de ervaringen van nabestaanden met levensindezorg voor een naaste tijdens de coronapandemie in België in kaart met een online bevraging bij een steekproef van leden die in de periode van maart 2020 tot september 2022 geconfronteerd zijn met het overlijden van een naaste. Hoe ervaren ze de zorg voor hun naaste? Konden ze afscheid nemen? Hoe verliep de communicatie met zorgverleners? Was er aandacht voor hun eigen noden? En zijn er verschillen tussen groepen respondenten? Na een kort literatuuroverzicht en een toelichting van de methodologie, worden de voornaamste onderzoeksresultaten via een beschrijvende analyse voorgesteld en vervolgens besproken. Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen voor levensindezorg in het algemeen en levensindezorg in een periode van (gezondheids)crisis in het bijzonder.

We zijn ervan overtuigd dat deze studie bijdraagt aan het inzicht in de ervaringen van mensen met levensindezorg in crisissituaties zoals de coronapandemie en hun verwachtingen hierover. Naast de informatie uit globale beleidsevaluaties en studies over ervaringen van zorgverleners, is ook informatie van naasten een waardevolle en noodzakelijke bijdrage tot het debat over hoe algemeen en zeker in tijden van crisis gestreefd kan worden naar kwalitatieve levensindezorg en hoe de belangen van individuen of zorgverleners verzoend kunnen worden met deze van de bredere samenleving.

1. De gevolgen van de pandemie voor de gezondheidszorg

Ook binnen de welzijns- en gezondheidszorg waren de coronacrisis en de opgelegde beperkende maatregelen duidelijk voelbaar. Wereldwijd stonden gezondheidssystemen zwaar onder druk. Het grote aantal besmettingen en de voor het nieuwe virus kenmerkende ernst van de ziektegraad, leidden tot een exponentiële toename in de zorgvraag, zowel in ziekenhuizen in het algemeen en de spoedeisende en intensieve zorg in het bijzonder (Grasselli, et al., 2022), als bij andere zorg- en hulpverleners zoals huisartsen, thuisverpleegkundigen, diensten gezinszorg, enz. (Sillis, 2020; de Goede & Born, 2021). Om de verspreiding van het virus tegen te gaan, golden bovendien zowel voor patiënten en hun naasten als voor zorg- en hulpverleners bij de uitoefening van hun job beperkende maatregelen. Naar gelang de fase van de pandemie ging het onder meer om het uitstellen van niet-dringende zorg, het overschakelen op zorgverlening op afstand waar mogelijk, het gebruik van beschermingsmateriaal, het isoleren van besmette patiënten, het beperken of zelfs opschorten van bezoekmogelijkheden in zorgvoorzieningen, de onmogelijkheid van direct contact tussen patiënten en hun naaste, enz. (Vandamme, 2020; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021; Zorgnet-Icuro, 2022; Departement Zorg, 2023). Ten slotte nam de werkdruk in de al overbevroegde sector verder toe door

¹ Zie onder meer <https://www.info-coronavirus.be/nl/news/>, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals>, <https://www.wallonie.be/fr/covid19/mesures-decidees-par-le-gouvernement-wallon>, <https://coronavirus.brussels/nl/category/covid-maatregelen/>.

een grote personeelsuitval door ziekte (Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021). Voor alle betrokkenen verliepen de zorg en ondersteuning dan ook onder moeilijke en stressvolle omstandigheden waardoor de kwaliteit ervan onder druk kwam te staan.

In dergelijke context verdient het domein van levenseinde en levenseindezorg bijzondere aandacht. De hoge sterftegraad door het virus zorgde voor meer levenseindesituaties en situaties waarin mensen onverwacht of op korte tijd overleden. Tegelijk golden de beperkende maatregelen, zeker in het begin van de pandemie, doorgaans op dezelfde manier in alle zorgsituaties en in alle levenseindesituaties, ongeacht of deze wel of niet rechtstreeks het gevolg waren van een coronabesmetting of ongeacht de setting. Het was al gekend dat in situaties van natuurrampen en gezondheids crises een aantal basisprincipes in palliatieve zorg onder druk komen te staan (Kelly, Mitchell, Walker, Mears, & Scholz, 2023). Concreet gaat het dan om de focus op de individuele noden en voorkeuren van de patiënt-e, voldoende symptoomcontrole, open communicatie met zorgverleners, ondersteuning van de naasten en aandacht voor de psychosociale, psychologische en spirituele noden (Yildiz, et al., 2022; Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021). Bijgevolg was het ook tijdens de coronapandemie een uitdaging om de kwaliteit van levenseinde, levenseindezorg en sterven te garanderen (Schloesser, et al., 2021; Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022). Dit had op zijn beurt een negatieve impact op het welzijn van zorgverleners en van de persoon aan het levenseinde en diens naasten, evenals op het rouwproces van de nabestaanden (Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021; Becqué, et al., 2024).

In verschillende domeinen is onderzoek gedaan naar de gevolgen van de coronapandemie en de beperkende maatregelen, zo ook in de gezondheids- en welzijnszorg (van Giessen, et al., 2020; Coma, Nora, & Mendez, 2020; Fieux, et al., 2020; Lavoie-Tremblay, et al., 2021) en de levenseindezorg (Mesquita, Abejas, & Vergès, 2023; Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021; Spacey, Porter, Board, & Scammell, 2021). De bedoeling van deze studies was onder meer het in kaart brengen van de gevolgen voor zorgverleners en patiënten en hun naasten, de impact op de kwaliteit van zorg, enz. Op basis van de resultaten concludeerden onderzoekers dat enkele basisprincipes van kwalitatieve levenseindezorg inderdaad niet gegarandeerd konden worden tijdens

de pandemie en formuleerden ze aanbevelingen voor toekomstige gezondheids crises.

Specifiek in het domein van levenseindezorg was er onder meer de CO-LIVE-studie, ontwikkeld in het kader van iLIVE², een studieprogramma met als algemene doelstelling het ontwikkelen van nieuwe, empirisch onderbouwde en duurzame interventies om de symptomen en het lijden aan het levenseinde te verlichten voor patiënten met gevorderde chronische ziekten en hun families. Het studieprogramma, gecoördineerd door prof. Dr. Agnes van der Heide van het Erasmus MC, greep de coronapandemie aan om de impact ervan na te gaan op levenseindezorg, en dit met een bevraging over ervaringen rond levenseindezorg tijdens de coronapandemie bij zowel professionele zorgverleners als nabestaanden. De verworven inzichten moeten toelaten beter voorbereid te zijn voor toekomstige crisissituaties, zowel op vlak van beleid als op vlak van het functioneren van voorzieningen. Dit specifieke onderzoek is in verschillende landen uitgevoerd, waaronder Nederland (Yildiz, et al., 2022; Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021), Duitsland (Schloesser, et al., 2021), het Verenigd Koninkrijk (Mayland, et al., 2021) en Zweden (Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022).

België was in deze studie betrokken via de onderzoeksgroep *End of Life care Research group VUB and UGent*, die zelf de ervaringen rond levenseindezorg tijdens de coronapandemie bestudeerde bij zorgverleners. Het onderzoek naar de ervaringen van nabestaanden is uitgevoerd door CM, in samenwerking met onderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB), verbonden aan de *End of Life care Research group VUB and UGent*. De studie kreeg een positief advies van het Ethisch Comité van UZ Brussel. CM hecht immers veel belang aan de levenskwaliteit en het welzijn van mensen doorheen het ganse leven (CM, 2024a), dus ook in hun laatste levensfase. Om dit te kunnen garanderen moet gestreefd worden naar kwaliteitsvolle levenseindezorg vanuit een holistische benadering, met niet enkel aandacht voor het onder controle houden van een ziekte, het verlichten van symptomen en het bieden van comfortzorg, maar ook voor de psychologische, sociale en spiritueel-existentiële dimensies die mee de levenskwaliteit bepalen. En hoewel de zorg- en levensdoelen van de patiënt-e steeds de centrale referentiepunten zijn, mag de ruimere context niet uit het oog verloren worden en moet er ook aandacht zijn voor de vragen en behoeften van naasten (Morel & Verniest, 2022).

2 Dit is een vierjarig project, gefinancierd door de Europese Unie binnen het Horizon 2020-programma, een financieringsprogramma van de Europese Commissie voor wetenschap, innovatie, onderzoek en ontwikkeling met als doel de mondiale concurrentiepositie van Europa te verbeteren en de economische en sociale ambities van de Europese Unie te stimuleren. Voor meer informatie zie <https://www.iliveproject.eu/>.

2. Methodologie: enquête bij CM-leden

2.1. Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is in de periode van 15 maart tot eind april 2023 een online bevraging gehouden bij een steekproef van 100.000 CM-leden tussen 18 en 90 jaar (60.000 Nederlandstalige en 40.000 Franstalige). Deze steekproef was representatief voor de Belgische bevolking naar leeftijd, geslacht en provincie van domiciliëring. Leden in een preciaire gezondheidstoestand werden van de steekproefselectie uitgesloten (= leden in een palliatieve situatie, leden opgenomen in een psychiatrische voorziening, leden met recht op het PVS-forfait³ en leden met een gekende diagnose dementie).

2.2. Online vragenlijst

De CM-studiedienst werkte op basis van de bestaande vragenlijst van het internationaal onderzoek en in overleg met onderzoekers van de VUB, verbonden aan de *End of Life care Research group VUB and UGent*, een vragenlijst uit, aangepast de Belgische context (bijvoorbeeld de benaming van types zorgvoorzieningen) en aangevuld met enkele vragen, bijvoorbeeld over het profiel van de respondent-e. Ook zijn voor een aantal vragen uit de voorbeeld-enquête de antwoordmogelijkheden verder uitgesplitst of uitgebreid. De aanpassingen hielden rekening met de vraag van de VUB om, in het kader van het internationaal project, een databestand te kunnen creëren met de antwoorden op een reeks vragen die in alle deelnemende landen zijn gesteld en die een internationale vergelijking mogelijk maken (= 'core dataset').

Na informatie over de aard, de methode en het doel van de studie, is aan de respondenten expliciet toestemming gevraagd voor het verzamelen en verwerken van hun antwoorden door onderzoekers van CM en van VUB, verbonden aan de *End of Life care Research group VUB and UGent*. Een positief antwoord was noodzakelijk om verder te kunnen gaan in de vragenlijst. In een afzonderlijke vraag

is toestemming gevraagd voor het opnemen van sommige antwoorden in de *core dataset* en deze te bezorgen aan het Erasmus MC (Medisch Centrum) te Rotterdam, Nederland om ze toe te voegen aan de internationale dataset met het oog op internationale *benchmarking*.

De eigenlijke vragenlijst startte met de vraag of de respondent-e in een van de coronagolven in de periode tussen begin maart 2020 en eind september 2022 geconfronteerd was met het overlijden van een naaste. Omwille van de betrouwbaarheid van de antwoorden lag de focus in de eerste plaats op de vierde en vijfde golf van de coronapandemie in België (begin oktober 2021 tot eind maart 2022). Indien dit niet het geval was, is gevraagd naar een eventuele ervaring in een andere coronagolf (respectievelijk de periode van 1 april tot 30 september 2022 en de periode van 1 maart 2020 tot eind september 2021).

Enkel diegenen van wie in een van deze periodes een naaste overleden was, konden de rest van de vragenlijst invullen. Deze bevatte vragen over:

- het profiel van de respondent-e (sociodemografisch, opleidingsniveau en beroepssituatie);
- de overleden naaste (geslacht, leeftijd, relatie tot de respondent-e, ziektebeeld, enz.);
- de ervaringen van de respondent-e met de zorg voor de naaste en de omstandigheden rond diens overlijden (verzorging van de naaste en ondersteuning van de naaste en de respondent-e, communicatie met zorgverleners, mate van betrokkenheid van de respondent-e, enz.⁴);
- het welbevinden en de gezondheid van de respondent-e.

Het begrip 'naaste' is voor dit onderzoek ruim omschreven als iemand die dicht bij de respondent-e stond. Het verwees niet alleen naar iemand uit de (naaste) familie zoals een ouder, grootouder of kind, maar bijvoorbeeld ook naar een dichte vriend-in. Wie met meer dan een overlijden van een naaste was geconfronteerd, is gevraagd om de enquête in te vullen voor het meest recente overlijden. Het begrip 'laatste levensfase' is voor dit onderzoek gedefinieerd als de periode net voor het overlijden van de naaste (= ongeveer een week). De vragen in de enquête hadden in principe betrekking op deze periode, tenzij in de vraag uitdrukkelijk een andere periode was vermeld.

3 PVS staat voor permanent vegetatieve status. Het gaat om personen die in een coma verzeild zijn na het oplopen van een ernstige acute hersenbeschadiging (na schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding, enz.) en waarbij de ontwaaktechnieken de toestand niet konden verbeteren en die thuis of in een centrum voor dagverzorging verzorgd worden.

4 De vragen over de zorg voor de naaste en de omstandigheden rond het overlijden zijn deels gebaseerd op een verkorte versie van de internationale vragenlijst *Care Of the Dying Evaluation* (iCODE) (Mayland, et al., 2019). In principe hebben de vragen van iCODE betrekking op de laatste twee dagen voor het overlijden van de naaste. In dit onderzoek is deze periode voor sommige vragen uitgebreid naar ongeveer een week.

2.3. Verwerking van de resultaten

Bij het afsluiten van de enquête eind april 2023, hadden 1.746 CM-leden de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld (1.279 Nederlandstaligen en 467 Franstaligen). Deze responsgraad van 1,7% is lager dan gebruikelijk en is mogelijk het gevolg van de gevoeligheid van het onderwerp. Voor de analyse is enkel rekening gehouden met de respondenten die in een van de aangegeven coronagolven geconfronteerd waren met het overlijden van een naaste en die bovendien de vragenlijst tot het einde hadden doorlopen, ongeacht of elke vraag beantwoord was. Om over een minimum aan informatie te beschikken, was een bijkomende vereiste dat ze minstens negen vragen beantwoord hadden. In totaal konden de antwoorden van 510 respondenten verwerkt worden.

Voor deze respondenten zijn vervolgens de antwoorden geanalyseerd uit de open antwoordoptie 'andere' die bij enkele vragen was voorzien. Hierbij is er maximaal naar gestreefd deze antwoorden te hercoderen naar een vooraf gedefinieerde antwoordmogelijkheid bij dezelfde vraag, soms door een verruiming van een bestaande antwoordmogelijkheid (de categorie thuisomgeving omvat zo niet alleen de thuis van de overleden naaste, maar ook de thuis van de respondent-e). Bij de vraag naar de geldende behandelbeperkingen is een nieuwe, oorspronkelijk niet voorziene antwoordcategorie aangemaakt, gezien de relevantie ervan voor de analyse. Deze nieuwe categorie 'comfortzorg' omvat antwoorden waarin verwezen is naar het vermijden van therapeutische hardnekkigheid, de opstart van palliatieve zorg, het bieden van comfortzorg, enz.

2.4. Beperkingen van het onderzoek

Dit kwantitatieve onderzoek biedt interessante informatie over de ervaringen van CM-leden met levenseindezorg voor een naaste tijdens de coronapandemie. Niettemin moet bij de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden met enkele beperkingen. Een eerste risico is de *nonresponse bias* (participatiebias) waarbij bepaalde zaken de keuze of mogelijkheid om aan de bevraging deel te nemen, mogelijk hebben beïnvloed en waardoor niet alle kenmerken van de ervaringen met levenseindezorg tijdens de pandemie in kaart zijn gebracht. Zo kan de deelnamebereidheid bepaald zijn door het feit of er al dan niet een ervaring was met levenseindezorg en door de mate waarin de ervaring hiermee in de onderzochte periode negatief of positief was. Aan wie na het invullen van de enquête nood had aan een gesprek, is wel aangeraden contact op te ne-

men met een zorgverlener of andere vertrouwenspersoon. Ook door de methodologie, een online bevraging, zijn mogelijk bepaalde groepen niet bereikt.

Verder is gepeild naar de persoonlijke ervaringen van CM-leden met levenseindezorg tijdens een van de coronagolven. De antwoorden weerspiegelen dan ook hun persoonlijke (subjectieve) ervaringen waardoor niet noodzakelijk alle soorten ervaringen met deze zorg in beeld zijn gebracht. Verder kunnen deze ervaringen beïnvloed zijn door de specifieke omstandigheden van de coronapandemie, maar is het niet uit te sluiten dat ook los van deze context de ervaringen met levenseindezorg van sommige respondenten niet (volledig) in overeenstemming zouden zijn met hun verwachtingen hierover.

Ook kunnen er tussen respondenten verschillen zijn in de nauwkeurigheid of volledigheid van hun herinneringen aan de levenseindezorg naargelang de tijd die al verstreken is sinds de periode van deze zorg en het overlijden van hun naaste (= *recall bias* of herinneringsbias). Het kan dus zijn dat sommigen zich zaken anders herinneren dan hoe ze zich in werkelijkheid hebben voorgedaan. Aangenomen wordt dat een bevraging over een periode die drie tot twaalf maanden in het verleden ligt, aanvaardbaar is voor accurate resultaten (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). Bij deze bevraging, uitgevoerd in de periode maart-april 23 over de coronaperiode maart 20-september 22, gaan de antwoorden van de meeste respondenten over een periode die al verder in het verleden ligt. Anderzijds wordt de mogelijkheid om zich een gebeurtenis te herinneren beïnvloed door het belang ervan voor de persoon (Coughlin, 1990) en bleek uit de literatuur al de grote impact van de coronapandemie en de beperkende maatregelen op ervaringen van mensen rond de zorg voor naasten, onder meer in levenseindesituaties (Fisher, Rice, Cozza, & Zuleta, 2022; Reitsma, et al., 2023). Dit beperkt tot op zekere hoogte het risico van de herinneringsbias.

Nog moet bij de vergelijking van enkele resultaten uit dit onderzoek met deze in vergelijkbaar onderzoek in andere landen in het kader van het CO-LIVE-project, steeds rekening gehouden worden met mogelijke verschillen in de methodologie, onder meer in de steekproefselectie en de bestudeerde periode binnen de coronapandemie, evenals met verschillen tussen de landen op vlak van de impact van het coronavirus op de samenleving en de getroffen maatregelen om de verspreiding ervan te beperken.

Ten slotte benadrukken we dat de vermelde verschillen in resultaten volgens bepaalde parameters zoals periode of

plaats van overlijden van de naaste een loutere beschrijving zijn van vaststellingen, zonder dat dit wijst op een causaliteit. Zo kan het zijn dat vastgestelde verschillen in ervaringen rond levenseindezorg tussen types zorgvoorzieningen al bestonden voor de pandemie (Yildiz, et al., 2022). Bovendien moet er hier ook rekening mee worden gehouden dat bij de opsplitsing volgens bepaalde parameters de resultaten soms betrekking hebben op een relatief beperkt aantal respondenten (< 50). De bevindingen zijn bijgevolg louter indicatief.

3. Resultaten: ervaringen rond levenseindezorg bij CM-leden

3.1. Profiel van de respondenten

Bijna twee derde van de respondenten is vrouw (64,7%). Naar leeftijd is 9,8% tussen de 18 en 39 jaar, 26,9% tussen de 40 en 59 jaar, 43,9% tussen de 60 tot 74 jaar en 19,4% tussen de 75 en 90 jaar. De mediane leeftijd is 64 jaar, de gemiddelde leeftijd 62 jaar. Twee respondenten op drie wonen in Vlaanderen, ruim een op vier in Wallonië en 6,5% in Brussel. Naar opleiding is 57,8% langgeschoold (minstens diploma hoger onderwijs), 28,0% middengeschoold (hoogstens diploma secundair onderwijs) en 13,5% kortgeschoold (geen diploma secundair onderwijs). Iets meer dan zes op de tien respondenten is op het moment van de bevraging niet (meer) of nog niet beroepsactief (gepensioneerd, arbeidsongeschikt, student, enz.).

Aan de respondenten is gevraagd of tijdens de coronapandemie een naaste is overleden en in welke golf van de pandemie dit was. Gezien de focus van het onderzoek, is in de eerste plaats gepeild naar dergelijke ervaring tijdens de vierde of vijfde coronagolf (oktober 21-maart 22). Deze groep omvat 44,1% van de respondenten. Bij een negatief antwoord op deze vraag, is verder gepeild naar een eventuele ervaring in de periode april 22-september 22, wat voor 9,2% van de respondenten het geval was. De overige respondenten beantwoordden de vragenlijst op basis van de ervaring met het overlijden van een naaste in de periode maart 20-september 21 (46,7%). Voor de verdere analyse zijn de antwoorden gehergroepeerd in twee periodes: de periode maart 20-september 21 (46,7% van de respondenten) en de periode oktober 21-september 22 (53,3% van de respondenten).

3.2. Profiel van de overleden naaste en plaats van overlijden

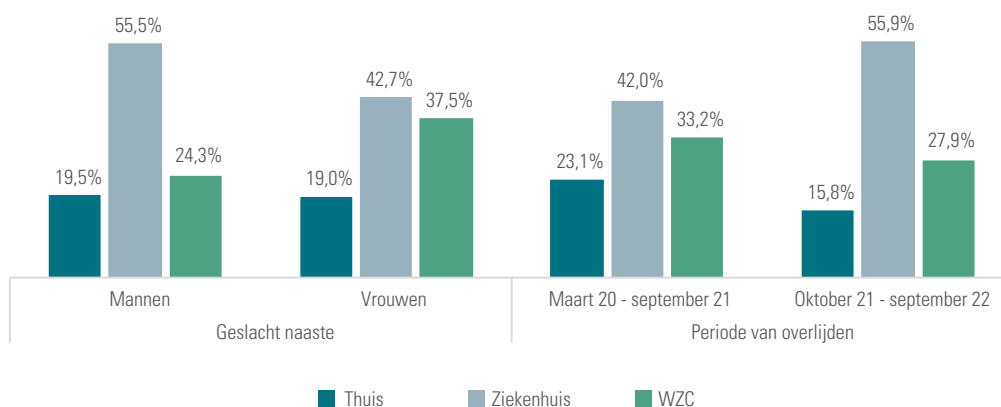
Van de overleden naasten was 53,3% man en 45,5% vrouw. Bijna twee op de drie was 75 jaar of ouder en 19% tussen de 60 en 74 jaar. De mediane leeftijd bedroeg 82 jaar, de gemiddelde leeftijd 79,3 jaar. Naasten overleden in een woonzorgcentrum (WZC) waren doorgaans ouder dan deze overleden in de thuisomgeving of in het ziekenhuis (mediane leeftijd respectievelijk 88, 77 en 80 jaar). In 90% van de gevallen was de overleden naaste een familielid van de respondent-e, voornamelijk een ouder of schoonouder (47,0%) of partner (15,5%). Bij ruim een op de tien respondenten ging het een om (schoon)broer of (schoon)zus en bij 8,2% om een vriend-in.

Een meerderheid van de overleden naasten was in de periode rond het overlijden zeker niet (42,0%) of wellicht niet (16,5%) besmet met het coronavirus. Bij respectievelijk 26,7% en 10,0% was dit zeker of waarschijnlijk wel het geval. Verder leed 32,2% van hen aan kanker, 20,8% aan een hart- of vaatziekte en 15,1% aan een longziekte. 12,7% had dementie en 11,6% diabetes. Statistieken voor België geven aan dat tumoren en hart- en vaatziekten algemeen de belangrijkste doodsoorzaken zijn (Statbel, 2021).

Een grote meerderheid van de naasten overleed in een voorziening: 30,4% in een WZC en 49,4% in het ziekenhuis (waarvan 31,7% op de afdeling intensieve zorgen, 17,9% op een palliatieve eenheid en 16,3% op een corona-afdeling). 19,2% overleed in de thuisomgeving (= de eigen woning, de woning van de respondent-e of een assistentiewoning). Deze cijfers wijken niet sterk af van algemene cijfers over plaats van overlijden. In Vlaanderen vond in 2019 21,6% van de overlijdens thuis plaats, 31,1% in woonzorg en 44,5% in het ziekenhuis (Departement Zorg, 2024b).

Figuur 1 toont dat er voor overlijdens in de thuisomgeving geen verschil is volgens geslacht van de overleden naaste. Voor overlijdens in een residentiële setting zien we dat mannen, in vergelijking met vrouwen, vaker in het ziekenhuis zijn overleden en vrouwen vaker in een WZC. Dergelijke verschillen zijn er ook in niet-coronajaren. In 2021 overleed in Vlaanderen 38,7% van de vrouwen in een WZC, tegenover 21,2% van de mannen. Van de mannen overleed 46,9% in het ziekenhuis, tegenover 38,7% van de vrouwen (Departement Zorg, 2024b). Deze verschillen zijn wellicht het gevolg van de hogere levensverwachting bij vrouwen en het feit dat hoge leeftijd een van de bepalende factoren is voor opname in een WZC (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010). Ten slotte vonden overlijdens in de

Figuur 1: Plaats van overlijden van de naaste van de respondenten volgens geslacht van de overleden naaste en volgens periode van overlijden (Bron: CM)



periode tussen maart 20, het begin van de pandemie, en eind september 21 vaker thuis plaats dan overlijdens in de periode oktober 21-september 22. Het aandeel overlijdens in een ziekenhuis is in de eerste periode van de pandemie tot eind september 2021 beduidend lager dan in de periode oktober 21-september 22.

3.3. Ervaringen rond levenseindezorg

3.3.1. Beoordeling van de zorg en ondersteuning

Hoe ervaren de respondenten de zorg voor en behandeling van hun naaste in diens laatste levensfase⁵? Ongeveer de helft antwoordt dat het (vrijwel) zeker is dat **de behandeling van de naaste beperkt was als gevolg van de coronacrisis**. Dit aandeel is kleiner bij respondenten wiens naaste overleed in de periode oktober 21-september 22 (45,9% tegenover 53,8%) of in de thuisomgeving (34,7% tegenover 46,9% in het ziekenhuis en 63,7% in het WZC). Het grootste verschil zien we volgens de besmettingsstatus van de overleden naaste. Van de respondenten wiens naaste (waarschijnlijk) corona had, ervaarde 61,3% beperkingen, tegenover 41,9% van de andere respondenten.

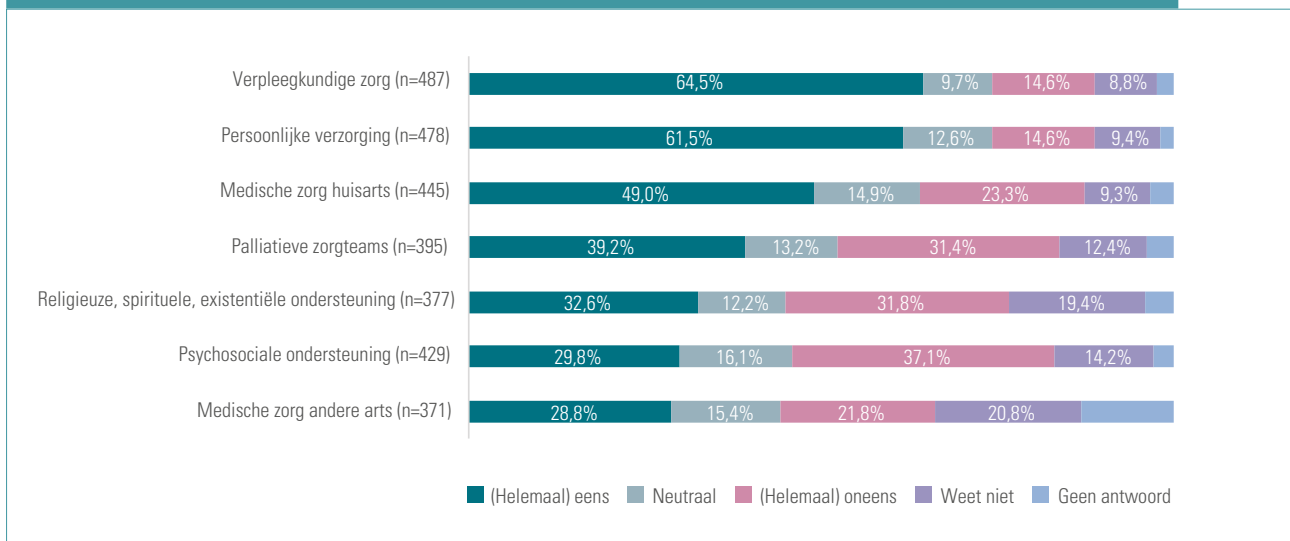
Aan de respondenten is **voor verschillende types zorg en ondersteuning in de laatste levensfase van de naaste gevraagd of deze voldoende was**⁶. Deze evaluatie is het vaakst positief voor verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging, maar ook voor de medische zorg door de huisarts vindt ongeveer de helft dat deze voldoende was (zie Figuur 2). Het aandeel respondenten dat de zorg en ondersteuning ontoereikend vond, varieert van bijna een op de zeven voor verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging tot ruim drie op de tien voor algemene psychosociale ondersteuning en religieuze of spirituele/existentiële ondersteuning. Een deel van de respondenten geeft ook expliciet aan dit niet te weten.

In vergelijking met overlijdens in een residentiële setting, zien we dat de tevredenheid over de medische zorg door de huisarts, de verpleegkundige zorg, de persoonlijke verzorging en de algemene psychosociale ondersteuning beduidend groter is bij overlijdens in de thuisomgeving (zie Figuur 3). Verder zijn de respondenten het er voor de verschillende types zorg vaker (helemaal) mee eens dat deze voldoende was wanneer hun naaste niet besmet was met het coronavirus. Wanneer deze wel besmet was, zijn de respondenten het er vaker (helemaal) niet mee eens of geven ze meer aan dit niet te weten.

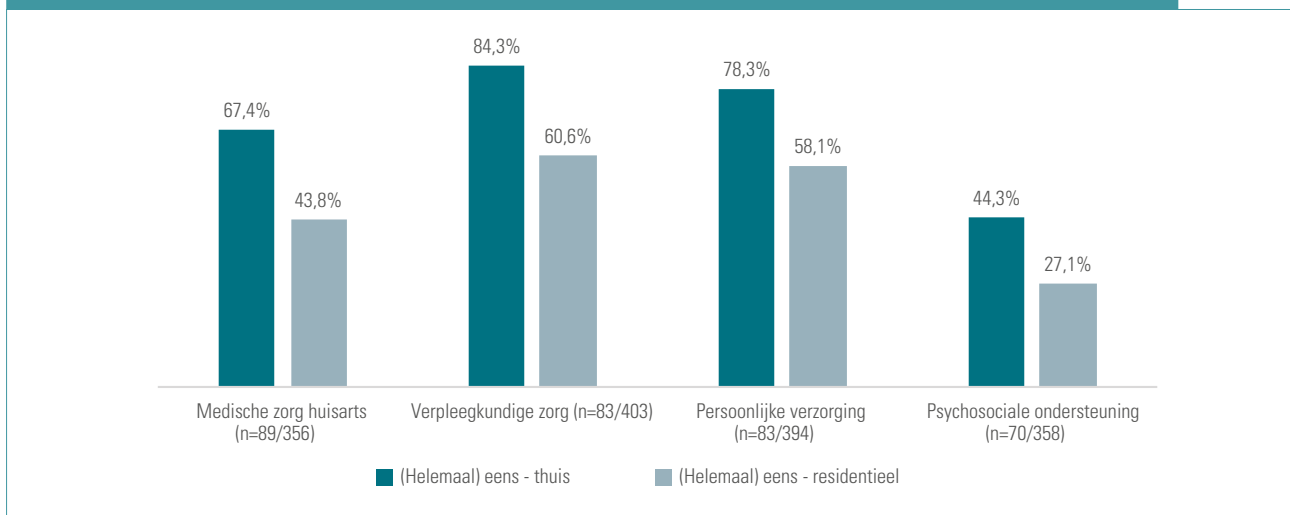
5 In principe gaat het over ongeveer een week voor het overlijden van de naaste. Voor de vraag over het voorkomen en verlichten van een aantal specifieke symptomen, gaat het over de laatste twee dagen voor het overlijden.

6 Bij de analyse is geen rekening gehouden met de respondenten die 'niet van toepassing' aankruisten.

Figuur 2: De mate waarin de respondenten vonden dat er in de laatste levensfase van de naaste voldoende zorg en ondersteuning was (Bron: CM)



Figuur 3: Aandeel respondenten dat de zorg en ondersteuning in de laatste levensfase van de naaste voldoende vond volgens plaats van overlijden (Bron: CM)

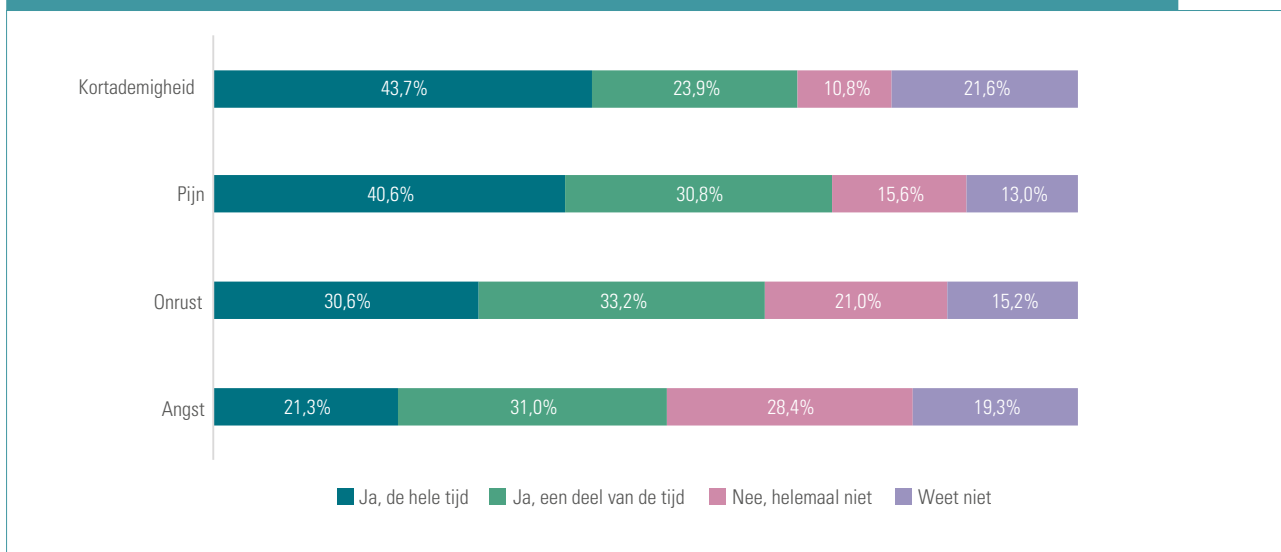


Enkele vragen peilden naar de **prevalentie van bepaalde symptomen** bij de naaste kort voor het overlijden **en de mate waarin artsen en verpleegkundigen voldoende initiatief namen om deze te verlichten**. Volgens ruim de helft van de respondenten was hun naaste minstens een deel van de tijd kortademig (52,6%). Ruim vier op de tien had pijn (43,9%) of was onrustig (44,9%), en bijna een op de vier was angstig (38,6%). Een significant aandeel respondenten, naargelang het symptoom variërend van 13,5% tot 29,0%, geeft aan dit niet te weten. Volgens plaats van overlijden is er enkel een verschil voor kortademigheid die vaker vermeld wordt voor naasten overleden in een residentieel setting. Kortademigheid, een van de kenmerkende symptomen bij een coronabesmetting, kwam zoals

verwacht vaker voor bij naasten die in de periode rond het overlijden (waarschijnlijk) coronapositief waren (68,0% tegenover 43,8%). Voor de andere symptomen geven diezelfde respondenten vaker aan niet te weten of deze aanwezig waren.

Op de vraag of artsen en verpleegkundigen voldoende deden om de symptomen te verlichten, zegt, naar gelang het symptoom, iets meer dan de helft tot zeven op de tien van de respondenten dat dit volgens hen minstens een deel of de hele tijd het geval was (zie Figuur 4). Tegelijk vindt een beduidend deel van de respondenten dat onvoldoende aan symptoombestrijding is gedaan, gaande van 10,8% voor kortademigheid tot 28,4% voor angst.

Figuur 4: Mate waarin artsen en verpleegkundigen volgens de respondenten zorgden voor een verlichting van de symptomen (Bron: CM)



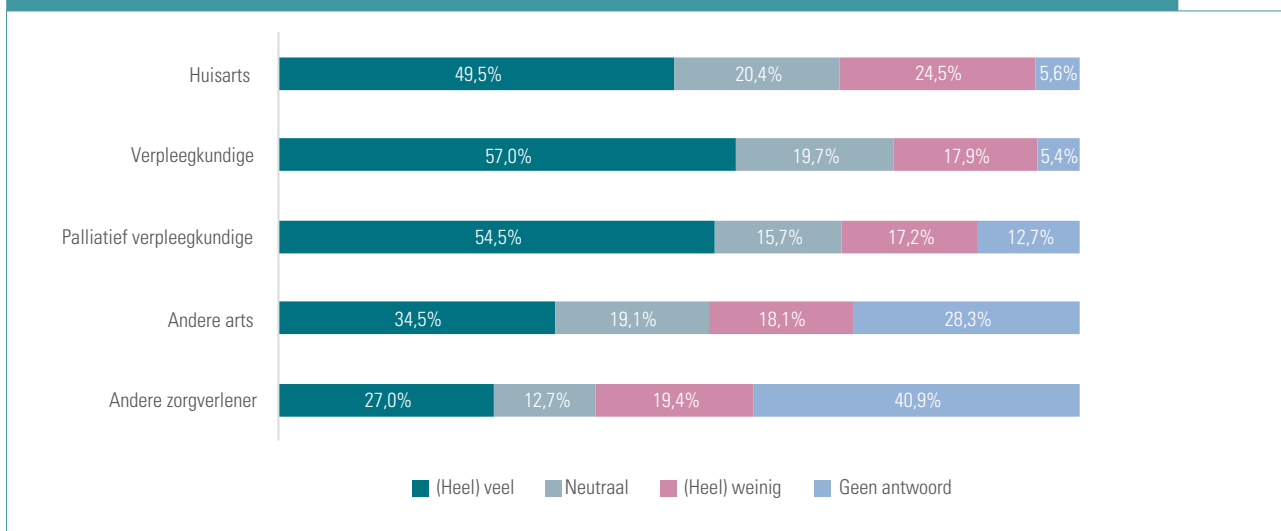
Volgens besmettingsstatus van de overledene is er weinig verschil voor angst en kortademigheid. Voor onrust en pijn zeggen respondenten wiens naaste (waarschijnlijk) corona had iets vaker dat er minstens een deel van de tijd voldoende is gedaan om deze te verlichten (respectievelijk 67,8% en 75,4% tegenover 61,4% en 69,4%).

Met uitzondering van pijn, lijken respondenten wiens naaste in de thuisomgeving overleed vaker aan te geven dat minstens een deel van de tijd voldoende ingezet is op symptoombestrijding. De laagste waarden zijn telkens genoteerd voor overlijdens in een WZC (45,9%-64,3%). De

waarden voor overlijdens in het ziekenhuis (52,1%-74,4%) liggen ook lager dan deze voor overlijdens in de thuissituatie (62,5%-78,2%).

Ten slotte is nagegaan **in welke mate respondenten in de laatste levensfase van hun naaste vertrouwen hadden in de zorgverleners**. Uit figuur 5 blijkt dat het vertrouwen het grootst was in de (palliatief) verpleegkundige, gevolgd door de huisarts⁷. Tegelijk zegt, naar gelang de zorgverlener, een vijfde tot een kwart van de respondenten dat die maar (heel) weinig vertrouwen had. Het aandeel respondenten met (heel) veel vertrouwen in deze zorgverleners is

Figuur 5: Mate van vertrouwen van de respondenten in zorgverleners in de laatste levensfase van de naaste (Bron: CM)



7 Bij de analyse is geen rekening gehouden met de respondenten die 'niet van toepassing' aankruisten.

lager indien de overleden naaste (wellicht) coronapositief was (17% à 49% tegenover 32% à 63%).

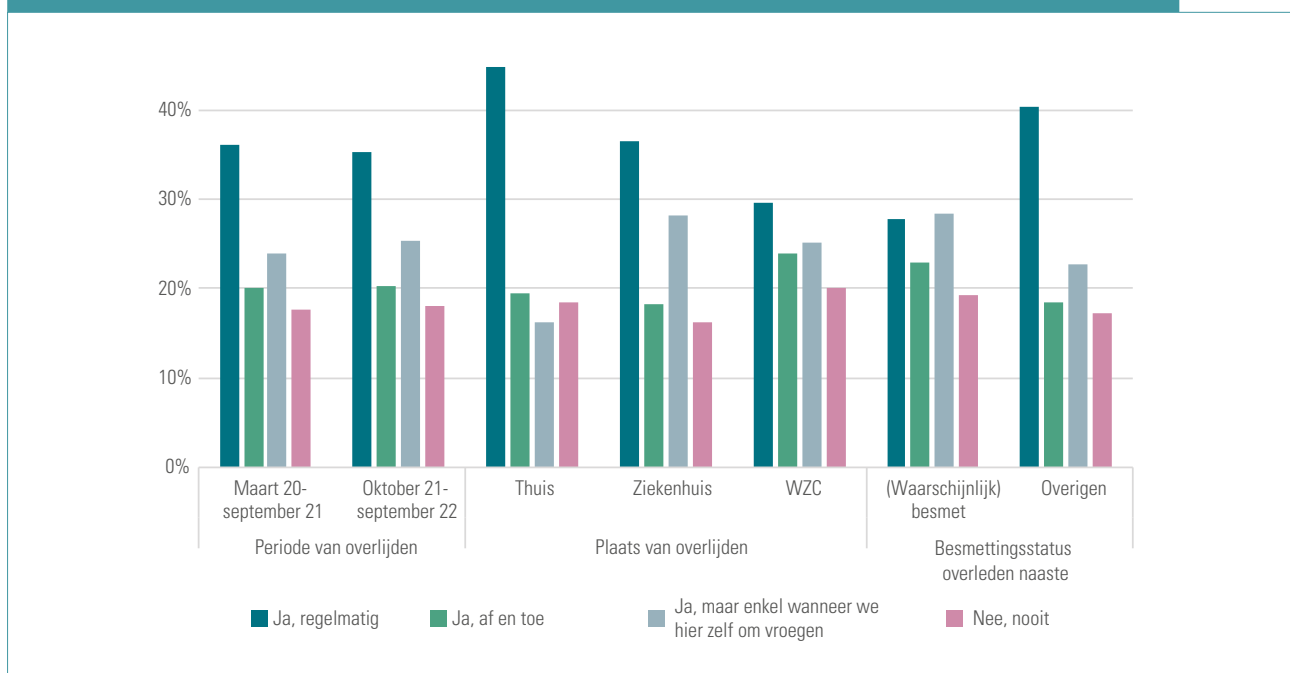
3.3.2. Communicatie met de zorgverleners van de naaste in de laatste levensfase

Een meerderheid van de respondenten zegt dat ze **uitleg kregen over de medische situatie of behandeling van hun naaste**. Bij 35,7% gebeurde dit regelmatig, bij 20,2% af en toe en bij 24,7% enkel indien ze hier zelf om vroegen. Er zijn weinig of geen verschillen volgens overlijdensperiode, maar wel volgens plaats van overlijden en besmettingsstatus van de overleden naaste (zie Figuur 6). Wanneer de naaste (waarschijnlijk) coronapositief was, werden respondenten minder vaak regelmatig geïnformeerd (27,8% tegenover 40,3%). Ten slotte zien we dat respondenten wiens naasten thuis verbleef vaker regelmatig zijn geïnformeerd (44,9% tegenover 33,6%). Voor naasten in een residentiële setting gebeurde dit vaker pas op uitdrukkelijke vraag (26,8% tegenover 16,3%). Voor veel respondenten was de **uitleg** van de zorgverleners **goed tot zeer goed te begrijpen**: 73,7% bij de huisarts, 74,3% bij verpleegkundigen en 69,7% bij palliatief verpleegkundigen⁸. Bij andere artsen was dit 52,6%.

Bijna de helft van de respondenten zegt dat met hen **besproken is dat een beperkt behandelbeleid zou worden ingesteld** (48,1%), al gebeurde dit volgens ruim een op de tien niet op een heel duidelijke manier (12,4%). In geval van een beperking van het behandelbeleid, ging het in een meerderheid van de gevallen om de beslissing om niet te reanimeren. In ruim een derde van de gevallen is beslist om af te zien van een ziekenhuisopname en in een op de tien om therapeutische hardnekkigheid te vermijden, palliatieve zorg op te starten of over te schakelen op comfortzorg. Bij het bespreken van het beperkt behandelbeleid, kreeg drie kwart van de respondenten ook de reden hiervoor. Deze was vooral de slechte gezondheidstoestand en de eigen keuze van de naaste aan het levenseinde. Organisatorische aspecten van de zorg zoals de onvoldoende beschikbaarheid van bedden of personeel, zijn maar weinig vermeld. De reden voor het beperkt behandelbeleid is vaker besproken wanneer de naaste thuis verbleef (87,2% tegenover 75,8% in een WZC of ziekenhuis) en wanneer de naaste overleed in de periode maart 20-september 21 (82,2% tegenover 74,6%).

Wat betreft de **communicatie met de zorgverlener(s) rond het overlijden zelf**, zegt ruim twee derde van de respondenten dat hen op een bepaald moment verteld is dat hun

Figuur 6: De mate waarin respondenten door zorgverleners geïnformeerd zijn over de medische situatie en behandeling van de naaste volgens periode en plaats van overlijden en volgens besmettingsstatus van de overleden naaste (Bron: CM)



⁸ Bij de analyse is geen rekening gehouden met de respondenten die 'niet van toepassing' aankruisten.

naaste waarschijnlijk snel zou overlijden (68,6%). Dit aandeel verschilt weinig volgens de leeftijd van de overleden naaste, noch volgens de periode of plaats van overlijden. Verder zegt ongeveer een derde van de respondenten dat die door een zorgverlener geïnformeerd is over wat die kon verwachten op het moment dat de naaste zou overlijden, bijvoorbeeld welke symptomen konden optreden. Dit aandeel is hoger bij respondenten wiens naaste thuis verbleef (42,9% tegenover 34,1% voor het ziekenhuis en 32,9% voor het WZC) en indien de naaste (zeker) niet besmet was met het coronavirus (38,1% tegenover 29,9%). Er lijkt ook een verschil volgens de periode van overlijden: 32,8% voor overlijdens in de periode maart 20-september 21 tegenover 37,1% voor overlijdens in de periode oktober 21-september 22.

3.3.3. Betrokkenheid van naasten bij de levenseindezorg

Algemeen vindt 56,2% van de respondenten dat ze **betrokken** waren **bij beslissingen over de zorg en de behandeling van de naaste** in de laatste levensfase (33,1% heel erg betrokken en 23,1% redelijk). Ruim een op de vier voelde zich niet betrokken. Dit gevoel van betrokkenheid was groter voor naasten overleden in de thuisomgeving (68,4% heel erg of redelijk betrokken) en kleiner wanneer de naaste (mogelijk) coronapositief was (43,9% heel erg of redelijk betrokken). De periode van overlijden lijkt geen rol te spelen.

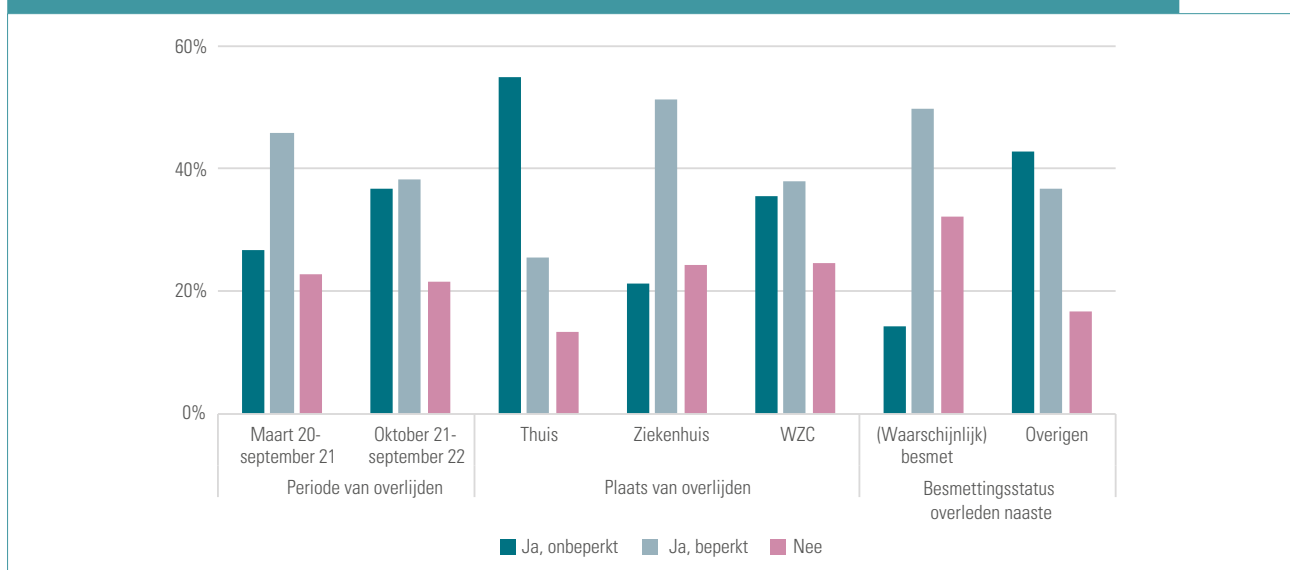
Drie kwart van de respondenten zegt dat er **voor naasten bezoekmogelijkheden** waren **gedurende de laatste twee**

dagen voor het overlijden, al ging dit voor bijna 41,8% gepaard met beperkingen. Het betrof dan vooral een beperking van het aantal personen per dag (60,6%) of van het aantal verschillende bezoekers (54,5%), een beperking van de bezoeken (62,0%) of van de maximale bezoekduur (44,6%). Volgens ruim een vijfde was bezoek niet mogelijk. Er waren vaker beperkingen in de periode maart 20-september 21, wanneer de naaste in een residentiële setting verbleef, en dan vooral in een WZC, en voornamelijk wanneer de overleden naaste (waarschijnlijk) besmet was met het coronavirus (zie Figuur 7).

Wat betreft andere contactmogelijkheden met de naaste, zegt twee derde van de respondenten dat **beeldbellen** niet mogelijk was, maar in de helft van de gevallen was dit te wijten aan de slechte gezondheidstoestand van de naaste. Een vijfde van de respondenten kon wel nog beeldbellen met de naaste, al stelden de zorgverleners maar in een minderheid van deze situaties hiervoor het materiaal ter beschikking.

Verder zegt 52,5% van de respondenten dat ze op de een of andere manier **afscheid** konden **nemen van hun naaste**. Voor de meesten kon dit persoonlijk, maar bij een aantal was dit in een telefonisch contact of via beeldbellen. De overige respondenten (45,9%) konden geen afscheid nemen. Dit aandeel is groter bij respondenten wiens naaste in het ziekenhuis overleed: 53,2%. Voor overlijdens in een WZC was dit 44,5% en voor overlijdens thuis 30,6%. Er is geen verschil volgens de periode van overlijden, maar wel volgens de besmettingsstatus van de overleden naaste.

Figuur 7: De mate waarin volgens de respondenten bezoek kort voor het overlijden van de naaste mogelijk was volgens periode en plaats van overlijden en volgens besmettingsstatus van de overleden naaste (Bron: CM)



Indien deze (waarschijnlijk) coronapositief, was kon de respondent-e vaker geen afscheid nemen (59,4% tegenover 38,4%).

Slechts 30,2% van de respondenten was **aanwezig bij het overlijden van de naaste**. Een derde kon niet aanwezig zijn door de geldende coronamaatregelen en een op de acht kon niet tijdig aanwezig zijn. Respondenten wiens naaste overleed in de periode maart 20-september 21 waren iets vaker aanwezig dan deze wiens naaste overleed in de periode oktober 21-september 22 (33,6% tegenover 27,2%). Bij overlijdens in een residentiële setting was slechts een kwart van de respondenten aanwezig, bij overlijdens in de thuissituaties was dit ruim de helft. Ook de besmettingsstatus van de overleden naaste lijkt bepalend te zijn geweest: ingeval van een (waarschijnlijke) besmetting met het coronavirus, kon 49,2% van de respondenten niet aanwezig zijn door de geldende coronamaatregelen en was slechts 18,7% wel aanwezig.

Slechts een kwart van de respondenten zegt dat ze zelf of een andere naaste konden **helpen bij de verzorging van de naaste na het overlijden**, terwijl 53,7% expliciet vermeldt dat die mogelijkheid er niet was en 18,6% aangeeft dit niet te weten. Hoewel de verschillen klein zijn, lijkt het er wel op dat deze mogelijkheid er minder was bij overlijdens in de periode maart 20-september 21 in vergelijking met deze in de periode oktober 21-september 22, waar respondenten vaker aangeven dit niet te weten. Ook de plaats van overlijden speelt een rol: bij overlijdens thuis kon ruim de helft helpen bij de verzorging, tegenover minder dan een op vijf bij overlijdens in een residentiële setting.

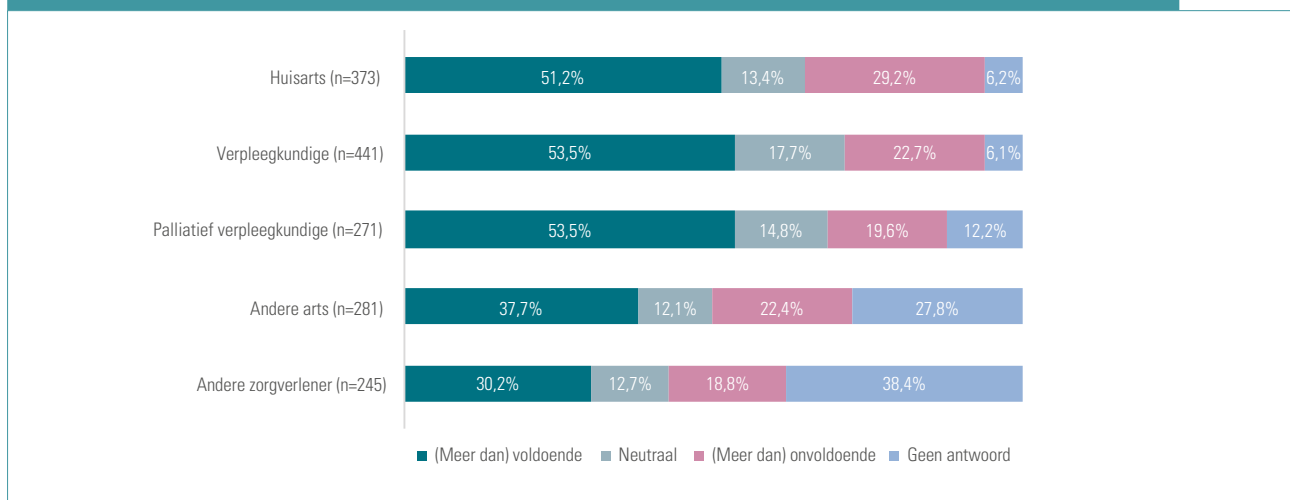
Ten slotte was de mogelijkheid om te helpen er minder wanneer de overleden naaste (waarschijnlijk) corona had (13,9% tegenover 32,8%).

3.3.4. Aandacht voor noden van de respondent-e

Figuur 8 vat de antwoorden samen op de vraag of **zorgverleners tijdens de laatste levensfase van de naaste tijd hadden om te luisteren naar de vragen van de respondent-e en om vragen over de situatie van de naaste te bespreken**⁹. Zowel bij de huisarts, de verpleegkundige als de palliatief verpleegkundige zegt een kleine meerderheid van de respondenten dat hiervoor (ruim) voldoende tijd was. Voor andere artsen of zorgverleners is dit aandeel gevoelig lager. Tegelijk zegt een significant deel van de respondenten uitdrukkelijk dat zorgverleners onvoldoende tijd hadden voor een gesprek. Er zijn geen grote verschillen volgens periode van overlijden, maar wel volgens besmettingsstatus van de overleden naaste. Indien deze (waarschijnlijk) coronapositief was, vinden respondenten vooral bij de huisarts dat deze onvoldoende tijd had om te luisteren (bijna vier op de tien).

Slechts vier op de tien respondenten zijn het er (helemaal) mee eens dat ze **genoeg hulp en ondersteuning kregen van zorgverleners rondom het overlijden van hun naaste**. Dit aandeel is groter bij respondenten wiens naaste thuis overleed (56,1%), gevolgd door respondenten wiens naaste overleden is in een WZC (40,6%) of in een ziekenhuis (34,1%). Naar gelang de parameter, beoordeelt een op de zeven tot ruim een op de drie respondenten de geboden steun als onvoldoende.

Figuur 8: De mate waarin zorgverleners tijd hadden om naar de respondent-e te luisteren en vragen te bespreken (Bron: CM)



9 Bij de analyse is geen rekening gehouden met de respondenten die 'niet van toepassing' aankruisten.

Ruim vier op de tien respondenten vonden de **emotionele steun van zorgverleners** in de laatste levensfase van de naaste goed of uitstekend en iets meer dan een kwart redelijk. Bijna een kwart vond de emotionele steun slecht. Er is weinig verschil volgens periode van overlijden, maar wel volgens plaats van overlijden. De emotionele steun wordt vaker positief beoordeeld bij overlijdens in de thuisomgeving (58,2%) in vergelijking met overlijdens in het WZC (46,5%) en het ziekenhuis (39,3%).

Op de vraag of **zorgverleners op een menselijke manier omgingen met de respondent-e** na het overlijden van de naaste, antwoordt ruim een kwart dat er geen contact was met zorgverleners (28,6%). Van wie wel contact had, is bijna twee op de drie het er (helemaal) mee eens dat dit op een menselijke manier gebeurde. Ruim een op de vijf is hier neutraal over en iets meer dan een op de zeven vond de benadering niet menselijk. Opvallend is dat de beoordeling iets positiever lijkt voor overlijdens in de periode maart 20-september 21 (65,4% tegenover 58,9%). Verder zien we de meest positieve beoordeling bij overlijdens in het WZC (71,4%), gevolgd door overlijdens in het ziekenhuis (60,0%) en deze in de thuisomgeving (59,2%).

3.3.5. Impact van de ervaringen rond levenseindezorg en het overlijden van de naaste op de respondenten

Een van de vragen peilde naar de mate van **verbondenheid met en het kunnen steunen op anderen in de periode rond het overlijden van de naaste**. Over het algemeen lijkt het erop dat veel respondenten konden rekenen op een ondersteunende omgeving: 46,3% had zelden of nooit gebrek aan gezelschap, 43,3% voelde zich vaak tot altijd verbonden met mensen, 59,8% kon vaak of altijd terecht bij anderen en 52,9% had (heel) vaak het gevoel door anderen begrepen te worden. Bovendien gaf voor elk van deze items een vijfde tot een kwart aan dat dit soms het geval was. Dit neemt uiteraard niet weg dat heel wat respondenten wel vaak of altijd gezelschap misten (24,5%), zich zelden of nooit met anderen verbonden voelden (23,3%), zelden of nooit terecht konden bij mensen (14,5%) en zich vaak of altijd onbegrepen voelden (16,3%).

Van de respondenten vindt 62,4% dat **de naaste op de juiste plaats is overleden**, terwijl dit voor 16,5% niet zo is en 19,2% hieraan twijfelt. Wanneer de overleden naaste

(waarschijnlijk) coronapositief was, zijn minder respondenten van mening dat hun naaste op de juiste plaats is overleden (50,8% tegenover 69,1%) en zijn er meer die hierover twijfelen (26,2% tegenover 15,3%). De grootste verschillen zijn er volgens plaats van overlijden: wanneer dit de thuisomgeving is, vindt bijna negen op de tien respondenten dat dit de juiste plaats was. Voor WZC is dit zes op de tien en voor ziekenhuizen iets meer dan vijf op de tien.

Aan de respondenten is ten slotte aan de hand van een lijst adjectieven gevraagd **hoe ze het overlijden en de afscheidsplechtigheid van hun naaste zouden omschrijven**. Ondanks het verlies van een naaste, associëren heel wat respondenten het overlijden niet in de eerste plaats met iets heel negatiefs. Ze omschreven het overlijden het vaakst als vredig (34,5%), rustig (32,9%) of waardig (29,6%). Van de negatieve adjectieven worden verdrietig (27,6%) en pijnlijk (22,9%) het vaakst vermeld. De meest negatieve termen schokkend (15,7%), mensonterend (14,9%) of heftisch (5,1%) worden minder vermeld.

Een op de vijf respondenten kruiste enkel positieve adjectieven aan¹⁰, bijna een op de drie enkel negatieve en ruim vier op de tien zowel positieve als negatieve. Overlijdens in de periode maart 20-september 21 worden vaker geassocieerd met zowel positieve als negatieve adjectieven (47,9% tegenover 41,5%), daar waar dit voor overlijdens in de periode oktober 21-september 22 vaker enkel met negatieve adjectieven is (35,3% tegenover 29,4%). Het overlijden van de naaste in de thuissituatie roept vaker zowel positieve als negatieve woorden op (51,0% tegenover 43,1%), terwijl dit voor de residentiële settings vaker enkel negatieve zijn (27,6% tegenover 33,8%). Dit laatste is ook, maar in mindere mate, het geval wanneer de overleden naaste (waarschijnlijk) besmet was met het coronavirus.

Ook als het over de afscheidsplechtigheid gaat, associëren de respondenten deze in de eerste plaats met termen als waardig (39,4%), intiem (39,6%), vredig (32,9%) of ontroerend (28,8%), en worden zeer negatieve termen als mensonterend (7,6%) of schokkend (15,7%) minder vermeld. Het aandeel respondenten dat enkel negatieve adjectieven kiest voor de afscheidsplechtigheid is kleiner dan voor het overlijden zelf (16,5% tegenover 32,5%). Tegelijk omschrijven meer respondenten dit met zowel positieve als negatieve adjectieven (54,1% tegenover 44,5%) of met enkel positieve (26,5% tegenover 20,0%).

10 Bij deze analyse zijn de respondenten opgedeeld in drie groepen: zij die enkel positieve adjectieven aankruisten (intiem, waardig, vredig, ontroerend, goed, rustig), zij die enkel negatieve adjectieven aankruisten (verdrietig, pijnlijk, onrustig, schokkend, mensonterend, heftisch) en zij die zowel negatieve als positieve adjectieven aankruisten (Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021).

Het aandeel respondenten met enkel positieve associaties voor de afscheidsplichtigheid is groter voor overlijdens in de periode oktober 21-september 22 (30,1%) en overlijdens in het WZC (32,3%). Wanneer de naaste (waarschijnlijk coronapositief was zijn er vaker enkel negatieve connotaties (21,5% tegenover 13,4%) en is er minder vaak een combinatie van positieve en negatieve connotaties (47,6% tegenover 58,1%).

4. Bespreking: de kwaliteit van levenseindezorg lijdt onder de coronapandemie

De grote impact van het coronavirus op de gezondheid van mensen in combinatie met de snelle verspreiding ervan, noopte de overheden wereldwijd tot strenge beperkende maatregelen, ook in het domein van de welzijns- en gezondheidszorg. Deze maatregelen, samen met de grote druk op de zorgsector, beïnvloedden sterk de manier waarop zorg en ondersteuning konden verleend worden aan patiënten en hun naasten. Specifiek voor levenseindesituaties was het moeilijk om de basisprincipes van kwaliteitsvolle levenseindezorg te blijven garanderen, waaronder symptoomcontrole, transparante communicatie en aandacht voor de noden van naasten. Deze studie geeft een beeld van hoe CM-leden de levenseindezorg voor een naaste tijdens de coronapandemie hebben ervaren. Dit beeld is gemengd. Heel wat respondenten geven aan tevreden te zijn over verschillende aspecten van de levenseindezorg. Tegelijk bevatten de resultaten ook indicaties dat deze zorg in heel wat situaties niet optimaal was en niet in overeenstemming met hun verwachtingen.

4.1. Ervaren kwaliteit van levenseindezorg niet optimaal

4.1.1. Zorg en ondersteuning van de naaste aan het levenseinde

Velen beoordelen vooral de verpleegkundige en persoonlijke zorg, maar ook de medische zorg door de huisarts als voldoende en een meerderheid vindt dat artsen en verpleegkundigen minstens een deel van de tijd voldoende initiatief namen om symptomen als kortademigheid, pijn, onrust en angst te verminderen. Minstens de helft van de

respondenten had in deze moeilijke periode van afscheid nemen een (heel) groot vertrouwen in de (palliatief) verpleegkundige en de huisarts. En veel respondenten associëren het overlijden en de afscheidsplichtigheid van hun naaste niet in de eerste plaats met negatieve adjectieven. Deze bevindingen zijn positief, wetende dat de zorgverlening in het algemeen en de levenseindezorg in het bijzonder, onder moeilijke omstandigheden verliepen. Daarenboven is volgens heel wat respondenten bij de bespreking over het instellen van een beperkt behandelbeleid als reden verwezen naar het vermijden van therapeutische hardnekkigheid en het instellen van comfortzorg omwille van de gezondheidstoestand van de naaste.

Tegelijk mag niet uit het oog verloren worden dat een aanzienlijk deel van de respondenten wel vindt dat de **zorg en ondersteuning, verleend door de verschillende types zorgverleners**, niet voldoende waren. Voor verpleegkundige en persoonlijke zorg was dit bijna een op de zeven en voor medische zorg door de huisarts of andere artsen ruim een op de vijf. Bovendien had een deel van de respondenten in de laatste levensfase van hun naaste (heel) weinig **vertrouwen in de zorgverleners**. Voor de huisarts was dit bijvoorbeeld bijna een kwart, wat in schril contrast staat met de vaststelling in ander onderzoek dat mensen in ons land over het algemeen tevreden zijn over de huisarts (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019). En ongeveer de helft van de respondenten is van mening dat de behandeling van hun naaste beperkt was door de context van de pandemie.

Een specifiek aandachtspunt bij de evaluatie van de kwaliteit van levenseindezorg, waaraan zowel patiënten, hun naasten als zorgverleners veel belang hechten in het kader van een 'mooie dood', is **de mate van symptoombestrijding** (Steinhauser, 2000). Afhankelijk van het bevroegde symptoom, geven bijna vier tot vijf op de tien respondenten aan dat het minstens een deel van de tijd aanwezig was bij hun naaste. Ze bevestigen tegelijk dikwijls dat minstens een deel van de tijd voldoende ingezet is op symptoomverlichting. In vergelijking met angst en onrust, was dit wel vaker het geval voor de fysieke symptomen kortademigheid en pijn. Een opvallende vaststelling is het soms grote aandeel respondenten dat aangeeft niet te weten of de symptomen aanwezig waren en of er voldoende ingezet is op de verlichting ervan, mogelijk als gevolg van de beperktere bezoekmogelijkheden.

Een holistische aanpak, met ook aandacht voor de **psychosociale en spiritueel-existentiële noden** van een patiënt-e, is een ander belangrijk principe binnen levens-

eindezorg (Zee, et al., 2023). Dit wordt door patiënten en hun naasten erkend als een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg (Steinhauser, 2000) en even belangrijk als het verlenen van goede medische zorg (Baranska, et al., 2020). In deze studie zagen we niet alleen dat volgens de respondenten bij symptoombestrijding, in vergelijking met pijn en kortademigheid, minder is gedaan om angst en onrust te verminderen. Bovendien vindt een aanzienlijk deel dat er in de laatste levensfase algemeen onvoldoende psychosociale en de spirituele ondersteuning was voor hun naaste. Het lijkt erop dat tijdens de coronapandemie vooral op dit vlak de noden onvoldoende beantwoord konden worden.

Deze resultaten zijn in lijn met deze van vergelijkbaar onderzoek, onder meer in Nederland waar respondenten over het algemeen tevredenheid zijn over de medische, verpleegkundige en persoonlijke zorg, maar waar de emotionele ondersteuning van de patiënt-e eveneens door een kleiner aandeel positief wordt geëvalueerd (Yildiz, et al., 2022).

4.1.2. Moelijkere communicatie met zorgverleners

Verder is de kwaliteit van de **communicatie tussen zorgverleners en de naaste van de zieke**, onder meer over de gezondheidstoestand en de behandeling, meebepalend voor de zorgkwaliteit, en dus ook voor de kwaliteit van levenseindezorg (Baranska, et al., 2020). Goede communicatie kan er immers toe bijdragen dat mensen beter voorbereid zijn op het overlijden van een dierbare (Steinhauser, 2000). Het uitblijven van voldoende informatie gaat samen met een groter risico op een moeilijker rouwproces, depressie en angststoornis (Stajduhar, Martin, & Cairns, 2010; Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022). Tijdens de coronapandemie was aandacht voor voldoende communicatie nog belangrijker aangezien mensen, door de beperktere bezoekmogelijkheden, voor informatie over de toestand en behandeling van hun naaste nog meer afhankelijk waren van zorgverleners (Hanna, et al., 2021). Het is dan ook bemoedigend vast te stellen dat de respondenten over het algemeen hetzij regelmatig, hetzij af en toe geïnformeerd zijn over de medische situatie of behandeling van hun naaste en dat deze informatie voor een grote meerderheid goed te begrijpen was. Bovendien is ook het feit dat een beperkt behandelbeleid zou worden ingesteld vaak besproken.

Niettemin lijkt het er tegelijk op dat heel wat mensen in het ongewisse bleven over de toestand van hun naaste en over de geboden zorg en behandeling. En vooral voor de **communicatie rond het eigenlijke overlijden en zeker**

de symptomen die hiermee gepaard konden gaan lijkt er nog heel wat verbetermarge aangezien slechts een derde van de respondenten over dit laatste geïnformeerd werd. De onrust, angst en onzekerheid die ze wellicht al ervaren door de beperktere bezoekmogelijkheden, werden door het uitblijven van informatie door zorgverleners nog versterkt (Vieveen, et al., 2023). Ook in Groot-Brittannië, Duitsland, Zweden en Nederland kreeg slechts een beperkt aandeel van de respondenten informatie over de te verwachten symptomen (Mayland, et al., 2021; Schloesser, et al., 2021; Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022; Yildiz, et al., 2022).

4.1.3. Minder aandacht voor naaste van de persoon aan het levenseinde

Voor kwaliteitsvolle levenseindezorg is het essentieel dat niet alleen gekeken wordt naar de noden en wensen van de persoon aan het levenseinde. Er moet ook aandacht zijn voor diens naasten door hen te betrekken bij de zorg op een manier zoals zij dit wensen en door oog te hebben voor hun specifieke noden zoals afscheid kunnen nemen en kunnen rekenen op psychosociale ondersteuning. Onze studie lijkt erop te wijzen dat dit tijdens de pandemie in heel wat situaties niet gegarandeerd kon worden.

Betrokkenheid van de naaste

De studieresultaten bevatten indicaties dat heel wat respondenten tijdens de coronapandemie mogelijk **onvoldoende betrokken zijn in de levenseindezorg voor hun naaste**. Slechts de helft werd (enigszins) betrokken bij beslissingen over zorg en behandeling, bij ruim een kwart was dit niet het geval. En een meerderheid van de respondenten kon in de dagen voor het overlijden de naaste wel bezoeken, maar moest daarbij doorgaans rekening houden met beperkingen. Beeldbellen was vaak geen afdoend alternatief, vooral door de gezondheidssituatie van de naaste. Verder kon bijna de helft geen afscheid nemen van de naaste en was slechts een minderheid aanwezig bij diens overlijden.

Het feit dat nabestaanden zich onvoldoende betrokken voelen, **houdt nochtans enkele risico's in**. Zo kan het inperken van de bezoekmogelijkheden leiden tot bijkomende stress en angst (Schloesser, et al., 2021). Daartegenover staat dat persoonlijk contact door fysieke nabijheid en de mogelijkheid van aanraking een positieve impact heeft op de wederzijdse emotionele steun tussen mensen (Zee, et al., 2023). Het geeft mensen ook de kans om afscheid te nemen en zaken af te sluiten (Steinhauser, 2000), wat op zijn beurt bijdraagt tot een sereen overlijden en een lager risico

op een complex rouwproces (Schloesser, et al., 2021). Ook het gebrek aan betrokkenheid bij beslissingen verhoogt het risico op moeilijkere rouw met kans op meer schuldgevoelens, angst en verdriet (Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022). Tijdens de coronapandemie hebben zorgverleners waar mogelijk voor een deel de rol van naasten hierin overgenomen en probeerden zij de persoon aan het levenseinde zo veel mogelijk nabij te zijn. Hoewel dit door nabestaanden zeker geapprecieerd is en dit de negatieve impact van de beperkingen kon milderen, blijft de verplichte afstand het rouwproces bemoeilijken (Dennis, et al., 2022).

Aandacht voor de noden van de naaste

De studieresultaten lijken er verder op te wijzen dat bij een deel van de respondenten de verwachtingen ten aanzien van zorgverleners onvoldoende zijn ingevuld en er onvoldoende aandacht was voor hun eigen noden. Huisartsen en verpleegkundigen hadden vaak onvoldoende tijd om te luisteren naar vragen en de toestand van de zieke naaste te bespreken. En de geboden ondersteuning in het algemeen en de emotionele steun in het bijzonder waren voor heel wat respondenten ontoereikend.

Onze resultaten zijn in lijn met wat bijvoorbeeld in Duitsland is vastgesteld waar ook slechts volgens de helft van de respondenten de zorgverleners voldoende tijd hadden om te luisteren en vragen te beantwoorden (Schloesser, et al., 2021). In Groot-Brittannië beoordeelde een kleine helft van de respondenten de steun van zorgverleners als onvoldoende en was bijna een op de drie niet tevreden over de geboden emotionele steun (Mayland, et al., 2021).

4.1.4. Zorgverleners bevestigen ervaringen van respondenten

De ervaring bij heel wat CM-respondenten over ontoereikende zorg in het algemeen en symptoombestrijding en psychosociale ondersteuning in het bijzonder, wordt in onderzoeken bevestigd door de zorgverleners zelf (Spacey, Porter, Board, & Scammell, 2021; Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022; Hodiamont, et al., 2023; Zee, et al., 2023).

Ze verwijzen naar verschillende factoren die daarbij een rol speelden. Zo moesten ze zich door de **exponentiële toename in de zorgvraag** vaak noodgedwongen beperken tot fysieke zorg en konden ze weinig of geen tijd vrijmaken voor emotionele, sociale en spirituele noden van patiënten, noch voor de noden en vragen van de naasten. Het **uitvallen van zieke collega's verhoogde de werkdruk** verder.

Onder meer door het uitstellen van niet-dringende zorg, werd personeel soms ingezet in de zorg voor coronapatiënten, en stond dit type zorgverlening verder af van hun opleiding, ervaring en expertise. Ten slotte gebeurde de zorgverlening in **moeilijke omstandigheden** waarbij ook zorgverleners te maken hadden met ziekte en verlies in de eigen directe omgeving en talrijke overlijdens binnen de werkcontext, wat een impact had op hun welbevinden.

Inzake de behandeling in het algemeen en de symptoomcontrole in het bijzonder, geven ze aan dat de **ontbrekende knowhow over het nieuwe virus**, zeker bij het begin van de pandemie en bij het optreden van nieuwe varianten, zorgde voor grote **onduidelijkheid en onzekerheid over de meest aangewezen aanpak**. Zo is door sommigen aangehaald dat bestaande manieren van symptoomverlichting in geval van een coronabesmetting niet altijd het gewenste effect bleken te hebben. Het nieuwe karakter van het virus speelde hen ook parten bij het inschatten van het ziekteverloop, wat invloed had op hun mogelijkheid om naasten op de hoogte te houden van de gezondheidstoestand, hen actief te betrekken bij beslissingen over de behandeling en hen tijdig te informeren over een nakend overlijden.

Uiteraard waren **ook zorgverleners beperkt in hun mogelijkheden door de strikte maatregelen** in de strijd tegen de verspreiding van het virus. Het leidde ertoe dat ze minder contact konden hebben met patiënten en hun naasten waardoor het minder evident was om de gezondheidstoestand van nabij op te volgen en om met patiënten en naasten te spreken over hun wensen op vlak van zorg en ondersteuning. Voor ambulante zorgverleners was het in bepaalde fasen van de pandemie ook onmogelijk om patiënten te bezoeken in voorzieningen, zoals bijvoorbeeld huisartsen in ziekenhuizen en WZC.

4.2. Plaats en periode van overlijden en besmettingsstatus als bepalende factoren

4.2.1. Plaats van overlijden

Voor een aantal onderzoeksresultaten zagen we verschillen in de ervaring rond levenseindezorg volgens plaats van overlijden, waarbij heel wat aspecten het best geëvalueerd zijn wanneer de naaste in de thuisomgeving overleed. Respondenten zijn dan vaker van mening dat hun naaste in de laatste levensfase voldoende zorg en ondersteuning kreeg en geven vaker aan dat minstens een deel van de tijd aan symptoomcontrole is gedaan. Op vlak van communica-

tie met zorgverleners zeggen deze respondenten vaker dat ze regelmatig geïnformeerd zijn over de medische situatie en behandeling. Ook voelden ze zich vaker betrokken bij beslissingen over de zorg en behandeling. Verder konden ze vaker afscheid nemen van hun naaste en aanwezig zijn bij diens overlijden. Ten slotte voelden ze zich vaker ondersteund door zorgverleners, zowel algemeen als op emotioneel vlak. De ervaringen rond levenseindezorg zijn **doorgaans minder positief wanneer de naaste is overleden in een residentiële setting**, hetzij het ziekenhuis, hetzij het WZC.

Dergelijke verschillen volgens plaats van overlijden zijn ook vastgesteld in vergelijkbaar internationaal onderzoek. Zo waren Duitse respondenten wiens naaste thuis overleed minder belast door de pandemie, ervaren Britse respondenten meer stress en angst wanneer hun naaste overleden was in een ziekenhuis of een WZC en beoordeelden nabestaanden in Nederland de medische zorg het minst positief in het WZC en de emotionele steun het best in de thuissituatie (Schloesser, et al., 2021; Mayland, et al., 2021; Yildiz, et al., 2022). En ook in onderzoek bij zorgverleners wordt de levenseindezorg tijdens de pandemie in de thuissituatie het best beoordeeld en het minst goed in ziekenhuizen en vooral WZC (Onwuteaka-Philipsen, et al., 2021).

Een **vergelijking** van de ervaringen van nabestaanden **volgens plaats van overlijden moet met wel de nodige voorzichtigheid gebeuren** gezien de onmiskenbaar belangrijke verschillen tussen settings, bijvoorbeeld in de omvang en samenstelling van de personeelsomkadering en de beschikbare uitrusting in functie van hun doelpubliek. Zo zijn ziekenhuizen meer gericht op patiënten met nood aan (acute) gespecialiseerde of medische zorg, terwijl WZC bedoeld zijn voor de opvang van ouderen die wel in sterke mate aangewezen zijn op dagelijkse verzorging en op ondersteuning, maar die geen dagelijks medisch toezicht noch permanente specialistische verzorging nodig hebben (Departement Zorg, 2024a). Dit beïnvloedt de zorg en ondersteuning die geleverd kunnen worden (bijvoorbeeld middelen voor en personeelservaring met symptoomcontrole, acute zorg en infectiebestrijding). Bovendien was de impact van de beperkende maatregelen verschillend naar gelang de setting, onder meer op vlak van de bezoekmogelijkheden. In de eerste fase van de pandemie waren residentiële voorzieningen zo goed als volledig ontoegankelijk, zowel voor gewone bezoekers als voor zorgverleners zoals huisartsen en specifieke professionals die emotionele of spirituele ondersteuning konden bieden. In de thuissituatie waren er voor vertrouwde zorgverleners meer mogelijkhe-

den om zorg en ondersteuning te (blijven) bieden aan de patiënt-e en diens naasten.

4.2.2. Periode van overlijden en besmettingsstatus

Een niet te verwaarlozen deel van de respondenten is van mening dat de levenseindezorg voor de naaste beïnvloed is door de coronastandigheden en dat de kwaliteit ervan niet optimaal was. Dit is minstens voor een deel te wijten aan de opgelegde maatregelen en aan het feit dat hierbij op bepaalde momenten niet of onvoldoende rekening is gehouden met de specificiteit van een zorgsituatie. Hierdoor konden enkele basisprincipes van kwaliteitsvolle levenseindezorg niet gegarandeerd worden, zoals persoonlijk contact met de naaste en de zorgverleners en de mogelijkheid om afscheid te nemen. Naar mate de pandemie vorderde, werden maatregelen versoepeld of genuanceerd, mede door de toegenomen kennis over het virus en de uitgebreide vaccinatiecampagnes, maar ook door de druk vanuit de samenleving om meer rekening te houden met specifieke situaties zoals deze van levenseinde of met de besmettingsstatus van een patiënt-e. Daarom is bij de analyse van de resultaten ook gekeken naar eventuele verschillen in de ervaringen met levenseindezorg volgens de periode van overlijden en de besmettingsstatus van de overleden naaste.

Voor heel wat aspecten van levenseindezorg zagen we weinig of geen verschillen volgens de **periode van overlijden**. Dit was onder meer zo voor de beoordeling van de zorg en (emotionele) ondersteuning van de patiënt-e en van de (emotionele) steun voor de nabestaande. Dit lijkt er dus op te wijzen dat de coronapandemie op zich inderdaad een impact had op de ervaren kwaliteit van levenseindezorg. Wel zeggen respondenten wiens naaste overleed tussen maart 2020 en september 2021 vaker niet te weten of hun naaste te kampen had met bepaalde symptomen en of er voldoende is ingezet op symptoomcontrole, en waren ze minder vaak aanwezig bij het overlijden. De reden hiervoor zijn wellicht de strengere bezoekbeperkingen bij het begin van de pandemie. Ook werden deze respondenten minder vaak geïnformeerd over het nakend overlijden en de symptomen die hiermee gepaard konden gaan. Dit kan dan weer te maken hebben met het feit dat het om een nieuw virus ging waarvan, zeker in het begin, het ziekteverloop moeilijker in te schatten was.

We stelden meer verschillen vast volgens de **besmettingsstatus van de overleden naaste** in de periode rond diens overlijden, waarbij **de ervaring van respondenten wiens naaste (waarschijnlijk) corona had vaak minder positief**

was. Ze vinden vaker dat de behandeling beperkt was en weten vaker niet of de zorg en ondersteuning door de verschillende zorgverleners voldoende waren en of hun naaste pijn had of onrustig of angstig was. Ook voor de mate van betrokkenheid en ondersteuning van de naaste zijn de vastgestelde waarden lager. Verder konden deze respondenten minder vaak afscheid nemen van hun naaste, waren ze minder vaak aanwezig bij het overlijden of konden ze minder vaak helpen bij de verzorging na het overlijden. Algemeen voelden ze zich minder betrokken bij beslissingen over de zorg en behandeling en zijn ze minder positief over de steun die ze als naaste ondervonden. Ten slotte werden ze minder vaak regelmatig geïnformeerd over de gezondheidstoestand en behandeling, over het feit dat het overlijden van hun naaste op korte termijn te verwachten was en welke symptomen hiermee gepaard konden gaan. Deze minder positieve ervaringen verklaren mogelijk ook de vaststellingen dat respondenten wiens naaste (waarschijnlijk) corona had minder vaak aangeven dat ze (heel) veel vertrouwen hadden in de zorgverleners, dat ze er vaker aan twijfelen of hun naaste op de juiste plaats is overleden en dat het overlijden zelf en de afscheidsplichtigheid vaker enkel negatieve connotaties oproepen. De oorzaak voor deze verschillen in ervaringen volgens besmettingsstatus is wellicht het feit dat wanneer patiënten coronapositief waren, de beperkingen tijdens de pandemie strikter waren, zowel voor naasten als voor zorgverleners. Dit was onder meer het geval voor de bezoekenmogelijkheden, zoals dit onderzoek ook bevestigt, en voor de contactmogelijkheden tussen zorgverleners en naasten.

Ook in andere landen zijn verschillen volgens besmettingsstatus vastgesteld. Dit was onder meer zo in Zweden voor het beperktere zicht op het voorkomen en de aanpak van symptomen, de beperktere betrokkenheid bij beslissingen over de zorg en behandeling, het vaker ervaren van bezoekbeperkingen en het beperkter vertrouwen in de zorgverleners (Hedman, Fürst, Rasmussen, van der Heide, & Schelin, 2022). En Duits onderzoek wees uit dat wanneer de naaste coronapositief was, nabestaanden meer belast waren door de omstandigheden van de pandemie (Schloesser, et al., 2021).

4.3. De pandemie bevestigt al gekende verbeterpunten in levenseindezorg

De kwaliteit van levenseindezorg is in heel wat situaties ongetwijfeld gehypothekeerd door de coronapandemie en de daarmee gepaard gaande beperkende maatregelen. Dit

blijkt uit onderzoek bij nabestaanden en is bevestigd in studies bij zorgverleners.

En misschien is dit niet onverwacht. Eerder onderzoek, los van de context van de coronapandemie, had al aangetoond dat er binnen levenseindezorg ruimte is voor verbetering. Zo stelden verpleegkundigen en verzorgenden in woonzorgcentra, onder meer in België, in een bevraging in 2015, dat heel wat residenten in de laatste week voor het overlijden te kampen hadden met symptomen als pijn (69%), kortademigheid (52%), onrust (66%) en angst (63%). Volgens hen was voor bijna 80% het overlijden niet serene, vredevol of rustig (Pivodic, et al., 2018). In hun aanbevelingen vroegen de onderzoekers nog meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van de levenseindezorg en het overlijden, en om palliatieve zorg nog sterker te integreren in het dagdagelijks functioneren binnen voorzieningen als woonzorgcentra.

Een andere bevraging uit 2015 bij nabestaanden, onder meer in België, over de kwaliteit van de communicatie met artsen in WZC wees eveneens op enkele verbeterpunten. Respondenten waren doorgaans voldoende geïnformeerd over de gezondheidstoestand van de naaste, hadden voldoende mogelijkheden om de arts vragen te stellen over de zorg en ervoeren veel begrip. Daarentegen kregen ze minder vaak informatie over wat ze konden verwachten bij het overlijden zelf en vond bijna de helft dat de arts te weinig initiatief nam om met de bewoner of de naaste te praten over de gewenste zorg en behandeling aan het levenseinde (Baranska, et al., 2020).

In een onderzoek uit 2012-2013 bij zorgverleners en nabestaanden van ouderen, overleden op een geriatrische ziekenhuisdienst in Vlaanderen, bleek dan weer dat volgens de verpleegkundigen 59% van de overleden patiënten (veel) pijn ervoerde, 66% onrust, 69% kortademigheid, 56% schrik en 55% angst. Volgens de naasten was dit respectievelijk 69%, 81%, 72%, 64% en 72%. Op vlak van psychosociale en existentiële noden identificeerden de onderzoekers een *unmet need*. Als mogelijke verklaringen verwezen ze naar de wellicht grotere focus op medische zorgaspecten in ziekenhuizen en naar het feit dat communicatie met heel wat patiënten, gezien hun gezondheidstoestand, moeilijk of onmogelijk was. Verder bleek dat slechts de helft van de patiënten overleed in aanwezigheid van familie en dat 37% alleen stierf (Verhofstede, et al., 2017).

Ten slotte beschrijft het KCE-rapport over passende zorg in de laatste levensfase de resultaten van een onderzoek

bij zorgverleners, patiënten, familieleden en vrijwilligers in 2016-2017 (Mistiaen, et al., 2017). Uit de antwoorden en getuigenissen bleek dat in situaties van levenseinde nog vaak sprake is van niet-passende zorg, onder meer op het vlak van communicatie door zorgverleners als gevolg van onvoldoende vaardigheden en te weinig tijd door de hoge werkdruk.

Het lijkt er dus op dat de coronapandemie al bestaande aandachtspunten binnen de levenseindezorg opnieuw en scherper onder de aandacht heeft gebracht.

5. Aanbevelingen voor kwaliteitsvolle levenseindezorg

5.1. Ook in crisis kwaliteitsvolle levenseindezorg garanderen

De onderzoeksresultaten tonen dat een deel van de gevraagde nabestaanden de kwaliteit van de levenseindezorg voor hun naaste tijdens de coronapandemie als niet optimaal heeft ervaren: volgens hen was de behandeling van hun naaste door de coronaomstandigheden beperkt en waren de ondersteuning en zorg, waaronder de symptoomcontrole, (soms) onvoldoende. Zeker wat betreft de emotionele, spirituele en existentiële ondersteuning is er voor zowel de patiënt-e als dienst naasten sprake van een *'unmet need'*. Ten slotte verliep de communicatie met zorgverleners soms moeilijk en voelden naasten zich onvoldoende betrokken. Dit was grotendeels het gevolg van de opgelegde maatregelen waaronder de beperkte bezoekmogelijkheden, die wellicht ook de vaststelling verklaren dat de ervaren kwaliteit van levenseindezorg bij nabestaanden wiens naaste coronapositief was op verschillende punten minder goed was dan deze bij de overige nabestaanden. De ervaringen van de respondenten zijn in verschillende onderzoeken bevestigd door zorgverleners die aangaven dat ze niet altijd de gewenste kwaliteit van levenseindezorg konden bieden, onder meer door de grote toestroom aan patiënten, de moeilijkheid om het juiste antwoord te vinden op een nieuw virus en de opgelegde beperkingen in de strijd tegen het virus die contacten met patiënten en hun naasten bemoeilijkten. Het is dan ook belangrijk hieruit de nodige lessen te trekken voor levenseindezorg in toekomstige crisisperiodes.

De impact van het coronavirus op de gezondheid van mensen en de snelle verspreiding ervan, vormden zeker een bedreiging voor de volksgezondheid, zetten het gezondheidszorgsysteem onder druk, en noodzaakten bijgevolg tot maatregelen om de verdere verspreiding van het virus in te dijken en de druk op de zorg te verlichten. De opgelegde regels rond isolatie, afstandsregels, gebruik van beschermingsmateriaal, bezoekbeperkingen, enz. zijn dan ook zeker te begrijpen. Maar voor de toekomst is het belangrijk dat **zowel het beleid als de zorgverleners in het kader van crisisbeheer van meet af aan het belang van palliatieve en levenseindezorg erkennen** en hier **voldoende prioriteit** aan geven (Morel, 2021). Het zoeken naar **een balans tussen het algemeen maatschappelijk belang en de volksgezondheid enerzijds en het belang van kwaliteitsvolle levenseindezorg anderzijds** is daarbij essentieel. Concreet betekent het dat maatregelen rekening houden met de basisprincipes van kwaliteitsvolle levenseindezorg, zodat mensen bijvoorbeeld hun naaste aan het levenseinde nabij kunnen zijn en afscheid kunnen nemen. Voor zorgverleners betekent het bijvoorbeeld dat ze, ook in tijden van crisis, **nagaan hoe ze voldoende, tijdige en transparante communicatie met patiënten en naasten kunnen garanderen en in de zorg een holistische benadering kunnen aanhouden**, ondanks de opgelegde beperkingen en de hoge werkdruk. De aandacht voor **psychosociale en existentiële noden** bij de persoon aan het levenseinde en diens naasten lijkt in het bijzonder een groot aandachtspunt bij toekomstige crises. Om dit te kunnen realiseren is het essentieel dat palliatieve expertise steeds betrokken wordt bij het beleid inzake crisisbeheer (Morel, 2021). Het zou bovendien een meerwaarde zijn om de manier waarop basisprincipes van kwaliteitsvolle levenseindezorg in tijden van crisis gegarandeerd kunnen worden proactief vast te leggen in richtlijnen en protocollen waarop men snel kan terugvallen in geval van een nieuwe crisis.

5.2. Versterk het aanbod en de zorgverleners

Zorgverleners erkennen dat ze tijdens de coronapandemie om verschillende redenen niet altijd de gewenste kwaliteit van levenseindezorg konden bieden, maar ander onderzoek in binnen- en buitenland toont aan dat er ook los van deze specifieke context, verbetermarge is. CM pleit er dan ook algemeen voor om **zorgverleners, betrokken in situaties van palliatieve en levenseindezorg, verder te versterken en te ondersteunen in hun mogelijkheden om kwaliteitsvolle zorg te leveren**. Zo is het essentieel om binnen de basisopleiding en permanente vorming van

zorgverleners voldoende ruimte te blijven voorzien voor palliatieve zorg en de belangrijke principes ervan (bijvoorbeeld het voldoende meten en verlichten van symptomen, goede communicatievaardigheden rond het levenseinde, een brede benadering van de zorg met ook aandacht voor de psychosociale en existentiële noden van de patiënt-e en de ondersteuning van naasten, enz. (Morel, 2021)). Hierbij dient bijzondere aandacht te gaan naar die voorzieningen, afdelingen of zorgverleners die nog meer dan anderen werken met ouderen of personen met een ernstige aandoening en die vaker betrokken zijn in levenseindsituaties (bijvoorbeeld WZC). Bovendien moeten **er voldoende incentives zijn voor samenwerking met en het inschakelen van actoren met specifieke expertise** inzake levenseindezorg, symptoomverlichting of psychosociale ondersteuning.

Het is een positieve vaststelling dat palliatieve zorg en levenseinde de voorbije jaren hoger op de beleidsagenda staan. Zo werkte Vlaanderen een visienota uit over de hervorming van de palliatieve zorg waarin onder meer aandacht gaat naar sensibilisering rond het thema, de toegankelijkheid van het aanbod en het tijdig starten van vroegtijdige zorgplanning (Craps & Weymaere, 2023). Dit wordt verder geconcretiseerd in een actie- en transitieplan met extra financiële middelen, onder meer voor de vorming van zorgverleners en de evolutie naar nog meer interdisciplinaire en doelgerichte zorg (De Specialist, 2023). In Brussel zijn, naar aanleiding van het vastgestelde tekort aan palliatieve kennis in WZC, bijkomende middelen geïnvesteerd voor de ontwikkeling van een palliatieve cultuur en de vorming van het personeel (Parlement francophone bruxellois, 2023, p. 12). En op het terrein leveren zorgactoren dagdagelijks zeker al veel inspanningen om goede palliatieve zorg te bieden. Toch is het **essentieel om de komende jaren bijkomende middelen te voorzien voor de versterking van palliatieve en levenseindezorg** (Morel, 2021). Dit moet leiden tot een **voldoende groot, gediversifieerd en toegankelijk aanbod** waarmee ingespeeld kan worden op de wensen van personen aan het levenseinde (bijvoorbeeld door de erkenning van bijkomende palliatieve bedden, bijkomende en nieuw intermediaire opvangstructuren, enz.) (FRZV, 2024). Bijkomende middelen moeten ook bijdragen tot nog **meer bewustwording en competentieopbouw** waardoor palliatieve zorg nog meer geïntegreerd kan worden in de dagelijkse zorg, en dit op basis van voldoende praktische tools en richtlijnen voor de implementatie van het breder wettelijk kader (Pivodic, et al., 2018). CM hoopt dan ook dat in het kader van de volgende be-

grotingsopmaak gezondheidszorg nagedacht kan worden over een gezondheidsdoelstelling en actieprogramma voor een betere levenskwaliteit bij het levenseinde, zoals voorgesteld door het Verzekeringscomité (Mahieu, 2024).

5.3. Belang van vroegtijdige zorgplanning

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten en de pandemie benadrukken we nogmaals **het belang en de meerwaarde van vroegtijdige zorgplanning**, het proces van continu overleg tussen een patiënt-e en zorgverleners, gericht op het uitklaren van diens waarden en wensen inzake (toekomstige) palliatieve zorg of zorg aan het levenseinde (Morel & Mullié, 2021), waarbij het belangrijk is deze zorgdoelen en -wensen op geregelde tijdstippen in overleg te bevestigen of bij te sturen. Tijdens de pandemie ging de gezondheidstoestand van sommige patiënten immers heel snel achteruit of waren ze bij opname niet meer aanspreekbaar. Het was voor zorgverleners niet in alle situaties duidelijk wat de zorgdoelen en -wensen waren, en overleg hierover met naasten werd bemoeilijkt door de beperkende maatregelen en de hoge werkdruk. Ook familieleden kenden niet altijd de wensen van hun naaste. In dergelijke context **kan vroegtijdige zorgplanning houvast bieden voor naasten en zorgverleners** en biedt het **meer garantie op passende zorg** die vertrekt van de behoeften van een persoon en de mantelzorgers die deze omringen, **en op het realiseren van de gewenste levenskwaliteit aan het levenseinde** (Morel & Mullié, 2021).

CM is dan ook tevreden dat patiënten dankzij de recente modernisering van de wet op de patiëntenrechten voortaan expliciet de mogelijkheid hebben om hun wensen en levensdoelen duidelijk te benoemen en dat het principe van vroegtijdige zorgplanning in de wet is verankerd. Dit zal ongetwijfeld bijdragen tot nog meer doelgerichte zorg waarbij patiënten en zorgverleners samen overleggen wat wenselijke en haalbaar is (CM, 2024b). CM pleit wel voor **herhaalde campagnes en sensibiliseringsacties** die de bevolking en de zorgverleners ertoe aanzetten om tijdig het gesprek aan te gaan over de zorgwensen en -doelen (Verniest, Morel, & Avalosse, 2023). Ook het ontwikkelen van concrete ondersteunende tools, zoals in Vlaanderen het *'Referentiekader vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum'*¹¹ is hierbij nuttig. Verder vragen we dat **zorgverleners hun**

11 Voor meer informatie, zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum>

patiënten, zeker als deze geconfronteerd worden met een zware diagnose of zich in een palliatieve situatie bevinden, **aanmoedigen om zo vroeg mogelijk een open gesprek aan te gaan met de naasten over zaken die samengaan met het levenseinde**, waaronder keuzes in en de organisatie van de zorg. Ze kunnen hen ook doorverwijzen naar andere instanties die hen daarbij kunnen helpen en begeleiden of hen tools aanreiken voor een gesprek rond zorgaangelegenheden zoals de kaarten 'Levenswensen'¹² die mee door CM zijn uitgewerkt. Deze set kaarten met korte uitspraken kan mensen helpen om zelf op een eenvoudige en laagdrempelige manier na te denken over het levenseinde en de bijhorende voorkeuren en wensen en kan ook gebruikt worden om hierover in gesprek te gaan met familie, vrienden, zorgverleners, enz.

5.4. Meer openheid en aandacht voor levenseinde en rouw

De coronapandemie en de vele onverwachte overlijdens maakten ook duidelijk dat **veel mensen het nog steeds moeilijk hebben met lijden en sterven**, zoals ook blijkt uit de getuigenis van een Nederlandse zorgverlener: "Mijn belangrijkste eyeopener deze coronatijd is dat mensen zo slecht nadenken over vergankelijkheid en de eindigheid van het leven van zichzelf en de mensen om hen heen" (van den Hoek, 2021). Maar ook voor de coronaperiode stelden onderzoekers vast dat **mensen niet graag praten over het levenseinde en over hun wensen op dat vlak, noch met zorgverleners, noch met naasten** (Mistiaen, et al., 2017), en dat ze zich over het algemeen vrij ongemakkelijk voelen wanneer het gaat over lijden en sterven van anderen (Quintiens, et al., 2023). Ze wijten dit aan de medische vooruitgang die bijdraagt aan soms onrealistische verwachtingen over wat de geneeskunde kan en aan de steeds verdere medicalisering en professionalisering van het sterven (Mistiaen, et al., 2017). Ziekte en overlijden worden te weinig gezien als een behorend tot het leven waardoor mensen zich onvoldoende de vraag stellen welke levenskwaliteit ze in hun laatste levensfase wensen en hoe die gerealiseerd kan worden, en ze onvoldoende voorbereid zijn op ziekte en overlijden.

Er is dus nood aan meer **initiatieven die het taboe rond lijden en sterven helpen doorbreken**, die ingaan op de niet-maakbaarheid en de eindigheid van het leven, **en die mensen stimuleren na te denken over de manier waarop hun laatste levensfase vanuit hun waarden en wensen kwaliteitsvol ingevuld kan worden. Deze initiatieven moeten hen ook aanzetten hierover het gesprek aan te gaan met hun naasten en met zorgverleners**. De vermelde beleidsvoorbeelden rond vroegtijdige zorgplanning en het versterken van de palliatieve cultuur in WZC zijn stappen in de goede richting, net als de concrete voorbeelden van taboedoorbreking en sensibilisering op het terrein, waaronder het al vermelde initiatief 'Levenswensen' en de werking van de vzw Amfora¹³. Met haar acties wil Amfora bijdragen aan een samenleving waar mensen het vanzelfsprekend vinden om te praten over het afscheid van het leven. Ze leidt ook vrijwilligers op die levenseindegesprekken met mensen vastleggen in een boekje of een video om zo verbinding te creëren en het naderende afscheid bespreekbaar te maken tussen mensen. Deze waardevolle en tastbare herinnering voor nabestaanden is ook ondersteunend bij rouw (Morel, 2021).

Meer algemeen pleiten we ervoor **meer in te zetten op het creëren van 'compassionate communities'**, gemeenschappen waar rouw, sterven en levenseinde zichtbaar en bespreekbaar zijn (Dury & De Donder, 2022). Dit concept vertrekt van **het principe dat zorg rond het levenseinde onmisbaar is en dat deze gedragen moet worden door alle leden van een gemeenschap en over alle beleidsdomeinen heen**. Dit vergt initiatieven die het bewustzijn rond levenseinde, rouw en ernstige ziekte aanwakkeren en die bij bewoners kennis en vaardigheden ontwikkelen. Zo zullen mensen beter met ziekte en sterven kunnen omgaan en elkaar kunnen ondersteunen. Dit is een opdracht voor alle actoren in een samenleving, zowel zorgactoren als actoren uit het onderwijs, de bedrijfswereld, het verenigingsleven, enz.

12 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/nl/kaarten-levenswensen>

13 Voor meer informatie, zie <https://amfora.be/wat-is-amfora/>

Conclusie

Deze studie geeft een algemeen beeld over de ervaringen van CM-leden met levenseindezorg voor een naaste die overleden is tijdens een van de coronagolven. Hoewel uit de resultaten blijkt dat heel wat respondenten op verschillende punten positief zijn, blijkt evenzeer dat de pandemie en daarmee gepaard gaande maatregelen een impact hadden op de ervaren kwaliteit van levenseindezorg en dat het binnen deze context moeilijk was om bepaalde basisprincipes ervan te garanderen, waaronder de mogelijkheid van nabijheid en afscheid voor naasten, symptoomcontrole, communicatie met zorgverleners en de aandacht voor de psychosociale noden van de patiënt-e en diens naaste. Voor toekomstige pandemieën of crisissituaties is het bijgevolg belangrijk van bij het begin te werken aan een kader waar-

binnen kwaliteitsvolle levenseindezorg mogelijk blijft en er dus een evenwicht is tussen enerzijds het maatschappelijk belang en de volksgezondheid en anderzijds de noden van een patiënt-e aan het levenseinde en dienst naasten.

Bovendien is het belangrijk om algemeen voldoende te blijven investeren in kwaliteitsvolle levenseindezorg en binnen een samenleving meer openheid te creëren voor het praten over ziekte en dood. Dit kan ertoe bijdragen dat mensen beter voorbereid zijn op afscheid nemen als onderdeel van het leven. Dit is des te relevanter binnen een context van vergrijzing waar we als individu en als samenleving vaker te maken krijgen met langdurige ziekte, overlijden en afscheid nemen.

Bibliografie

- Baranska, I., Kijowska, V., Engels, Y., Finne-Soveri, H., Froggatt, K., Gambassi, G., . . . Szczerbinska, K. (2020). Perception of the quality of communication with physicians among relatives of dying residents of long-term care facilities in 6 European countries: PACE cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 331-337.
- Becqué, Y., Witkamp, E., Goossensen, A., Korfage, I., van Lent, L., Pasma, R., . . . van der Heide, A. (2024). Grief after pandemic loss: factors affecting grief experiences (the CO-LIVE study). *Journal of loss and trauma*, 29(1), 27-43.
- CM. (2024a). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- CM. (2024b). *Nieuwe wet patiëntenrechten gestemd: 'Patiënt is meer dan zijn ziekte alleen'*. Opgeroepen op april 8, 2024, van CM.be.
- Coma, E., Nora, N., & Mendez, L. (2020). Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Family Practice*, 21(208), 1-9.
- Coughlin, S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(1), 87-91.
- Craps, A., & Weymaere, E. (2023). *Hervorming van de palliatieve zorg in Vlaanderen*. Brussel: Departement Zorg - Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg.
- de Goede, A., & Born, J. (2021, januari 10). *Huisartsen onder zware druk door corona: lange werkdagen, uitval en zelfs sluiting*. Opgeroepen op maart 4, 2024, van RTL-nieuws.
- De Specialist. (2023). Crevits investeert 5 miljoen euro extra in palliatieve zorg. Opgeroepen op april 12, 2023
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Dennis, B., Vanstone, M., Swinton, M., Brandt-Vegas, D., Dionne, J., Cheung, A., . . . Cook, D. (2022). Sacrifice and solidarity: a qualitative study of family experiences of death and bereavement in critical care settings during the pandemic. *BMJ Open*, 12, 1-7.
- Departement Zorg. (2023). *Corona: richtlijnen voor zorgprofessionals*. Opgeroepen op januari 15, 2024, van Departement Zorg: <https://zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals>
- Departement Zorg. (2024a). *Digitale opname- en facturatieproces tussen ouderenvoorzieningen en zorgkassen*. Brussel: Vlaamse Overheid.
- Departement Zorg. (2024b). *Plaats van overlijden*. Opgeroepen op april 2, 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/sterftecijfers-in-vlaanderen/plaats-van-overlijden>
- Dury, S., & De Donder, L. (2022). *Ziekte en rouw verdienen aandacht in zorgzame buurten*. Opgeroepen op april 10, 2024, van Sociaal.net.
- Fieux, M., Duret, S., Bawazeer, N., Denoix, L., Zauouche, S., & Tringali, S. (2020). Telemedicine for ENT: effect on quality of care during Covid-19 pandemic. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 137(4), 257-261.
- Fisher, J., Rice, A., Cozza, S., & Zuleta, F. (2022). Bereavement during the COVID-19 pandemic: impact on coping strategies and mental health. *Psychiatry*, 85, 354-372.
- FRZV. (2024). *Advies betreffende de programmatie van de Sp palliatief (deel 2)*. Brussel: FOD Volksgezondheid - Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Grasselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli, M., Cabrini, L., Castelli, A., . . . Pesenti, A. (2022). Pressure on the Health-Care System and Intensive Care Utilization During the COVID-19 Outbreak in the Lombardy Region of Italy: A Retrospective Observational Study in 43,538 Hospitalized Patients. *American Journal of Epidemiology*, 191(1), 137-146.
- Hale, T., Petherick, A., Philips, T., Anania, J., Andretti de Mello, B., Angrist, N., . . . Vaccaro, A. (2023). *Variation in Government Responses to COVID-19. Version 15. Blavatnik School of Government Working Paper*. London: Blavatnik School of Government - University of Oxford.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- Hanna, J., Rapa, E., Dalton, L., Hughes, R., Quarmby, R., & McGlinchey, T. (2021). Health and social care professionals' experiences of providing end of life care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Palliative medicine*, 35(7), 249-257.
- Hedman, C., Fürst, C., Rasmussen, B., van der Heide, A., & Schelin, M. (2022). Dying during the COVID-19 pandemic in Sweden: relatives' experiences of end-of-life care (the CO-LIVE study). *International journal of environmental research and public health*, 19(16146), 1-13.
- Hodiamont, F., Schatz, C., Schildmann, E., Syunyaeva, Z., Hriskova, K., Rémi, C., . . . Bausewein, C. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on processes, resource use and cost in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(36), 1-11.
- Kelly, M., Mitchell, I., Walker, I., Mears, J., & Scholz, B. (2023). End-of-life care in natural disasters including epidemics and pandemics: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative*, 13, 1-14.
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M.-P., & Côté, J. (2021). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 33-43.
- Luppa, M., Luck, T., Weyer, S., König, H., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- Mahieu, S. (2024). Budget gezondheidszorg 2024: 'Eerst de inhoud'. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 44-55.
- Mayland, C., Gerlach, C., Sigurdardottir, K., Hansen, M., Leppert, W., Stachowiak, A., . . . Haugen, D. (2019). Assessing quality of care for the dying from the bereaved relatives' perspective: Using pretesting survey methods across seven countries to develop an international outcome measure. *Palliative medicine*, 33(3), 1-12.

- Mayland, C., Hughes, R., Lane, S., McGlinchey, T., Donnellan, W., Bennett, K., . . . Mason, S. (2021). Are public measures and individualised care compatible in the face of a pandemic? A national observational study of bereaved relatives' experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative medicine*, 35(8), 1480-1491.
- Mesquita, P., Abejas, A., & Vergès, À. (2023). End-of-life dignity in palliative care, pandemic COVID-19 and telemedicine. *Journal of clinical and scientific research*, 12(2), 140-148.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., . . . Wens, J. (2017). *Passende zorg in de laatste levensfase - Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Morel, M. (2021). CM-visie op palliatieve zorg: een zoektocht naar verbondenheid. *CM-Informatie*, 285, 46-54.
- Morel, M., & Mullié, K. (2021). CM-actie patiëntenrechten: vroegtijdige zorgplanning. *CM-Informatie*, 286, 75-79.
- Morel, M., & Verniest, R. (2022). Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 68-80.
- Onwuteaka-Philipsen, B., Pasman, H., Korfage, I., Witkamp, E., Zee, M., van Lent, L., . . . van der Heide, A. (2021). Dying in times of the coronavirus: an online survey among healthcare professionals about end-of-life care for patients dying with and without COVID-19 (the CO-LIVE study). *Palliative Medicine*, 35(5), 830-842.
- Parlement francophone bruxellois. (2023). *Séance plénière du vendredi 3 mars 2023*. Bruxelles.
- Pivodic, L., Smets, T., Van den Noortgate, N., Onwuteaka-Philipsen, B., Engels, Y., Szczerbinska, K., . . . Van den Block, L. (2018). Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries. *Palliative medicine*, 32(10), 1584-1595.
- Quintiens, B., Smets, T., Chambaere, K., Van den Block, L., Deliëns, L., Sallnow, L., & Cohen, J. (2023). Discomfort with suffering and dying, a cross-sectional survey of the general public. *Journal of pain and symptom management*, 66(5), 529-540.
- Reitsma, L., Killikelly, C., Müller, H., Larsen, L., Boelen, P., & Lenferink, L. (2023). Prevalence and correlates of positive and negative psychological effects of bereavement due to COVID-19: a living systematic review. *F1000Research*, 12(237), 1-20.
- Schloesser, K., Simon, S., Pauli, B., Voltz, R., Jung, N., Leisse, C., . . . Strupp, J. (2021). "Saying goodbye all alone with no close support was difficult" - Dying during the COVID-19 pandemic: online survey among bereaved relatives about end-of-life care for patients with or without SARS-COV2 infection. *BMC Health Services Research*, 21(998), 1-13.
- Sciensano. (2023). *Coronavirus Covid-19*. Opgeroepen op januari 15, 2024, van <https://covid-19.sciensano.be/nl>
- Sillis, M. (2020, april 22). *Werken in de thuiszorg: 'Mijn laatste vrije dag? Dat kan ik niet meteen zeggen'*. Opgeroepen op januari 16, 2024, van Sociaal.net.
- Spacey, A., Porter, S., Board, M., & Scammell, J. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on end of life care delivery in care homes: a mixed method systematic review. *Palliative medicine*, 35(8), 1468-1479.
- Stajduhar, K., Martin, W., & Cairns, M. (2010). What makes grief difficult? Perspectives from bereaved family caregivers and healthcare providers of advanced cancer patients. *Palliative and supportive care*, 8, 277-289.
- Statbel. (2021). *Daling van COVID-19, tumoren blijven belangrijkste doodsoorzaak in 2021*. Opgeroepen op januari 30, 2024, van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#news>
- Steinhauser, K. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, 284(19), 2476-2482.
- van den Hoek, A. (2021). *Overlijden en palliatieve zorg in coronatijd: dilemma tussen afstand en nabijheid*. Opgeroepen op januari 29, 2024, van Arts aan het woord: <https://www.doq.nl/overlijden-en-palliatieve-zorg-in-coronatijd-dilemma-tussen-afstand-en-nabijheid/>
- van Giessen, A., de Wit, A., van den Brink, C., Degeling, K., Deuning, C., Eeuwijk, J., . . . Suijkerbuijk, A. (2020). *Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten*. Nederland: RIMV.

- Vandamme, N. (2020, maart 14). *Corona: bezoek in ziekenhuizen verboden, niet-dringende ingrepen opgeschort*. Opgeroepen op februari 20, 2024, van Focus-WTV.be.
- Verhofstede, R., Smets, T., Cohen, J., Eecloo, K., Constantini, M., Van den Noortgate, N., & Deliëns, L. (2017). End-of-life care and quality of dying in 23 acute geriatric hospital wards in Flanders, Belgium. *Journal of pain and symptom management*, 53(4), 693-702.
- Verniest, R., Morel, M., & Avalosse, H. (2023). Familiale conflicten: een belangrijk aandachtspunt in levenseindezorg. Analyse van een bevraging bij CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 6, 36-57.
- Vieveen, M., Yildiz, B., Korfage, I., Witkamp, F., Becqué, Y., van Lent, L., . . . Goossensen, A. (2023). Meaning-making following loss among bereaved spouses during the COVID-19 pandemic (the CO-LIVE study). *Death studies*, 9, 1-9.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *Maatregelen COVID-19 voor alle woonzorgcentra, centra voor kortverblijf type 1, centra voor herstelverblijf, groepen van assistentiewoningen en serviceflatgebouwen in Vlaanderen*. Brussel: Vlaamse overheid.
- WHO. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Opgeroepen op februari 26, 2024, van <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Yildiz, B., Korfage, I., Witkamp, E., Goossensen, A., van Lent, L., Pasman, H., . . . van der Heide, A. (2022). Dying in times of COVID-19: experiences in different care settings - an online questionnaire study among bereaved relatives (CO-LIVE). *Palliative Medicine*, 36(4), 751-761.
- Zee, M., Bagchus, L., Becqué, Y., Witkamp, E., van der Heide, A., van Lent, L., . . . Pasman, R. (2023). Impact of COVID-19 on care at the end of life during the first months of the pandemic from the perspective of healthcare professionals from different settings: a qualitative interview study (the CO-LIVE study). *BMJ Open*, 13(3), 1-9.
- Zorgnet-Icuro. (2022, april 1). *Hoge druk op ziekenhuizen leidt steeds meer tot uitstellen zorg*.

Meer dan een nummer: persoonsgerichtheid in het ziekenhuis

Ellen Pipers^{a,b}, Sara Leroi-Werelds^a, Sandra Streukensa^a en Katrien Verleye^b – ^aUniversiteit Hasselt en ^bUniversiteit Gent
Hervé Avalosse en Sigrid Vancorenland – Studiedienst CM

Samenvatting

Persoonsgerichtheid start vanuit een holistische benadering - de patiënt-e is meer dan diens ziekte - en focust op het tegemoetkomen aan de unieke wensen en noden van de patiënt-e als individu. Persoonsgerichtheid is in lijn met de *Quintuple Aim* in de Belgische gezondheidszorg, waarbij aandacht is voor betere gezondheidsuitkomsten, een betere patiëntervaring, een hogere kosteneffectiviteit, verbeterd welzijn van de zorgverlener en gelijkwaardigheid. Toch is het moeilijk om als zorgorganisatie persoonsgericht te zijn, omdat er verwarring is over de betekenis van 'persoonsgerichtheid' en het moeilijk te meten is.

Het doel van dit onderzoek is om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, instrumenten te ontwikkelen die persoonsgerichtheid meten in ziekenhuizen en om deze meetinstrumenten te valideren bij personen die recent in het ziekenhuis werden opgenomen.

Om inzicht te krijgen in persoonsgerichtheid en de onderliggende dimensies, namen onderzoekers van de Universiteit Hasselt (UHasselt) en Universiteit Gent (UGent) interviews af en werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Deze inzichten dienden als basis voor het ontwikkelen van meetinstrumenten. Vervolgens werd een pilootstudie uitgevoerd, voornamelijk om de vragenlijsten te valideren. Om dit te realiseren werden CM-leden die recent opgenomen waren in het ziekenhuis bevroegd (n=1.266 na data cleaning) via een vragenlijst-onderzoek.

Het onderzoek toont aan dat persoonsgerichtheid gedefinieerd kan worden als een holistische benadering van de persoon die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu. Deze wensen en noden kunnen op zes dimensies verschillen tussen mensen: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) het ontvangen van informatie, (4) het participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun.

Op basis van het vragenlijstonderzoek werden drie meetinstrumenten ontwikkeld en gevalideerd: (1) het gedetailleerd meetinstrument met 29 items, (2) het vereenvoudigd meetinstrument met 6 items en (3) het algemeen meetinstrument met 2 items.

De analyse van de pilootstudie bij CM-leden toont aan dat de connectie met de zorgverlener (dimensie 1) en het ontvangen van informatie (dimensie 3) de grootste impact hebben op tevredenheid. Daarnaast tonen de vergelijkende analyses aan dat mannen gemiddeld genomen hoger scoren op de algemene tevredenheid en de dimensies voor connectie, familie, participatie, extra's en steun in vergelijking met vrouwen. In dezelfde lijn scoren personen zonder chronische aandoening ook hoger dan personen met chronische aandoening.

Sleutelwoorden: Persoonsgerichtheid, ziekenhuizen, meetinstrument, kwalitatieve studie, kwantitatieve studie

Inleiding

Enkele jaren geleden beviel Lien van een zoontje Louis. Lien wist op voorhand goed wat ze wou – en niet wou – maar toch verliep de geboorte van Louis niet zoals ze gepland had. Lien wou heel graag zonder epidurale verdoving bevallen, maar de gynaecoloog besloot zonder veel overleg om een epidurale verdoving te laten plaatsen. De arbeid ging niet zo vlot vooruit en met een epidurale verdoving konden de weeën gestimuleerd worden. Hoewel alles vlot verlopen was en alles goed ging met moeder en zoon, bleef Lien met een knagend gevoel achter. Ze had zo graag gehad dat er meer rekening werd gehouden met haar wensen en noden. Enkele jaren later moest Lien opnieuw bevallen en had ze een hele fijne onderwaterbevalling. De gynaecoloog nam de tijd en Lien kon helemaal op haar eigen tempo bevallen. Maanden later liep ze nog op wolkes en was ze zo blij en dankbaar voor de zachte geboorte van haar zoontje Victor. Hoewel er medisch gezien in beide casussen correct gehandeld werd, voelde Lien zich bij de geboorte van haar eerste zoon meer als een nummer behandeld en bij de geboorte van haar tweede zoon als persoon.

Het lijkt misschien vreemd om zo veel aandacht te schenken aan wat – voor sommigen – misschien details lijken, maar persoonsgerichtheid (het feit dat er wordt tegemoetgekomen aan de individuele wensen en noden van patiënten) kan een belangrijke positieve impact hebben op patiënt-e, zorgverlener en ziekenhuis. Zo voelen patiënten zich beter als er een meer persoonsgerichte aanpak is. Ze herstellen vlotter en hun welbevinden en tevredenheid zijn hoger (Coyne, Holmström, & Söderbäck, 2018; Martinez, Postigo, Cuesta, & Muñoz, 2021). Ook zorgverleners ervaren positieve gevolgen van een persoonsgerichte aanpak: ze halen meer voldoening uit hun werk, hebben minder stress en gaan minder snel op zoek naar een andere job (Chang, Gil, Kim, & Bea, 2020; Choi, Kim, & Yoon, 2021; Fridberg, Wallin, & Tistad, 2021). Ook ziekenhuizen plukken de vruchten van een persoonsgerichte aanpak: als patiënten tevreden zijn over hun verblijf, zullen ze het ziekenhuis aanraden bij vrienden en familie en indien nodig terugkeren naar hetzelfde ziekenhuis. Verder is het voor ziekenhuizen natuurlijk een enorme meerwaarde als zorgverleners een hogere jobtevredenheid hebben en minder last hebben van stress.

De bovengenoemde voordelen van persoonsgerichtheid dragen bij aan de 'Quintuple Aim' binnen de gezondheidszorg. De *Quintuple Aim* omvat vijf pijlers of doelstellingen waaraan zorg wil voldoen (VIVEL, 2023):

1. het verbeteren van de gezondheidsuitkomsten;
2. het verbeteren van de ervaring van de zorgvrager of patiënt-e;
3. het verlagen van de kosten door meer waarde te realiseren met de beschikbare middelen;
4. het verhogen van het welzijn van zorgverleners;
5. het bereiken van gelijkwaardigheid om de gezondheid van iedereen te verhogen.

Er is zowel in theorie als in praktijk al veel gezegd en geschreven over persoonsgerichtheid. Hoewel men het erover eens is dat de essentie van persoonsgerichtheid gaat over het rekening houden met de unieke wensen en noden van de hele persoon (Giusti, et al., 2020; Håkansson Eklund, et al., 2019), blijft het onduidelijk waar persoonsgerichtheid nu precies uit bestaat. Sommige auteurs leggen vooral de nadruk op de gedeelde besluitvorming tussen patiënt-e en zorgverlener, terwijl andere auteurs meer focussen op de holistische aanpak. Daarnaast bestaat er nog geen geschikt meetinstrument om persoonsgerichtheid te meten (Byrne, Baldwin, & Harvey, 2020).

Het hoofddoel van dit onderzoek van de Universiteit Hasselt (UHasselt) en Universiteit Gent (UGent) is om (1) persoonsgerichtheid te conceptualiseren, (2) een meetinstrument te ontwikkelen dat persoonsgerichtheid in ziekenhuizen meet, en (3) het meetinstrument in samenwerking met CM te valideren. Daarnaast wordt er aan de hand van de resultaten van de bevraging bij CM-leden geanalyseerd welke factoren van invloed zijn op de tevredenheid van mensen over de ontvangen zorg. De verschillende delen van dit artikel lichten deze elementen verder toe.

Dit artikel is gebaseerd op het doctoraatsproefschrift van Ellen Pipers (Pipers, 2024).

1. Conceptualisering van persoonsgerichtheid

1.1. Methodologie

Om persoonsgerichtheid te conceptualiseren combineerden onderzoekers van UHasselt en UGent drie invalshoeken: (1) een systematische analyse van de literatuur; (2) interviews met zorgverleners; (3) interviews met patiënten en hun naasten.

Er werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd waarbij via verschillende databanken werd gezocht: Web of Science, PubMed, CINAHL, Embase, MEDLINE (Ovid) en Scopus. De zoekterm '*person cent**' werd gebruikt in combinatie met '*dimensions**', '*defin**', '*model**', '*framework**' en '*concept**'. Dit leidde tot 13.233 resultaten, waaronder 7.794 duplicaten die verwijderd konden worden. Artikels van voor 2016 werden verwijderd (1.546 resultaten). De overige resultaten (3.893 artikels) werden vervolgens gescreend op titel, *abstract* en *full-text*. Artikels waarbij het hoofddoel niet was om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, die niet over de ziekenhuiscontext handelden of die een editoriaal of opinie bevatten, werden geëxcludeerd. Deze procedure leidde tot de inclusie van 53 artikels. Na analyse van de referentielijsten werden hier nog 4 artikels aan toegevoegd. In totaal werden dus 57 artikels geanalyseerd.

Er werden 29 semigestructureerde interviews afgenomen bij zorgprofessionals waarbij getracht werd om een brede variatie qua profielen te hebben onder de respondenten: zowel zorgverleners die rechtstreeks contact hadden met patiënten (verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen), als professionals zonder rechtstreeks patiëntencontact zoals stafmedewerkers en directie. Ten slotte werden ook professionals buiten het ziekenhuis geïnterviewd zoals medewerkers of managers uit patiëntenorganisaties, kwaliteitsorganisaties, koepelorganisaties en ziekenfondsen. De interviews duurden gemiddeld 62 minuten, met een variatie van 25 tot 140 minuten. De interviews met de professionals verliepen *online* of *face-to-face*, afhankelijk van de voorkeur van de respondent-e. De interviewleidraad bestond uit vragen die peilen naar de betekenis van persoonsgerichtheid, het belang ervan en factoren die persoonsgerichtheid kunnen beïnvloeden.

Tevens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten en familieleden. Deze groep bestond uit 18 respondenten, met en zonder chronische aandoeningen¹, van verschillende leeftijden en zowel mannen als vrouwen. De gemiddelde duur van het interview bedroeg 74 minuten met een variatie van 25 tot 180 minuten. De patiënteninterviews werden allemaal *online* afgenomen. De interviewleidraad bestond uit vragen om te polsen naar de ervaring tijdens de opname, zowel de positieve als de negatieve ervaringen, de betekenis van persoonsgerichtheid en de stappen die de respondent-e zou zetten om persoonsgerichtheid te bestendigen.

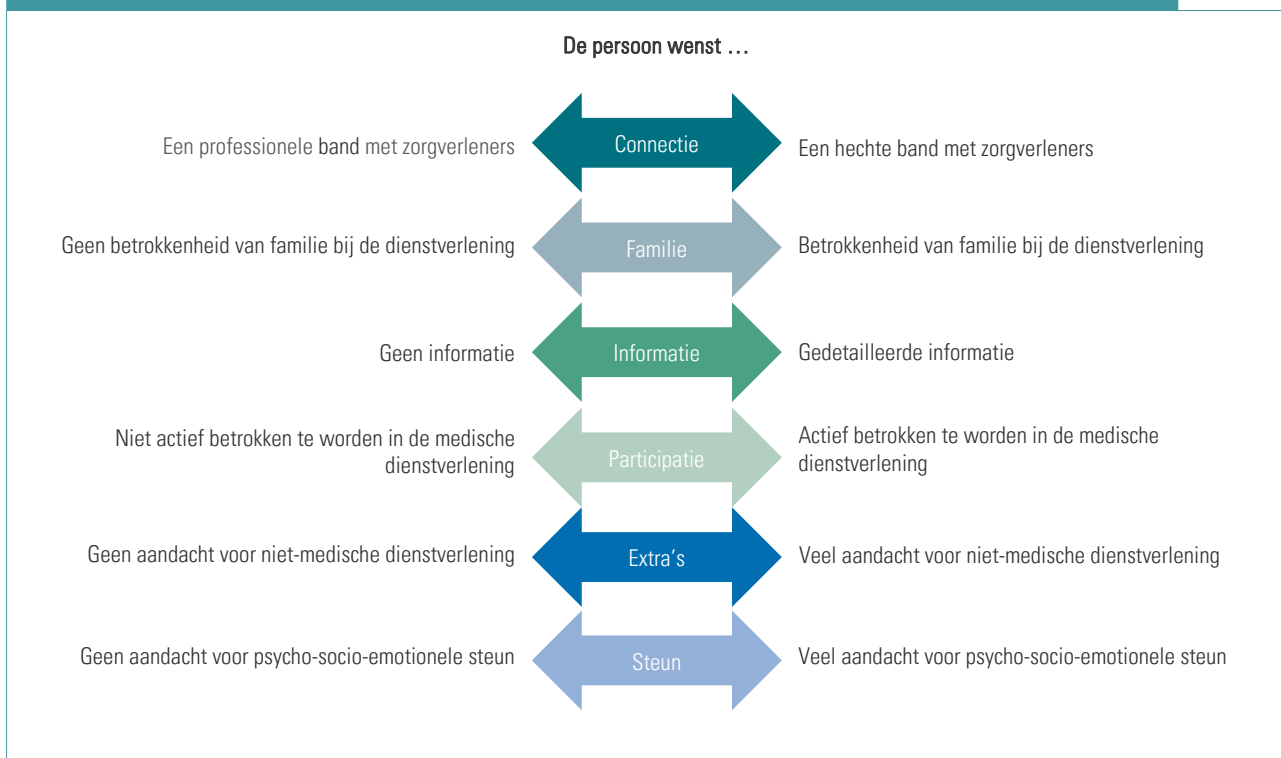
Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. De data uit de interviews en literatuurstudie werden gecodeerd in NVivo. De analyse van zowel de interviews als de literatuur gebeurde in drie stappen volgens de Gioia-methode (Gioia et al., 2013). In een eerste stap werden er codes toegekend aan stukjes tekst in de woorden van de respondent-e of het artikel. Daarna werden deze codes samengevat in overkoepelende categorieën. In de laatste stap werden deze categorieën samengevoegd tot abstracte dimensies.

1.2. Resultaten

Uit de literatuurstudie en interviews blijkt dat persoonsgerichtheid een holistische benadering van de persoon inhoudt, die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu. Zowel uit de literatuurstudie als de interviews komen zes dimensies naar voren, echter de interviews tonen de heterogeniteit in wensen en noden aan. Waarbij de literatuur er vaak van uitgaat dat mensen bijvoorbeeld altijd een hechte relatie willen of veel informatie, wordt dit beeld genuanceerd door de interviews. De interviews tonen aan dat er grote verschillen kunnen zijn tussen de wensen en noden van mensen. Zo wil de ene persoon veel en een andere persoon weinig informatie. De zes dimensies waarop mensen verschillende wensen en noden hebben zijn: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) het ontvangen van informatie, (4) het participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun (zie Figuur 1). Een algemene beschrijving van deze zes dimensies wordt samengevat in tabel 1 en wordt nadien verder toegelicht.

¹ De respondenten rapporteerden zelf of ze een chronische aandoening hadden of niet, er is niet nagegaan of zij het statuut persoon met een chronische aandoening hadden.

Figuur 1: Dimensies waarop mensen verschillende wensen en noden kunnen hebben
(Bron: Pipers, 2024)



Tabel 1: Verschillende dimensies en hun beschrijving
(Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Beschrijving
Connectie met de zorgverlener	De mate waarin een persoon een hechte relatie wenst met de zorgverleners
Betrekken van familie	De mate waarin de persoon diens naasten wenst te betrekken in het proces
Ontvangen van informatie	De mate waarin een persoon informatie wenst
Participeren in de medische dienstverlening	De mate waarin een persoon betrokken wenst te zijn in het medisch proces
Aandacht voor extra's	De mate waarin een persoon aandacht wenst voor niet-medische diensten zoals bijvoorbeeld parking of catering
Psycho-socio-emotionele steun	De mate waarin een persoon aandacht wenst voor diens psycho-socio-emotionele context

1.2.1. Connectie met de zorgverlener

Op vlak van de relatie met zorgverleners willen sommige mensen een hechte relatie, terwijl anderen een louter professionele, eerder afstandelijke relatie met zorgverleners willen.

'Die waren niet echt met mij bezig en dan ben ik, uiteindelijk is er één langs mij komen staan die zwanger was en toen ben ik zelf nog tegen haar beginnen praten tot ik in slaap was (lacht) [...] . Ik had de hele tijd de indruk dat ze tegen mekaar aan het praten waren en geen aandacht hadden voor de persoon' (patiënte opgenomen voor een geplande operatie).

'Je niet zien als een nummer, [...] dat maakt mij niet zoveel uit. Weet je, want je ziet wel, dat is routine, die komen binnen en die geven je eten, dat is voldoende voor mij' (patiënte opgenomen voor een geplande operatie).

"Een goede zorgrelatie is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg, waarin medeleven, respect, persoonlijke en professionele betrokkenheid en nabijheid tot bloei kunnen komen" (van der Cingel et al., 2016, p. 8, eigen vertaling).

1.2.2. Betrekken van familie

Ook wat betreft het betrekken van naasten zijn er verschillende wensen en noden. Zo wil de ene patiënt-e de naasten nauw betrekken bij diens zorg en wil de andere dat juist helemaal niet.

'Je krijgt niet alleen kanker hé, heel uw familie krijgt kanker als je begrijpt wat ik bedoel. Heel je familie staat op zijn kop [...]. Neem die mee in het proces, vertel die hoe je een patiënt kan ondersteunen' (patiënte met kanker).

'Maar ik denk ook en dat vond ik zo mooi op hartbewaking, ons mama zei op een bepaald moment: 'nee, ik laat mij niet opereren', en toen zei ik tegen de cardioloog: 'jawel, jawel'. 'Sorry,' zei hij, 'jij bent niet mijn patiënt'. Daar heb ik enorm veel respect voor, ik vond dat niet leuk, maar ik heb daar wel heel veel respect voor' (dochter van patiënte met chronische aandoening).

"Het belang van contact met familieleden en naasten kwam naar voren uit deze analyse" (Connelly et al., 2020, p. 217, eigen vertaling).

1.2.3. Ontvangen van informatie

Verder bleek uit de interviews dat sommige patiënten helemaal geen informatie willen, terwijl anderen tot in detail alles willen weten over hun aandoening, maar ook over hun ziekenhuisverblijf (welke onderzoeken staan er gepland, hoe laat komt het eten, enz.).

'Ik ben er niet naar op zoek gegaan, zo tips van hoe dat anderen met kankerpatiënten zouden moeten kunnen omgaan. Dat zal waarschijnlijk wel bestaan, maar ik zoek geen lotgenoten op, ik zoek ook niks op kanker.nl of kanker.be of Kom op tegen Kanker. Ik heb daar niet de behoefte aan, het kan voor een ander wel zo zijn, absoluut, maar niet voor mij' (patiënte met kanker).

'Er werd alle dagen bloed afgetapt om te zien hoe ver de ontsteking stond op een bepaald moment en als je dan vraagt welke parameter in het bloed onderzoek je? En wat is de normale waarde en wat is de doelwaarde die je hebt en wat is de waarde nu? Ja, dan kreeg ik geen antwoord, dat was zo van daar heb jij niks mee te maken' (patiënt met chronische aandoening).

"Communicatie was ook van praktisch belang in termen van de uitwisseling van informatie over de toestand van de persoon en de zorg. Deelnemers wilden op de hoogte worden gehouden van wat er gebeurde met hun zorg of de zorg voor hun familielid, dat er naar hen geluisterd werd en hun vragen beantwoord werden" (Ellins and Glasby, 2016, p. 57-58, eigen vertaling).

1.2.4. Participeren in de medische dienstverlening

Ondanks dat participatie vaak als streefdoel gezien wordt in de literatuur, gaven sommige patiënten aan dat ze geen behoefte hadden om mee te beslissen over de zorg, het verblijf in het ziekenhuis, het moment van ontslag, enz. Andere patiënten daarentegen besloten juist wel graag mee.

'[...] We zullen eerst dit doen en dan dat en dan moeten we daarvoor ook nog dat onderzoek doen. Maar het is ook niet dat ik het anders had beslist, ik had volledig vertrouwen in het proces dat ze hebben voorgeschoteld. Ik heb niet het gevoel dat ze echt aan mij hebben gevraagd van we kunnen dit doen of we kunnen dit doen, maar ik denk ook dat dat niet slecht is, dat ze gewoon hebben gezegd van we gaan het zo doen' (patiënt met chronische aandoening).

'[...] Hij zei: we gaan eerst gas in uw oog doen, dat gas gaat uw netvlies terugduwen, dat vocht daaronder uit duwen en dan ga ik kijken of ik morgen kan laseren en 1 kans op 2 en anders is het een oogoperatie. Dan heb ik tegen hem gezegd: ja maar ja dokter, als ik toch maar 1 kans op 2 heb, waarom zeg je dan niet gewoon opereren nu? [...] Hij zegt: we moeten dat eerst, want als ik ga opereren, toen zei hij dat pas, dat is heel schadelijk voor uw oog, dat heeft veel meer nadelen. Dus dat is belangrijk dat we dat toch nog proberen, maar dat zei hij pas nadat ik in discussie was gegaan. En ik vond dat eigenlijk wel belangrijk van ok ik heb die vraag gesteld, zo van ik heb ook mijn ding of mijn visie daarover kunnen geven en hij heeft uitgelegd het is zo en toen heb ik gezegd: ok, het is goed' (patiënt met acute aandoening).

“Deelnemers vonden dat zorgverleners in het eerste contact bereid en in staat moeten zijn om van hun patiënten te leren, vooral van degenen met langdurige aandoeningen. Ze moeten openstaan voor samenwerking met patiënten om beslissingen te nemen en de patiënten voldoende en toegankelijke informatie geven om hen in dit proces te helpen” (Erwin et al., 2020, p. 5, eigen vertaling).

1.2.5. Aandacht voor extra's

Terwijl de ene patiënt-e niet-medische diensten (zoals het eten, maar ook de parking of een aangename kamer) heel belangrijk vindt, ligt de andere daar helemaal niet wakker van.

‘En zij hadden ook wel en dat vond ik ook heel goed, zij hadden een keuken voor alle ouders. Je kon dan kiezen ofwel kreeg je daar eten en we hadden dan gezegd: ok, we eten hier, maar we hebben dat na 1 dag stopgezet, want dat was eigenlijk heel duur voor echt heel slecht eten. Dat we zoiets hadden van: we gaan beneden in het winkeltje wel of we gaan toch elke dag naar huis [...]. Maar in dat keukentje kon ge dan met de andere ouders babbelen, dat was wel heel fijn, omdat je samen dezelfde miserie had (lacht). Dus dat was wel heel goed’ (mama van baby opgenomen op Neonatale Intensive Care Unit).

“Interventies voor het verbeteren van de inrichting kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het toevoegen van verplaatsbaar meubilair met een meer patiënt-e /familie-georiënteerd ontwerp, zoals een innovatieve stoel waarmee familieleden naast de patiënt-e kunnen slapen en met hem kunnen communiceren (CAMA-bedstoel), net zoals de horecawereld innovatief meubilair heeft gevonden om de klantervaring te verbeteren” (Hunter-Jones et al., 2020, p. 878, eigen vertaling).

1.2.6. Psycho-socio-emotionele steun

Ten slotte kunnen patiënten ook een verschillende aanpak verkiezen: daar waar sommigen enkel willen focussen op hun medische noden, willen anderen focussen op hun psycho-socio-emotionele noden.

‘Ik had daar gewoon mensen nodig die professioneel en vriendelijk die prik zetten, die die pompen goed bedienden, die alles afvinkten wat moest afgevinkt worden, ik had daar niet meer, meer had ik daar niet nodig’ (patiënte met kanker).

‘Zo het menselijke stuk, van hoe is het en hoe voel je je en naar het emotionele toe, ja daar leg je zelf als team je focus op of niet je focus op. En dan vind ik naar het stuk van team van de vroedvrouwen en ook wel een beetje het stuk, ja de gynaecoloog, die vraagt van lukt het? En gaat het? Vind ik dat wel, daar zit wel een verschil. Je kan een goede controle doen en een goede hechting of een goed infuus prikken, maar ja ik zeg als dat persoonlijke stuk er niet is, dat vind ik voor mij wel een heel ander ervaring’ (opgenomen voor geboorte van haar kindje).

“Het uitgangspunt van ons model is om de patiënt-e altijd te zien als een persoon en als zodanig als een denkend, voelend, interpreterend, sociaal en creatief wezen met de mogelijkheid tot levenslange ontwikkeling, zelfs als de tijd die voor ons ligt beperkt is” (Österlind and Henoeh, 2021, p. 2, eigen vertaling).

2. Ontwikkeling en validatie van meetinstrumenten voor persoonsgerichtheid

2.1. Methodologie

Op basis van de inzichten uit de interviews werden drie verschillende meetinstrumenten ontwikkeld om persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen op basis van de ervaring van patiënten. Niet enkel de wensen en noden van patiënten kunnen immers verschillen, maar ook de wensen en noden van onderzoekers en organisaties die persoonsgerichtheid willen meten. Zo kunnen er verschillende doelen zijn om persoonsgerichtheid te meten en kunnen er praktische overwegingen meespelen, zoals de lengte van de vragenlijst. Voor sommige doelen zal een korte vragenlijst volstaan (bijvoorbeeld voor het vergelijken van de mate van persoonsgerichtheid tussen ziekenhuizen of afdelingen), terwijl voor andere doelen het nodig zal zijn om een meer gedetailleerd beeld te krijgen (bijvoorbeeld indien een organisatie inzicht wil krijgen in de sterktes en verbeterpunten van een afdeling).

Om de meetinstrumenten voor persoonsgerichtheid te ontwikkelen, werden vier stappen gevolgd (zie Figuur 2): 1) de inhoud specificeren, 2) de items specificeren en formuleren, 3) het verzamelen van data en 4) het valideren van de

Figuur 2: Ontwikkeling van de meetinstrumenten in vier stappen



meetinstrumenten (Diamantopoulos and Winklhofer, 2001). De stappen 1 en 2 bouwen verder op de eerder beschreven kwalitatieve studie.

Voor wat betreft **stap 1 'specificatie van de inhoud'** werd vastgesteld dat persoonsgerichtheid uit zes dimensies bestaat (zie Tabel 1). Zowel het gedetailleerde als het vereenvoudigde meetinstrument zijn opgebouwd aan de hand van deze zes dimensies. Het algemene meetinstrument is opgebouwd op basis van de definitie van persoonsgerichtheid (als persoon behandeld worden en rekening houden met de wensen en noden van die persoon).

In **stap 2, specificatie van items**, werd nagegaan welke items of vragen gesteld kunnen worden, per dimensie, op basis van de data uit de interviews en de systematische literatuurstudie (zie punt 1.). In het gedetailleerde meetinstrument worden meerdere vragen per dimensie gesteld, zoals vragen rond informatie over de behandeling of aandoening, maar ook rond informatie over het ontslag of de dagelijkse routine in het ziekenhuis. In het vereenvoudigd meetinstrument werd één vraag per dimensie gesteld (zie Tabel 1). Het algemeen meetinstrument bevat slechts twee vragen ('Er werd voldoende rekening gehouden met mij als persoon' en 'Er werd voldoende rekening gehouden met mijn wensen en noden'). Deze items werden vervolgens voorgelegd aan een groep experts om na te gaan of alle items duidelijk verwoord waren en of er geen aspecten van persoonsgerichtheid ontbraken. In totaal gaven 21 experts feedback op de meetinstrumenten. Deze expertengroep bestond uit zowel patiënten, professionals als onderzoekers.

In **stap 3, verzamelen van data**, werd de hulp van CM ingeschakeld om kwantitatieve data te verzamelen aan de hand van een vragenlijst. Deze kwantitatieve data zijn nodig om de meetinstrumenten te valideren. De vragenlijst omvatte naast de drie meetinstrumenten ook vragen over de leeftijd, het geslacht, de gezinssituatie, het opleidingsniveau, het al dan niet aanwezig zijn van een chronische aandoening, de reden van ziekenhuisopname, de duur van opname en het al dan niet gepland zijn van de opname. Bijkomend werd tevredenheid bevestigd aan de hand van één vraag: 'Hoe tevreden was u over uw ervaring in het ziekenhuis op een schaal van 0 (helemaal niet tevreden) tot 10 (heel tevreden)?'. De naam van het ziekenhuis waar de opname plaatsvond werd niet gevraagd. De vragenlijst werd verstuurd naar 21.000 CM-leden die in het afgelopen jaar opgenomen waren in een algemeen of universitair ziekenhuis. Er werd een Franstalige en een Nederlandstalige steekproef genomen (9.000 Franstaligen en 12.000 Nederlandstaligen). Daarnaast werd rekening gehouden met leeftijd, geslacht en provincie om zo tot een betrouwbare steekproef te komen. Patiënten die opgenomen waren op een revalidatie-afdeling, psychiatrische of palliatieve afdeling werden geëxcludeerd. De vragenlijst kon in het Frans, Nederlands of Engels ingevuld worden. De vragenlijsten werden verzonden in februari-maart 2023; de CM-leden die een vragenlijst ontvingen, waren opgenomen tussen februari 2022 en februari 2023. Alle respondenten gaven hun akkoord voor de verwerking van de verzamelde data. Deze verwerking werd uitgevoerd door de onderzoekers van UHasselt.

De data werden verwerkt en geanalyseerd in de statistische programma's SPSS en SmartPLS. SPSS werd gebruikt voor beschrijvende statistiek en om verschillen-

de groepen te vergelijken. In SmartPLS werd het model verder geanalyseerd om na te gaan welke dimensies het zwaarst doorwegen op de uitkomstvariabelen. Daar uit de literatuur blijkt dat persoonsgerichtheid leidt tot een hogere tevredenheid (Jakobsson et al., 2019), werd dit concept als uitkomstvariabele meegenomen in het model.

In **stap 4, validatie**, werden de meetinstrumenten gevalideerd op basis van de analyses in SmartPLS. Bij de formatieve meetinstrumenten (het gedetailleerd en vereenvoudigd meetinstrument) werd nagegaan of de items geen te sterke gelijkens vertoonden (multicollineariteit). Bij een formatief meetinstrument is het niet wenselijk dat de items te sterk op elkaar lijken. Daarom werd de VIF-score (*Variance Inflation Factor*) berekend om na te gaan of een item verwijderd kon worden. Vervolgens werd de redundantie (redundantieanalyse) getest door het gedetailleerd en het vereenvoudigd meetinstrument te koppelen aan het algemeen meetinstrument om na te gaan of laatstgenoemde verklaard kon worden door het gedetailleerd en het vereenvoudigd meetinstrument. Daarnaast werd onderzocht of deze meetinstrumenten de variatie in tevredenheid in belangrijke mate konden verklaren (criteriumvaliditeit). Op basis van de literatuur wordt verwacht dat persoonsgerichtheid een effect heeft op tevredenheid (Jakobsson et al., 2019). Dit zou ook duidelijk moeten zijn in de resultaten van onze meetinstrumenten.

Deze stappen worden in detail uitgelegd in de annex, waar tevens toegelicht staat wat formatieve en reflectieve meetinstrumenten zijn.

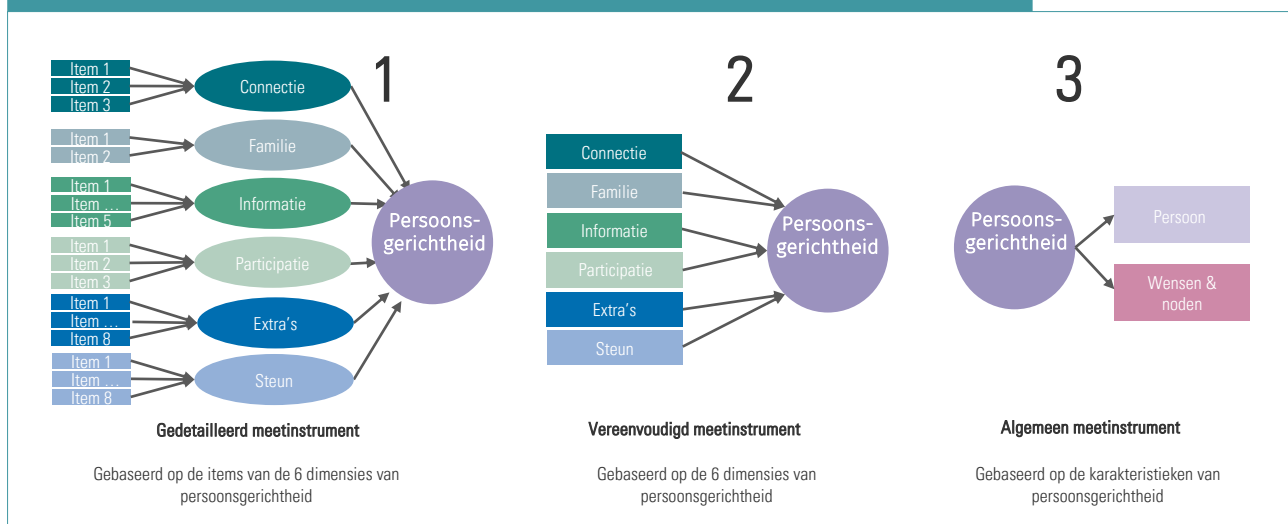
2.2. Resultaten

Op basis van de VIF-scores werden 15 items die te sterk overlaptten uit het oorspronkelijk gedetailleerd meetinstrument met 44 items verwijderd. In het vereenvoudigd meetinstrument werden geen items verwijderd. De redundantieanalyse van het gedetailleerd meetinstrument gaf een score van $\beta = 0,80$ en het vereenvoudigd meetinstrument een score van $\beta = 0,79$. Beide scores zijn hoger dan de aanbevolen waarde van 0,70. Hieruit kan worden besloten dat de meetinstrumenten goed scoren op de redundantieanalyse.

Voor de criteriumvaliditeit bleek dat het gedetailleerde meetinstrument (29 items) 76% van de variatie binnen tevredenheid verklaart. Het vereenvoudigd meetinstrument (6 items) heeft een gelijkaardige score van 77% voor tevredenheid. Tenslotte kon het algemeen meetinstrument (2 items) 63% van de variatie binnen tevredenheid verklaren. Deze resultaten bevestigen dat de meetinstrumenten valide zijn. De meetinstrumenten worden visueel weergegeven in figuur 3.

Het **gedetailleerd meetinstrument** bestaat uit 29 items: drie items voor connectie, twee items voor familie, vijf items voor informatie, drie items voor participatie, acht items voor extra's en acht items voor steun. Een voorbeeld van een item is: 'In welke mate kwam de informatie over mogelijke behandelingen tegemoet aan mijn wensen en noden?'. De respondenten kunnen telkens een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat dit aspect helemaal niet overeenkomt met hun wensen en noden en tien dat dit aspect helemaal overeenkomt met hun wensen en noden.

Figuur 3: Overzicht van de verschillende meetmodellen voor persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)



Het **vereenvoudigd meetinstrument** bestaat uit zes items: één item per dimensie. Een voorbeeld van een item is: 'Over het algemeen kwam de informatie die ik kreeg overeen met mijn wensen en noden'. Respondenten kunnen opnieuw een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat ze helemaal niet akkoord zijn met de stelling en tien dat ze helemaal akkoord zijn met de stelling.

Tot slot bestaat het **algemeen meetinstrument** uit twee items die zijn gebaseerd op de definitie van persoonsgerichtheid: 'Er werd rekening gehouden met mij als persoon' en 'Er werd tegemoet gekomen aan mijn wensen en noden'. Ook op deze items kunnen de respondenten een score geven tussen nul en tien, waarbij nul betekent dat ze helemaal niet akkoord zijn met de stelling en tien dat ze helemaal akkoord zijn met de stelling.

Deze meetinstrumenten verschillen in lengte en in niveau van detail dat ze in kaart brengen. Afhankelijk van het doel van de bevraging, kan een zorginstelling voor één van de drie meetinstrumenten kiezen. Indien een ziekenhuis of afdeling heel gedetailleerde informatie wil over hun mate van persoonsgerichtheid, dan kunnen ze best het gedetailleerde meetinstrument gebruiken. Indien ze echter een globaal beeld willen van de mate van hun persoonsgerichtheid, kunnen ze beter het algemene of vereenvoudigde meetinstrument gebruiken. Ziekenhuizen kunnen ook een combinatie gebruiken van meetinstrumenten, bijvoorbeeld het algemene en het vereenvoudigde instrument.

3. Evaluatie van persoonsgerichtheid bij ziekenhuiszorg bij CM-leden

In dit deel worden de resultaten besproken van een onderzoek bij CM-leden naar persoonsgerichtheid van ziekenhuiszorg in het kader van het validatieproces van de meetinstrumenten. Zoals beschreven in stap 3, werd de vragenlijst naar een steekproef van CM-leden verstuurd die recent opgenomen waren in het ziekenhuis.

3.1. Algemene resultaten

In totaal vulden 1.430 respondenten de vragenlijst in. Na *data cleaning* bleven nog 1.266 respondenten over. Bij deze *data cleaning* werden de data gecontroleerd op minimale invultijd, het geven van random antwoorden en het geven van steeds dezelfde scores. Er werden 164 respondenten verwijderd (11,5%), wat in lijn is met de inschatting dat ongeveer 10% van de vragenlijsten onvoldoende aandachtig wordt ingevuld (Curran, 2016). In tabel 2 worden de kenmerken van de respondenten weergegeven: leeftijd, geslacht, taal, opleidingsniveau, het al dan niet hebben van een chronische aandoening, het al dan niet gepland zijn van de opname, opnameduur en reden van opname.

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de scores op de verschillende meetinstrumenten en hun impact op tevredenheid. In het statistisch programma SmartPLS werden de verschillende meetinstrumenten geanalyseerd. Elk meetinstrument werd weergegeven als een model (zoals in Figuur 3). In het gedetailleerde meetinstrument leverde dit een gewicht op van elke dimensie op persoonsgerichtheid. Daarnaast zien we in het gedetailleerde meetinstrument een gewicht van elk item op de betrokken dimensie. Een hoger gewicht geeft aan dat het item een grotere bijdrage levert aan persoonsgerichtheid, terwijl een lager gewicht suggereert dat het item minder relevant is voor het concept persoonsgerichtheid. Zo hebben de drie items van connectie elk een gewicht op de dimensie connectie en heeft de dimensie connectie een gewicht op persoonsgerichtheid. Om de impact te berekenen van elk item werd het gewicht van het item vermenigvuldigd met het gewicht van de betrokken dimensie. Voor het vereenvoudigd meetinstrument werd het gewicht van elke dimensie op persoonsgerichtheid berekend.

Tabel 2: Kenmerken van de respondenten (Bron: Pipers, 2024)

Kenmerken	Resultaten
<i>Leeftijd</i>	
• Gemiddelde	63,55 jaar
• Variantie	18-90 jaar
• Standaarddeviatie ²	14,34 jaar
	Percentage (aantal) respondenten
<i>Geslacht</i>	
• Vrouw	48,3% (612)
• Man	51,3% (649)
• Niet meegedeeld	0,4% (5)
<i>Taal</i>	
• Nederlands	52,0% (658)
• Frans	47,7% (604)
• Engels	0,3% (4)
<i>Opleidingsniveau</i>	
• Lager onderwijs	5,6% (71)
• Middelbaar onderwijs	22,0% (279)
• Hoger onderwijs (korte type)	31,4% (397)
• Hoger onderwijs (lange type)	35,8% (453)
• Niet gespecificeerd	5,2% (66)
<i>Chronische aandoening</i>	
• Ja	44,5% (564)
• Nee	50,9% (645)
• Niet meegedeeld	4,5% (57)
<i>Geplande opname</i>	
• Ja	65,4% (828)
• Nee	34,6% (438)
<i>Opnameduur</i>	
• 1 nacht	28,3% (358)
• Tussen 2 en 7 nachten	55,0% (696)
• Meer dan 7 nachten	16,7% (212)
<i>Reden van opname</i>	
• Infectie	9,0% (114)
• Ingreep of operatie	60,3% (763)
• Observatie	6,0% (76)
• Ongeval	5,3% (67)
• Zwangerschap en/of geboorte	4,7% (60)
• Niet gespecificeerd	14,7% (186)

De gemiddelde score voor tevredenheid is 8,18. Daarnaast zijn ook de scores voor de items uit de meetinstrumenten relatief hoog. Voor het gedetailleerd en vereenvoudigd meetinstrument kan aan de hand van de impact op tevredenheid ingeschat worden hoe belangrijk een item is. Voor het algemeen meetinstrument kan dit niet, omdat het om een reflectief meetinstrument gaat. De items uit het gedetailleerd meetinstrument waar lager op gescoord wordt, zoals 'aandacht voor welzijn van naasten' en 'aandacht voor informeren van naasten', hebben geen significante impact op tevredenheid. Bijgevolg worden deze als minder belangrijk beschouwd. De items uit het gedetailleerd meetinstrument met de hoogste impact op tevredenheid zijn 'iets extra doen als zorgverlener', 'respectvol omgaan' en 'een band opbouwen'. Op deze items worden respectievelijk de volgende scores behaald: 7,56, 8,54 en 7,32. Sommige items van het gedetailleerd meetinstrument hebben geen significante impact op tevredenheid en zijn aangeduid met 'n.s.'. Dezelfde bevindingen worden waargenomen in het vereenvoudigd meetinstrument: **connectie en informatie hebben de grootste impact op tevredenheid.**

3.2. Resultaten op tevredenheid en op zes dimensies van persoonsgerichtheid: vergelijking tussen gebruikersgroepen

In de volgende fase van dit onderzoek werden de resultaten van de vragenlijst meer in detail geanalyseerd. Tijdens de interviews kwamen er verschillende kenmerken van personen naar voor als verklaring voor de heterogeniteit tussen wensen en noden. Op basis hiervan werden verschillende gebruikersgroepen met elkaar vergeleken:

- mannen versus vrouwen;
- kort versus langgeschoolde personen;
- mensen met een chronische aandoening versus mensen zonder chronische aandoening.

Voor deze analyses werd het vereenvoudigd meetinstrument (zes items) gebruikt. Er werd nagegaan of er significante verschillen waren in de gemiddelde scores per dimensie en de uitkomstvariabele (tevredenheid) tussen de verschillende groepen. Hiervoor werden T-testen uitgevoerd in het statistische programma SPSS.

2 De standaarddeviatie geeft de mate van spreiding van getallen rondom het gemiddelde van deze getallen.

Tabel 3: Impact items meetinstrumenten op tevredenheid
(Bron: Pipers, 2024)

Items		Beschrijvende statistiek		Impact op tevredenheid ³
		Gemiddelde score op 10	Standaard-deviatie	
Uitkomst-variabelen				
Tevredenheid		8,18	1,81	
Gedetailleerd meetinstrument				
Connectie item 1	Iets extra doen	7,56	2,54	0,357
Connectie item 2	Respectvol	8,54	1,75	0,409
Connectie item 3	Band opbouwen	7,32	2,46	0,362
Familie item 1	Aandacht voor welzijn van naasten	6,98	2,70	n.s.
Familie item 2	Aandacht voor informeren van naasten	6,78	2,90	n.s.
Informatie item 1	Informatie over mogelijke behandelingen	8,15	2,05	0,087
Informatie item 2	Informatie over ziekenhuisverblijf	7,59	2,22	0,085
Informatie item 3	Informatie over ontslag uit ziekenhuis	7,23	2,71	0,076
Informatie item 4	Informatie over nazorg na opname	7,53	2,60	0,076
Informatie item 5	Informatie over impact op dagelijks leven	7,43	2,47	0,082
Participatie item 1	Beslissingen over behandeling	7,61	2,30	n.s.
Participatie item 2	Beslissingen over ziekenhuisverblijf	6,96	2,63	n.s.
Participatie item 3	Beslissingen over ontslag	7,03	2,76	n.s.
Extra's item 1	Parkeermogelijkheden	7,40	2,68	0,027
Extra's item 2	Maaltijden	7,20	2,36	0,039
Extra's item 3	Mogelijkheden tot bezoek	7,73	2,36	0,030
Extra's item 4	Meubilair	7,93	1,90	0,043
Extra's item 5	Inrichting van de ruimtes	7,86	1,94	0,042
Extra's item 6	Ontspanningsmogelijkheden	6,06	2,88	0,032
Extra's item 7	Sfeer in het ziekenhuis	7,73	2,01	0,059
Extra's item 8	Omgeving van het ziekenhuis	5,80	3,01	0,029
Steun item 1	Aandacht voor pijn	8,31	1,87	0,025
Steun item 2	Aandacht voor privacy	7,87	2,29	0,022
Steun item 3	Aandacht voor dagelijkse routine	7,76	2,21	0,024
Steun item 4	Aandacht voor levensverhaal	6,97	2,71	0,021
Steun item 5	Aandacht voor emoties	7,31	2,55	0,023
Steun item 6	Aandacht voor spirituele noden	5,95	3,33	0,014
Steun item 7	Aandacht voor samenwerking	7,37	2,52	0,023
Steun item 8	Aandacht voor de impact op dagelijkse leven	7,17	2,67	0,023
Vereenvoudigd meetinstrument				
Connectie	Connectie met de zorgverleners	8,17	1,91	0,487
Familie	Betrokkenheid van familie	7,14	2,70	0,035
Informatie	Aangepaste informatie	7,84	2,04	0,217
Participatie	Aangepaste betrokkenheid	7,61	2,17	0,061
Extra's	Niet-medische dienstverlening	7,54	2,03	0,075
Steun	Aandacht voor persoon als mens	7,86	2,12	0,088
Algemeen meetinstrument				
Item 1	Rekening houden met patiënt-e als persoon	8,23	1,78	
Item 2	Rekening houden met wensen en noden van persoon	8,04	1,97	

3 Een hoger getal betekent dat dit item relevanter is voor persoonsgerichtheid.

3.2.1. Mannen versus vrouwen

Uit de resultaten blijken enkele verschillen tussen mannen en vrouwen. Gemiddeld **geven mannen aan dat de relatie met zorgverleners, het betrekken van hun naasten, het mogen deelnemen aan beslissingen, de extra's in het ziekenhuis en de psycho-socio-emotionele steun beter aangepast zijn aan hun wensen en noden dan vrouwen.** Verder zijn mannen gemiddeld meer tevreden over hun ziekenhuisopname dan vrouwen. De gedetailleerde resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

3.2.2. Opleidingsniveau

Bij de vergelijking **volgens opleidingsniveau is er enkel een verschil voor het betrekken van familie of naasten.** De kortgeschoolde mensen scoren deze dimensie als be-

ter aangepast aan hun wensen en noden in vergelijking met langgeschoolde mensen (zie Tabel 5).

3.2.3. Chronische aandoening

Ten slotte worden mensen met een chronische aandoening vergeleken met deze zonder chronische aandoening (zie Tabel 6). Uit de resultaten blijkt dat diegenen met een chronische aandoening lager scoren op de dimensies relatie met de zorgverlener, betrekken van naasten, participatie, extra's en psycho-socio-emotionele steun. Men kan dus stellen dat **mensen zonder chronische aandoening deze dimensies ervaren als beter aangepast aan hun wensen en noden in vergelijking met mensen met een chronische aandoening.** Verder scoren de mensen zonder chronische aandoening hoger op tevredenheid in vergelijking met mensen met een chronische aandoening.

Tabel 4: Resultaten T-test voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid volgens geslacht (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Mannen (n=649)		Vrouwen (n=612)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,37	1,64	7,96	2,14	<0,001
Familie	7,42	2,57	6,87	2,79	<0,001
Informatie	7,95	1,87	7,72	2,22	0,050
Participatie	7,80	1,96	7,41	2,36	0,001
Extra's	7,71	1,88	7,35	2,17	0,001
Steun	8,07	1,85	7,63	2,36	<0,001
Tevredenheid	8,38	1,50	7,98	2,06	<0,001

Tabel 5: Resultaten T-test kortgeschoolde versus langgeschoolde personen voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Kort geschoold (n=350)		Lang geschoold (n=710)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,17	1,97	8,21	1,86	0,757
Familie	7,42	2,49	7,07	2,71	0,039
Informatie	7,83	2,12	7,89	1,97	0,664
Participatie	7,72	2,19	7,61	2,12	0,432
Extra's	7,44	2,19	7,57	1,98	0,357
Steun	7,98	2,09	7,87	2,13	0,757
Tevredenheid	8,27	1,91	8,19	1,76	0,499

Tabel 6: Resultaten T-test personen met een chronische aandoening versus geen chronische aandoening voor tevredenheid en voor de zes dimensies van persoonsgerichtheid (Bron: Pipers, 2024)

Dimensies	Chronische aandoening (n=564)		Geen chronische aandoening (n=645)		P-waarde (significant indien < 0,05)
	Gemiddelde	Standaard-deviatie	Gemiddelde	Standaard-deviatie	
Connectie	8,02	1,96	8,32	1,84	0,005
Familie	6,96	2,80	7,31	2,63	0,027
Informatie	7,75	2,08	7,96	2,00	0,072
Participatie	7,45	2,22	7,78	2,11	0,010
Extra's	7,36	2,13	7,75	1,90	0,001
Steun	7,73	2,16	7,98	2,07	0,040
Tevredenheid	8,08	1,90	8,31	1,69	0,026

3.3. Resultaten uit de open tekst vragen

Aan het einde van de vragenlijst konden deelnemers een opmerking noteren in vrije tekst. Ook deze data werden geanalyseerd en onderverdeeld in categorieën. Eerst gebeurde een indeling op basis van positieve of negatieve feedback, daarna kwamen volgende categorieën naar voren.

- **Persoonsgericht:** het tegemoetkomen aan de unieke wensen en noden van mensen. Deze categorie omvat connectie met de zorgverlener, extra's zoals catering en parking, informatie geven, psycho-socio-emotionele steun, luisteren naar de persoon en zich (g)een nummer voelen.
- **Patiëntgericht:** het tegemoetkomen aan de medische wensen en noden. Deze categorie omvat alles rond medische zorg, medicatie, kennis van het dossier en medische kennis.
- **Algemeen:** dit zijn de uitkomsten zoals de ervaring in het ziekenhuis, tevredenheid, dankbaarheid en vertrouwen.
- **Coördinatie:** het coördineren van de opname in het ziekenhuis zoals de wachttijden bij beloproepen en het algemene verloop tijdens het verblijf.
- **Druk:** de drukte die ervaren wordt in het ziekenhuis. Patiënten schuiven een tekort aan bedden en/of personeel naar voor als mogelijke oorzaak. De volgende subcategorieën vallen hieronder: het ontslag was te vroeg, beddendruk was voelbaar, personeelstekort, stress bij het personeel, het personeel had tijdsgebrek en er was voornamelijk contact met stagiair-es.
- **Varia:** deze categorie omvat aspecten die niet onderverdeeld kunnen worden in bovenstaande categorieën zo-

als de kamergenoot, het al dan niet beschikbaar zijn van een éénpersoonskamer, technologie (zoals de inschrijvingskiosk), lawaaihinder (door ventilatie of zorgpersoneel), hygiëne en de keuze van het ziekenhuis (vaak op basis van de arts die aangeraden wordt door de huisarts). Tenslotte halen sommige patiënten aan dat ze grote verschillen ervaren tussen ziekenhuizen, afdelingen en zorgverleners.

De respondenten met positieve feedback halen onder andere de goede medische zorgen, het luisterend oor en de goede informatie aan waardoor ze tevreden en dankbaar terugkijken op hun ervaring in het ziekenhuis. Hieronder enkele quotes uit de open vraag met positieve feedback:

'Een zeer tevreden patiënt over de ganse lijn ook de aandacht die men kreeg en zeer belangrijk een goede uitleg op menselijk vlak die verstaanbaar is als patiënt en ook een luisterend oor. Hartelijk dank aan de dokters en verpleging'.

'Dit is het eerste ziekenhuis in mijn levensloop waar ik zoveel vertrouwen in heb. De dokters maken tijd om te luisteren en kennen uw dossier voor je binnen komt. Ik ben op geen enkele plaats in het ziekenhuis geweest (onderzoeken en consultaties) waar de zorgverleners geen 10 op 10 van mij krijgen op alle vlakken'.

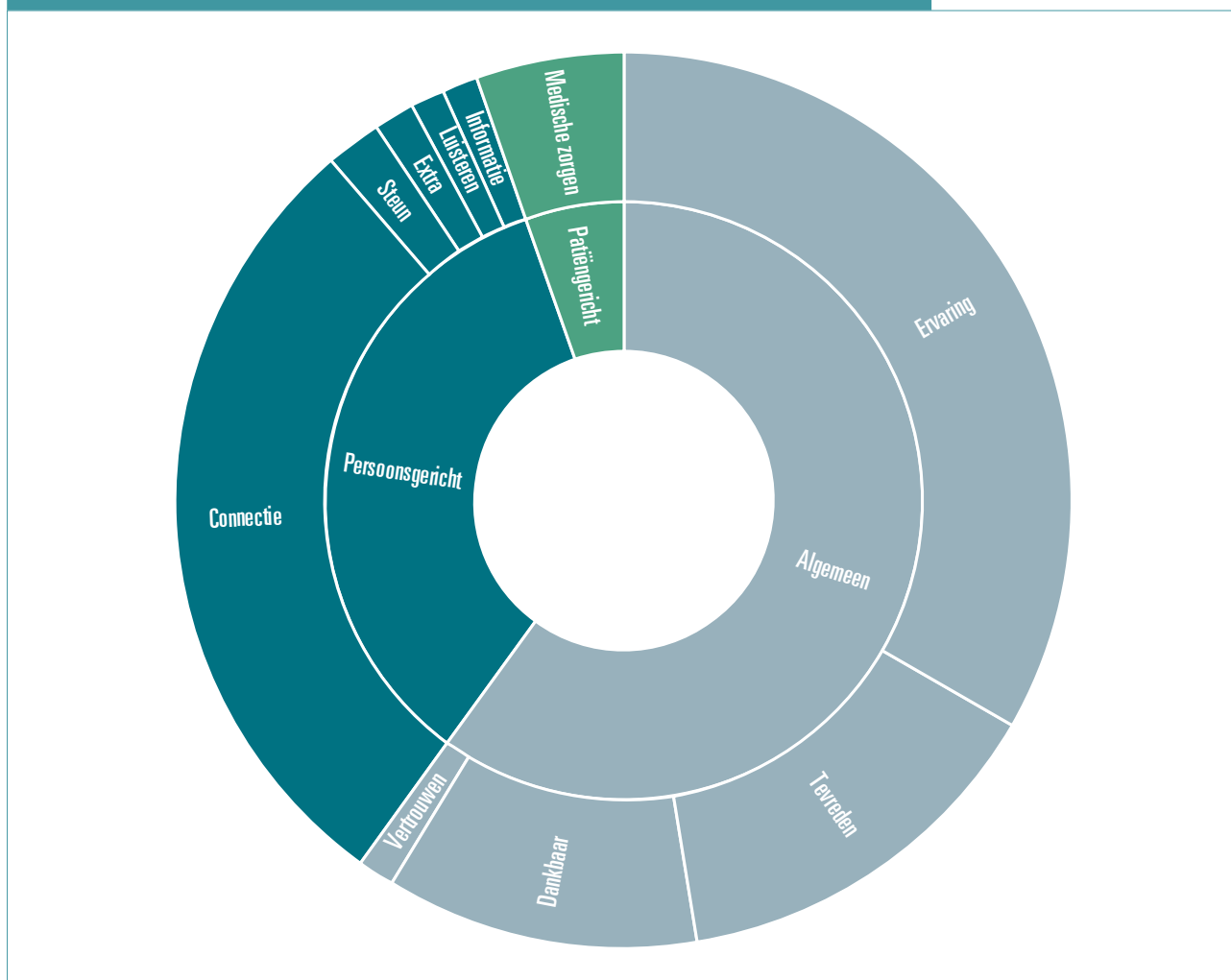
'Zeer tevreden. Ik kon 's nachts niet goed slapen maar de verpleging kwam dan een babbeltje doen of brachten een goede Senseo, lekkerder dan de gewone koffie. Het maakte het verblijf aangenamer'.

In figuur 4 worden de categorieën en subcategorieën weergegeven die naar voor komen bij de analyse van de positieve feedback. Hoe groter de oppervlakte in de figuur, hoe vaker feedback rond dit onderwerp wordt gegeven.

De onderwerpen bij de negatieve feedback zijn meer gevarieerd dan bij de positieve feedback. Hieruit blijkt dat respondenten vooral een persoonsgerichte aanpak missen, waarbij er onder andere naar hen geluisterd wordt, waar ze een connectie kunnen opbouwen met de zorgverleners, voldoende steun ervaren en informatie krijgen, waar ze zich geen nummer voelen en waar lekker eten is. Daarnaast wordt door sommige respondenten aangehaald dat de medische zorgen niet goed zijn, dat er medicatiefouten voorvallen, dat het dossier niet goed gekend is of dat er een gebrek aan kennis is bij de zorgverleners.

Ook wachttijden bij beloproepen en het verloop van het verblijf worden door sommige respondenten vermeld als werkpunten. Verschillende respondenten halen daarnaast de tekorten aan personeel en bedden aan, zij ervaren onder andere het ontslag als te vroeg door een hoge beddendruk. Het personeelstekort is voor hen voelbaar doordat er stress is bij het personeel, het personeel tijdgebrek heeft en ze soms voornamelijk stagiair-es zien. Tot slot wordt aangegeven dat de patiëntervaring sterk kan verschillen tussen ziekenhuizen, afdelingen en zorgverleners, dat de kamergenoot soms kan tegenvallen, dat de technologie niet altijd naar behoren werkt, dat er soms veel lawaaihinder is door het ventilatiesysteem of door zorgverleners onderling en dat de hygiëne soms gebrekig is. Sommige respondenten merken op dat ze het ziekenhuis niet kunnen kiezen aangezien ze kiezen voor een bepaalde arts op advies van hun huisarts.

Figuur 4: Analyse van positieve feedback uit het open vragen gedeelte (Bron: Pipers, 2024)



'Op de diensten kijkt men alleen naar de aandoeningen in hun vakgebied, andere aandoeningen worden genegeerd'.

'Verschillende ervaringen op verschillende afdelingen. Op de materniteit was de zorg heel wat persoonlijker dan op de andere afdelingen. Wegens drukte op verscheidene afdelingen gelegen. Systeem om medicatieplan op te stellen niet correct, minstens 6x te lage dosis medicatie gekregen, vanwege onaangepast systeem, waardoor bijkomende complicaties optraden'.

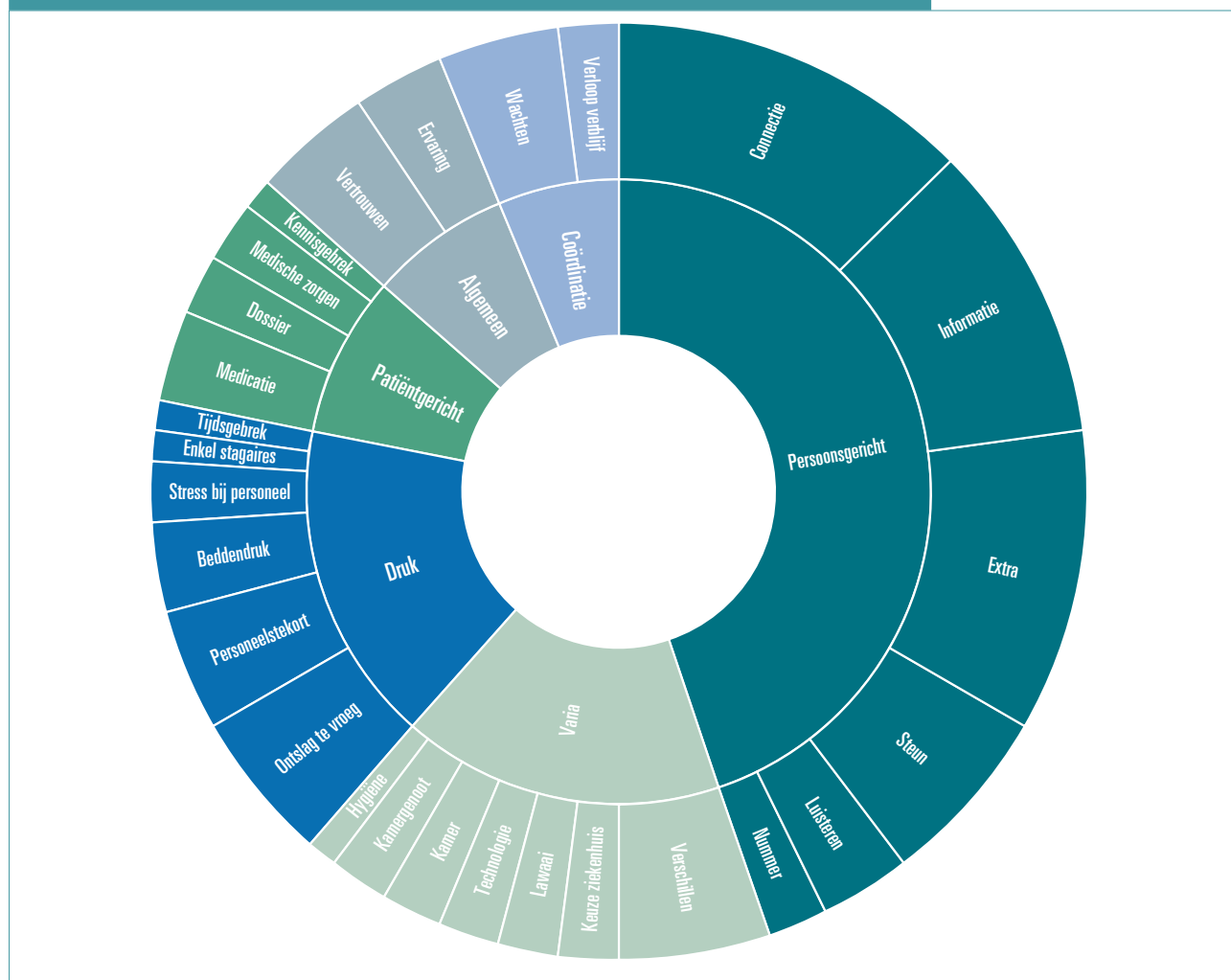
'Ik vroeg om stilte, had kamer alleen, naast kamer personeel, het was 12u 's nachts maar ze bleven praten'.

Figuur 5 biedt een overzicht van alle (sub)categorieën die ontrafeld worden uit de negatieve feedback.

3.4. Bespreking van de resultaten

Het doel van dit onderzoek is om persoonsgerichtheid te conceptualiseren, instrumenten te ontwikkelen die persoonsgerichtheid meten in ziekenhuizen en om deze meetinstrumenten te valideren bij personen die recent in het ziekenhuis werden opgenomen. In dit deel worden kort de belangrijkste resultaten gekaderd. In de literatuur is er nog geen eenduidigheid over de verschillende dimensies van persoonsgerichtheid (Byrne et al., 2020). Picker (2023) neemt bijvoorbeeld de fysieke omgeving en betrokkenheid van familieleden op als dimensies van persoonsgerichtheid, terwijl Håkansson Eklund et al. (2019) deze dimensies niet opnemen als onderdeel van persoonsgerichtheid. Dit onderzoek toont de concrete dimensies waarop mensen verschillende wensen en behoeften kunnen hebben.

Figuur 5: Analyse van negatieve feedback uit het open vragen gedeelte (Bron: Pipers, 2024)



Daarnaast toont dit onderzoek de grote variatie aan tussen verschillende wensen en noden. Eerdere studies verwaarlozen grotendeels de verschillen tussen individuen bij het beschrijven van de dimensies van persoonsgerichtheid en gaan er bijvoorbeeld van uit dat alle patiënten een hechte band met hun zorgverlener willen (Coyne et al., 2018; van der Cingel et al., 2016) of de voorkeur geven aan gedeelde besluitvorming (Edvardsson et al., 2017; El-Alti et al., 2019).

Tot op heden bestaan er reeds enkele meetinstrumenten om persoonsgerichtheid te meten zoals de *Patient-Centred Inpatient Scale* (P-CIS; Davis et al., 2008), maar deze houden onvoldoende rekening met het verschil in wensen en noden tussen personen. Bijvoorbeeld, één van de items op deze P-CIS is: 'Tegen de tijd dat ik wegging, had ik het gevoel dat het personeel mijn vrienden waren en niet alleen maar medewerkers'. Uit dit onderzoek blijkt echter dat niet iedereen een hechte band wil met de zorgverleners.

De analyse van de afgenomen vragenlijsten bij een steekproef van CM-leden toont een relatief hoge score op tevredenheid (8,18). Deze hoge score komt overeen met de ziekenhuisbarometer verricht door Hospitals.be waarbij 93% van de respondenten aangeeft tevreden tot zeer tevreden te zijn (Stoefs, 2023).

Een belangrijke kanttekening bij de ontwikkelde meetinstrumenten is dat zij enkel weergeven in welke mate tegemoetgekomen werd aan de wensen en noden van mensen, maar – in voorkomend geval – geen verdere inzichten opleveren over de richting waarin niet tegemoetgekomen werd aan wensen en noden. Anders gesteld geven de meetinstrumenten niet aan of patiënten bijvoorbeeld meer of net minder informatie zouden wensen. Het is echter belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de mate van persoonsgerichtheid gemeten is en er dus geen kant-en-klaar antwoord is voor elke persoon die opgenomen wordt. Het is belangrijk om in dialoog te gaan met de persoon in kwestie en na te gaan wat de unieke wensen en noden zijn van deze persoon. Het is dus niet de bedoeling om bij een lage score op informatie aan iedereen meer informatie te geven, maar wel om na te gaan op welke manier de informatie beter aangepast kan worden aan de unieke wensen en noden van mensen. Dit kan bijgevolg ook betekenen dat er soms minder informatie moet gegeven worden.

3.5. Beperkingen van de methodologie

Zoals elk onderzoek heeft ook dit onderzoek beperkingen. Ten eerste werden tijdens de kwalitatieve studie enkel Nederlandstalige participanten geïnterviewd. Het is mogelijk dat er hierdoor culturele verschillen tussen Nederlandstaligen en Franstaligen over het hoofd gezien werden. Er werd getracht dit zoveel mogelijk op te vangen door de literatuurstudie waarbij er wetenschappelijke literatuur werd meegenomen in het onderzoek om zo een breder beeld te krijgen van de wensen en noden van mensen die in het ziekenhuis worden opgenomen.

Daarnaast werden er in de kwalitatieve studie meer vrouwen geïnterviewd dan mannen, wat een impact kan gehad hebben op de resultaten. Vervolgonderzoek naar eventuele verschillen in wensen en noden tussen mannen en vrouwen kan helpen om inzichten hierin te vergroten.

In de vragenlijst was er geen mogelijkheid om 'niet van toepassing' aan te duiden, dit omwille van het doel, het valideren van de vragenlijst. In de open vraag gaven sommige respondenten aan dat ze deze antwoordmogelijkheid misten. Bij toekomstig gebruik van de vragenlijst is het aangeraden om deze antwoordoptie wel aan te bieden.

Uit de open vraag kwamen interessante elementen naar voren die ziekenhuizen kunnen helpen om de ervaring van patiënten persoonsgerichter te maken. Deze vraag gaf meer inzicht in de sterke punten en verbeterpunten van het ziekenhuis of de afdeling. In de toekomst zou het interessant zijn om twee open vragen toe te voegen: één waarin respondenten kunnen aangeven wat heel goed was in het ziekenhuis (een top) en één waarin respondenten kunnen aangeven wat voor verbetering vatbaar is (een tip). Deze analyse zou automatisch kunnen gebeuren aan de hand van een sentiment analyse en tekstanalyse op basis van *machine learning*.

3.6. Toekomstig onderzoek

In de toekomst is het interessant om de meetinstrumenten te vertalen naar verschillende contexten. Zo start er binnenkort een project binnen UHasselt om deze meetinstrumenten te ontwikkelen voor revalidatiecentra. Daarnaast kunnen ook andere contexten onderzocht worden, zoals ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg. Verder zou het goed zijn om de vragenlijsten uit te testen in andere landen, zodat de resultaten vergeleken kunnen worden met elkaar.

Conclusie

Op basis van dit onderzoek kan persoonsgerichtheid gedefinieerd worden als 'een holistische benadering van de persoon, die gericht is op het verbeteren van het individuele welzijn, door in te spelen op de unieke wensen en noden van het individu'. Deze wensen en noden kunnen verschillend zijn tussen mensen op vlak van zes dimensies: (1) de connectie met de zorgverlener, (2) het betrekken van familie, (3) ontvangen van informatie, (4) participeren in de medische dienstverlening, (5) aandacht voor extra's en (6) psycho-socio-emotionele steun.

Vertrekkende van bovenstaande definitie werden drie meetinstrumenten ontwikkeld om persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen: een gedetailleerd meetinstrument met 29 items, een vereenvoudigd meetinstrument met 6 items en een algemeen meetinstrument met 2 items. Afhankelijk van het doel van de meting, kan een zorginstelling een meetinstrument selecteren. Daarnaast is het mogelijk om verschillende meetinstrumenten met elkaar te combineren.

Uit een bevraging bij CM-leden blijkt dat de connectie met de zorgverlener een hoge score krijgt van de deelnemers. Dit wil zeggen dat de connectie met de zorgverlener reeds goed aangepast is aan de noden en wensen van mensen. De items van deze dimensie blijken een grote impact op tevredenheid te hebben. Daarnaast heeft ook informatie een duidelijke impact op tevredenheid. Een gelijkaardige conclusie kan ook getrokken worden uit de resultaten van het vereenvoudigd meetinstrument.

Als ziekenhuis is het belangrijk om de vinger aan de pols te houden en om, bijvoorbeeld aan de hand van een meetinstrument of focusgroepen, de wensen en noden van patiënten in kaart te brengen om hierop in te kunnen spelen. De volgende aandachtspunten kunnen ziekenhuizen helpen om persoonsgerichter te zijn.

- **Verschillende mensen hebben verschillende wensen:** waar voor de ene persoon veel informatie belangrijk is, wil de andere persoon misschien enkel de strikt noodzakelijke informatie.
- **Meten is weten:** door persoonsgerichtheid te meten in ziekenhuizen, kan beter in kaart gebracht worden wat de sterktes en verbeterpunten zijn.
- Zowel **kwantitatieve als kwalitatieve data kunnen helpen** om deze sterktes en verbeterpunten te analyseren.
- **Meerdere perspectieven includeren:** het perspectief van de patiënt-e, familie of naasten, zorgverleners, externe stakeholders (zoals zorgverleners uit de eerste lijn), enz.

Hopelijk kan het belang van persoonsgerichtheid verder aangetoond worden in de toekomst, zodat de beweging van ziektegerichte zorg naar persoonsgerichte zorg zich verder kan zetten.

Bibliografie

- Byrne, A.-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLOS ONE*, *15*(3), e0229923.
- Chang, H., Gil, C., Kim, H., & Bea, H. (2020). Person-Centered Care, Job Stress, and Quality of Life Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Nursing Research*, *28*(5), e114.
- Choi, I., Kim, D. E., & Yoon, J. Y. (2021). Person-Centered Care Environment Associated With Care Staff Outcomes in Long-Term Care Facilities. *Journal of Nursing Research*, *29*(1), e133.
- Connelly, C., Jarvie, L., Daniel, M., Monachello, E., Quasim, T., Dunn, L., & McPeake, J. (2020). Understanding what matters to patients in critical care: An exploratory evaluation. *Nursing in Critical Care*, *25*(4), 214–220.
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 45–56.
- Curran, P. (2016). Methods for the detection of carelessly invalid responses in survey data. *Journal of Experimental Social Psychology*, *66*, 4–19.
- Davis, S., Byers, S., & Walsh, F. (2008). Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting. *Australian Health Review*, *32*(3), 496–504.
- Diamantopoulos, A., & Winklhofer, H. (2001). Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, *38*(2), 269–277.
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centeredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(1), 217–227.
- El-Alti, L., Sandman, L., & Munthe, C. (2019). Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Health Care Analysis*, *27*(1), 45–59.
- Ellins, J., & Glasby, J. (2016). “You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”: Hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing and Society*, *36*(1), 42–63.
- Erwin, J., Chance-Larsen, K., Backhouse, M., & Woolf, A. D. (2020). Exploring what patients with musculoskeletal conditions want from first point-of-contact health practitioners. *Rheumatology Advances in Practice*, *4*(1), rkz048.
- Fridberg, H., Wallin, L., & Tistad, M. (2021). The innovation characteristics of person-centred care as perceived by healthcare professionals: An interview study employing a deductive-inductive content analysis guided by the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 904.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, *16*(1), 15–31.
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., . . . Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: A systematic review. *BMJ Global Health*, *5*(12), e003330.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., . . . Summer Merianus, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, *102*(1), 3–11.
- Hunter-Jones, P., Line, N., Zhang, J. J., Malthouse, E. C., Witell, L., & Hollis, B. (2020). Visioning a hospitality-oriented patient experience (HOPE) framework in health care. *Journal of Service Management*, *31*(5), 869–888.
- Jakobsson, S., Eliasson, B., Andersson, E., Johannsson, G., Ringström, G., Simrén, M., & Jakobsson Ung, E. (2019). Person-centred inpatient care-A quasi-experimental study in an internal medicine context. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(8), 1678–1689.
- Martinez, T., Postigo, A., Cuesta, M., & Muñoz, J. (2021). Person-Centred Care for older people: Convergence and assessment of users’ relatives’ and staff’s perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2916–2927.
- Österlind, J., & Henoch, I. (2021). The 6S-model for person-centred palliative care: A theoretical framework. *Nursing Philosophy*, *22*(2).
- Picker (2023). *The Picker Principles of Person Centred Care*. Opgehaald van <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
- Pipers, E. (2024). *Beyond patient charts : navigating the path to person centricity from a healthcare and service management perspective*. Hasselt University ; Ghent University. Faculty of Economics and Business Administration, Hasselt: Faculty of Business Economics.
- Stoefs, J. (2023). *Ziekenhuisbarometer: Is de belg tevreden over zijn ziekenhuizen?* Opgehaald van <https://hospitals.be/nl/belgian-satisfaction-hospitals/>
- Van Der Cingel, M., Brandsma, L., Van Dam, M., Van Dorst, M., Verkaart, C., & Van Der Velde, C. (2016). Concepts of person-centred care: A framework analysis of five studies in daily care practices. *International Practice Development Journal*, *6*(2), 1–17.
- VIVEL. (2023, 11 14). *Quintuple Aim – het kompas van VIVEL*. Opgehaald van <https://www.vivel.be/nl/nieuws/quintuple-aim/>

Zowel het gedetailleerde als vereenvoudigde meetinstrument zijn **formatieve** schalen, terwijl het algemeen meetinstrument een **reflectieve** schaal is.

Bij een **formatief** meetinstrument wordt een concept gemeten aan de hand van verschillende bouwstenen. In onze studie bleek dat persoonsgerichtheid is opgebouwd uit zes dimensies (zie Tabel 1). Deze dimensies staan niet noodzakelijk in onderling verband met elkaar. Zo kan er een hoge score zijn voor informatie en een lage score voor betrokkenheid van naasten. De verschillende dimensies vormen samen persoonsgerichtheid en daarom spreekt men over een formatief meetinstrument. Als bijvoorbeeld de kwaliteit van dienstverlening op een formatieve manier gemeten wordt, kunnen de items vriendelijkheid, kennis, betrouwbaarheid, enz. gemeten worden. Deze items kunnen los van elkaar staan, een medewerker kan heel vriendelijk zijn, maar zijn kennis kan heel slecht zijn. Alle items samen vormen het concept kwaliteit van dienstverlening, daarom spreekt men over een formatieve schaal.

Bij een **reflectief** meetinstrument gaat het niet om items die afzonderlijk van elkaar gezien kunnen worden, maar om items die in relatie met elkaar staan. Hoe hoger de score op persoonsgerichtheid, hoe hoger de score zal zijn op de afzonderlijke items. Het verschil tussen formatieve en reflectieve schalen zorgt voor een andere wijze van valideren. Zo zullen bij een reflectieve schaal de items sterk met elkaar gelinkt zijn: als de score op het ene item hoger is, zal de score op het andere item ook hoger zijn. Dit is niet wenselijk bij een formatieve schaal. Daar dienen de items op zichzelf te staan en een hoge score op het ene item, leidt niet noodzakelijk tot een hoge score op het andere item. Als bijvoorbeeld de kwaliteit van de dienstverlening op een reflectieve manier gemeten wordt, kan dit door aan patiënten te vragen in welke mate ze de dienstverlening ervaren als kwaliteitsvol, van hoge kwaliteit, enz. Elk item betekent ongeveer hetzelfde en reflecteert het onderliggende concept. Daarom spreekt men van een reflectieve schaal.

Om vragenlijsten te valideren, worden er verschillende testen gedaan:

- VIF-scores berekenen;
- redundantieanalyse;
- criteriumvaliditeit.

Ten eerste wordt er naar multicollineariteit gekeken, dit verwijst naar het fenomeen waarbij de items die een schaal vormen sterk onderling gecorreleerd zijn. Wanneer deze items sterk gecorreleerd zijn, kan dit problemen veroorzaken bij de analyse. Het kan moeilijk worden om de bijdrage van individuele items aan het concept te onderscheiden, omdat de items elkaar overlappen in hun invloed op de latente variabele⁴. Hierdoor kan het model (zoals weergegeven in Figuur 3) onnauwkeurig geschat worden en tot onbetrouwbare conclusies leiden. Multicollineariteit wordt berekend aan de hand van VIF-scores.

Daarnaast wordt een redundantieanalyse uitgevoerd om de relatie tussen twee modellen te beoordelen. In deze analyse wordt de relatie tussen het gedetailleerd en algemeen meetinstrument en de relatie tussen het vereenvoudigd en het algemeen meetinstrument gemeten. Deze analyse is nodig om na te gaan of de inhoud van het gedetailleerde en vereenvoudigde meetinstrument valide is, omdat het helpt begrijpen in welke mate de ene schaal de variatie in een andere schaal verklaart.

Ten slotte wordt de criteriumvaliditeit getest om na te gaan in hoeverre de meetinstrumenten de variatie in tevredenheid kunnen verklaren. Uit de literatuur blijkt immers dat er een relatie is tussen persoonsgerichtheid en tevredenheid.

In de vergelijkende analyses tussen groepen (op basis van geslacht, opleidingsniveau en het al dan niet hebben van een chronische aandoening) werd de p-waarde geïnterpreteerd. Dit is een statistische maat die wordt gebruikt om de waarschijnlijkheid te beoordelen dat de waargenomen resultaten van een onderzoek puur door toeval zijn verkregen. Een kleine p-waarde ($< 0,05$) wijst op significantie en suggereert dat de waargenomen resultaten waarschijnlijk niet puur toevallig zijn, terwijl een grote p-waarde ($\geq 0,05$) duidt op niet-significantie en suggereert dat de resultaten consistent zijn met toeval of dat er onvoldoende bewijs is om een effect aan te tonen.

4 De latente variabele is de variabele die niet rechtstreeks wordt gemeten. In het gedetailleerde meetinstrument zijn zowel persoonsgerichtheid als de zes dimensies de latente variabelen. Deze worden niet rechtstreeks gemeten, de zes dimensies worden gemeten aan de hand van een aantal items en persoonsgerichtheid wordt gemeten aan de hand van de zes dimensies. In het vereenvoudigde meetinstrument is enkel persoonsgerichtheid de latente variabele, deze wordt gemeten aan de hand van zes items.

Gezondheid & Samenleving is het driemaandelijkse tijdschrift van de Studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies evenals achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar privacy@cm.be

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar cm.ombud@cm.be

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar GezondheidEnSamenleving@cm.be

Inhoud

Edito: Een samenleving die geen zorg meer kan bieden, is dit nog een samenleving? · 02

Studie: Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor' · 04

Methode · 07

Objectivering van het tekort op basis van kwantitatieve gegevens · 08

Arbeidsomstandigheden: tussen oorzaken en gevolgen van het tekort · 17

Het 'zorgen voor' in crisis: verklaring van het gebrek aan waardering aan de hand van de care-theorieën · 27

Enkele uitdagingen rond het tekort · 28

Aanbevelingen · 30

Studie: Levensenzorg tijdens een gezondheids crisis: moeilijk evenwicht tussen afstand en nabijheid · 38

De gevolgen van de pandemie voor de gezondheidszorg · 40

Methodologie: enquête bij CM-leden · 42

Resultaten: ervaringen met levensenzorg bij CM-leden · 44

Bespreking: de kwaliteit van levensenzorg lijdt onder de coronapandemie · 52

Aanbevelingen voor kwaliteitsvolle levensenzorg · 57

Studie: Meer dan een nummer: persoonsgerichtheid in het ziekenhuis · 64

Conceptualisering van persoonsgerichtheid · 67

Ontwikkeling en validatie van meetinstrumenten voor persoonsgerichtheid · 70

Evaluatie van persoonsgerichtheid bij ziekenhuiszorg bij CM-leden · 73

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Hoofdredactie

Élise Derroitte

Eindredactie

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Redactiecomité

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,
Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Lay-out

Gevaert Graphics

Druk

Albe De Coker

Retouradres

CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Copyright

De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"