

Verzorgingssector heeft (nog) meer mensen dan geld nodig

Herman Deleeck

Door de algemene bevolkingsveroudering zal, in de toekomstige Europese welvaartsstaat, de verzorging minstens even prangend zijn als de inkomenswaarborg; zal er meer nood zijn aan verzorgende personen dan aan financieringsmiddelen; en zal het tekort aan verplegings- en verzorgingspersoneel niet alleen een kwestie zijn van schaarste als wel van werkdruk en van relatieve onaantrekkelijkheid van het beroep. Ziedaar de boodschap van dit artikel.

De schaarste in de sector van verpleging en verzorging is een bestanddeel van onze sociaal-economische ontwikkeling: toenemende vraag naar verzorging, wegens veroudering en gestegen welvaart, en dus mogelijkheid tot het creëren van jobs; relatief hoge arbeidskost, hoge arbeidsintensiteit en lage productiviteit in vergelijking met de industriële en de marktsector; en noodzakelijk hogere overheidsuitgaven, maar budgettaire beperkingen. De oorzaken van schaarste liggen niet zozeer bij de afwezigheid van geschikt personeel als wel bij de ongunstige invloed van de werkdruk (aard van het werk, onregelmatige urenregelingen). Beide factoren zijn verbonden met de overwegend vrouwelijke en deeltijdse tewerkstelling in de sector.

Om aan de toestand te verhelpen, moet in de eerste plaats de werkdruk naar omlaag, o.a. door takendifferentiatie en -verschuiving. Het statuut kan verbeterd worden, niet alleen door betere lonen, maar vooral door (selectieve of algemene) arbeidsduurverkor-

ting. In België wordt loonkostenmindering wettelijk geregeld door verlaging van de sociale premies ten laste van de werkgever. Ten slotte kan de toevoer van kandidaten, met name ook van volwassen kandidaten in het onderwijs voor verpleegkundigen, bevorderd worden. Om voor deze en aanverwante problemen een houvast te bieden en om te reageren tegen vaak wijdverspreide individualistische en liberale opvattingen over de maatschappij waarin wij leven, weze vooraf herinnerd aan de basisbeginselen van onze welvaartsstaat. ⁽¹⁾



Herman Deleeck is gewoon hoogleraar em. Antwerpen, buitengewoon hoogleraar em. Leuven, bijzonder hoogleraar em. Leiden, lid van de Koninklijke Academie van België.

NOGMAALS, HET INSTITUTIONEEL MODEL VAN DE WELVAARTSSTAAT

We vernoemen vier elementen. Om te beginnen, is in onze samenleving de productie in handen van vrije ondernemingen die de motor vormen van de welvaartsschepping.

Daarnaast waarborgt de overheid, op grond van het beginsel van de minimale kansengelijkheid, een aantal grondrechten op gebied van inkomen, onderwijs, gezondheidszorg, huisvesting en welzijnszorg. Zij waarborgt die universeel, d.w.z. aan alle burgers. Zij waarborgt die op een bijzondere wijze aan hen die niet op de markt een inkomen kunnen verwerven, en aan hen die bepaalde zorgverstrekingen behoeven die op de markt niet voorhanden zijn of aan een voor iedereen betaalbare prijs kunnen gekocht worden. Zij waarborgt deze grondrechten niet met woorden, maar met daden, middels wetgeving en subsidiëring.

Ten derde neemt de overheid niet zelf het initiatief voor zorg in handen; zo iets hoort thuis in een autoritaire staatsstructuur. Het wordt ook niet overgelaten aan de vrije markt, omdat zulks ontoereikend en ongelijkheidsbevorderend geacht wordt. Het sociaal beleid is wettelijk geregeld, maar de uitvoering ervan is 'niet-staats'. Die wordt toevertrouwd aan vrije organisaties, in ons geval aan *social profit*ondernemingen, en, kwantitatief in bijkomende orde, aan lokale en provinciale besturen.

De centrale overheid moet niet in detail uitmaken, noch actief noch passief, wat de goede werkwijzen zijn in het domein van de verzorging. Dat is haar taak niet, en ze heeft daartoe niet de vereiste inhoudelijke kennis. Zij moet enkel de algemene regels bepalen.

Primauteit dus van het veld. De initiatieven tot zorgverlening worden niet opgelegd van bovenop, maar komen van onder uit. Dit zorgt voor een hoge graad van dynamisme, van zelfstandigheid en zelfverantwoordelijkheid, van diversiteit en pluraliteit in de werkwijzen en van aanpassing aan plaatselijke noden en toestanden.

Ten vierde nemen de vrije sociale organisaties, naast de uitvoering, deel aan de besluitvorming omtrent het sociaal beleid. Zo is er, bv. in het domein van de sociale zekerheid, overleg tussen de sociale partners (de vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers) en advies aan regering en parlement, uitvoering door vakbonden, ziekenfondsen en kinderbijslagfondsen.

Deze uitweiding over de eigenheid van ons model is, naar mijn mening, niet overbodig omdat kinderen van de welvaartsstaat achter de praktijk van alledag niet meer de principiële architectuur van het stelsel erkennen, net zomin als de politieke en ethische meerwaarde ervan.

'TRILEMMA' VAN DE VERZORGINGSSECTOR

De (situatie van de) verzorgingssector zal noodzakelijkerwijze ingeschreven moeten worden in het raam van de logica, de instellingen en de werking van de Europese welvaartsstaat en de sociale markteconomie waarvan hij een wezenlijk bestanddeel is.

De nationale welvaartsstaten werden vaak geklasseerd in onderscheiden types, van Titmuss (1974; residueel, industrieel-corporatistisch, institutioneel-herverdelend) tot Esping-Andersen (1990; liberaal, conservatief-corporatistisch, sociaal-democratisch).

Dit komt nagenoeg overeen met de Angelsaksische wereld, het continent en Scandinavië. Onlangs werd voorgesteld welvaartsstaten te klasseren niet volgens hun institutionele kenmerken, maar volgens hun prestatievermogen in functie van drie doelstellingen: werkgelegenheid, gelijkheid (weinig armoede) en begrotingsevenwicht. Dit laat gemakkelijker toe de staten onderling te vergelijken en vervolgens hun werking op elkaar af te stemmen op grond van de methode van de 'open coördinatie'⁽²⁾. Maar dat is een ander verhaal. Iversen en Wren⁽³⁾ stelden vast dat de Europese welvaartsstaten afwisselend twee, maar nooit drie doelstellingen tezamen verwezenlijkten. De continentale schoten tekort op vlak van werkgelegenheid, de Angelsaksische op vlak van gelijkheid, de Scandinavische op vlak van begroting (fiscale druk). Zij noemden dit het 'trilemma' van de dienstensector. Ferrera, Hemelrijk en Rhodes hebben in hun briljant rapport ten gerieve van de EU⁽⁴⁾ dit 'trilemma' nader omschreven. Er zijn (1) nog grote sociale behoeften en derhalve is er de mogelijkheid van bijkomende werkgelegenheid; maar (2) de arbeidskosten zijn te hoog en (3) de overheidsbegroting is beperkt. Het zou dus kunnen gaan, maar het gaat niet.

De behoeften aan verzorging nemen sedert jaren voortdurend toe, o.a. wegens de stijgende welvaart en de veroudering van de bevolking. Van 1973 tot 1998 verliep in België de werkgelegenheid (in procent van het totaal) in de marktsector van 77,1% tot 64,5%, in de gezondheidssector van 2,5% tot 4,7% en in de welzijnssector van 2,6% tot 7,3% (Pacolet en Gos). Deze behoeften en de daaraan gekoppelde tewerkstelling hebben een specifiek karakter. Een belangrijk deel van de vraag

Herman Deleeck

In de Vlaamse ziekenhuizen is er vooral een tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen.

”

naar verzorging verschijnt niet op de markt en is niet koopkrachtig. De verzorgingssector wordt daarom in hoge mate ontwikkeld door de overheid, deels door rechtstreekse publieke initiatieven, maar grotendeels door subsidiëring van

non-profit (juister: *social profit*) ondernemingen (met het juridisch statuut van vereniging zonder winstoogmerk). Loonvorming en arbeidsverhoudingen zijn er wezenlijk anders dan in de marktsector, alhoewel de betrokken personeelsleden zich wel met de markt zullen vergelijken. Het is derhalve een politieke beslissing hoeveel geld (belastingen) naar de verzorgingssector zal uitgaan, hoeveel het personeel waard is, en in welke mate de sociale behoeften afdoend beantwoord worden. In klare taal: de overheidsuitgaven voor deze sector zullen nog voortdurend moeten toenemen. De theoretische vraag blijft of men daarvoor de prijs wil betalen, in dit geval onder de vorm van belastingen.

TEGENSTRIJDIGE BESTANDELEN

Sedert de jaren negentig zitten de overheidsbegrotingen in een trend van relatieve beperkingen: geen tekorten volgens de regels van de Economische en Monetaire Unie, prioritaire afbouw van de overheidsschuld, voorrang voor markteconomisch denken. Dit, samen met de onafwendbaar stijgende vraag naar sociale overheidsuitgaven, voert tot de stelregel: beheersing van de uitgaven, hoe dan ook.

In de industrie en in de handel kan men kosten drukken door de productiviteit op te voeren. Dit gaat veel minder in de nog zeer arbeidsintensieve verzorgingssector. Theoretisch zouden deze mensen bereid moeten zijn te werken tegen een lager loon, gelet op hun

lagere productiviteit vergeleken met de marktsector. Praktisch zijn afgetekende loonverschillen binnen eenzelfde sociale ruimte ondenkbaar. Bovendien is de sociale waardering voor de beroepen in de verzorgingssector al niet erg groot. Daarnaast gaat men op zoek naar andere middelen, ofwel om productiviteitsverschillen te doen overeenkomen met loonkostenverschillen, ofwel om de arbeidsproductiviteit op te drijven. In de praktijk betekent dit ofwel een specifieke loonkostensubsidiëring voor de verzorgingssector (sociale werkgeverspremieverlaging, Sociale Maribel genaamd), dus opnieuw met beroep op de overheidsbegroting, ofwel rationalisatie (flexibiliteit, goedkopere verzorgingsvormen, bv. meer extramuraal), ofwel kostenverhoging voor de cliënt. Een alternatief voor dit laatste is privatisering, d.i. waar mogelijk overdracht van de zorgverlening naar de markteconomische sector. In bepaalde gevallen (bv. ouderlingentehuizen) is dat mogelijk, maar sluit het hogere prijzen in en, als gevolg daarvan, sociale discriminatie. Privatisering geniet in België weinig steun, in tegenstelling tot de algemene trend in Nederland. De bijkomende of aanvullende ziektekosten- of hospitalisatieverzekering is wellicht een alternatief voor en een dam tegen privatisering. Ze laat de instellingen of beroepsbeoefenaars toe individueel hogere kosten, buiten de wettelijke barema's, aan te rekenen, ten laste van de private verzekeringsmaatschappij en van de individuele premiebetaler. Dit sluit evenwel discriminatie in voor hen die geen bijkomende verzekering hebben. Een veralgemening ervan kan dit euvel ondervangen. Hoe dan ook wordt een deel van de ziektekosten systematisch gefinancierd buiten de wettelijk verplichte ziekteverzekering, wat in feite neerkomt op een gedeeltelijke privatisering.

Herman Deleeck

Om aan de toestand te verhelpen, moet in de eerste plaats de werkdruk naar omlaag.

”

De problematiek van het tekort aan verpleegkundigen en aan werkers in de *non-profit* sector in het algemeen (zo ook bv. de klacht van de OCMW-maatschappelijk werkers i.v.m. te zware belasting) is te zien in het licht van een maatschappelijke evolutie met twee tegenstrijdige bestanddelen. Met de veroudering (en de toenemende welvaart) stijgt de behoefte aan en dus de vraag naar verzorging dramatisch (wellicht zelfs niet lineair, maar exponentieel). Daartegenover staat een stijgende waardering (prestige en beloning) voor het marktgebeuren en voor markteconomisch sterk presterende beroepen. Analytisch kan dit alles fraai verwoord worden. Maar operationeel is dit het levend probleem van de veroudering dat voor onze ogen gestalte aanneemt.

Privatisering, bijkomende verzekering, onderwaardering van het beroep (verder zal nog gezegd worden: uitdrijving van het middenveld uit de besluitvorming): elementen waaruit blijkt hoe er sedert de jaren negentig een koude liberale wind waait, en hoe sociaal beleid en dienstverlening in gelijkheid onder druk komen te staan. Men zegt soms dat de politieke programma's op mekaar lijken. Oppervlakkig gezien is dat zo, maar dit gaat niet meer op als men naar de basisbeginselen kijkt. Er zijn werelden van verschil, maar precies die worden bijna niet aan de bevolking uitgelegd in begrijpelijke taal.

MAATSCHAPPELIJKE EVOLUTIE VAN DE ZORG⁵⁾

Drie factoren zijn bepalend voor de inhoudelijke evolutie en de toekomst van de zorgsector: de vergrijzing (65+) en verzilvering (80+),

het ziekteprofiel en de technologie. Het ziekteprofiel is veranderd: meer chronische en degeneratieve aandoeningen, die gedurende langere tijd meer intensieve zorg vereisen; meer dementie ook. Tevens is er een andere kijk op verzorging gegroeid: naast de bio-medisch instrumentele komt de zogenaamd holistische benadering (totaalzorg) die de hele persoon centraal stelt. In deze aanpak zijn communicatie en beschikbare tijd belangrijk, wat een andere invulling van het beroep van verzorgende veronderstelt. Ten slotte evolueert de medische technologie (zowel de gewone als de spijttechnologie) spectaculair, wat insluit: hogere kosten alsook behoefte aan meer hooggeschoold personeel. Het is paradoxaal dat de toename van de doeltreffendheid van de geneeskunde niet leidt tot afname dan wel toename van de zorgvraag. Onomkeerbaar wordt de verzorging steeds duurder en zullen de overheidsuitgaven daartoe stijgen, zowel absoluut als relatief (in procent van de totale overheidsuitgaven en van het nationaal product)⁽⁶⁾. Met daarbij de steeds scherper wordende vraag of de wettelijke ziektekostenverzekering doeltreffend blijft t.a.v. de individueel te dragen verzorgingskosten.

Het veld van de verzorging is uitermate breed en verscheiden: geestelijke gezondheidszorg-ziekenhuizen, ouderentehuizen, thuisverzorging, instellingen voor personen met een handicap, voor kinderen, voor bijzondere jeugdzorg. Deze diversiteit moet men voor ogen houden bij het lezen van dit artikel. In de ziekenhuissector is er een tendens naar meer samenspel van intra- en extramuraal en naar kortere ligduur. Ook in de welzijnszorg (met name van ouderen en van gehandicapten) wordt gezocht naar formules die de zelf-

Herman Deleeck

Het beroep van verpleegkundige mist én profilering én een duidelijk inhoudelijke functie.

”

redzaamheid en de mantelzorg ondersteunen en opname in instellingen voorkomen. De motivering van deze beweging is duidelijk tweeledig: voorkeur voor langere zelfstandigheid en voor 'zorg op maat' enerzijds, kostenbesparing anderzijds. Dit

laatste is een teer punt: sommige onderzoekers kwamen immers tot het besluit dat het opzetten van (gespreide) thuiszorg niet noodzakelijk goedkoper is dan (gecentraliseerde) intra-murale zorg.

Meer bepaald in de ziekenhuissector maakt men onderscheid tussen vier categorieën: artsen, verpleegkundigen, verzorgers en logistieke assistenten. Vooral deze laatsten schijnen relatief in aantal toe te nemen, zowel omdat hun taak erin bestaat het werk van verzorgers en verpleegkundigen te verlichten, als omdat de overheid de tewerkstelling van laaggeschoolden in de dienstensector wil bevorderen. Men neemt aan dat de behoeften en dus de vraag naar personeel zullen toenemen, minder in de ziekenhuissector, maar vooral in de bejaardeninstellingen en in de thuiszorg. De laatstgenoemde twee rekruteren vooral in het secundair beroepsonderwijs, de eerste overwegend in het hoger onderwijs.

IS ER SCHAARSTE?

Er bestaat een merkwaardig verschil in de perceptie van de toestand. Op microvlak, d.i. in de instellingen, ervaren zowel werknemers als bestuurders een tekort aan personeel en, daarmee samenhangend, een hoge werkdruk. In de Vlaamse ziekenhuizen is er vooral een tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen. Sommige activiteiten ondervinden last, maar veeleer dan die stop te zetten, wordt de druk op het personeel opgevoerd (bv. overuren).

Verhoogde inzet moet dus schaarste compenseren. In de thuiszorg kan door het tekort aan personeel regelmatige en continue hulpverlening vaak niet verzekerd worden.

Op macrovlak, d.i. in statistieken en prognosestudies (met name de uitvoerige studie van Pacolet (red.)), stelt men een globaal evenwicht van vraag en aanbod vast, en verwacht men alleszins geen grote structurele tekorten. Vanuit deze invalshoek lijken klachten overdreven. De schaarste zou op termijn kunnen beheerst worden door substitutie van taken en door inschakeling van de aanzienlijke arbeidsreserve van gediplomeerde verpleegkundigen die hun arbeid niet of slechts deeltijds aanbieden. Met schommelingen in de tijd bleef de aanvoer in het onderwijs van met name verpleegkundigen kwantitatief op voldoende hoog niveau om aan de vraag te kunnen beantwoorden. Hetzelfde wordt verwacht voor de toekomst.

Een identiek beeld komt voor Nederland naar voren in het rapport van Allaart e.a.⁽⁷⁾: plaatselijk zijn er tekorten, maar er is nog een aanzienlijke reserve van veertigduizend verpleegkundigen en verzorgers die opnieuw zouden kunnen ingeschakeld worden, op voorwaarde o.m. dat de werkdruk verlicht wordt en de beloning verbeterd.

Beide standpunten zijn begrijpelijk; zij komen overeen met abstracte en statistische studies en met aan den lijve ervaren tekorten en moeilijkheden. De plaatselijke betrokkenen ervaren schaarste niet alleen als een tekort aan personen, maar ook en vooral als een druk bij het uitoefenen van de taak. Of op de duur het evenwicht, voorzien in de prognosestudies en

de voorwaarden daartoe, daadwerkelijk zal verwezenlijkt worden, blijft een open vraag. Ondertussen spreken de feiten dit tegen. Verpleegkundige is volgens de VDAB al jaren een knelpuntberoep. Het tekort is veel meer voelbaar in ziekenhuizen dan in rust- en verzorgingstehuizen. Grote ziekenhuizen onderkennen meer problemen dan kleinere en grote lokaliteiten als Brussel, Antwerpen en Gent meer dan kleine steden.

OOZAKEN VAN SCHAARSTE EN DRUK OP HET BEROEP

Worden vernoemd (uitvoerig in Meulemans, 2000): het negatief imago van het beroep, de drukkende arbeidsomstandigheden, de opgedreven maatschappelijke vraag en verwachtingen.

Vooreerst, van de kant van het zorgaanbod. Het imago van het beroep is op dit ogenblik ronduit slecht als gevolg van de zware werkdruk en de moeilijke combinatie (met name voor vrouwen) van de arbeids- met de gezinstaat, gezien de onregelmatige werkuren. De verzorgingssector deelt in de algemene prestigevermindering van dit soort beroepen (ook lesgeven bv.) in een samenleving gericht op consumptie, prestatie en veel geld verdienen, en met voorkeur voor het vrije marktgebeuren. Het beroep van verpleegkundige mist én

profilering én een duidelijk inhoudelijke functie. Dat schrikt mogelijke kandidaten af. De moeder werd met hard werken verpleegster, de dochter studeert voor arts (aldus dr. Jan Peers).

De arbeidsdruk is zeer groot geworden, niet door de aard van het werk dat nog steeds als zeer voldoende-gevend ervaren wordt, wel door de feitelijke

Herman Deleeck

Een specifiek potentieel vormen allochtone meisjes van de tweede generatie.

”

organisatie ervan, als gevolg van het personeelstekort. De verplegenden hebben onvoldoende tijd voor contacten met de patiënten en met collega's en oversten, wat een onvoldaan gevoel geeft. Ze moeten zich te veel bezighouden met administratie en hun familiaal leven herschikken in functie van onregelmatige werkuren.

De meeste verzorgers zijn vrouwen en de meerderheid daarvan werkt deeltijds (44% in de Vlaamse Gemeenschap, tot 60% in de rusthuissector). Het deeltijds werken neemt toe met de leeftijd naarmate de gezinstaken van de vrouwen zwaarder worden. Dit brengt een vicieuze cirkel op gang: veel deeltijdse werkers omdat de werkdruk zwaar is (i.v.m. het gezinsleven) en zware werkdruk (uurroosters) omdat er veel deeltijdse werkers zijn.

Druk is er eveneens omwille van het intensiever worden van het medisch aanbod: hogere eisen vanwege de technologie, overgebruik van apparatuur, vlugger beroep op intramurale zorg (geestelijke gezondheidszorg, spoed-diensten).

Ook van de kant van de zorgvraag zelf zijn er elementen die de druk in de hand werken. De aard van de ziekten en van de medische verzorging is dusdanig dat de verpleging meer intens is, meer gespecialiseerd en onophoudelijke aandacht vergt. Residentiële ouderenzorg en thuiszorg zijn veeleisender geworden, patiënten en ouderen mondiger. Gezin en familie helpen minder. De verwachtingen van de samenleving liggen zeer hoog en worden ook harder uitgesproken. De individuele verzorgers zitten met de knellende vraag: kunnen wij dat wel aan? De keerzijde van deze

situatie is het (gevoel van) gebrek aan waardering: weinig erkenning vanuit de samenleving, maar ook weinig begrip van hun oversten voor de problemen van arbeids- en tijdsdruk.

WITTE WOEDE

De geldelijke situatie van het verzorgend personeel geeft minder aanleiding tot klachten. Sedert enkele actiegolven van de 'Witte Woede', vanaf 1991, zijn salaris (plus bijkomende vakantiedagen) sterk verbeterd door een aantal opeenvolgende CAO's. In die van 2000-2005 werd overeengekomen, op federaal niveau (ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, thuisverpleging), om lonen in rust- en verzorgingstehuizen en ziekenhuizen gelijk te schakelen met het peil van de bestverdienenden, arbeidsduurvermindering vanaf 45 jaar en 55 jaar mogelijk te maken en bijkomende arbeidsplaatsen te voorzien. Op Vlaams niveau (thuisverzorging, verzorgers in welzijnsinstellingen) werden gelijkaardige overeenkomsten afgesloten. Arbeidsduur-

vermindering veronderstelt uitbreiding van het personeelsbestand. De weerslag van dit alles op de overheidsbegroting is erg groot.

In Nederland worden voor de schaarste dezelfde oorzaken aangehaald als in ons land (rapport-Allaart): slecht imago van het beroep, beloning niet vergelijkbaar met de markteconomische sector, nood aan flexibele arbeidstijd vooral voor vrouwen, zware werkdruk. Uit het onderzoek *Arbeidsrisico's en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector*, in opdracht van het ministerie SZW (2000), blijkt, ten eerste, dat de arbeidsomstandigheden in de zorgsector veeleer

Herman Deleecq

CAO 2000-2005 wordt door sommigen nu reeds een historische wending genoemd om het statuut en de attractiviteit van de sector te verbeteren.

”

ongunstig zijn (hoge werkdruk en lichamelijk zwaar werk), zodat zij oorzaak zijn van werkverzuim en, ten tweede, dat de zorgsector, door het grote aantal werknemers (900.000), meest bijdraagt tot de instroom in de (beruchte) arbeidsongeschiktheid (WAO).

Dr. Jan Peers, voormalig directeur van het Universitair Ziekenhuis van Leuven, vatte onlangs de algemene situatie treffend samen: (*Knack*, 24 jan. 2001): "Het tekort aan verpleegsters en verplegers heeft niet alleen met de bezoldiging te maken. Het valt niet op te lossen met een loonsverhoging alleen. Het heeft te maken met de waardering voor het beroep, dat inderdaad een stuk van zijn glans heeft verloren. Verpleging is een zeer zwaar vak. De arbeidsomstandigheden zijn moeilijk. Het verplegend personeel komt in een vicieuze cirkel terecht. Door de onderbezetting in de ziekenhuizen zijn verplegers en verpleegsters overbelast en daardoor hebben ze minder tijd voor de communicatieve zorg van hun patiënten, wat de arbeidsvoldoening dan weer niet ten goede komt. Men zou kunnen zeggen dat de ziekenhuizen het verdwijnen van de kloosterzusters nog niet helemaal hebben opgevangen". Sociaal-psychologisch is het een intrigerende vraag waarom een sector waarin zoveel hoogstaande prestaties geleverd worden, met het geheimzinnig waas van de aloude toverkunst (maar in dit geval met gewaarborgde goede afloop) en met inzet van spijstechnologie allerhande niet de waardering en de aantrekkelijkheid geniet die hij verdient. Blijft hij achteruitgaan omdat hij nog steeds verbonden wordt met de gedachte van zorg, dienen, opoffering? Deze deugden zijn in de markteconomie niet hoog geprijsd. Gemoderniseerd zouden zij de morele ruggen-

graat kunnen zijn van de gemeenschapsdienst. Personenzorg is in heel Europa een beschavingsprobleem geworden⁶⁾.

HOE OMGAAN MET ACTUELE OF MET KOMENDE SCHAARSTE?

Uitvoerig werd reeds gehandeld over de oorzaken van het personeelstekort in de zorgsector, met name aan verpleegkundigen, omdat precies van daaruit naar mogelijke oplossingen dient gezocht. Het luik over de remediëring zal korter zijn bij gebrek aan systematische plannen en aan een inventaris van geslaagde individuele experimenten in België resp. in de Vlaamse Gemeenschap. In het

Vlaams parlement dienden R. Van Cleuvenbergen, S. Becq e.a. een voorstel van resolutie in (stuk 504/1, 2000-2001, 13 dec. 2000) 'betreffende een toekomstgericht beleid dat meer perspectieven biedt aan verpleegkundigen'. In de toelichting wordt aangedrongen op de verbetering van de onderwijsomstandigheden, op een langetermijnplanning om het beroep aantrekkelijker te maken, op maatregelen om de uitstroom af te remmen en extra instroom te verwekken. Deze tekst werd tot nog toe niet besproken. Hij gaat uit van de oppositie, die, om historische redenen, meest met de sector verwant is. Dit is een goed (of in dit geval slecht) voorbeeld van het 'primaat van de politiek': de regering zou dit probleem tot zich moeten trekken. Ook de beroepsverenigingen zouden in deze sterker naar voren moeten treden. Alleen de Landelijke Bedienden Centrale (LBC) heeft dit probleem krachtig publiek gemaakt.

De schaarste dient voor een groot deel bestreden door de arbeidsdruk te verlichten. Dit

Herman Deleecq

Om de sector aantrekkelijk te houden, zal het steeds noodzakelijker worden de arbeidsvoorwaarden enigszins gelijke tred te laten houden met die van de marktsector.

”

is wellicht de belangrijkste remedie. Wat de structurele ingrepen betreft, lijken zich twee wegen af te tekenen: het statuut van verzorger, met name van verpleegkundigen, aantrekkelijker maken en taken doorschuiven. Daarnaast kan de overheid door bijkomende subsidiëring de arbeidskosten verlagen. Ten slotte kan ze de instroom van kandidaten in het onderwijs bevorderen.

Het knelpunt van het statuut is niet zozeer de beloning als wel de werkdruk. Die wordt veroorzaakt door het aantal deeltijders, wat op zijn beurt leidt tot voorkeur voor deeltijdsheid. Om aan beide te verhelpen, wordt soms voorgesteld de algemene werkduur te verlagen tot 32 uren per week. Dit moet niet alleen het beroep aantrekkelijker maken, maar tevens toelaten het werk beter te organiseren door het aantal statutair deeltijdsen, met vaak zeer uiteenlopende arbeidsduur, te verminderen. Onlangs werd in België een gedifferentieerde en progressieve arbeidsduurvermindering beko- men in functie van de leeftijd. Maar deeltijdarbeid kan ook flexibiliteit inhouden, als men de inzet zou kunnen laten variëren met seizoenschommelingen in het patiëntenbestand. De CAO 2000-2005 voorziet, zoals reeds gezegd, opwaartse loon- harmonisatie, gedifferentieerde en progressieve arbeidsduurvermindering vanaf middelbare leeftijd, vorming en jobcre- atie. Omwille van die inhoud, met name de breuk met de traditie van de lineaire loon- verhoging, noemen sommigen deze CAO nu reeds een historische wending om het statuut en de attractiviteit van de sector te verbete- ren. Het dient onderstreept dat de LBC in deze ontwikkeling de sterkste rol gespeeld heeft, zowel inhoudelijk als tactisch.

Herman Deleeck

Drie factoren zijn bepalend voor de evolutie en de toekomst van de zorgsector: de vergrijzing (65+) en verzilvering (80+), het ziekteprofiel en de technologie.

”

Met het bevorderen van deeltijdse arbeid kan de sector, in het raam van het algemeen sociaal beleid, een bijdrage leveren voor het (vrijwillig) opkrikken van de nataliteit evenals voor de volledige werkgelegenheid. Het zijn delicate aangelegenheden, maar daarom moet men ze nog niet verzwijgen. Men vergeet vaak dat de Zweedse volledige werkgelegenheid verwezenlijkt werd door deeltijdse arbeid van vrouwen in de verzorgingssector. Dit betekent tezelfdertijd een bijdrage tot verzoening van arbeid en gezin en tot ont- haasting.

ANDERE MENTALITEIT

Om de sector aantrekkelijk te houden, zal het steeds noodzakelijker worden de arbeidsvoor- waarden enigszins gelijke tred te laten hou- den met die van de marktsector. De jongste jaren is er in de Vlaamse Gemeenschap, samen met de groei van de verzorgingssector, een andere mentaliteit tot uiting gekomen bij de collectieve onderhandelingen. De beschik- bare loonmarge krijgt een rui- mere invulling: naast algemene loonsverhoging, ook selectieve opwaartse harmonisatie ten gunste van achtergebleven cate- gorieën, jobcreatie en arbeids- duurvermindering. Soms heeft men wel de indruk dat met de selectieve loonsverhogingen (bv. de forse stij- ging van de lonen van bejaardenhelpers en kinderverzorgers, overwegend vrouwen) de hooggekwalificeerde verpleegkundigen (A1) relatief uit de boot gevallen zijn. De arbeidskost van het verzorgend personeel werd verlaagd door een aanzienlijke vermin- dering van de werkgeverspremie voor de sociale zekerheid (Maribelregeling). Daardoor werden op korte termijn bijkomende werkne-

mers aangetrokken, maar spoedig bleek dat het aantal beschikbare personen op de arbeidsmarkt beperkt was.

Ten slotte kan de overheid de instroom van kandidaat-verplegers uit het onderwijs proberen te bevorderen. Na een stijging van het aantal studenten verpleegkunde daalde dit van 1990 tot 1998 licht voor A2- en fors voor A1-opleidingen. De media hebben dit laatste nogal sterk in de verf gezet, wat het imago van het beroep geen goed gedaan heeft. Sommigen menen dat de toename van het studentenaantal sedert 1993 er kwam na de loonstijging voor verpleegkundigen en na de stijging van de personeelsomkadering (beide het gevolg van 'Witte Woede'-acties). Los van het studentenaantal - bepaald o.a. door het verminderend aantal jongeren - blijft de belangstelling voor de verpleegkundigenopleidingen even groot (1980-2000) en wordt zelfs groter (A1) in procent van het aantal achttienjarigen in de Vlaamse Gemeenschap (Pacolet).

De federale minister van Volksgezondheid heeft dit jaar, samen met de sector, een originele campagne opgezet om jonge mensen tot het verpleegberoep aan te trekken. Die kon rekenen op veel belangstelling en het aantal inschrijvingen in de scholen lijkt lichtjes toe te nemen, met name bij de gediplomeerde verpleegkundigen.

Er is een wettelijk verschil volgens het opleidingsniveau: gegradueerde verpleegkundigen (A1) volgen hoger onderwijs buiten de universiteit, gediplomeerde verpleegkundigen (A2) volgen beroepssecundair onderwijs. Beide opleidingen duren drie jaar. Het beroepssecundair onderwijs van de vierde

Herman Deleeck

Een vicieuze cirkel: veel deeltijdse werkers omdat de werkdruk zwaar is (i.v.m. het gezinsleven) en zware werkdruk omdat er veel deeltijdse werkers zijn.

”

graad biedt een praktijkgerichte scholing ziekenhuis- of psychiatrisch verpleegkundige. Het hoger onderwijs biedt de opties ziekenhuis-, sociale en kinderverpleegkunde, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk voeren deze mensen vaak aanverwante taken uit, zij het dat ze verschillend bezoldigd worden. Enkele jaren geleden

werd overwogen de A2-opleiding af te schaffen, maar dit ging (vooralsnog) niet door. Argumenten tegen waren vooral dat aldus een toevoerkanaal van verpleegkundigen zou afgesloten worden, en dat die opleiding voor velen een gelegenheid biedt om sociaal op te klimmen. In het beroepsonderwijs komen immers overwegend kinderen uit lagere sociale lagen terecht.

UITSTROOM INDIJKEN

Succesrijk was de maatregel, genomen vooral onder LBC-druk, die in 2000 540 werknemers uit de verzorgingssector in staat stelde met behoud van hun loon in regulier dagonderwijs verpleegkundige studies aan te vatten. Deze aanpak valoriseert het beschikbaar potentieel en laat betrokkenen toe zich sociaal en maatschappelijk te verbeteren. Mede daardoor is het sedert enkele jaren tanend aantal inschrijvingen sterk gestegen, de dalende trend gebroken en aldus de toekomstige aanvoer opnieuw versterkt. In dezelfde richting gaat de brugopleiding die een aantal gebrevetteerden toelaat zich om te scholen tot gegradueerde. De overheid overweegt ook kinesitherapeuten ertoe te bewegen zich om te scholen tot verpleegkundigen. Vóór alles is het nodig algemene en plaatselijke maatregelen te treffen om de grote uitstroom (tien procent per jaar) van verpleegkundigen in te

dijken en verder om oudgedienden opnieuw aan het werk te krijgen.

Een specifiek potentieel vormen allochtone meisjes van de tweede generatie. Zij zijn in hun midden de eersten die de vrouwelijke emancipatie meemaken, verpleegster worden is voor hen een concrete mogelijkheid tot sociale promotie en het verwerven van een job, en de verzorgingssector sluit aan bij hun leefwereld waarin gezin en zorgarbeid (nog) erkende en beleefde waarden zijn.

In Nederland spreekt men het tekort aan verpleegkundigen scherper in het openbaar uit.

Er worden ook meer spectaculaire maatregelen vooropgesteld, met name de invoer van verpleegkundigen uit niet-Europese landen. Minister Borst besliste vorig jaar hun aantal tot 1.200 op te drijven. Deze pogingen lijken niet altijd succesvol, o.m. wegens (naar Nederlandse normen) ontoereikende kwaliteit. In België wordt deze weg (behoudens enkele tientallen) vooralsnog niet bewandeld, gezien de strenge toepassing van de reglementering en de bescherming van het beroep. Wellicht is de toepassing zelfs te streng. Een aan de academie van Moskou afgestudeerde arts, sedert meerdere jaren woonachtig in België, kan hier niet als verpleegkundige aan de slag. Ik neem wel aan dat men, op ethische gronden, niet systematisch betergeschoolden uit arme of uit ontwikkelingslanden naar hier mag versluizen. Maar vreemdelingen die hier vrijwillig of uit nood verblijven, moeten in beginsel inzetbaar zijn.

De Vlaamse Gemeenschap voert een wettelijke zorgverzekering in die er naar streeft niet-medische zorg, om te beginnen voor ouderen,

betaalbaar te maken. Ik heb destijds geargumenteed dat zulke verzekering enkel zin heeft als er voldoende professionele verzorgers beschikbaar zijn, wat thans, helaas, niet het geval is. Oppas van kleine kinderen gebeurt op grote schaal door onthaalmoe- ders, die daartoe erkend en gecontroleerd worden door de overheidsinstelling 'Kind en Gezin'. Kan men, naar analogie, niet hetzelfde systeem opzetten in de thuiszorg voor ouderen met zorgmoeders (of -vaders). Het is toch wel erg dat, als de zorgverzekering ingevoerd en het tekort aan verplegend personeel algemeen erkend wordt, op hetzelfde ogenblik de diensten van het Wit-Gele Kruis in financiële

problemen verkeren. Misschien schuilen daar onbewuste politieke keuzen achter.

Mijn indruk is dat in België en met name in Vlaanderen de moeilijkheden i.v.m. personeels-schaarste reëel zijn, maar pragmatisch ondervangen worden. Het zal er verder op aankomen de aantrekkelijkheid van de job en

van de opleiding opnieuw kracht bij te zetten. Daartoe zal het beroep moeten 'ont-stress't worden en zal men moeten optornen tegen het heersend klimaat van markteconomisch denken en presteren. Zorg heeft nog altijd iets te maken met toewijding en altruïsme. Er is dus meer nood aan mensen dan aan geld.

Herman Deleeck

Een belangrijk deel van de vraag naar verzorging verschijnt niet op de markt en is niet koopkrachtig.

”

TOEMAATJE

Naar verluidt ontwerpt de Vlaamse regering plannen om de ambtenarij te hervormen. Interne en externe zelfstandige agentschappen zouden worden opgericht en de thans bestaande raden van bestuur in sommige instellingen afgeschaft. Deze aangelegenheid heeft niet rechtstreeks van doen met het tekort aan verpleegkundigen en verzorgers,

wel met de institutionele structuur waarin velen van hen werkzaam zijn.

In het sociaal beleid en in de welzijnssector wordt het beleid uitgetekend en uitgevoerd in samenspraak met vertegenwoordigers van het veld. De instellingen en hun organisaties zijn zelfstandig in de uitvoering van hun taak, gelet op de verscheidenheid en het vaak plaatsgebonden karakter van de personen en hun behoeften. Voorbeelden vinden we in drie belangrijke beleidssectoren en in de instellingen ervan: de Vlaamse Huisvestingsmaatschappij en de lokale socialehuisvestingsmaatschappijen, het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap en Kind en Gezin. Aan de top ervan staan in de drie gevallen raden van bestuur waarin alle schakeringen van het veld rechtstreeks vertegenwoordigd zijn en de beslissingen over uitvoering of adviezen aan de minister democratisch goedgekeurd worden. Op federaal vlak bestaan soortgelijke instellingen in de sector van de sociale zekerheid.

Deze raden van bestuur werken over het algemeen zeer goed. Binnen de grenzen van de wetgeving beschikken zij over een ruime mate van autonomie, ook wat betreft advisering omtrent wijzigingen in het beleid. Zij zijn de plaats van communicatie bij uitstek: van het beleid naar beneden en omgekeerd. Op institutionele (d.w.z. wettelijk gesystematiseerde) wijze kunnen de kracht en het initiatief van de basis aan bod komen. De leden van deze raden van bestuur verdedigen belangen, grotendeels met recht en reden, en openlijk, niet in het geheim. Maar zij vervullen ook twee onvervangbare functies: noden vertolken en deskundigheid inbrengen.

Sommige leden van de Vlaamse regering steunen deze hervorming op grond van het 'primaat van de politiek'. Veel parlementsleden en kabinetsmedewerkers horen dit graag zeggen. Maar laten we mekaar goed verstaan. De beslissingen over de grote ontwikkelingslijnen en over de beschikbare middelen zijn de eigenlijke politieke beslissingen die het parlement toekomen (let wel) op ontwerpen van de regering. Maar wat de uitvoering betreft, beschikken noch de ministers, noch de individuele parlementsleden (uitzonderingen daargelaten) over de behoefte-inschatting, de eigen *knowhow* en de ervaring van de vertegenwoordigers van het veld. Dát afschaffen, zou voor het welzijnsbeleid een achteruitgang betekenen, een gelegenheid bieden om wereldvreemde centrale beslissingen te nemen, of in stilte individuele belangen voorrang te geven. Het is een oude liberale gedachte dat de staat (in beperkte mate) álles moet doen en dat althans de georganiseerde burgers ('het middenveld') hierin geen macht moeten hebben. Achteraf klinkt het anekdotisch wat ik zegde in een gelegenheidstoespraak in 1996 voor een congres m.m.v. het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap: "Het is merkwaardig dat de minister (Luc Martens in april 1996 in het Vlaams parlement) zich eveneens beklaagde over een gebrek aan ditmaal politieke slagkracht, omdat een aantal bevoegdheden berust bij het Vlaams Fonds, niet bij de ministeriële administratie. Uit eerbied voor de minister zou ik hem gedeeltelijk gelijk kunnen geven. Daar ik evenwel niet weet wie ooit na hem de bevoegde minister zal zijn, houd ik het vooralsnog bij de voordelen van een relatief autonome structuur". Aldus verwijs ik opnieuw naar de filosofie van ons model.

Herman Deleeck

Het is een politieke beslissing hoeveel geld (belastingen) naar de verzorgingssector zal uitgaan.

”

-
- (1) H. Deleeck, *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Acco, Leuven-Leusden, 2001.
- (2) De 'open coördinatie' is de officiële methode thans gebruikt door de Europese Commissie om het beleid van de onderscheiden lidstaten dichterbij elkaar te doen aansluiten: voortdurende (jaarlijkse) en uitvoerig gedocumenteerde vergelijkingen van de werking der instellingen en van de behaalde resultaten (bv. op gebied van sociale zekerheid) met de verwachting dat daaruit waar nodig aanpassingen van het nationaal beleid zullen voortvloeien.
- (3) Iversen, T. en Wren, A., Equality, Employment and Budgetary Restraint, The Trilemma of the Service Economy, *World Politics*, 1998, nr. 50, p. 507-546.
- (4) Samengevat in M. Ferrera, A. Hemelrijk en M. Rhodes, De herijking van sociaal Europa, *Beleid en Maatschappij*, 2000, nr. 4, p. 233-347.
- (5) Voor België kunnen volgende onderzoeken vernoemd (waarin tevens verdere bibliografie): J. Pacolet (red.) (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk; Deel 2: Verzorgenden en het verzorgend werk; Deel 3: Vraag en aanbod van werk en tewerkstelling in de social profit-sector in Vlaanderen*, HIVA, KU Leuven; K. Mendonck en H. Meulemans (red.) (2000), *Een analyse van de zorgverlening in de gezondheids- en welzijnssector*, Brussel, VUBPress; W. Gabriëls en H. Meulemans (2000), *De gezondheidszorg in perspectief. Focusgesprekken met insiders uit de non-profitsector*, Universiteit Antwerpen, 99 blz.; J. Breda en H. Deleeck (1996), *Welzijnszorgplanning. Een kwantitatieve benadering*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; Deleeck, H., Breda, J., *Proeve van sociale planning voor de Vlaamse Gemeenschap, De gids op maatschappelijk gebied*, 1997, nr. 1, p. 3-17; J. Pacolet (2000), *De gesalarieerde tewerkstelling in de quartaire sector in België*, HIVA, KU Leuven.
- (6) OECD, *Health Data*, 1998; D. De Graeve en M. Jegers, Financiële verantwoordelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg, *Economisch en Sociaal Tijdschrift*, 2000, nr. 2.
- (7) Allaart, P.C., Van Essen, G. en Peters, F., *Arbeid en zorg en welzijn. Integreerend OSA-rapport 2000*, Servicecentrum Uitgevers, Den Haag.
- (8) Een leesbaar overzicht van stellingen en problemen vindt men in de bijdragen van R. Putnam, B. Pattyn en L. Van Liedekerke in het Leuvens tijdschrift *Ethische Perspectieven*, maart - juni 2001. De Amerikaan Putnam, het boegbeeld van de zogenaamde communautaristen, bepleit het herstel van het 'sociaal kapitaal', d.w.z. de vooral plaatselijke netwerken van sociale relaties allerhande (van school tot volleybalclub), waardoor wederzijdse samenwerking groeit en een gemeenschapszin opgebouwd wordt.