

Personeelsbeleid en werkbelasting in Belgische ziekenhuizen

Gedurende de jaren tachtig tekenden zich verscheidene ontwikkelingen af binnen de sector van de intramurale gezondheidszorg. Hierbij denken we aan de introductie van nieuwe technologieën, de toenemende specialisatie van het verplegend werk, de multidisciplinariteit van de zorgverstrekking, de noodzaak tot rationalisering en beperking van de uitgaven ... Het netto-resultaat voor het verplegend en verzorgend personeel was duidelijk: verlies van banen en overbezetting van bedden, wat resulteerde in een als te hoog ervaren werkdruk. Samen met de lonen die als (te) laag beschouwd werden in verhouding tot de kwalificaties en verantwoordelijkheden, vormde dit de kern van een groeiend ongenoegen. Dit uitte zich in de afgelopen jaren in herhaalde protestacties (de 'witte woede'). In het verlengde van het akkoord van september 1991 aangaande de herwaardering van het verplegend en verzorgend personeel – een rechtstreeks gevolg van de protestacties – startte in maart 1992 een interuniversitaire wetenschappelijke studie naar de arbeidsorganisatie en de werkbelasting van het verpleegkundig en verzorgend personeel. Het doel van deze studie was in eerste instantie concrete suggesties te formuleren om de werkbelasting terug te dringen. Deze studie werd gedaan in een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Antwerpen (RUCA), de Katholieke Universiteit Leuven, de Université Libre de Bruxelles en de Université Catholique de Louvain. Het onderzoek vond plaats in de periode maart 1992-april 1993. Centraal in het onderzoek stond de vraag naar de mate van werkbelasting waarmee het verplegend en verzorgend personeel¹ bij het uitvoeren van het werk geconfronteerd wordt.

Het begrip 'werkbelasting' verwijst naar de kenmerken van de werksituatie die tot (werkgerelateerde) stress aanleiding kunnen geven. 'Werkbelasting' en (werkgerelateerde) 'stress' kunnen hierbij niet als synoniemen fungeren: werkbelasting verwijst immers naar een aantal 'objectieve' kenmerken van werk, terwijl (werkgerelateerde) stress veeleer begrepen moet worden als een mogelijke 'subjectieve' reactie daarop (Moldaschl 1986). Deze omschrijving heeft uiteraard implicaties voor de methode van onderzoek: aangezien de werkbelasting verwijst naar een aantal kenmerken van het werk, diende binnen het onderzoek

ervan de aandacht in eerste instantie uit te gaan naar de wijze waarop het verpleegkundig en verzorgend werk in de verpleegeenheden concreet gestalte werd gegeven. De opvattingen van het verplegend en verzorgend personeel vormden hierbij als dusdanig geen voorwerp van onderzoek; immers, deze opvattingen vormen de neerslag van een complex psychologisch adaptatieproces (met mogelijke *misfits*) die in een bepaalde mate van subjectief ervaren stress uitmondt (Karasek 1990).

Samengevat kan de hier gehanteerde benadering van werkbelasting als volgt worden geformuleerd: een bepaalde wijze van organisatie van het verpleegkundig en verzorgend werk op een verpleegeenheid mondt uit in een bepaalde mate van werkbelasting. Hieruit volgt dat, wil men de werkbelasting terugdringen, ingegrepen dient te worden in de organisatie van het werk. Dit centrale thema in het onderzoek wordt via de volgende onderzoeksvragen geoperationaliseerd:

* Stefaan Demarest is wetenschappelijk medewerker aan de Universiteit Antwerpen (RUCA). Dr. Erik Henderickx is hoofddocent aan de Universiteit Antwerpen (RUCA). Prof.dr. Jan Bundervoet is hoogleraar sociologie van arbeid en bedrijf aan de Katholieke Universiteit Leuven (KUL).

- in welke mate wordt de organisatie van het werk op de verpleegeenheid beïnvloed door het door het ziekenhuis gevoerde personeelsbeleid en wat zijn de kenmerken ervan?
- op welke wijze wordt het verpleegkundig en verzorgend werk in een verpleegeenheid georganiseerd?
- welke belastende elementen kunnen in het verpleegkundig en verzorgend werk vastgesteld worden?

Zoals aangegeven lag de klemtoon in dit onderzoek vooral op de organisatie van het werk op de verpleegeenheid, te begrijpen als de organisatorische en architectonische of 'ruimtelijke' eenheid waar verpleegkundige zorgen worden toegediend aan patiënten. Daar beoogd werd de arbeidsorganisatie (en de daarmee verbonden mate van werkbelasting) van verschillende verpleegeenheden met elkaar te vergelijken, dienden de randvoorwaarden (d.i. de globale organisatie van het ziekenhuis waartoe de verpleegeenheden behoren) constant te blijven. Daarom werd ervoor geopteerd verschillende verpleegeenheden binnen een beperkt aantal ziekenhuizen in het onderzoek op te nemen.

In overleg met de stuurgroep, waarin vertegenwoordigers van de overheid, werkgevers en vakbonden afgevaardigd waren, werd besloten veertien ziekenhuizen in het onderzoek te betrekken, gelijkmatig verspreid over het Vlaamse en het Waalse landsgedeelte. De keuze van de ziekenhuizen werd bepaald aan de hand van drie criteria: de grootte, het juridisch statuut en de geografische ligging. Besloten werd binnen de geselecteerde ziekenhuizen uitsluitend verpleegeenheden te bestuderen die behoren tot de dienst 'inwendige zorgen' (de zgn. D-dienst) en de dienst 'heelkunde' (C-dienst). Waar in kleine ziekenhuizen de diensten veelal samenvallen met de verpleegeenheid, bestaan in grote(re) ziekenhuizen de onderscheiden diensten uit meerdere verpleegeenheden, zodat ook hier een beperking moest worden doorgevoerd. Binnen de stuurgroep werd overeengekomen in kleine ziekenhuizen twee verpleegeenheden (één C- en één D-verpleegeenheid), in middelgrote twee C- en twee D-verpleegeenheden en in grote ziekenhuizen telkens drie C- en drie D-verpleegeenheden in het onderzoek op te nemen. Zodoende werden er voor gans België 56 verpleegeenheden geselecteerd, 28 Vlaamse en 28 Waalse.

Onderzoeksmethode

Voor het inwinnen van informatie over de werkbelasting op de onderscheiden verpleegeenheden was het noodzakelijk alle direct betrokkenen te bevragen: de algemeen directeur van het ziekenhuis, de verpleegkundig directeur, de hoofdverpleegkundige van de verpleegeenheden en – uiteraard – het verplegend en verzorgend personeel dat in de geselecteerde verpleegeenheden werkzaam is. Zowel de algemeen directeur, de verpleegkundig directeur als de hoofdverpleegkundige van de verpleegeenheden werden geïnterviewd aan de hand van een checklist, een gestructureerde set van aandachtspunten waaromtrent informatie ingewonnen werd. Al deze gesprekken werden op band gezet en nadien integraal uitgetikt. Het verpleegkundig en verzorgend personeel kon, binnen het tijdsbestek van dit onderzoek, onmogelijk op deze wijze benaderd worden. Besloten werd een vragenlijst op te stellen die door alle personeelsleden van de geselecteerde verpleegeenheden diende te worden ingevuld. Uiteindelijk werden 830 correct ingevulde vragenlijsten in het onderzoek opgenomen (responspercentage: 87,7%).

Personeelsbeleid? Hoezo?

De informatie omtrent de wijze waarop aan het personeelsbeleid gestalte wordt gegeven in de geselecteerde ziekenhuizen werd bekomen via een ondervraging van zowel de algemeen directeur als de verpleegkundig directeur. Vier topics stonden hierbij centraal: de activiteiten met betrekking tot het uittekenen van een functieprofiel, de werving en selectie van nieuwe personeelsleden, de introductie-activiteiten en de vormingsactiviteiten. Specifieke omstandigheden (het al dan niet universitaire karakter van het ziekenhuis, de locatie van het ziekenhuis en de mate van concurrentie van andere ziekenhuizen, het publiekrechtelijk statuut ...) maken dat het personeelsbeleid op bepaalde punten door de ziekenhuizen op een specifieke wijze ingevuld wordt. In het hiernavolgende worden evenwel enkel de gemeenschappelijke kenmerken kort toegelicht, waarbij abstractie wordt gemaakt van de 'eigenheid' van elk ziekenhuis.

De functie 'verpleegkundige' wordt verschillend ingevuld naargelang de dienst of eenheid waarin ze vervuld wordt. Het werk op een verpleegeenheid eist in mindere of meerdere mate eerder

specifieke (of eenheidsgebonden) kwalificaties. Het vertrek van een personeelslid op een eenheid en de vacature die daardoor ontstaat noodzaken in principe tot het opstellen van een functieprofiel waarin duidelijk gestipuleerd wordt over welke kwalificaties de kandidaten voor het opvullen van de vacature moeten beschikken. In de realiteit worden dergelijke functieprofielen nauwelijks opgesteld: veelal beperkt de vacature-omschrijving zich strikt tot een diploma-omschrijving waarbij impliciet verondersteld wordt dat de kandidaten die over het gevraagde diploma beschikken het werk bevredigend zullen kunnen doen. De teneur bij alle geïnterviewde algemene directeuren en verpleegkundig directeuren is duidelijk: de voorkeur bij aanwerving wordt gegeven aan de A1-gediplomeerden.² De A2- en 'anders' gediplomeerden lijken veel minder in trek te zijn. Tegelijk moet vastgesteld worden dat de voorkeur voor A1-gediplomeerden alvast niet rechtstreeks gebonden lijkt te zijn aan de veranderingen in het verpleegkundig beroep. Zo was het voor de hoofdverpleegkundigen van de geselecteerde verpleegeenheden soms niet duidelijk over welk diploma het personeel in de verpleegeenheid beschikt. Het onderscheid tussen A1- en A2-gediplomeerden kon enkel worden aangegeven in termen van verantwoordelijkheid.

De wijze waarop een ziekenhuis aan nieuw personeel geraakt, lijkt in eerste instantie bepaald te worden door het feit of een ziekenhuis gelieerd is aan een opleidingsinstituut. Indien dit zo is, recruteert het ziekenhuis vooral uit de afgestudeerden van dit instituut. Deze ziekenhuizen kennen in regel weinig problemen om aan personeel te komen. Een tegengesteld beeld kan evenwel geconstateerd worden bij ziekenhuizen die geen banden hebben met een dergelijk opleidingsinstituut; zij kunnen moeilijker nieuw personeel krijgen, vooral wanneer het gaat om kleine ziekenhuizen. Niettemin kan ook voor deze ziekenhuizen vastgesteld worden dat de wervingskanalen door hen gebruikt eerder beperkt zijn; veelal komt men niet veel verder dan een kleine advertentie in de krant.

Nieuwkomers in het ziekenhuis komen steeds terecht in een omgeving die voor hen vreemd is. De specifieke gang van zaken in het ziekenhuis en op de verpleegeenheid zijn voor hen onduidelijk. Soms komen de nieuwkomers direct van de schoolbanken en is het voor het eerst dat ze – buiten de stages – direct in contact komen met

een concrete arbeidsomgeving. Op de 'reality shock' die hiermee gepaard gaat, zou vanuit het personeelsbeleid geanticipeerd kunnen worden via een uitgebalanceerde set van introductie-activiteiten erop gericht de nieuwkomer vertrouwd te laten worden met de organisatie. Ook deze praktijk is, blijkens de resultaten van het onderzoek, weinig verspreid in de Belgische ziekenhuizen. Behoudens enkele uitzonderingen waarbij de nieuwkomer begeleid wordt door een 'meter' die haar op de hoogte brengt van het reilen en zeilen op de verpleegeenheid, blijft de introductie beperkt tot het geven van de allernoodzakelijkste informatie aangaande diensttijden, arbeidsregeling enzovoort.

Sinds 1987 wordt elk ziekenhuis, onder bepaalde voorwaarden, gesubsidieerd met het oog op de permanente vorming van zijn personeel.³ Het mankeert deze vorming echter aan een duidelijk geprofileerde strategie op ziekenhuisniveau. De remmingen om zo'n strategie uit te werken zijn talrijk. Zo werd gewezen op het feit dat dergelijke vormingsinitiatieven op zichzelf best interessant zijn, maar dat ze hun belang verliezen als men de via deze vorming aangeleerde vaardigheden niet of nauwelijks op de verpleegeenheid kan toepassen. Daarnaast werd opgemerkt dat vormingsinitiatieven soms op een druk moment van de dag vallen en dat de opleidingstijd niet gerecupereerd kan worden. Bovendien brengt elk vormingsinitiatief afwezigheid met zich mee die niet opgevangen wordt, waardoor het volgen van dergelijke initiatieven heel de werking van de eenheid belast. De vormingsinitiatieven die toch georganiseerd worden zijn veelal strikt technisch van aard (het aanleren van nieuwe verpleegtechnische vaardigheden, voorstellingen door firma's van nieuwe apparatuur ...).

Globaal genomen is er van een uitgebalanceerd beleid ten aanzien van het verplegend en verzorgend personeel in de ziekenhuizen, met enkele schaarse uitzonderingen, weinig sprake. Veelal gaat men ervan uit via een beperkte wervingsinspanning ad hoc 'kant en klare' nieuwe personeelsleden te kunnen aantrekken, waarvoor een minimale introductie en een uiterst beperkte *on-the-job* training volstaat om het werk adequaat te verrichten. Indien er dan toch een kloof kan worden vastgesteld tussen de aanwezige kennis en kunde van het personeel en de veranderende

eisen daaromtrent worden, in beperkte mate, vormingsinitiatieven genomen. Loopbaanperspectieven zijn afwezig, het gaat om typisch vlakke loopbanen. Het idee van een human resources management – populair in managementliteratuur – waarbij men zou verwachten dat in een professionele bureaucratie zoals een ziekenhuis aan een geïntegreerd pro-actief personeelsbeleid zou vorm gegeven worden, wordt in dit onderzoek niet bevestigd.

Tijdloos taylorisme?

De afgelopen jaren is er veel inkt gevloeid omtrent de voordelen van het invoeren van de zgn. integrerende verpleegkunde.⁴ Bij integrerende verpleegkunde wordt de totale verpleegkundige zorg voor een patiënt toevertrouwd aan één verpleegkundige. Deze wordt – in overleg met het team en de hoofdverpleegkundige – verantwoordelijk voor de planning, uitvoering en evaluatie van alle verpleegkundige zorgen ten aanzien van de betrokken patiënt. Integrerende verpleegkunde wilde, vanuit een mensbeeld dat de patiënt als een unieke en globale persoon centraal stelt, een einde stellen aan de traditionele, tayloristische wijze van werken waarbij de verschillende verplegende en verzorgende taken versnipperd werden over verschillende verpleegkundigen wat aanleiding gaf tot een onoverzichtelijke en onvoorspelbare verpleging.

In het onderzoek werd nagegaan in welke mate de principes van integrerende verpleegkunde daadwerkelijk zijn ingevoerd in de geselecteerde verpleegeenheden. De resultaten ervan waren verbluffend; behoudens in de verpleegeenheden ressorterend onder één groot universitair ziekenhuis, valt er van een integrerende verpleegkunde niets te merken. De grootste remmende factor om deze 'nieuwe' aanpak in te voeren, zo luidt althans de mening van de hoofdverpleegkundigen, is de als (veel te) krap ervaren personeelsformatie. Dit, aangevuld met een relatief groot aandeel deeltijds tewerkgesteld personeel, maakt dat integrerende verpleegkunde in de praktijk veelal noodzakelijk een dode letter blijft. Alle geïnterviewden waren het er evenwel mee eens dat integrerende verpleegkunde onmiskenbaar een aantal voordelen in zich draagt, maar telkenmale werd gewezen op de onmogelijkheid het concreet te realiseren. Deze voordelen situeren zich in eerste instantie op het domein van de kwaliteit van de zorgen en slechts bijkomend op het do-

mei van de kwaliteit van de arbeid. Weliswaar wordt gesteld dat integrerende verpleegkunde noodzakelijkerwijs verbonden is op een verhoogde verantwoordelijkheid en autonomie van het personeel (wat dan zou samenhangen met een verhoogd subjectief welbevinden van het personeel), maar deze 'voordelen' worden teniet gedaan gezien de (te) krappe personeelsbezetting. De verhoogde verantwoordelijkheid en autonomie kan dan ook eerder als een bijkomende last dan als een opwaardering van het verpleegkundig en verzorgend beroep beschouwd. Uit het onderzoek kon niet worden vastgesteld dat het doorvoeren van integrerende verpleegkunde aanleiding zou geven tot een 'ander' personeelsbeleid.⁵

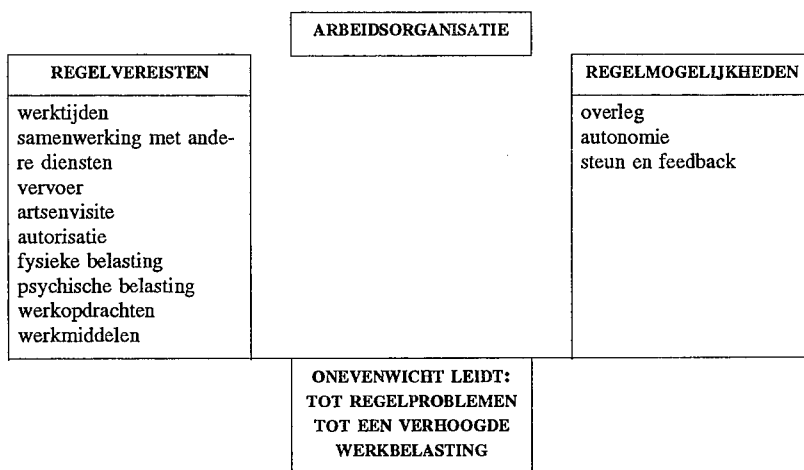
De toepassing van een agendamethode waarbij alle personeelsleden van de in het onderzoek opgenomen verpleegeenheden moesten aangeven hoeveel tijd ze besteden aan een lijst van onderscheiden activiteiten geeft aan dat de verzorgende, verpleegtechnische en huishoudelijke activiteiten de meerderheid van de tijd in beslag nemen. Ook de administratieve verplichtingen waarmee het verplegend personeel belast is, neemt relatief veel tijd in beslag. Een tijdsanalyse van de verrichte activiteiten maakt duidelijk dat elke verpleegeenheid gekenmerkt wordt door een quasi vaststaand dagschema. De verpleegeenheden georganiseerd volgens de principes van integrerende verpleegkunde vormen hierbij geen uitzondering. Zowel wat het tijdsaandeel van de diverse onderscheiden activiteiten betreft als het moment waarop deze activiteiten verricht worden, kunnen geen significante verschillen worden vastgesteld tussen de 'tayloristische' organisatie en geïntegreerde verpleegkunde. De autonomie van verpleegkundigen om het werk volgens eigen inzicht, tempo en volgorde te plannen – karakteristiek voor de integrerende verpleegkunde – blijkt bij de concrete toepassing ervan vrij beperkt te zijn. (Zie tabel 1)

Werkbelasting

Voor de studie van de werkbelasting waarmee het verplegend en verzorgend personeel geconfronteerd wordt, werd uitgegaan van een zogenaamde risicobenadering. In deze benadering wordt aangenomen dat het risico op een hoge werkbelasting (en de daaraan gekoppelde gevolgen als psychosomatische klachten, stress, burnout ...) ontstaat wanneer er een onevenwicht bestaat tussen de regelvereisten van het (verplegend en verzorgend)

Tabel 1 Tijdsaandeel activiteiten van het verzorgend en verplegend personeel

<i>Activiteiten verpleegkundig en verzorgend personeel</i>	<i>% Tijd</i>
Verzorgende activiteiten	23,0
Verpleegtechnische activiteiten type A	20,95
Huishoudelijke activiteiten	16,98
Administratieve activiteiten	11,28
Overleg	9,75
Persoonlijke tijd	7,31
Vervoer	5,97
Psychosociale zorg	2,52
Verpleegtechnische activiteiten type B	1,4
Verlengde artsfunctie	0,87
Totaal	100,0%

Schema 1 Regelvereisten, -mogelijkheden en -problemen voor het verpleegkundig en verzorgend personeel

werk en de regelmogelijkheden die de (ziekenhuis)organisatie biedt om aan deze vereisten tegemoet te komen. In de meerderheid van de onderzochte verpleegeenheden wordt het personeel bijvoorbeeld geconfronteerd met onverwacht transport van patiënten, van en naar de RX-afdeling, het operatiekwartier, het labo ... Dit transport noodzaakt tot regelend optreden van de verpleegkundige. Afhankelijk van de wijze waarop de arbeid op de verpleegeenheid (en in het ziekenhuis) georganiseerd is, moet de verpleegkundige noodzakelijkerwijs op een bepaalde manier reage-

ren op een vraag naar transport van een patiënt. In sommige gevallen moet ze het werk waarmee ze bezig is zo mogelijk laten vallen om het later weer op te pikken (waardoor ze veelal in tijdnood geraakt), terwijl in andere gevallen – afhankelijk van de arbeidsorganisatie – ze het werk kan overdragen aan een collega. In het eerste geval spreken we van een onevenwicht tussen een vereiste van het werk (onverwacht transport van een patiënt) en de mogelijkheid om aan deze vereiste tegemoet te komen, in het tweede geval van een evenwicht tussen beide.

Tabel 2 Regelvereisten, -mogelijkheden en -problemen (procentuele gegevens voor België)

	<i>Regelvereisten</i>	<i>Regelmogelijkheden</i>	<i>Regelproblemen</i>
Werktijden	44,6%	30,0%	30,7%
Samenwerking met andere diensten	46,1%	35,5%	35,2%
Vervoer	91,1%	34,6%	64,7%
Artsenvisite	43,7%	23,3%	34,6%
Autorisatie	55,1%	13,7%	45,2%
Fysieke belasting	68,3%	33,0%	46,5%
Psychische belasting	46,9%	51,4%	19,9%
Werkopdrachten	47,8%	48,6%	26,5%
Werkmiddelen	43,5%	58,3%	27,1%

Het is uiteraard onmogelijk om alle vereisten (en mogelijkheden) van het verplegend en verzorgend werk in kaart te brengen. Daarom werd, op basis van literatuur en van gesprekken met 'bevoorrechte getuigen' (verpleegkundig directeur, hoofdverpleegkundigen, ...) een aantal domeinen onderscheiden waarop de verhouding (regel)vereisten versus (regel)mogelijkheden zou worden onderzocht.

In tabel 2 wordt, naast een overzicht van de onderscheiden domeinen, tevens de verhouding tussen regelvereisten en regelmogelijkheden, dus de regelproblemen, weergegeven.⁶

De grootste risico's (d.i. de domeinen waarop zich een onevenwicht voordoet tussen vereisten van het werk en mogelijkheden om op deze vereisten een adequaat antwoord te bieden) situeren zich op het fysieke aspect van het verpleegkundig en verzorgend werk, op de samenwerking met ondersteunende diensten en op de samenwerking met artsen.

Het fysieke aspect van verpleegkundig en verzorgend werk

Het verpleegkundig en verzorgend werk stelt relatief hoge eisen op het fysieke vlak: 79% van de ondervraagde personeelsleden gaf aan altijd of vaak zware lasten te moeten tillen, 84,3% moet altijd of vaak heen en weer hollen. Globaal genomen gaf 68,3% van de respondenten aan dat hun werk fysiek zwaar was. Slechts 33% gaf aan dat er op de verpleegeenheid ook mogelijkheden waren (hulpmiddelen voor het tillen van patiënten, ondersteuning door collega's ...) om het werk op fysiek vlak te verlichten. Geconcludeerd kan worden dat 46,5% van het personeel zich in een risi-

covolle arbeidssituatie bevindt, dat wil zeggen een situatie van onevenwicht tussen vereisten en mogelijkheden.

Samenwerking met de ondersteunende diensten
Zowat al het personeel op een verpleegeenheid moet noodzakelijkerwijs samenwerken met ondersteunende diensten (RX, labo, apotheek). Het is dan ook noodzakelijk dat deze samenwerking geschiedt op duidelijk afspraken en dat de werking van zowel de verpleegeenheid als de verschillende ondersteunende diensten op elkaar afgestemd zouden zijn. Desondanks geeft 35,2% van de respondenten aan dat daaromtrent problemen ondervonden worden (samenwerkingsafspraken worden niet nageleefd, het personeel wordt niet betrokken bij het maken van dergelijke afspraken enzovoort). Een specifiek probleem hieromtrent is ongetwijfeld het feit dat in de meerderheid der gevallen patiënten onverwacht (dat wil zeggen op een niet geplande wijze) naar de ondersteunende diensten gebracht of gehaald moeten worden, waardoor de planning van het werk door de verpleegkundige danig in de war wordt geschopt.

Samenwerking met de artsen

Eenzelfde scenario kan gevonden worden voor wat de artsenvisite betreft. 43,7% Van de respondenten gaf aan vaak of altijd geconfronteerd te worden met één of meerdere artsen die onverwacht een patiëntenronde willen doen, waarbij de verpleegkundige de arts noodzakelijkerwijs moet volgen. Hierop kan een verpleegkundige op verschillende manieren reageren: zij kan weigeren een artsenvisite mee te lopen (9,2% van de res-

pondenten geeft deze mogelijkheid aan), de activiteit waarmee ze bezig was overdragen aan collega's (35,5%) en/of het eigen werk zo aanpassen dat ze een artsensite adequaat kan opvangen (42,2%). Globaal genomen geeft 34,6% van de respondenten aan geconfronteerd te worden met onverwachte artsensites die ze niet kunnen weigeren of waarvan ze de nadelige effecten niet kunnen reduceren. Een risicodomein dat van naderbij bestudeerd werd, heeft betrekking op het autorisatieprobleem: de mate waarin artsen activiteiten die in principe door hen uitgevoerd moeten worden doorschuiven naar het verpleegkundig personeel: 55,1% van de respondenten geeft aan soms taken van artsen uit te voeren, terwijl toch 52,4% aangeeft dat er duidelijke, schriftelijke instructies bestaan over de respectievelijke bevoegdheidsverdeling. Globaal genomen moet vastgesteld worden dat 45,2% van de respondenten bevoegdheden overneemt van artsen zonder enig overleg dienaangaande.

Zijn de bovenstaande domeinen de belangrijkste 'risicodomeinen', ze zijn evenwel niet de enige: 30,7 % van de respondenten geeft aan problemen te hebben met de werktijden. Voor deze respondenten worden de uurroosters te laat medegedeeld of op het laatste nippertje nog veranderd en bestaat niet de mogelijkheid met een collega te wisselen. Een bijkomend element hierbij is de mate waarin overuren verricht moeten worden: 29,5% van de respondenten geeft aan dat er minstens wekelijks overuren gedaan moeten worden. Een laatste domein wordt gevormd door mogelijke problemen met betrekking tot de (werk)instructies die het personeel krijgt en de informatie en werkmiddelen die personeelsleden moeten gebruiken voor de uitvoering van hun werk. Onduidelijkheid over de werkinstructies komt relatief weinig voor (slechts 4,3% van de respondenten vindt soms of altijd dergelijke instructies onduidelijk). Daarentegen wordt 47,8% van de respondenten geconfronteerd met opdrachten om meerdere activiteiten tegelijkertijd te doen. Ook voor wat de informatie (van de ondersteunende diensten) betreft, stellen zich nauwelijks problemen). Tenslotte moet 27,1% van de respondenten met hetzij onvoldoende hetzij gebrekkig materiaal werken zonder aan deze situatie te kunnen verhelpen (d.i. zonder een succesvol melden aan de betrokken diensten of leveranciers).

De verpleegeenheid als eiland

Zoals vermeld was de oorspronkelijk gedachten-gang dat het door het ziekenhuis gevoerde personeelsbeleid een impact zou hebben op de arbeidsorganisatie van een verpleegeenheid. Bovendien werd er vanuit gegaan dat de organisatie van het werk op een eenheid de mate van werkbelasting zou bepalen. In een laatste onderdeel van het onderzoek worden de diverse verpleegeenheden binnen eenzelfde ziekenhuis en de ziekenhuizen onderling vergeleken.

De grootte van het ziekenhuis blijkt inderdaad een organisatiekenmerk te zijn dat zijn repercussies heeft voor de werkbelasting. Voor wat de regelvereisten betreffen is de variatie naar ziekenhuisgrootte eerder beperkt. Toch zijn er enkele verschillen: zo worden respondenten in grote ziekenhuizen vaker geconfronteerd met problemen aangaande de samenwerking met andere diensten maar moeten ze hun werk minder frequent onderbreken voor een onverwachte artsensite. Groter is de variatie waar het gaat om regelmogelijkheden. Het belangrijkste verschil betreft de mogelijkheid om werktijden aan te passen aan de eigen behoeften. Dit kan beduidend makkelijker in grote ziekenhuizen. Niet alleen worden respondenten in grote ziekenhuizen minder frequent geconfronteerd met onverwachte artsensites, ze beschikken over meer mogelijkheden om er desgevallend een mouw aan te passen (door te weigeren de artsensite te volgen, taken over te dragen aan collega's of de eigen volgorde van te verrichten activiteiten te wijzigen).

De aanwezigheid van meer regelmogelijkheden in grote ziekenhuizen en de geringe verschillen wat regelvereisten tussen kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen, resulteert in de conclusie dat respondenten uit grote ziekenhuizen relatief minder regelproblemen kennen dan hun collega's tewerkgesteld in kleine ziekenhuizen (respectievelijk 34,7% en 38% van de respondenten kent regelproblemen).⁷

Een groepsgewijze vergelijking van de C-diensten met de D-diensten geeft, voor wat de werkbelasting betreft, nauwelijks verschillen. Zowel voor wat betreft de regelvereisten en de regelmogelijkheden als voor de regelproblemen kan telkenmale eenzelfde beeld worden aangetroffen.

De keuze van de verpleegeenheid als uiteindelijke onderzoekseenheid werd ingegeven door de hypothese dat de verpleegeenheid precies de context is

die het sterkst doorweegt bij de uiteindelijke vormgeving van het verplegend en verzorgend werk, en bijgevolg ook bij de aanwezige regelvereisten en -mogelijkheden. Uit een onderlinge vergelijking tussen verpleegeenheden van eenzelfde ziekenhuis konden niet in het minst enige coherente conclusies getrokken worden. Verpleegeenheden met veel (stress)risico's komen voor naast eenheden met lage risico's, en dit in elke dienst, in ziekenhuizen van gelijk welke omvang (hoewel eerder in kleine ziekenhuizen) en zelfs in gelijk welk onderzocht ziekenhuis. Het toepassen van de principes van integrerende verpleegkunde, zoals in één ziekenhuis het geval was, lijkt geen significante impact te hebben op de mate van werkbelasting. Enerzijds verschilt het ziekenhuis globaal genomen niet of nauwelijks van de andere in dit onderzoek opgenomen ziekenhuizen, anderzijds vertonen de verpleegeenheden binnen dit ziekenhuis onderling een quasi even grote variatie als tussen de verpleegeenheden behorend tot de overige ziekenhuizen.

Voor wat de oorzaken hiervan betreft, wordt – voorlopig – nog in het duister getast. Een deel van de verklaring kan evenwel zeker al teruggevonden worden in (verschillen in) de leiderschapsstijl van de hoofdverpleegkundigen van de diverse eenheden. Een bijkomende verklaring ligt waarschijnlijk in de diverse pathologieën die in de verpleegeenheden behandeld worden. Bijkomend onderzoek, waarbij verpleegeenheden met eenzelfde pathologie met elkaar vergeleken worden zou hierin klaarheid kunnen brengen.

En wat nu?

De ruimte waarin een ziekenhuis een dynamisch personeelsbeleid kan voeren is beperkt: de normen voor de personeelsbezetting per eenheid en de kwalitatieve samenstelling ervan worden van overheidswege opgelegd. Ook de verloning van het verpleegkundig werk ligt vast. Niettemin kan, vooral dan in functie van het tegengaan van het personeelsverloop, het uitstippelen van een coherent personeelsbeleid (onder andere door het vergroten van de mogelijkheid tot interne mutatie) op termijn lonend werken. Een bijzondere aandacht dient hierbij uit te gaan naar de hoofdverpleegkundige. Er moet van beleidswege over gewaakt en aan gewerkt worden dat deze over de nodige sociale vaardigheden beschikt om op een adequate wijze een team in haar functioneren te ondersteunen. Dit heeft ook z'n consequenties

voor het te voeren vormingsbeleid: de nadruk, die thans te veel ligt op het aanleren van strikt technisch-instrumentele vaardigheden via kortdurende sessies, dient plaats te ruimen voor een beleid geschoeid op een visie aangaande de gewenste evolutie van het verpleegkundig en verzorgend werk waarbij speciale aandacht dient uit te gaan naar de vorming van hoofdverpleegkundigen.

Het is ongetwijfeld terecht te stellen dat het toepassen van integrerende verpleegkunde wellicht een positief gevolg zal hebben voor wat de kwaliteit van de zorgen betreft. Toch moet duidelijk zijn dat integrerende verpleegkunde overwegend (uitsluitend?) een zorgmodel is, waarbij de arbeidsorganisatorische consequenties veel minder duidelijk en rechtlijnig zijn. De uitdaging waar de verantwoordelijken (algemene en verpleegkundige directie van de ziekenhuizen, hoofdverpleegkundigen) dan ook voor staan zijn de vermeende voordelen van de toepassing van geïntegreerde verpleegkunde te combineren met een 'passende' arbeidsorganisatie waarbij de kwaliteit van de arbeid als evenwaardig referentiekader als kwaliteit van de zorgverlening wordt gehanteerd. De indruk ontstaat alvast dat initiatieven voor het toepassen van integrerende verpleegkunde – waarin elementen als een verhoogde verantwoordelijkheid en autonomie van het verpleegkundig en verzorgend personeel centraal staan – onmogelijk kunnen slagen als deze niet gecombineerd met een globale reorganisatie van het verpleegkundig werk op het niveau van het ziekenhuis. Het blijft zinloos (en belastend!) de verantwoordelijkheid voor het verpleegkundig handelen meer te leggen bij het verpleegkundig en verzorgend personeel, een grotere plaats in te ruimen voor het autonoom handelen van dit personeel indien daar structureel niet de voorwaarde toe geschept worden. De medewerking van de medisch-technische diensten en – vooral – het medisch corps is een absoluut noodzakelijke voorwaarde opdat integrerende verpleegkunde effectief gerealiseerd kan worden.

In het onderzoek werd een aantal belastende factoren binnen het verpleegkundig en verzorgend werk onderscheiden. Het gebrek aan een coördinatie tussen de medisch-technische diensten en de verpleegeenheden speelt hierin een duidelijke rol. Ook de samenwerking met de behandelende artsen laat in vele gevallen te wensen over. Het invoeren van geformaliseerd overleg tussen (hoofd-)verpleegkundigen en medische-technische

diensten enerzijds en het medisch kader anderzijds lijkt een eerste logische stap te zijn op weg naar een betere samenwerking. Andere belastende factoren kunnen dan weer gecounterd worden via ingrepen in de arbeidsorganisatie op de verpleegeenheid en een verdere rationalisatie van het werk. Zo kan er gedacht worden aan het doorschuiven van (huishoudelijke, administratieve) taken naar lager of anders geschoolden, aan het invoeren van een geautomatiseerd informatiesysteem op de verpleegeenheden, aan het 'herdenken' van de noodzaak aan bepaalde medische en verpleegkundige taken, enzovoort.

Omtrent de relatie tussen de mate van werkbelasting en (subjectief ervaren) stress dienen we noodzakelijkerwijs speculatief blijven. Een significante samenhang tussen werkbelasting en een 'harde' criteria als het personeelsverloop en overschakeling van een voltijdse naar een deeltijdse baan kon niet teruggevonden worden. Samengevat kan gesteld worden dat mogelijke arbeidsorganisatorische en - inhoudelijke maatregelen nog niet uitgeput zijn. Naar het beleid toe zou gepleit kunnen worden voor een flexibeler regelgeving met betrekking tot de bestaafsnorm en voor maatregelen die bijdragen aan het terugdringen van de continue groei van taken die door het verpleegkundig personeel uitgevoerd dienen te worden.

Noten

- 1 Om de leesbaarheid te vergemakkelijken, wordt voortaan de term 'verplegend personeel' gehanteerd. In de realiteit gaat het hierbij zowel om het verplegend als het verzorgend personeel.
- 2 De opleiding tot verpleegkundige ressorteert onder het Hoger Onderwijs van het Korte Type (HOKT) en duurt drie jaar. De opleiding tot A2-verpleegkundige is meer praktijkgericht dan de opleiding tot A1-verpleegkundige.
- 3 In de wetgeving wordt deze vorming niet concreet omschreven. In een omzendbrief van de minister van Volksgezondheid en Leefmilieu aan de ziekenhuizen van 28 augustus 1991 wordt enkel gestipuleerd dat deze vorming de volgende elementen minstens moet omvatten: 'de promotie van het beroep, de professionele actualisatie en herscholing en het bijwerken van de kennis'.
- 4 Een boeiende poging tot analyse en classificatie van concreet toegepaste verpleegsystemen kan teruggevonden worden in R.J. Mercx, 'Groepsverpleging en groepsverpleging, een organisatiekundige analyse en classificatie',

in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 1975 (4).

- 5 De - geringe - specificiteit van het personeelsbeleid gevoerd in het ziekenhuis waarin integrerende verpleegkunde wordt toegepast, hangt veeleer samen met het feit dat het hier om een zeer groot universitair ziekenhuis gaat.
- 6 Tabel 2 moet als volgt gelezen worden: in de eerste kolom staan de onderscheiden domeinen waar de regelvereisten, mogelijkheden en problemen onderzocht werden. In de tweede kolom wordt aangegeven in hoeveel procent van de onderzochte (individuele) arbeidssituaties het werk op een bepaald domein noodzaakt tot regelen. In de derde kolom vindt men het procentuele aantal arbeidssituaties waarin voldoende mogelijkheden tot regelen op een bepaald domein aanwezig zijn (onafhankelijk van het voorkomen van regelvereisten). De vierde kolom tenslotte geeft weer in hoeveel procent van de arbeidssituaties regelvereisten zich stellen terwijl de regelmogelijkheden niet aanwezig zijn.
- 7 Deze verschillen mogen niet als dusdanig worden geïnterpreteerd. Aangezien enerzijds de regelproblemen uitgefildert werden na een reeks hercoderingen van de oorspronkelijke gegevens en anderzijds het totaal aantal ziekenhuizen beperkt is tot veertien, moeten de procentuele verschillen eerder gelezen worden in termen van 'meer' of 'minder'.

Literatuur

- Boumans, N.P.G. (1990-1991), 'Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. Een studie naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen'. In: *Verpleegkunde*, (3).
- Debaille, R. (1991), 'Het aanbod van verpleegkundigen in Vlaanderen: trends en prospectie'. In: *Verpleegkundigen en Gemeenschapzorg*, (1).
- Grijpdonck, M. (1979), 'Staffingseisen voor integrerende verpleegkunde'. In: *Acta Hospitalia*, (3).
- Grijpdonck, M. (1988), 'Integrerende verpleegkunde en de twee deskundigheidsniveaus'. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, (12).
- Karasek, R. & T. Theorell (1990), *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Kleijn, B.A.M. de (1990), *Ziekenverzorgende: sleurwerk of een boeiende functie? Een onderzoek naar de kwaliteit van de functie-inhoud van ziekenverzorgenden in een aantal verpleeghuizen*, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht.
- Mercx, R.J. (1975), 'Groepsverpleging en groepsverpleging, een organisatiekundige analyse en classificatie'. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, (4).
- Moldaschl, W. & W. Weber (1986), *Prospektive Arbeitsplatzbewertung an flexiblen Fertigungssystemen*. Berlin.
- Sitter, L.U. de (1981), *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*, Kluwer, Deventer.