



**Avis formel 2015_02 de la Commission de
planification de l'offre médicale**

Conformément aux articles 91 et 92 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

Conformément à l'article 10, §1 de l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification offre médicale ;

Après en avoir délibéré valablement la Commission de planification-offre médicale émet l'avis suivant :

Avis relatif à l'évolution de l'offre infirmiers.

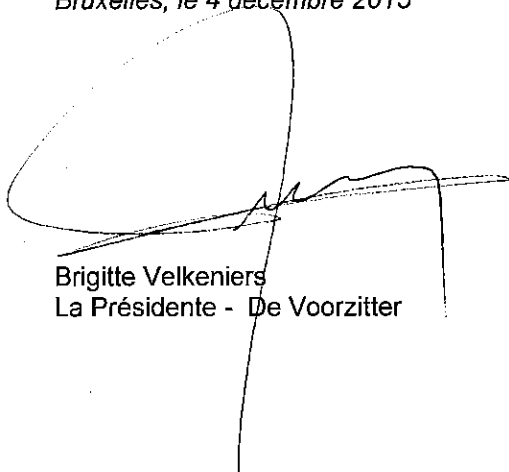
La commission approuve l'avis repris en annexe.

Nombre de pages (y compris la présente) 25

Le présent avis a été approuvé en séance, selon les votes :

Nombre total de votes : 12
Votes pour : 12
Votes contre : 0
Abstentions : 0

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, le 4 décembre 2015


Brigitte Velkeniers
La Présidente - De Voorzitter

**Formeel advies 2015_02 van de
Planningscommissie – Medisch aanbod**

Overeenkomstig artikels 91 en 92 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ;

Overeenkomstig artikel 10,§1 van het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie-medisch aanbod.

Na geldige beraadslaging brengt de Planningscommissie-medisch aanbod het volgende advies uit:

Advies inzake het aanbod verpleegkundigen


De commissie keurt het advies opgenomen in bijlage goed.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 25

Onderhavig advies werd tijdens de vergadering goedgekeurd op basis van de stemverdeling.

Totaal aantal stemmen: 12
Stemmen voor: 12
Stemmen tegen: 0
Onthouding: 0

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 4 december 2015


Aurélie Somer
La Secrétaire – De Secretaris

L'avis relatif à l'évolution de l'offre infirmiers a été validé en réunion plénière de la COMPLAN du 4 décembre 2015.

Het advies inzake het aanbod verpleegkundigen is gedurende de COMPLAN plenaire vergadering van de 4 december gevalideerd worden.

Cet avis est accompagné des remarques suivantes:

1. Un problème général que connaissent bon nombre de travailleurs de la santé en Belgique, ainsi que les infirmiers, est le fait qu'ils consacrent 30 % de leur temps de travail à des activités pour lesquelles ils sont surqualifiés. Cela vaut également pour de nombreux médecins (p.ex. les gynécologues qui effectuent des frottis dans le cadre de la détection du cancer du col de l'utérus). Le "task-shifting" et le "competency-sharing" peuvent ici constituer une solution.
2. Il convient de vérifier s'il existe un besoin en un "(advanced) nurse practitioner", qui par exemple tiendrait lui-même une consultation infirmière, avec accès direct, qui p.ex. reprendrait de cette manière l'approche des "self-limiting problems" pour une partie des médecins (généralistes). Il s'agit là d'une personne formée à un niveau de Master.
3. Un problème subsiste concernant la formation de base des infirmiers. Un déficit existe en ce qui concerne les compétences relatives à l'évaluation clinique, à la démarche systématique en soin infirmier, ... Le modèle est encore trop souvent la formation d'un "paramédical" exécutant en place d'un infirmier autonome.
4. Certaines organisations (fédérales) d'infirmiers adoptent parfois une attitude défensive et corporatiste. Dans le dossier "assistant en soins de santé de première ligne", ils s'étaient opposés, en 2006 et en 2014, au fait que cet assistant devait être autorisé à effectuer notamment des prises de sang, ou un examen de l'urine avec bâtonnet... dans le cadre des soins. Et ce bien qu'ils soient trop peu nombreux pour accomplir leur travail.
5. Dans l'art infirmier également, on observe une (sous)-spécialisation croissante. Ce développement est problématique, à présent que nous sommes de plus en plus confrontés à la multi-morbidité, et que cela comporte un risque de fragmentation des soins. Il convient donc de travailler sur une "nouvelle" généralité, y compris dans le cadre de l'art infirmier ;
6. Lors de l'élaboration de la "loi sur les professions des soins de santé" (le "nouvel AR n° 78), il convient en principe de remplacer la "liste des actes réservés" par une orientation sur les compétences. Une liste des actes réservés favorise un réflexe corporatiste, et entrave tant la flexibilité que la transdisciplinarité.
7. La proposition d'augmenter le taux de réussite dans les études ne peut pas se faire au détriment de la qualité des soins.

Dit advies gaat samen met de hieronder bemerkingsen:

1. Een algemeen probleem, bij veel gezondheidswerkers in België, en ook bij de verpleegkundigen, is dat zij 30 % van hun werktijd bezig zijn met activiteiten, waarvoor zij overgekwalificeerd zijn. Ook voor veel artsen geldt dit (b.v. gynecologen die uitstrijkjes maken in het kader van baarmoederhalkankeropsporing). Hier kan "task-shifting" en "competency-sharing" een oplossing bieden.
2. Er moet nagegaan worden of er nood is aan een "(advanced) nurse practitioner", die b.v. zelf en verpleegkundig spreekuur houdt, met rechtstreekse toegang, en op die manier b.v. de aanpak van 'self-limiting problems' voor een stuk van de (huis)arts overneemt. Het gaat daarbij om iemand gevormd op Master-niveau.
3. Er blijft een probleem met de basis-vorming van verpleegkundigen. Er is een tekort op het vlak van competenties in het klinisch evalueren, in het systematisch verpleegkundig handelen, ... Het model is nog te vaak, het opleiden van een uitvoerend 'para-medicus' i.p.v. een autonome verpleegkundige.
4. Sommige (federale) organisaties van Verpleegkundigen stellen zich soms defensief en corporatistisch op. In het dossier "Praktijk-assistent in de eerstelijnsgezondheidszorg", hebben ze zich in 2006 en 2014 verzet tegen het feit dat deze praktijk-assistent o.a. bloed-afname zou doen, of een urine-onderzoek met stick,...zou worden toegelaten in de zorg. En dit terwijl ze zelf met te weinig zijn om hun werk te doen....
5. Ook binnen de verpleegkunde, is er in toenemende mate (sub)specialisering. Deze ontwikkeling is problematisch, nu we steeds meer te maken hebben met Multi-morbiditeit, en houdt een risico in op fragmentarisering van de zorg in. Er dient dus gewerkt naar een "nieuw" generalisme, ook in de verpleegkunde.
6. Bij het uitwerken van de "Wet op de gezondheidszorgberoepen" (het 'nieuwe' KB nr 78), dient men het principe van de "lijst met voorbehouden handelingen" te vervangen door een oriëntatie op competenties. Een lijst met voorbehouden handelingen bevordert een corporatistische reflex, en staat flexibiliteit en trans-disciplinariteit in de weg.
7. Het voorstel om de slaagkans te verhogen van de studies mag niet ten koste gaan van de zorgkwaliteit.

AVIS RELATIF A L'EVOLUTION DE L'OFFRE INFIRMIER page 4

ADVIES INZAKE HET AANBOD VERPLEEGKUNDIGEN pagina 14

AVIS RELATIF A L'EVOLUTION DE L'OFFRE INFIRMIER

CONTENU

I. CONTEXTE	5
II. RECOMMANDATIONS	7
AXE 1 : Augmentation du taux d'attractivité de la formation et de la profession infirmière	8
AXE 2 Augmentation du taux de réussite des études d'infirmiers.....	9
AXE 3 Augmentation du taux d'activité des infirmiers	9
AXE 4 Diminution du taux d'inactivité des infirmiers	11
AXE 5 Indice de la consommation des soins infirmiers.....	11
En conclusion	11
Composition du groupe de travail	12
Bibliographie	13

I. CONTEXTE

L'objectif de la planification et de la prévision de la force de travail dans le secteur de la santé vise à atteindre un équilibre entre l'offre et la demande en professionnels de soins de santé afin de guider les décisions politiques en matière de ressources humaines.

Une offre stable et suffisante en matière d'infirmiers est un défi pour la Belgique depuis plusieurs décennies. En effet, les pénuries de recrutement récurrentes d'infirmiers sont à l'origine :

- de soins partiellement réalisés, notamment dans le domaine relationnel et éducatif ;
- d'une augmentation du nombre de plaintes des patients et des familles ;
- d'événements indésirables pour le patient ;
- de conditions de travail pénibles pour les infirmiers et les travailleurs de santé associés.

Le groupe de travail « infirmiers » de la Commission de Planification se compose de membres de la Commission, nommés par le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales de 2004 à 2015. Les Associations professionnelles (ACN, NVKVV, FNIB , FNBV, KPVDB), y sont représentées.

Il a œuvré aux côtés de la cellule de planification d'une part, pour appliquer la Loi du 29/01/2003 visant à créer un cadastre des professions de santé et d'autre part, pour aider à l'interprétation du couplage des données du cadastre répertoriant les infirmiers autorisés à exercer l'art infirmier avec les données de l'administration de la sécurité sociale et de l'INAMI sur base individuelle et anonyme.

Les résultats obtenus (PLAN CAD 2009.2) ¹permettent de déterminer avec précision :

- le nombre d'infirmiers actifs en Belgique : 126 420 infirmiers et le nombre d'Equivalent temps plein infirmiers en activité, soit 96 328 ETP en 2009 (μ ETP = 0,80) ;
- dans les différentes régions (Flandre – 61 %, Bruxelles-Capitale – 11 % et Wallonie 28 %) et,
- dans les différents secteurs d'activités (secteurs hospitalier – 57,8 %, des maisons de repos et des maisons de repos et de soins – 15,3 %, des soins à domicile – 6,5 % et autres – 20,4 %).

Au moyen des données du rapport « infirmiers sur le marché du travail », trois scénarios ont été élaborés, en collaboration avec le groupe de travail infirmier de la commission de planification: un scénario de base et deux scénarios alternatifs. Les principaux paramètres ajustés concernent les taux d'attractivité et de réussite de la formation et le taux d'activité des infirmiers. Le scénario de base utilise les valeurs moyennes historiques de ces taux. Le scénario bas prévoit l'évolution dans le cas où les taux d'attractivité et de réussite de la formation prennent leur valeur minimale, tandis que dans le scénario haut, ils atteignent leur valeur maximale. Le taux d'activité est également modifié dans les scénarios haut et bas.

Les scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmier » montre le développement et les résultats (projections) des scénarios futurs qui ont été utilisés pour décrire l'offre d'infirmiers dans les années à venir et, ce, pour chaque région et chaque secteur d'activité (hôpital, Maison de repos et Maison de repos et de soins et soins à domicile) Le scénario de base permet de laisser évoluer les tendances. Les autres scénarii bas et haut ne reflètent que des hypothèses qui prennent en compte des évolutions probables, si celles-ci se vérifient dans le futur car les données analysées en matière d'activité professionnelle couvrent les années 2004 à 2009. ²(Cellule Planification de l'offre des professions de soins de santé)

Les paramètres variant d'un scénario à l'autre sont le taux d'attractivité, le taux de réussite, le taux d'activité et l'indice de consommation des soins de santé, le taux d'inactivité, le flux passerelle entrant.

¹ *Les infirmiers sur le marché du travail 2004-2009*, Rapport final sur le couplage des données PlanCAD pour le groupe professionnel des infirmiers, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Avril 2014.

² Scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmiers », Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Décembre 2014.

Paramètres	Scénario de base	Scénario haut	Scénario bas
Taux d'attractivité de la formation	Taux d'attractivité moyen de la période 1991-2011	Taux d'attractivité maximum de la période 2001-2011	Taux d'attractivité minimum de la période 2001-2011
Taux de réussite	Taux de réussite moyen de la période 1991-2011	Taux de réussite maximum de la période 2001-2011	Taux de réussite minimum 2001-2011
Taux d'activité (ETP)	En tenant compte de la réduction de la durée de temps de travail à partir de 45 ans pour les infirmiers actifs dans le secteur hospitalier	En tenant compte de la réduction de la durée de temps de travail à partir de 45 ans pour les infirmiers actifs dans le secteur hospitalier En plus : diminution du taux d'activité de 10 % durant la période de 2014-2024	En tenant compte de la réduction du temps de travail à partir de 45 ans pour les infirmiers actifs dans le secteur hospitalier En plus : augmentation du taux d'activité de 10 % durant la période 2014-2024
Indice Consommation des soins	Sur base des données INAMI concernant les dépenses de l'assurance maladie en 2009-2012	Sur base des données INAMI concernant les dépenses de l'assurance maladie en 2009-2012	Sur base des données INAMI concernant les dépenses de l'assurance maladie en 2009-2012
Taux d'inactivité			Taux d'inactivité moyen de la période 2004-2009 diminué de 5 % à partir de 2013
Flux passerelle entrant ³			Transfert de 5 % du nombre d'infirmiers du secteur hospitalier vers les soins à domicile pour la période 2010-2019

Les scénarios permettent de traiter la question de savoir comment l'offre d'infirmiers évoluera par rapport à la demande en soins infirmiers. Les trois scénarios ont donné une réponse différente:

- Le scénario de base prévoit une augmentation de l'offre d'infirmiers francophones et une diminution de l'offre d'infirmiers néerlandophones. Il donne comme résultat, une diminution de la densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants, pour les deux groupes linguistiques. Cette diminution est nettement plus importante du côté néerlandophone.
- Le scénario haut prévoit une augmentation de l'offre, dans les deux groupes linguistiques, mais plus marquée du côté francophone. Cela affecte également le rapport entre l'offre et la demande. Une légère diminution de la densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants est attendue du côté francophone jusqu'en 2024, suivie d'une augmentation progressive. Du côté néerlandophone, la densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants diminue jusqu'en 2034 puis augmente progressivement.
- Le scénario bas prévoit une stabilisation de l'offre d'infirmiers francophones et une forte baisse de l'offre du côté néerlandophone. La densité d'ETP pondérée par 10.000 habitants diminue pour les deux groupes linguistiques. Cette diminution est particulièrement prononcée du côté néerlandophone. L'écart se creuse donc entre l'offre et la demande.

En d'autres termes, tous les scénarios conduisent à court terme à une diminution de la densité d'ETP infirmiers pondérée par 10.000 habitants, dans les deux groupes linguistiques. Cette réduction est toujours nettement plus marquée du côté néerlandophone. Même le scénario le plus favorable (= le scénario haut), dans lequel l'offre connaîtra la plus forte augmentation, ne peut répondre que partiellement à la demande croissante en soins infirmiers. Cette tendance globale s'observe dans tous les secteurs d'activité, avec quelques nuances.

³ Ce flux entrant englobe tous les mouvements au sein de la profession infirmière qui ne peuvent pas être repris dans les autres paramètres.

Bien que les scénarios aient été élaborés avec la plus grande attention et la connaissance du terrain, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces prédictions se réaliseront. Les résultats décrits dans ce document ne se vérifieront que si les hypothèses qui sous-tendent les scénarios, se concrétisent.

Les données sur lesquelles une grande partie des scénarios sont fondés proviennent du rapport « Infirmiers sur le marché du travail » et remontent à 2009 (l'année la plus récente du couplage des données PlanCAD pour les infirmiers). Par conséquent, si une évolution s'est produite depuis 2009, elle n'est pas prise en compte, alors qu'elle aurait sans doute un impact sur les résultats discutés. La valeur des autres paramètres activés dans le modèle provient des données de l'année 2012.

Dans le modèle mathématique utilisé pour élaborer les scénarios, la consommation actuelle des soins de santé est utilisée comme référence et transposée dans le futur, en tenant compte de l'évolution de la composition de la population. Or, rien ne permet d'affirmer que cette consommation correspond aux besoins réels de la population, puisqu'on ne dispose pas d'éléments permettant de confirmer que l'offre et la demande en soins infirmiers sont en parfaite concordance actuellement. Par manque de temps et de données disponibles, les aspects liés à l'évolution de la consommation réelle des soins n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique et ne sont donc pas intégrés dans les scénarios.

Le modèle mathématique ne peut donc que se baser sur la situation actuelle. Il n'est pas en mesure de prédire l'offre idéale. (Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé)⁴

II. RECOMMANDATIONS

Sur base de ces résultats, les différents scénarii relatifs à l'offre de personnel infirmier ne permettront, à l'avenir, de répondre que partiellement à la demande en soins infirmiers croissante, principalement du côté néerlandophone.

Les organisations professionnelles d'infirmiers, les organismes de formation, les employeurs et les décideurs politiques doivent considérer cette problématique, de façon urgente, afin de mieux la maîtriser dans les décennies à venir. C'est un objectif de santé publique, la sécurité et la qualité des soins aux patients étant la priorité.

Le groupe de travail « infirmiers » de la Commission de planification émet les recommandations suivantes, basées sur les résultats des différents scénarii en lien avec de nombreuses recherches réalisées au cours de ces 10 dernières années. (Etudes ARIQ, Bel Image, Next, Hôpitaux Magnétiques, Différenciation de fonctions, Clinical Leadership, Work Life Balance, RN4 Cast, etc...)

Ces recommandations s'articulent autour de 5 axes :

1. Augmentation du taux d'attractivité de la formation et de la profession infirmière
2. Augmentation du taux de réussite des études d'infirmiers
3. Augmentation du taux d'activité des infirmiers
4. Diminution du taux d'inactivité des infirmiers
5. Indice de la consommation des soins infirmiers

⁴ Scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmiers », Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Décembre 2014.

1. Poursuite et maintien des mesures du plan d'attractivité pour la profession infirmière en matière de :

1.1. Relance des campagnes publicitaires qui assurent la promotion d'activités infirmières riches et variées dans plusieurs secteurs différents (préventif et curatif) et qui mettent l'accent sur l'expertise, la compétence, la complémentarité des rôles avec d'autres professionnels de la santé, l'humanisation des soins et les possibilités de carrière dans et hors la filière de soins.

1.2. Allègement de la charge de travail et des facteurs de risque physiques et psycho-sociaux

- 1.1.1. Engagement d'aides logistiques et administratives supplémentaires** dans tous les secteurs d'activité permettant de couvrir non seulement la semaine mais également les WE et jours fériés. Ces activités sont confiées à du personnel peu qualifié moyennant une formation courte et ciblée permettant également de sortir du chômage des personnes peu qualifiées pour des emplois stables et qualifiants. Cette aide permet aux infirmiers de se centrer sur les activités infirmières.
- 1.1.2. Augmentation du financement des effectifs affectés aux soins** dans tous les secteurs d'activités via l'évaluation de la charge de travail du personnel infirmier et soignant en termes de besoins en soins requis
- 1.1.3. Financement des mesures ergonomiques** contribuant à alléger la charge physique des infirmiers et aides-soignants.

2. Qualifications

2.1. Formation initiale en soins infirmiers (Cette proposition relève des Ministres ayant l'enseignement dans leurs compétences)

- 2.1.1. Application de la Directive 2013/55/UE** du Parlement Européen et du Conseil du 20 novembre 2013 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles **garante d'un haut niveau de formation** et assurant la capacité de conceptualisation, d'abstraction, d'esprit de recherche, d'analyse et de synthèse (Cfr avis du Conseil Fédéral de l'Art Infirmier sur le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable en soins généraux)
- 2.1.2. Limitation à 30 % des étudiants non-résidents** dans la formation du 4^{ème} degré de l'enseignement professionnel (brevet infirmier) vu la présence importante dans la partie francophone du pays d'étudiants non-résidents, principalement d'origine française, en raison d'un concours d'entrée en France mais qui ne travaillent pas en Belgique après leurs études.

2.2. Formation complémentaire en soins infirmiers

- 2.1.1. Encouragement des spécialisations** afin de rencontrer les exigences de soins, de plus en plus complexes
- 2.1.2. Certains professionnels sont encore en attente de la publication des critères d'agrément des titres et qualifications professionnels** particuliers suivants: Titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en santé communautaire, en imagerie médicale, en stomathérapie et soins de plaies, et perfusionniste, Qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise en soins de plaies, en évaluation et traitement de la douleur.
- 2.1.3. Révision de la liste** des titres et qualifications professionnels particuliers
- 2.1.4. Octroi des primes** pour les détenteurs des titres et qualifications professionnels particuliers dans tous les secteurs d'activité.
- 2.1.5. Etude sur la planification des sages-femmes afin d'équilibrer la demande et l'offre de ces professionnels de santé**

3. **Responsabilités renforcées et élargies** via

- 3.1. Le renforcement et la valorisation du rôle autonome de l'infirmière
- 3.2. Un élargissement des prestations de soins infirmiers B1 (ne requérant pas de prescription médicale) B2 (requérant une prescription médicale) et des actes médicaux confiés.
- 3.3. La prescription infirmière
- 3.4. La consultation infirmière
- 3.5. L'association aux prises de décision dans divers organes d'avis qui portent sur l'organisation et la délivrance des soins

AXE 2 AUGMENTATION DU TAUX DE RÉUSSITE DES ÉTUDES D'INFIRMIERS

1. **Evaluation du niveau de connaissances préalable** dans les 2 filières de formation.
2. **Augmentation des services d'aide à la réussite**, tutorat, parcours de formation individualisé...

AXE 3 AUGMENTATION DU TAUX D'ACTIVITÉ DES INFIRMIERS

1.1 Augmentation de la productivité des infirmiers via une meilleure différenciation de fonction entre les médecins, les infirmiers spécialisés et les bacheliers en soins infirmiers, les infirmiers brevetés, les aides-soignants et les aides logistiques

Cette différenciation de fonction peut présenter des avantages pour les professionnels concernés tels que une hausse des compétences, une meilleure motivation, une utilisation plus rationnelle des qualifications et compétences respectives et un plus haut niveau de satisfaction au travail. (KCE Report 86, page 39)

Pour être efficace, le plan de dotation doit tenir compte de la complexité inhérente à la prestation de services aux patients et la concordance à établir entre la composition des ressources humaines (compétences, effectif, formation et expérience) et les besoins des patients. Il conviendrait donc de partir des besoins spécifiques des patients hospitalisés par service et du niveau de qualité des soins souhaités pour déterminer les compétences requises du personnel de santé (KCE Report 86, page 101).

1.1.1 Substitution entre médecins (généralistes et hospitaliers) et infirmiers en pratique avancée (advanced practise nursing)

Les expériences de coopération et de substitution (entre médecin et infirmier) par du personnel qualifié dont les compétences ont été élargies permettent de garantir, voire d'améliorer la qualité des soins en favorisant le développement de certaines activités telles que l'éducation du patient et le suivi des malades chroniques....

(...) Les coopérations peuvent contribuer à la revalorisation de certaines professions lorsque l'élargissement du champ de pratique (des infirmiers par exemple) s'accompagne d'une formation idoine reconnue par une qualification spécifique qui est valorisée et qui permet des évolutions de carrière (KCE. Report 8, page 99).

1.1.2 Transfert de compétences infirmières à un personnel moins qualifié visant à suppléer et compléter et non se substituer au personnel infirmier qualifié (aide-soignant, aide logistique et aide administrative, ...). Pour ce faire :

1.1.2.1 *Les infirmiers devront acquérir, dans un contexte de délégation et de coordination, les connaissances et les compétences nécessaires pour déléguer, superviser et encadrer leurs collaborateurs. Il sera, donc, nécessaire*

d'introduire dans leur formation des modules d'enseignement théorique et pratique visant à les préparer à la délégation des tâches (KCE report 86, page 104)

1.1.2.2 Les auxiliaires devront être formés en vue d'assumer efficacement les nouveaux rôles assignés

1.1.2.3 *Les rôles et compétences de chacun, les objectifs, enjeux et partage de compétences devront faire l'objet d'une communication claire (KCE report 86, page 27)*

1.2 Développement professionnel et plans de carrière

En Belgique, la différenciation horizontale est bien développée puisqu'il existe un grand nombre de spécialisations et de qualifications professionnelles différentes : 11 titres professionnels particuliers accessibles aux bacheliers en soins infirmiers et 6 qualifications professionnelles particulières accessibles aux infirmiers bacheliers et aux infirmiers brevetés.

En terme de différenciation verticale descendante, la législation belge autorise depuis 2006 la délégation de tâches aux aides-soignants principalement dans les champs des soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement des patients et de leur famille dans les moments difficiles, la surveillance du patient liée aux activités de la vie quotidienne et l'aide à la prise de médicaments.

Cette différenciation verticale descendante est aussi assurée par les assistants en logistique, uniquement dans le secteur hospitalier, afin d'assurer l'aide hôtelière et logistique et, ainsi, décharger l'infirmier d'une partie des soins indirects au patient.

En matière de différenciation verticale ascendante, la législation belge a prévu depuis 2006, la structuration du département infirmier permettant de décrire les missions de chaque fonction ainsi que les conditions d'accès à celles-ci. Ceci ne prévaut que dans le secteur hospitalier, et devrait être étendu au secteur des personnes âgées.

Dans les différents secteurs de soins, notons le développement des infirmiers de référence (en soins de plaies, en hygiène, en gériatrie, en soins palliatifs, en diabétologie, en accompagnement des étudiants,...).

Dans le secteur des soins à domicile, depuis 2003, les infirmiers ont la possibilité d'effectuer des consultations en matière de soins de plaies et d'éducation pour le patient diabétique.

1.2.1 Valorisation de l'expertise des infirmiers par la création et le financement de postes dévolus à des professionnels spécialisés ou de pratique avancée (advanced practise nursing)

1.2.2 Professionnalisation de la gestion du Comité de Direction par la définition d'un niveau minimum de diplôme et d'expérience, par une description précise des fonctions managériales et par l'obligation d'actualiser et de développer les compétences de gestion

1.3 Meilleure gestion des temps partiels et des temps plein infirmier par un aménagement des conditions de travail

1.4 Augmentation du nombre d'infirmiers / patient, en particulier pour les services hospitaliers (Normes actuelles : 13/30 lits ; évolution souhaitée : 15/30 lits) et dans le secteur des personnes âgées.

La dotation infirmière a un impact non négligeable sur la qualité des soins.

La plupart des recherches démontrent « un lien très clair entre le nombre d'infirmière que compte une équipe et des résultats de santé positifs pour le patient » (KCE report 86, page 100).

Une dotation infirmière trop faible en quantité et en qualité augmente les événements indésirables tels que la mortalité hospitalière, les réadmissions hospitalières, les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses, les escarres de décubitus, ... augmentant la durée de séjour et les coûts hospitaliers (RN4 Cast).

1.5 Comptabilisation de l'infirmière en chef en dehors des normes de dotation des équipes afin de lui permettre d'assurer son rôle de responsable d'équipe (gestion de l'équipe et du service dont elle a la responsabilité), de coach pour chacun de ses collaborateurs et d'initiateur de projets.

AXE 4 DIMINUTION DU TAUX D'INACTIVITÉ DES INFIRMIERS

Il est nécessaire de développer une **politique de rétention du personnel et évitement du roulement du personnel** via une amélioration des caractéristiques organisationnelles des institutions de soins en matière de management, de pratique professionnelle et de développement professionnel favorisant: l'autonomie professionnelle, le support fourni dans les diverses conditions de travail : sécurité, équipement, soutien informatif..., une bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier, des relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client et l'importance de la qualité (Magnets Hospitals).

AXE 5 INDICE DE LA CONSOMMATION DES SOINS INFIRMIERS

1. **Création d'un outil d'évaluation de la consommation en soins infirmiers** dans tous les secteurs d'activités et financement associé ;
2. Adaptation de la dotation des services en fonction d'une **évaluation prospective de la charge de travail infirmier basée sur les soins infirmiers requis** ;
3. **Valorisation de la prévention** primaire, secondaire et tertiaire.

EN CONCLUSION

Le groupe de travail infirmier de la Commission de Planification insiste sur la nécessité de

1. Etablir un plan pluriannuel pour maintenir un équilibre entre l'offre et la demande en personnel infirmier afin de garantir à la population des soins de qualité en matière d' :
 - a. Attractivité des études et de la profession infirmière
 - b. Augmentation du taux de réussite des infirmiers
 - c. Augmentation du taux d'activité des infirmiers
 - d. Diminution du taux d'inactivité des infirmiers
 - e. Evaluation de l'indice de consommation en soins infirmiers dans tous les secteurs d'activité

en tenant compte de l'évolution des soins chroniques et de l'autonomisation des patients ainsi que de l'évolution des professions médicale et paramédicale.

2. Actualiser les données concernant les infirmiers actifs/ Les données 2004-2009 étant déjà obsolètes.
3. Présenter tous ces résultats et ces recommandations lors d'une table ronde associant les organisations professionnelles d'infirmiers, les organismes de formation, les employeurs, les organisations syndicales, les divers conseils et commissions institués au sein du SPF et les Ministres fédéraux, communautaires et régionaux ayant les différentes matières concernées dans leurs compétences afin d'en faire une priorité politique.
4. Publier tous ces résultats et recommandations afin d'en faire une priorité de santé publique.

5. Créer un site fédéral « infirmier » permettant à chaque prestataire identifié électroniquement « eID Viewer » d'avoir accès à sa fenêtre personnelle de prestataire infirmier et d'y insérer, annuellement et de façon obligatoire, des données d'activités actualisées (à paramétrer par un avis de la Commission de Planification) et, éventuellement, géré ensuite par les Régions.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Groupe de travail Infirmier de la Commission de Planification - offre médicale (2010-2015) :

Présidente: Sabine Hans

Membres du groupe de travail: Yves Mengal, Louis Paquay, Heidi Vanheusden

Membres-invités : Luk Bruyneel, Eleonora Holtzer, Sabine Stordeur

BIBLIOGRAPHIE

1. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel L, Rafferty AM., Griffiths P., Moreno-Casbas MT., Tischelman C., Scott A., Brzostek T., Kinunnen J., Scheandimann R., Heinen M., Zikos D., Stramseng I., L Smith H., Kutney-Lee A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717.
2. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–30.
3. Alvarez-Irusta L., Cordyn S. , Darras E, De Laat R, Piron C., Van Heusden H., Van Nuland E., définition du profil professionnel et référentiel de compétences du praticien infirmier en Belgique, Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2013, 75 p.
4. Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., & Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*.
5. Berckmans G, Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G, Stodeur S. et al., Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53)
6. Brunelle Y, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il est bon de se faire soigner, Pratiques et Organisation des soins, Volume 40, n° 1, janvier-mars 2009, p.39-p.48
7. Croix B., Craps A. Plan infirmier « suivi de l'évolution de la population étudiants infirmiers dans les écoles belges », Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2014, 54 p.
8. Darras E., Tricas-Sauras S., Verhaeghe S., Eggermont K., Dix ans de recherche infirmière en Belgique. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2014, 65 p.
9. Hasselhörn HM, Tackenberg P, Müller BH, editors. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475). SALTSA: Joint Programme for Working Life Research in Europe; 2003.
10. Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a magnet. *Medical Care*, 52(5), 400–6.
11. Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10 Suppl), S44–49.
12. McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382–8.
13. Myny, D., Defloor, T., Alvarez-Irusta, L., Annys, D., Demeyere, F., DeVreese, I., Proenca, V., Vandermolén, M., Vanderwee, K., Van Hecke, A., Gobert, M. Rapport final. Welame, FOD Wetenschapsbeleid, Gent, 282 p.
14. Scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmiers », Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Décembre 2014.
15. Sermeus W., Aiken L., Van den Heede K., Rafferty AM, Griffiths P., Moreno-Casbas MT., Busse R., Lindqvist R., P Scott A., Bruyneel L.? Brzostek T., Kinunnen J., Schubert M.? Schoonhoven L., Zikos D. and RN4CAST consortium, Nurse forecasting in Europe (RN4CAST : Rational design and methodology, BioMedCentral, 2011, 9 p.
16. Squires A., Bruyneel L., Aiken L.H., Van den Heede K., Brzostek T., Busse R., Ensio A., Schubert M, Zikos D, Sermeus W, Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries, *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Acces Publications, 2012, volume 24, number 5, pp 470-475
17. Stordeur S, Kiss P, Verpraet R, De Meester M, Braeckman L, D'hoore W; the NEXT-Study Group. Intent to leave nursing in Belgium. In: Hasselhörn HM, Tackenberg P, Müller BH, editors. Working conditions and intent to leave the profession among

- nursing staff in Europe. A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475). SALTSA: Joint Programme for Working Life Research in Europe; 2003b. p. 125-135.
18. Stordeur Sabine, D'hoore William. Attractivité, fidélisation et qualité des soins – 3 défis, 1 réponse. France : Wolters Kluwer, Editions Lamarre, 2009. 233 pages
 19. Stordeur S., Keppens K., D'hoore W., projet ARIQ, Attractivité, rétention, implication des infirmières et qualité des soins, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2006, 54 p.
 20. Tvedt C., Sjetne IS., Helgeland J., et al., BMJ Open 2012, 10 p.
 21. Van den Heede K., Prof.Dr. Sermeus Walter, Prof.Dr. Vleugels A, Database Quality of nursing care, research commissioned by the federal Science Policy Office, in collaboration with the Belgian Federal ministry of Public Health in the framework Ministry of Public Health, in the Framework of de research programme AGORA(AG/01/23)
 22. Analyse van de psychosociale arbeidsbelasting België: samenvatting van 10 jaar onderzoek op basis van de DIOVA-databank/ Vets Carissa, Notelaers Guy en De Witte Hans. - Onderzoek in opdracht van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2009. -144p.
 23. Pacolet J., Vanormelingen J., De Coninck A., Tempus Fugit. Een aggiornamento van toekomsteverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse gemeenschap, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezien, rapport 17, Maart 2014, 209 p. zie <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/tempus-fugit>

ADVIES INZAKE HET AANBOD VERPLEEGKUNDIGEN

INHOUD

I. CONTEXT	16
II. AANBEVELINGEN	18
PIJLER 1 : VERHOGING VAN HET AANTREKKINGSPERCENTAGE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE OPLEIDING EN VAN HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP	19
PIJLER 2 VERHOGING VAN HET SLAAGPERCENTAGE VAN DE STUDIES VERPLEEGKUNDE.....	20
PIJLER 3 VERHOGING VAN DE ACTIVITEITSGRAAD VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN	20
PIJLER 4 VERMINDERING VAN DE INACTIVITEITSGRAAD VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN.....	22
PIJLER 5 CONSUMPTIE-INDEX VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG	22
TOT SLOT.....	23
SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP	23
BIBLIOGRAFIE	24

I. CONTEXT

De doelstelling van de planning en van de prognoses over de arbeidskrachten in de gezondheidssector is een evenwicht te bereiken tussen de vraag en het aanbod aan gezondheidsbeoefenaars en, om de beleidsbeslissingen op het vlak van human resources te sturen.

Dit advies betreft het verpleegkundige arbeidspotentieel en -reserve en hun respectievelijke prognoses.

Een stabiel en toereikend aanbod aan verpleegkundigen is reeds een aantal decennia een uitdaging voor België. De blijvende moeilijkheden om verpleegkundigen aan te werven, leiden tot :

- een gedeeltelijk verstrekte zorg, met name op relationeel en educatief vlak ;
- een toename van het aantal klachten van patiënten en hun families ;
- ongewenste gebeurtenissen voor de patiënt ;
- moeilijke arbeidsomstandigheden voor de verpleegkundigen en de daarmee verbonden gezondheidswerkers.

De werkgroep « verpleegkundigen » van de Planningscommissie bestaat uit leden van de Commissie, benoemd door de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken van 2004 tot 2015. Een deel daarvan vertegenwoordigt de beroepsverenigingen (ACN, NVKVV, FNIB, FNBV, KPVDB), de anderen vertegenwoordigen de minister voor dit beroep.

Hij heeft samengewerkt met de cel planning, enerzijds om de wet van 29/01/2003 tot oprichting van een kadaster van de gezondheidsberoepen toe te passen, en anderzijds om te helpen bij de interpretatie van de koppeling van de gegevens uit het kadaster waarin de verpleegkundigen zijn opgenomen die de verpleegkunde mogen uitoefenen met de gegevens van de sociale zekerheid en van het RIZIV op individuele en anonieme basis.

De behaalde resultaten (PLAN CAD 2009.2)⁵ maken het mogelijk om de volgende zaken nauwkeurig te bepalen:

- het aantal verpleegkundigen dat actief is in België : 126 420 verpleegkundigen en het aantal VTE actieve verpleegkundigen, zijnde 96 328 VTE in 2009 (μ VTE = 0,80) ;
- in de verschillende regio's (Vlaanderen – 61 %, Brussel-Hoofdstad – 11 % en Wallonië 28 %) en,
- in de verschillende activiteitensectoren (ziekenhuissectoren – 57,8 %, rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen – 15,3 %, thuiszorg – 6,5 %, andere – 20,4 %).

Op basis van de gegevens van het rapport « verpleegkundigen op de arbeidsmarkt », werden er drie scenario's uitgewerkt, in samenwerking met de werkgroep verpleegkunde van de planningscommissie: een basisscenario en twee alternatieve scenario's. De belangrijkste aangepaste parameters hebben betrekking op het aantrekkelijkheids- en het slaagpercentage en de activiteitsgraad van de verpleegkundigen. Het basisscenario maakt gebruik van de historische gemiddelde waarden van die percentages. Het laag scenario voorspelt de evolutie in het geval dat het aantrekkelijkheids- en het slaagpercentage hun minimale waarde laten optekenen, terwijl ze in het hoge scenario hun maximale waarde bereiken. De activiteitsgraad wordt eveneens gewijzigd in de hoge en de lage scenario's.

De scenario's voor de evolutie van de « verpleegkundige » workforce geven de ontwikkeling en de resultaten (projecties) weer van de toekomstige scenario's die werden gebruikt om het verpleegkundig aanbod te beschrijven in de komende jaren, en dat voor elke regio en elke activiteitensector (ziekenhuizen, rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen en thuiszorg).

*Het basisscenario maakt het mogelijk om de trends te laten evolueren. De andere hoge en lage scenario's geven enkel hypothesen weer die rekening houden met de waarschijnlijke evoluties, indien die in de toekomst worden bewaarheid, want de geanalyseerde gegevens inzake beroepsactiviteit hebben betrekking op de jaren 2004 tot 2009.*⁶ (Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen). De parameters die variëren van het ene scenario op het andere zijn het aantrekkelijkheids- en het slaagpercentage, de activiteitsgraad en de index van de zorgconsumptie, de inactiviteitsgraad, en de inkomende brugstroom.

⁵ *Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt 2004-2009*, Eindrapport PlanCAD Verpleegkunde gegevenskoppeling, Cel planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, april 2014.

⁶ *Scenario's van de evolutie van de workforce « verpleegkundigen »*, Cel planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, december 2014.

Parameters	Basisscenario	Hoog scenario	Laag scenario
Aantrekkelijkheidspercentage van de opleiding	Gemiddeld aantrekkelijkheidspercentage van de periode 1991-2011	Maximum aantrekkelijkheidspercentage van de periode 2001-2011	Minimum aantrekkelijkheidspercentage van de periode 2001-2011
Slaagpercentage	Gemiddeld slaagpercentage van de periode 1991-2011	Maximum slaagpercentage van de periode 2001-2011	Minimum slaagpercentage 2001-2011
Activiteitsgraad (VTE)	Rekening houdend met de daling van de arbeidstijd vanaf 45 jaar voor de verpleegkundigen die actief zijn in de ziekenhuissector	Rekening houdend met de daling van de arbeidstijd vanaf 45 jaar voor de verpleegkundigen die actief zijn in de ziekenhuissector Bovendien : daling van de activiteitsgraad met 10 % tijdens de periode 2014-2024	Rekening houdend met de daling van de arbeidstijd vanaf 45 jaar voor de verpleegkundigen die actief zijn in de ziekenhuissector Bovendien : stijging van de activiteitsgraad met 10 % tijdens de periode 2014-2024
Index zorgconsumptie	Op basis van de RIZIV-gegevens aangaande de uitgaven van de ziekteverzekering in 2009-2012	Op basis van de RIZIV-gegevens aangaande de uitgaven van de ziekteverzekering in 2009-2012	Op basis van de RIZIV-gegevens aangaande de uitgaven van de ziekteverzekering in 2009-2012
Inactiviteitsgraad			Gemiddelde inactiviteitsgraad voor de periode 2004-2009 vermindert met 5 % vanaf 2013
Inkomende brugstroom ⁷			Transfer van 5 % van het aantal verpleegkundigen uit de ziekenhuissector naar de thuiszorg voor de periode 2010-2019

De scenario's maken het mogelijk om een antwoord te bieden op de vraag hoe het verpleegkundig aanbod zal evolueren ten opzichte van de verpleegkundige zorgvraag. De drie scenario's hebben een verschillend antwoord opgeleverd:

- Het basisscenario voorziet een stijging van het verpleegkundig aanbod aan Franstalige kant en een daling van het aanbod Nederlandstalige verpleegkundigen. Het levert als resultaat een daling op van de dichtheid aan VTE's gewogen per 10.000 inwoners, voor beide taalgroepen. Die daling is veel aanzienlijker aan Nederlandstalige kant.
- Het hoog scenario voorziet een toename van het aanbod, in beide taalgroepen, maar meer uitgesproken aan Franstalige kant. Dat heeft ook invloed op de verhouding tussen het aanbod en de vraag. Een lichte daling van de dichtheid aan VTE's, gewogen per 10.000 inwoners, wordt verwacht aan Franstalige kant tot in 2024, gevolgd door een progressieve toename. Aan Nederlandstalige kant neemt de dichtheid aan VTE's, gewogen per 10.000 inwoners af tot in 2034 en nadien neemt ze stelselmatig toe.
- Het laag scenario voorziet een stabilisatie van het aanbod Franstalige verpleegkundigen en een sterke daling van het aanbod aan Nederlandstalige kant. De dichtheid aan VTE's, gewogen per 10.000 inwoners daalt voor beide taalgroepen. Die daling is bijzonder uitgesproken aan Nederlandstalige kant. Het verschil tussen aanbod en vraag neemt dus toe.

⁷ De bruginstroom omvat alle onverwachte bewegingen binnen de beroepsgroep verpleegkunde die niet in de andere parameters kan worden weergegeven.

Met andere woorden, alle scenario's leiden op korte termijn tot een daling van de dichtheid aan verpleegkundige VTE's, gewogen per 10.000 inwoners, in beide taalgroepen. Die daling is steeds meer uitgesproken aan Nederlandstalige kant. Zelfs het meest gunstige scenario (= het hoog scenario), waarin het aanbod de sterkste stijging zal kennen, kan slechts deels de toenemende verpleegkundige zorgvraag opvangen. Die globale trend stellen we vast in alle activiteitensectoren, met een aantal nuances.

Hoewel de scenario's uiterst nauwkeurig en met kennis van het terrein werden uitgewerkt, is het moeilijk om te bepalen in welke mate die voorspellingen bewaarheid zullen worden. De resultaten die beschreven staan in dit document zullen pas bewaarheid worden als de hypotheses die ten grondslag liggen aan de scenario's werkelijkheid worden.

De gegevens waarop een groot deel van de scenario's zijn gebaseerd, komen uit het rapport « Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt » en dateren uit 2009 (het meest recente jaar van de PlanCAD Verpleegkunde gegevenskoppeling). Bijgevolg, als er zich een evolutie heeft voorgedaan sinds 2009, wordt daar geen rekening mee gehouden, hoewel ze ongetwijfeld een impact zou hebben op de besproken resultaten. De waarde van de andere parameters die geactiveerd werden in het model is afkomstig uit de gegevens van het jaar 2012.

In het wiskundig model dat werd gebruikt om de scenario's uit te werken, wordt de huidige zorgconsumptie gebruikt als referentie en omgezet naar de toekomst, rekening houdend met de evolutie van de samenstelling van de bevolking. Er is echter niets dat ons in staat stelt om te beweren dat die consumptie overeenstemt met de reële behoeften van de bevolking, aangezien we niet beschikken over elementen die het mogelijk maken om te bevestigen dat het zorgaanbod en de zorgvraag in de verpleegkunde momenteel perfect overeenstemmen. Door gebrek aan tijd en beschikbare gegevens, werden de aspecten in verband met de evolutie van de reële zorgconsumptie niet specifiek geanalyseerd, en ze werden dus niet geïntegreerd in de scenario's.

Het wiskundig model kan zich dus enkel baseren op de huidige situatie. Het is niet in staat om het ideale aanbod te voorspellen. (Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen)⁸

II. AANBEVELINGEN

Op basis van die resultaten maken de verschillende scenario's aangaande het aanbod aan verpleegkundig personeel het in de toekomst slechts ten dele mogelijk om tegemoet te komen aan de toenemende vraag naar verpleegkundige zorg, vooral aan Nederlandstalige kant.

De beroepsorganisaties van verpleegkundigen, de opleidingsinstellingen, de werkgevers en de beleidsmakers moeten dringend werk maken van die problematiek, om hem beter te kunnen beheersen in de komende decennia. Dat is een doelstelling inzake volksgezondheid, waarbij de veiligheid en de kwaliteit van de patiëntenzorg de prioriteit vormen.

De werkgroep “verpleegkunde” van de planningscommissie doet de volgende aanbevelingen, op basis van de resultaten van de verschillende scenario's die verband houden met tal van onderzoeken die werden uitgevoerd in de afgelopen 10 jaar. (ARIQ-studie, Bel Image, Next, Magneteziekenhuizen, Functiedifferentiatie, Clinical Leadership, Work Life Balance, RN4 Cast, etc...)

Die aanbevelingen zijn opgebouwd rond 5 pijlers :

1. Verhoging van het aantrekkingspercentage van de opleiding en van het verpleegkundige beroep
2. Verhoging van het slaagpercentage van de studies verpleegkunde
3. Verhoging van de activiteitsgraad van de verpleegkundigen
4. Vermindering van de inactiviteitsgraad van de verpleegkundigen
5. Consumptie-index van de verpleegkundige zorg

⁸ *Scenario's van de evolutie van de workforce « verpleegkundige », Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidsberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, december 2014.*

1. Voortzetting en behoud van de maatregelen uit het aantrekkelijkheidsplan voor het verpleegkundig beroep op het vlak van:

1.1. De herlancering van de reclamecampagnes die zorgen voor de promotie van veelzijdige en gevarieerde verpleegkundige activiteiten in verschillende sectoren (preventief en curatief) en die de nadruk leggen op expertise, competentie, complementariteit van de rollen met andere gezondheidsbeoefenaars, humanisering van de zorg en loopbaanmogelijkheden in en buiten het zorgnetwerk.

1.2. Verlichting van de werklast en van de fysieke en psychosociale risicofactoren

- 1.2.1 Indienstneming van bijkomende logistieke en administratieve hulpkrachten** in alle activiteitensectoren, die niet alleen tijdens de week, maar ook tijdens de weekends en feestdagen worden ingezet. Die activiteiten worden toevertrouwd aan laaggekwalificeerd personeel mits een doelgerichte en korte opleiding, waardoor laaggekwalificeerde personen uit de werkloosheid geraken voor stabiele en kwalificerende jobs. Dankzij deze hulpkrachten kunnen de verpleegkundigen zich toeleggen op de verpleegkundige activiteiten.
- 1.2.2 Verhoging van de personeelsnorm en de financiering hiervan** in alle activiteitensectoren aan de hand van de evaluatie van de werklast van het verzorgend en verpleegkundig personeel op het vlak van de vereiste zorgbehoeften
- 1.2.3 Financiering van de ergonomische maatregelen** die ertoe bijdragen de fysieke last van de verpleegkundigen en zorgkundigen te verlichten.

2 Kwalificaties

2.1. Initiële opleiding in de verpleegkundige zorg (dit voorstel valt onder de bevoegdheid van de ministers die bevoegd zijn voor onderwijs)

- i. **Toepassing van Richtlijn 2013/55/EU** van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties **die garant staan voor een hoog opleidingsniveau** en die het vermogen tot conceptualisering, abstractie, onderzoek, analyse en synthese waarborgen (Cfr. advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde over het beroeps- en competentieprofiel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg)
- ii. **Beperking tot 30 % niet-verblijfhoudende studenten** in de opleiding van de 4^{de} graad van het beroepsonderwijs (verpleegkundig brevet) gezien de grote aanwezigheid in het Franstalig landsgedeelte van niet-verblijfhoudende studenten, vooral van Franse afkomst, omwille van een toegangsexamen in Frankrijk, maar die na hun studies niet in België werken.

2.2. Aanvullende opleiding in de verpleegkundige zorg

- 2.2.1 Aanmoediging van de specialisaties** teneinde te voldoen aan de steeds complexere zorgvereisten
- 2.2.2 Een aantal zorgbeoefenaars wacht nog op de publicatie van de erkenningscriteria van de volgende bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepskwalificaties:** bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in sociale gezondheidszorg, in medische beeldvorming, in stomatherapie en wondzorg, als perfusionist, bijzondere beroepskwalificatie van verpleegkundige met een expertise in de wondzorg, in de evaluatie en de behandeling van pijn.

- 2.2.3 **Herziening van de lijst** van de bijzondere beroepstitels en de bijzondere beroepskwalificaties
- 2.2.4 **Toekenning van premies** voor houders van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepskwalificaties in alle activiteitensectoren.
- 2.2.5 **Studie over de planning van de vroedvrouwen teneinde de vraag naar en het aanbod aan deze beroepsbeoefenaars op elkaar af te stemmen.**

3 **Uitgebreide en versterkte verantwoordelijkheden** via

- 3.1. De versterking en de valorisering van de autonome rol van de verpleegkundige
- 3.2 Een uitbreiding van de verpleegkundige zorgprestaties B1 (waarvoor geen medisch voorschrift vereist is) B2 (waarvoor een medisch voorschrift vereist is) en de toevertrouwde medische handelingen.
- 3.3 Het verpleegkundig voorschrift
- 3.4 Het verpleegkundig consult
- 3.5 Betrekken bij de besluitvorming in verschillende adviesorganen op het vlak van de organisatie en de verstrekking van de zorg

PIJLER 2 VERHOOGING VAN HET SLAAGPERCENTAGE VAN DE STUDIES VERPLEEGKUNDE

1.1 **Evaluatie van het voorafgaande kennisniveau** in de 2 opleidingsrichtingen.

1.2 **Verhoging van de hulp zodat men zou slagen**, mentoraat, geïndividualiseerd opleidingstraject...

PIJLER 3 VERHOOGING VAN DE ACTIVITEITSGRAAD VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN

1.1. Verhoging van de productiviteit van de verpleegkundigen via een betere functiedifferentiatie tussen artsen, verpleegkundige specialisten en bachelors in de verpleegkunde, de gebrevetteerde verpleegkundigen (“gegradueerde verpleegkundigen”), de zorgkundigen en de logistieke hulpkrachten.

Deze functiedifferentiatie kan voordelen inhouden voor de betrokken beroepsbeoefenaars zoals een toename van de competenties, een betere motivatie, een rationeler gebruik van de kwalificaties en de respectieve competenties en een hogere tevredenheid op het werk. (KCE Report 86, pagina 39).

Om efficiënt te zijn, dient de bestaffing rekening te houden met de complexiteit die inherent is aan de dienstverlening aan de patiënten en met de afstemming tussen de samenstelling van de human resources (competenties, mankracht, opleiding en ervaring) en de behoeften van de patiënten. Er zou dus moeten worden uitgegaan van de specifieke behoeften van de gehospitaliseerde patiënten per dienst alsook van het niveau van de kwaliteit van de gewenste zorg teneinde de vereiste competenties van het gezondheidspersoneel te bepalen (KCE Report 86, pagina 101).

1.1.1. Herschikking van taken tussen artsen (huisartsen en ziekenhuisartsen) en gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten

De ervaringen op het vlak van samenwerking en taakherschikking (tussen arts en verpleegkundige) door het gekwalificeerde personeel van wie de competenties uitgebreid werden, stellen in staat om de zorgkwaliteit te garanderen of zelfs te verbeteren door de ontwikkeling van bepaalde activiteiten te bevorderen zoals de educatie van de patiënt en de opvolging van de chronische zieken....

(...) De samenwerkingen kunnen bijdragen tot een herwaardering van sommige beroepen wanneer de uitbreiding van het praktijkgebied (van de verpleegkundigen bv.) gepaard gaat met een gepaste opleiding die is erkend via een specifieke kwalificatie die wordt gevaloriseerd en waardoor je in je loopbaan kan evolueren. (KCE. Report 86, pagina 99)

1.1.2. Overdracht van verpleegkundige competenties naar minder gekwalificeerd personeel teneinde het gekwalificeerde verpleegkundige personeel door zorgkundigen, logistieke hulpkrachten en administratieve hulpkrachten,... te vervangen en aan te vullen en niet de plaats ervan in te nemen. Daartoe is het volgende noodzakelijk :

1.1.2.1. *De verpleegkundigen zullen, met het oog op het delegeren en coördineren, de kennis en de competenties moeten verwerven die vereist zijn om hun medewerkers te delegeren, superviseren en te begeleiden. Het is bijgevolg noodzakelijk om in de opleiding praktische en theoretische leermodules te integreren die hen voorbereiden om opdrachten te delegeren (KCE report 86, pagina 104)*

1.1.2.2. De hulpkrachten zullen moeten worden opgeleid teneinde de nieuwe toegewezen rollen efficiënt te vervullen

1.1.2.3. *Over de rollen en competenties van iedereen, de doelstellingen, de uitdagingen en het delen van competenties zal duidelijk moeten worden gecommuniceerd (KCE report 86, pagina 27)*

1.2. Beroepsontwikkeling en loopbaanplannen

In België is de horizontale differentiatie goed ontwikkeld, aangezien er een groot aantal specialisaties en verschillende beroepskwalificaties bestaan: 11 bijzondere beroepstitels die toegankelijk zijn voor bachelors in de verpleegkunde en 6 bijzondere beroepskwalificaties die toegankelijk zijn voor bachelors in de verpleegkunde en gebrevetteerde/gegraduateerde verpleegkundigen.

Op het vlak van top-down differentiatie laat de Belgische wetgeving sinds 2006 het delegeren van opdrachten aan zorgkundigen toe, voornamelijk op het vlak van hygiënezorg, de begeleiding van de patiënten en van hun familie in moeilijke momenten, het toezicht op de patiënt betreffende de activiteiten van het dagelijks leven en de hulp bij het innemen van geneesmiddelen.

Deze top-down differentiatie wordt ook verzekerd door de logistieke assistenten, enkel in de ziekenhuissector, teneinde de logistieke en keukenhulp te verzekeren en, op die manier, de verpleegkundige te ontlasten van een deel van de niet-patiëntgebonden activiteiten.

Op het vlak van de bottom-up differentiatie, voorziet de Belgische wetgeving sinds 2006 in de structurering van het verpleegkundige departement, waardoor het mogelijk is om de opdrachten van iedere functie alsook de toegangsvoorwaarden hiertoe te omschrijven. Dat geldt enkel in de ziekenhuissector en zou uitgebreid moeten worden tot de ouderenzorgsector.

In de verschillende zorgsectoren wijzen we op de ontwikkeling van de referentieverpleegkundigen (in de wondzorg, de ziekenhuishygiëne, de geriatrie, de palliatieve verzorging, de diabetologie, studentenbegeleiding,...).

In de thuiszorgsector hebben de verpleegkundigen sinds 2003 de mogelijkheid om consultaties op het vlak van de wondzorg en de educatie van de diabetespatiënt te verrichten.

1.2.1. Valorisering van de expertise van de verpleegkundigen door de creatie en de financiering van betrekkingen die voorbehouden zijn aan gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

1.2.2. Professionalisering van het beheer van het Directiecomité door de definiëring van een minimaal ervarings- en diplomaniveau, door een nauwkeurige omschrijving van de managementposities en door de verplichting om de beheerscompetenties te actualiseren en te ontwikkelen.

1.3. Beter beheer van deeltijds en voltijds werkende verpleegkundigen door een aanpassing van de arbeidsvoorwaarden

1.4. Toename van het aantal verpleegkundigen/patiënt, in het bijzonder voor de ziekenhuisdiensten (huidige normen : 13/30 bedden ; gewenste evolutie : 15/30 bedden) en in de ouderenzorgsector.

De verpleegkundige bestaffing heeft een niet te verwaarlozen impact op de zorgkwaliteit.

De meeste onderzoeken tonen “een duidelijke link tussen het aantal verpleegkundigen en de positieve gezondheidsresultaten voor de patiënt (KCE report 86E, pagina 100).

Een te lage verpleegkundige bestaffing in kwantiteit en in kwaliteit doet het aantal ongewenste voorvallen toenemen, zoals de ziekenhuismortaliteit, heropnames in het ziekenhuis, nosocomiale infecties, vergissingen met geneesmiddelen, doorligwonden, ... die een stijging van de verblijfsduur en van de ziekenhuiskosten tot gevolg hebben (RN4 Cast).

3.10. Berekening van de hoofdverpleegkundige bovenop de normen voor bestaffing van de teams zodat de hoofdverpleegkundige zijn rol van teamverantwoordelijke (beheer van het team en van de dienst waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijk is), zijn rol van coach voor elke medewerker en zijn rol van initiatiefnemer van projecten zou kunnen vervullen.

PIJLER 4 VERMINDERING VAN DE INACTIVITEITSGRAAD VAN DE VERPLEEGKUNDIGEN

Er dient een **retentiebeleid voor het personeel** te worden ontwikkeld **en het verloop van het personeel dient te worden vermeden** door een verbetering van de organisatorische kenmerken van de zorginstellingen op het vlak van management, beroepspraktijk en beroepsontwikkeling waarbij het volgende wordt bevorderd: beroepsautonomie, de ondersteuning die wordt geleverd in verschillende arbeidsomstandigheden: veiligheid, uitrusting, informatieve ondersteuning..., een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, beroepsverrijking en het verpleegkundige leadership, positieve relaties met gelijken, een adequate personeelsratio, cliëntgerichtheid en het belang van de kwaliteit (Magnets Hospitals).

PIJLER 5 CONSUMPTIE-INDEX VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG

1. **Ontwikkeling van een tool voor de evaluatie van de consumptie van verpleegkundige zorg** in alle activiteitensectoren en bijbehorende financiering;
 - 1.1 **Aanpassing van de bestaffing van de diensten op basis van een prospectieve evaluatie van de verpleegkundige werklust gebaseerd op de vereiste verpleegkundige zorgen;**
 - 1.2 **Valorisering van de primaire, secundaire en tertiaire preventie.**

TOT SLOT

1. Dringt de werkgroep verpleegkunde van de planningscommissie erop aan dat het noodzakelijk is om:
2. Een meerjarenplan op te stellen om een evenwicht te behouden tussen het aanbod aan en de vraag naar verpleegkundig personeel teneinde aan de bevolking kwalitatieve zorg te garanderen, meer bepaald op het vlak van :
 - a. de aantrekkelijkheid van de studies en het beroep
 - b. de verhoging van het slaagpercentage
 - c. de verhoging van de activiteitsgraad
 - d. de verlaging van de inactiviteitsgraad
 - e. de evaluatie van de consumptie-index van verpleegkundige zorg in alle activiteitensectoren
3. door rekening te houden met de evolutie van de chronische zorg en empowerment van de patiënten alsook met de evolutie van de paramedische en medische beroepen.
4. Actualisering van de gegevens over actieve verpleegkundigen. De gegevens uit de periode 2004-2009 zijn al verouderd
5. Al deze resultaten en deze aanbevelingen tijdens een rondetafel voor te stellen waarbij de beroepsorganisaties van verpleegkundigen, de opleidingsinstellingen, de werkgevers, de vakbondsorganisaties, de diverse raden en commissies die in de FOD zijn opgericht en de federale ministers, de ministers van de gemeenschappen en de gewesten die bevoegd zijn voor de verschillende betrokken materies worden uitgenodigd teneinde hier een beleidsprioriteit van te maken.
6. Al deze resultaten en deze aanbevelingen te publiceren teneinde hier een prioriteit op het vlak van de volksgezondheid van te maken.
7. Een federale website over de « verpleegkunde » op te richten, waardoor elke zorgverstrekker die zich elektronisch met de « eID Viewer » identificeert toegang krijgt tot zijn persoonlijke verpleegkundig venster en hierin jaarlijks en verplicht geactualiseerde gegevens over zijn activiteit integreert (dient te worden geparametreerd door een advies van de Planningscommissie) en die, eventueel, later door de Gewesten wordt beheerd.

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Werkgroep verpleegkundigen van de Planningscommissie – medisch aanbod (2010-2015) :

Voorzitster: Sabine Hans

Leden van de werkgroep: Yves Mengal, Louis Paquay, Heidi Vanheusden

Uitgenodigde leden : Luk Bruyneel, Eleonora Holtzer, Sabine Stordeur

1. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel L, Rafferty AM., Griffiths P., Moreno-Casbas MT., Tischelman C., Scott A., Brzostek T., Kinunnen J., Scheandimann R., Heinen M., Zikos D., Stramseng I., L Smith H., Kutney-Lee A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717.
2. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–30.
3. Alvarez-Irusta L., Cordyn S. , Darras E, De Laat R, Piron C., Van Heusden H., Van Nuland E., définition du profil professionnel et référentiel de compétences du praticien infirmier en Belgique, Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2013, 75 p.
4. Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L. H., & Schwendimann, R. (2013). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*.
5. Berckmans G, Alvarez Irusta L., Bouzegta N., Defloor T., Peeters G, Stodeur S. et al., Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53)
6. Brunelle Y, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il est bon de se faire soigner, Pratiques et Organisation des soins, Volume 40, n° 1, janvier-mars 2009, p.39-p.48
7. Croix B., Craps A. Plan infirmier « suivi de l'évolution de la population étudiants infirmiers dans les écoles belges », Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2014, 54 p.
8. Darras E., Tricas-Sauras S., Verhaeghe S., Eggermont K., Dix ans de recherche infirmière en Belgique. Bruxelles : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2014, 65 p.
9. Hasselhörn HM, Tackenberg P, Müller BH, editors. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475). SALTSA: Joint Programme for Working Life Research in Europe; 2003.
10. Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a magnet. *Medical Care*, 52(5), 400–6.
11. Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 42(10 Suppl), S44–49.
12. McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382–8.
13. Myny, D., Defloor, T., Alvarez-Irusta, L., Annys, D., Demeyere, F., DeVreese, I., Proenca, V.,Vandermolen, M., Vanderwee, K., Van Hecke, A., Gobert, M. Rapport final. Welame, FOD Wetenschapsbeleid, Gent, 282 p.
14. Scénarios de l'évolution de la force de travail « infirmiers », Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, Service professions de santé et pratique professionnelle, Direction générale Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Décembre 2014.
15. Sermeus W., Aiken L., Van den Heede K., Rafferty AM, Griffiths P., Moreno-Casbas MT., Busse R., Lindqvist R., P Scott A., Bruyneel L.? Brzostek T., Kinunnen J., Schubert M.? Schoonhoven L., Zikos D. and RN4CAST consortium, Nurse forecasting in Europe (RN4CAST : Rational design and methodology, BioMedCentral, 2011, 9 p.
16. Squires A., Bruyneel L., Aiken L.H., Van den Heede K., Brzostek T., Busse R., Ensio A., Schubert M, Zikos D, Sermeus W, Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries, *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Acces Publications, 2012, volume 24, number 5, pp 470-475
17. Stordeur S, Kiss P, Verpraet R, De Meester M, Braeckman L, D'hoore W; the NEXT-Study Group. Intent to leave nursing in Belgium. In: Hasselhörn HM, Tackenberg P, Müller BH, editors. Working conditions and intent to leave the profession

- among nursing staff in Europe. A research project funded by the European Commission (QLK6-CT-2001-00475). SALTSA: Joint Programme for Working Life Research in Europe; 2003b. p. 125-135.
18. Stordeur Sabine, D'hoore William. Attractivité, fidélisation et qualité des soins – 3 défis, 1 réponse. France : Wolters Kluwer, Editions Lamarre, 2009. 233 pages
 19. Stordeur S., Keppens K., D'hoore W., projet ARIQ, Attractivité, rétention, implication des infirmières et qualité des soins, Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2006, 54 p.
 20. Tvedt C., Sjetne IS., Helgeland J., et al., BMJ Open 2012, 10 p.
 21. Van den Heede K., Prof.Dr. Sermeus Walter, Prof.Dr. Vleugels A, Database Quality of nursing care, research commissioned by the federal Science Policy Office, in collaboration with the Belgian Federal ministry of Public Health in the framework Ministry of Public Health, in the Framework of de research programme AGORA(AG/01/23)
 22. Analyse van de psychosociale arbeidsbelasting België: samenvatting van 10 jaar onderzoek op basis van de DIOVA-databank/ Vets Carissa, Notelaers Guy en De Witte Hans. - Onderzoek in opdracht van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2009. -144p.
 23. Pacolet J., Vanormelingen J., De Coninck A., Tempus Fugit. Een aggiornamento van toekomsteverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse gemeenschap, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezien, rapport 17, Maart 2014, 209 p.
 24. zie <https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/tempus-fugit>