

ZORG WIJZER

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 11, nr. 89 | februari 2020 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet-icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

Chantal Van Audenhove, directeur LUCAS:

**“Wij hebben al een hele tijd
de silo's verlaten”**

zorg net
ICURO

- 10 Werkgroep Klachtenbehandeling werkt richtlijn 'kwaliteitsvol klachtenbeleid' uit
- 16 Ziekenhuisnetwerken in Wallonië en Brussel
- 24 Innovatieve arbeidsorganisatie in woonzorgcentra

Colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

© Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.
www.zorgneticuro.be
www.zorgwijzermagazine.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 10 maart.

V.U.: Margot Cloet
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op communicatie@zorgneticuro.be

*Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. *Zorgwijzer 78, september 2018, p. 6-9*). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be*

Wil je adverteren in Zorgwijzer? Stuur dan een mailtje naar communicatie@zorgneticuro.be. We bezorgen je graag onze tarieven.

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe Zorgwijzer verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: www.zorgwijzermagazine.be

89

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 Interview met Chantal Van Audenhove over 30 jaar LUCAS
- 10 Werkgroep Klachtenbehandeling werkt richtlijn 'kwaliteitsvol klachtenbeleid' uit
- 15 Opleidingen Lean Expert in Zorg en Welzijn
- 16 Ziekenhuisnetwerken in Wallonië en Brussel
- 20 Publicatie splitsing tussen zorgactiviteit en patrimonium
- 22 Toekomstig labo in het kader van netwerking
- 24 Innovatieve arbeidsorganisatie in woonzorgcentra
- 28 Afscheid dat verbindt
- 30 Beroepsportret technoloog medische beeldvorming

Toegankelijke gezondheidszorg; een gedeelde verantwoordelijkheid

We waren samen nog nooit zo welvarend, maar tegelijk wordt de ongelijkheid groter. De globalisering zet onze manier van samenleven en onze waarden onder druk. We weten allemaal dat er fundamentele verandering nodig is, maar veranderen en hervormen blijkt in de praktijk heel moeilijk. Ook de sociale zekerheid, een vanzelfsprekende verworvenheid van onze maatschappij, wordt in vraag gesteld. De solidariteit komt onder druk te staan, ons zorgsysteem vertoont barsten.

Hoe komt dat? Onze nieuwjaarsreceptie vond dit jaar plaats in het Atomium, het symbool van Expo58. De eerste kleuters die aan de hand van mama en papa de befaamde ijzeren bollen een bezoek brachten, gaan nu massaal op pensioen. Dat zorgt voor druk. Op de pensioenen, maar evenzeer op de arbeidsmarkt. Er staan immers veel minder jongeren klaar om hen te vervangen. Die babyboomers met pensioen zijn nu meestal nog zelfredzaam en vaak behoorlijk gezond. Maar over tien jaar zullen ze massaal zorg nodig hebben, vaak complexe zorg. De vergrijzing, en de vergrijzing binnen de vergrijzing, zal blijven toenemen tot 2040.

Mentale gezondheidsproblemen zijn schering en inslag. Een op de vier mensen krijgt in zijn leven ooit te maken met psychische problemen. In Vlaanderen zijn er elke dag gemiddeld 3 zelfdodingen en bijna tien keer zoveel pogingen; meer dan één op de drie personen die niet kunnen werken heeft een GGZ-probleem. Tegelijk zien we dat de ongelooflijke vlucht van de geneeskunde en de behandelmogelijkheden niet te stoppen lijkt. Er tekent zich voor de toekomst een pad af van quasi

ongekende mogelijkheden in de gezondheidszorg. We genezen steeds vaker en leven steeds langer met onze ziektes. Dat alles komt met een stevig prijskaartje. Het verhaal van baby Pia drukte ons vorig jaar nog maar eens brutaal met onze neus op die feiten. Op het verglijden naar een gezondheidszorg in twee snelheden.

Het verwachtingspatroon is ook hoog. Iedereen verwacht de beste zorg, iedereen verwacht gebruik te kunnen maken van de onuitputtelijke mogelijkheden; niemand wil dat de factuur voor het woonzorgcentrum hoger is dan het pensioen, iedereen vindt dat de gezondheidskosten solidair moeten worden gedragen. Maar tegelijk wil niemand meer belastingen betalen. En predikt elke regeringsonderhandelaar dat de lasten niet mogen stijgen. Dat we in een budgettair moeilijke context leven, dat we moeten besparen en efficiënter moeten werken.

Een goede gezondheidszorg prijkt voor quasi iedereen het hoogst op zijn persoonlijke wenslijst. Wij als Zorgnet-Icuro, en al onze leden met ons, pleiten voor een goede gezondheidszorg, een behoud van die sociale zekerheid, die weleens als anoniem en als een financiële slokop wordt ervaren. De nog te vormen nieuwe federale regering wacht veel werk. De uitdagingen zijn zo groot dat we – misschien tegen de maatschappelijke stroom in – durven blijven pleiten voor een budgettair groeipad voor de gezondheidszorg, zowel Vlaams als federaal. De vergrijzing samen met de technologische vooruitgang zetten ons voor gigantische uitdagingen. We zijn een absolute voorstander van het behoud van onze sociale zekerheid die gebouwd is

op solidariteit, een solidariteit die meer is dan de gezelligheid van de warmste week, hoe goedbedoeld ook.

De deuren van onze zorgvoorzieningen moeten blijven openstaan voor iedereen. Ook voor wie niet mondig is en niet de mogelijkheden heeft om zijn elektronisch dossier op te volgen. Ook voor mensen die niet zelf de regie in handen kunnen nemen of moeite hebben om de rekening te kunnen betalen. Een toegankelijke gezondheidszorg blijft een van de belangrijkste steunpilaren van onze solidaire maatschappij. Dat is een gedeelde verantwoordelijkheid.



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

ICOPA helpt je beter om te gaan met agressie in de jeugdhulp

Werkt je organisatie met kinderen en jongeren? En worden je medewerkers geconfronteerd met agressief gedrag? Dat weegt vaak door. Agressie-incidenten tasten de veiligheid en het welzijn van medewerkers, kinderen, jongeren én omgeving aan. Expertisecentrum ICOPA geeft vormingen om medewerkers handvatten te geven zodat ze met risicovolle situaties kunnen omgaan. Het biedt hen meer veiligheid en zelfzekerheid.

Met steun van de Vlaamse Overheid organiseert ICOPA tot 31 december 2020 kosteloze opleidingen voor:

- drughulpverlening en centra voor geestelijk gezondheidszorg voor kinderen en jongeren
- afdelingen of ziekenhuizen voor kinderen en jongerenpsychiatrie
- afdelingen of ziekenhuizen voor revalidatie van kinderen en jongeren

Licht je beleid door met de agressiescan

Hoe stevig is het agressiebeleid ingevoerd, verankerd en verzekerd in je organisatie? Hoe kijken jouw collega's tegen het beleid aan? Vul de agressiescan in en krijg inzicht in hoe het agressiebeleid binnen je organisatie is georganiseerd en waar verbeterpunten liggen. Je krijgt advies, tips en inspiratie om het agressiebeleid bij te schaven. Surf naar www.icoba.be/zelf-aan-de-slag-met-je-agressiebeleid

Snuister in de Sorrybox 2.0

www.sorrybox.be zit boordevol methodieken en helpt kinderen en jongeren stil te staan bij hun gedrag. Zo leren ze om op een eenvoudige en welgemeende manier sorry te zeggen. Je vindt er ook instrumenten om meer herstelgericht te werken als alternatief voor de traditionele beloning en straf.

Duik in de Icoba toolbox

101 activiteiten en methodieken helpen je om met jouw team afspraken te maken over hoe je:

- agressie bespreekbaar maakt
- gepast reageert
- tot herstel komt
- leert uit incidenten
- visie en beleid aftoetst

Ontdek deze tools, het vormingsaanbod en meer acties van het VIA-5 project op www.icoba.be. Icoba maakt deel uit van VIVO vzw



IedereenCOmpetent in het BeheersenvanAgressie



@ICOPA_VIVO



ICOPA

Iedereen competent
in het beheersen van agressie

HEALTH&CARE AWARDS

Daag de zorgsector uit!

U doet het elke dag opnieuw. Zorg dragen voor mensen die u nodig hebben. Bewoners van woonzorgcentra, mensen met thuisnoden, patiënten in een ziekenhuis...

Er zijn al heel wat producten, tools en technologieën om uw job en die van uw collega's een stuk aangenamer te maken. Maar we zijn er ook van overtuigd dat er nog heel wat nieuwigheden ontwikkeld kunnen worden. Waar ligt u 's nachts wakker van? Welke kleine aanpassingen zouden ervoor kunnen zorgen dat uw werk efficiënter kan gedaan worden?

Van het wildste idee tot een kleine aanpassing: Stuur uw uitdaging door naar Health&Care op www.health-care.be/awards



Fundraisers Alliance Belgium helpt je meer inkomsten te genereren als fondsenwerver

De Fundraisers Alliance Belgium (FAB) helpt fondsenwerpers opleidingen op te zetten en kennis en ervaringen uit te wisselen. FAB houdt de vinger aan de pols over wat in de verschillende sectoren leeft, waaronder ook de zorgsector.

FAB heeft meer dan 120 leden. Dat zijn stuk voor stuk individuele fondsenwerpers, dus geen organisaties. Het betreft voornamelijk mensen die vrijwillig of professioneel fondsen werven voor kleine of grote organisaties uit verschillende sectoren. Van zorg tot cultuur. Daarnaast zijn er ook enkele dienstverleners lid die actief zijn op het vlak van fondsenwerving.

Opleidingsaanbod

FAB organiseert elk jaar een opleidingsdag over de 'basics' van fondsenwerving: hoe bouw je een sterke strategie op en hoe kan je je schenkers aan jouw organisatie binden met een goede *donor journey*? In 2020 staan er ook conferenties en

masterclasses op de agenda over onder andere de nieuwe vzw-wetgeving, hoe je als organisatie fiscale attesten kan uitreiken, het belang van data en analyses, de 'grijze zone' van de GDPR, ethiek... Tijdens die sessies komen telkens concrete cases en vragen aan bod van organisaties, ook uit de zorgsector.

Lid worden kan vanaf 150 euro voor professionals in non-profit organisaties, vrijwilligers kunnen lid worden vanaf 65 euro. Als lid kan je jaarlijks gratis deelnemen aan vier conferenties over actuele thema's en krijg je korting op de masterclasses, workshops en andere activiteiten. Je komt terecht in een warme community van fondsenwerpers en kan altijd te rade gaan bij FAB of je collega-leden met praktische vragen. Je steekt dingen op van *peers* en je leert hoe gemeenschappelijke uitdagingen als fondsenwerver aan te gaan.

Bekijk het volledige opleidingsaanbod op www.fundraisersalliancebelgium.be/activities.

Vragen?

Neem contact op met Josefiën D'Haene via josefiën@fundraisersalliance.be of 09 233 48 66.



INTERVIEW MET CHANTAL VAN AUDENHOVE OVER 30 JAAR LUCAS

“Onderzoek om de levenskwaliteit van kwetsbare mensen te verhogen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JAN LOCUS



Chantal Van Audenhove: “Het is mooi dat GGZ-voorzieningen die soms minder goed scoren op een evaluatie van LUCAS zelf het initiatief nemen om bij hun collega’s aan te kloppen en te leren van elkaar.”

Wie is Chantal Van Audenhove?

- Doctor in de psychologie en hoogleraar aan het Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg KU Leuven.
- Sinds 1996 directeur van LUCAS. Onderzoek in een vijftal domeinen: integrale zorg, zorg voor ouderen (met dementie), geestelijke gezondheidszorg, communicatie in de zorgrelatie en welzijn, armoede en sociale uitsluiting.
- Sinds 2007 promotor-coördinator van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, een interuniversitair consortium dat in opdracht van de Vlaamse overheid een meerjarenprogramma en ad hoc beleidsgericht onderzoek uitvoert.
- Voorzitter van het Vlaams Welzijnsverbond (sinds 2019) en van Familiehulp (sinds 2018).

LUCAS – het centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven – bestaat 30 jaar. Het vierde dat op 12 december met een academische zitting. Wij gingen even langs bij professor Chantal Van Audenhove die al sinds 1992 aan LUCAS verbonden is en de organisatie sinds 1996 leidt.

Met welk gevoel kijkt u terug op 30 jaar LUCAS?

“Met een groot gevoel van tevredenheid. Op onze website staat een overzicht van onze realisaties en ik sta er zelf van te kijken hoe uitgebreid die lijst intussen is. Ik ben fier op de processen achter die realisaties, op de samenwerkingen. LUCAS heeft nauwelijks structurele financiering, wat betekent dat het telkens opnieuw een uitdaging is om partners en middelen te vinden en om de nodige continuïteit te voorzien. We zijn altijd afhankelijk van externe opdrachtgevers en beleidskeuzes. Toch zijn we niet bang van grote ambities. Zo hebben we al heel wat onderzoek verricht naar mensen met dementie, terwijl we hiervoor eigenlijk geen middelen hadden. Maar gezien de relevantie en de link met de vermaatschappelijking van de zorg, mantelzorg enz. hebben we hierin toch geïnvesteerd. Dan gebeurt het weleens dat we een onderzoek tijdelijk moeten onderbreken, omdat de middelen op zijn.

“Hoe kan wetenschappelijke kennis in de praktijk en in het beleid landen? Dat is onze kernvraag.”

Ik ben ook trots op onze staf met drie professoren – Koen Hermans, Anja Declercq en ikzelf – en de sterke kern van senior onderzoekers die we in ons midden hebben. We hebben al een hele tijd de silo's verlaten. We denken niet in termen van ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg of jeugdzorg, maar opteren voor een integrale benadering van zorg en ondersteuning, met thema's die voor alle sectoren relevant zijn. Tegelijk zijn we erin geslaagd om internationaal goede samenwerkingsverbanden uit te werken en hebben we vele *peer reviewed* publicaties kunnen neerzetten.”

Welke boodschap wou u meegeven op de viering van 30 jaar LUCAS?

“Dat onze missie en visie, die we 10 jaar geleden geherformuleerd hebben, nog altijd actueel is. LUCAS draagt bij aan meer kwaliteit van leven van kwetsbare mensen. We doen dat door onderzoek, vorming en dienstverlening en door diverse perspectieven te verbinden, altijd met oog voor de gebruikers, de ervaringsdeskundigen, de mantelzorgers en de professionele zorgverleners. Sinds 1996 realiseren we onze missie ook op internationale fora. We zijn geen exclusief Vlaams onderzoekscentrum. We focussen op een specifieke discipline van de wetenschap: het implementatieonderzoek. Hoe kan wetenschappelijke kennis in de praktijk en in het beleid landen? Dat is onze kernvraag. We onderzoeken bijvoorbeeld de haalbaarheid van een methodiek of welke factoren een bepaalde innovatie belemmeren of bevorderen. We gaan ook na of good practices in de praktijk effectief goed werken; bij een wasmachine mag je er vanuit gaan dat ze overal goed werkt, voor de zorgpraktijk geldt dat niet. In ons land gaan weinig middelen naar dat soort wetenschappelijk onderzoek. We moeten hierin meer investeren, juist omwille van de grote relevantie.”

Geeft u eens enkele concrete voorbeelden van dergelijke onderzoek.

“Vorig jaar hebben we de 'Kindreflex' ontwikkeld. Dat is een eenvoudige tool die hulpverleners helpt om alert te zijn en

de juiste vragen te stellen bij ouders met geestelijke gezondheidsproblemen. Vaak komen de kinderen in eerste instantie niet in beeld, terwijl de ervaring leert dat dat wel nodig is. Hebben de ouders ondersteuning nodig in hun ouderrol? Zo ja, hoe? En nog belangrijker: lopen de kinderen op een of andere manier gevaar? Denk aan een ouder met een verslavingsproblematiek of een psychotische kwetsbaarheid. De Kindreflex is zeer warm onthaald door de hulpverleners, ook omdat hij niet stigmatiserend is en veel leed kan voorkomen.

Een ander voorbeeld is de richtlijn voor fixatiearme zorg in de geestelijke gezondheidszorg, waaraan we nu werken. Af en toe gebeurt er een incident, dat dan breed uitgesmeerd wordt in de pers, maar uiteindelijk is dat maar het topje van de ijsberg. Het loont de moeite om hier eens dieper over na te denken en praktische richtlijnen uit te werken. Dat lukt alleen met alle betrokkenen aan tafel: de gebruikers, de professionele hulpverleners die vaak zelf een ongemakkelijk gevoel hebben bij fixatie, de managers die rekening moeten houden met juridische implicaties, en de overheden die het beleid uitstippelen. Je hebt al die partners nodig om iets te veranderen. Het onderzoek gebeurt transdisciplinair: we moeten het samen doen, wat meer inhoudt dan louter de optelsom van wat we apart doen.

Ook in het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Steunpunt WVG), een samenwerkingsverband van KU Leuven, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Antwerpen, UHasselt, Thomas More, HoGent, Arteveldehogeschool en UCLL, werken we samen in functie van de vragen en halen we de vereiste competenties binnen. Op die manier hebben we in 2018 bijvoorbeeld de eerste Sociaalwerkconferentie samen georganiseerd.”

Een doelstelling van LUCAS is om de overheid wetenschappelijke input te geven om het beleid op af te stemmen. Gebeurt dat voldoende? Heeft uw onderzoek impact op het beleid?



“Ik ben ontgoocheld over de besparingen. We weten dat de zorgnoden toenemen en dat het belangrijk is dat er vanuit een sterke visie gezocht wordt naar nieuwe oplossingen die duurzaam zijn.”

“Ja, al vind ik dat het traag gaat. Neem de vermaatschappelijking van de zorg. We weten hoe we het moeten organiseren, maar het gaat veel te traag. Onze aanbevelingen van 15 of 20 jaar geleden gelden nog altijd. We staan niet zo ver als had gekund. Hoofdoorzaak nummer één hiervan is de versnippering van het beleid. Toch houdt het beleid wel degelijk rekening met ons onderzoek. Het Steunpunt WVG trekt volop de kaart van onderzoek als basis voor langetermijnbeleid voor een integrale zorg en ondersteuning. Zo zetten we begin februari een internationaal BelRAI-congres op poten. In andere landen beginnen de sectoren vaak van nul, wat in dit geval een voordeel is. Bij ons heeft elke sector al zijn tools. Toch kiest het beleid om naar één centraal instrument toe te werken en dat is een goede keuze.”

Maar alweer: het duurt zo ontzettend lang om dat te realiseren?

“Dat is zo. De eerste voorstelling van de BelRAI vond plaats in 1995. Vandaag is de ouderenzorg er klaar voor. De geestelijke gezondheidszorg aarzelt nog. De ziekenhuizen staan niet te springen. De BelRAI heeft wel het voordeel dat hij modulair ingevoerd kan worden. Maar om terug te komen op onze impact: we ondersteunen het beleid op heel wat punten. Zo proberen we helderheid te krijgen in de uitbouw van de Vlaamse Sociale Bescherming. Soms duurt het wat lang voor we resultaat zien van ons onderzoek, maar we hebben geduld. Dat is een probleem in elk land waar al veel bestaat: oude gewoontes en tradities loslaten is niet gemakkelijk.”

Wat zijn andere actuele domeinen?

“Algemeen merken we een groeiend streven naar transparantie en duidelijke financiële stromen. We onderzoeken waar de grootste noden liggen en waar we het grootste verschil kunnen maken. Zo hebben we meer aandacht voor de eerste lijn en haar rol in de vermaatschappelijking. In de financiering staat

de eerste lijn minder stevig, maar als we willen focussen op chronische ziekten en vroegdetectie, dan moeten we de eerste lijn sowieso versterken. Vraag is ook hoe we mensen zo goed mogelijk voor zichzelf kunnen laten zorgen. Gezonde voeding, voldoende buiten komen, maar ook e-tools kunnen een verschil maken. Hoe kunnen we vereenzaming tegengaan en buurtzorg organiseren? Ook hier kan enkel een transdisciplinaire aanpak resultaat geven. Om vereenzaming tegen te gaan, moeten we trachten om meer ontmoetingen te stimuleren en dus hebben experts ruimtelijke ordening een relevante inbreng. In de jaren 1990 hebben we een studie gedaan naar kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie. De principes uit die studie zijn intussen verworven. De impact is er dus wel degelijk.”

U wees op de beperkte middelen voor onderzoek. Hoe slaagt LUCAS erin om toch altijd weer de nodige middelen bijeen te harken?

“Dat lukt helaas niet altijd. Het is moeilijk om middelen voor fundamenteel onderzoek binnen te halen. Toch slagen we er geregeld in om doctoraten te begeleiden. Verder zijn er kortdurende opdrachten van overheden rond een specifieke beleidsvraag. Meer uitzonderlijk zijn de langdurige trajecten, zoals we nu twee keer vier jaar een medewerker kunnen laten werken rond vroegtijdige zorgplanning in de woonzorgcentra. Op 31 januari stellen we trouwens de publicatie *‘Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. Kiezen in overleg’* voor en we organiseren opleidingen Shared Decision Making (SDM) om de overgang van oudere mensen met dementie van de thuissituatie naar het woonzorgcentrum vlot te laten verlopen. De opleidingen SDM voor professionals hadden aanvankelijk niet het gewenste resultaat. Hulpverleners snaptten het wel, maar ze pasten het niet toe. Na verder onderzoek hebben we drie bijkomende

maatregelen genomen. Ten eerste hebben we mantelzorgers geleerd om vragen te stellen, bijvoorbeeld: wat gebeurt er als we de medicatie stopzetten, welke opties zijn er? Ten tweede raden we aan om op teamvergaderingen niet alleen advies te formuleren, maar expliciet verschillende opties aan bod te laten komen. Ten derde is het de taak van het management om dit te bewaken vanuit de visie. Na deze bijsturing zien we dat de resultaten veel beter zijn. De gesprekken SDM verlopen nu *evidence based* rond twaalf thema's. De publicatie biedt alle materiaal en achtergrond en kan dienen als documentatie voor een programma *train-the-trainer*. Het Vlaams ImpulsNetwerk voor Dementie-onderzoek heeft dit onderzoek gefinancierd.

Zonder zulke samenwerkingen kan LUCAS weinig realiseren, ondanks de grote relevantie. Nog een voorbeeld is het onderzoek naar nachtrust bij mensen met dementie. Een van de factoren waarom mensen naar het woonzorgcentrum verhuizen, is dat ze dag en nacht door elkaar halen. Als dat gebeurt, staan mantelzorgers voor een onmogelijke opdracht, wat vaak leidt tot een plotse opname in het woonzorgcentrum, wat nooit ideaal is. We hebben daarom een tool ontwikkeld om de nachtrust van mensen in kaart te brengen, meer in het bijzonder de uitlokkende factoren van een gestoorde nachtrust en wat we eraan kunnen doen. Observaties in tien woonzorgcentra leren ons dat verschillende factoren meespelen: licht in de gang, gepraat op de gang, te vroeg naar bed of zelfs een gordijn waarin iemand met dementie een figuur zag die angst aanjoeg... Al die factoren zijn op te lossen. We zoeken nu budget voor verder onderzoek: 'hoe kunnen nachtmedewerkers bijdragen aan een betere nachtrust, er rekening mee houdend dat die medewerkers er dikwijls alleen voor staan?'

Het lijken kleine dingen, maar ze betekenen een enorm verschil voor veel mensen. Niet alleen bij ons, maar ook Europees is het een thema dat leeft. Begin december was er nog een rondetafel hierover in het Europees Parlement – 'Tackling Insomnia in Alzheimer's Disease: A Wake Up Call' – waaraan we meewerkten. De deelnemende artsen vonden het geweldig wat we al gerealiseerd hadden. En toch blijft het moeilijk om hier middelen voor te vinden.”

Ook in de geestelijke gezondheidszorg heeft LUCAS mee de veranderingen op de sporen gezet.



Chantal Van Audenhove: "We staan niet zo ver als had gekund. Hoofdoorzaak nummer één hiervan is de versnippering van het beleid."

"De vermaatschappelijking, het herstelgericht werken... Het zijn allemaal thema's waarop we gewerkt hebben. Het is mooi dat voorzieningen die soms minder goed scoren op een evaluatie van LUCAS zelf het initiatief nemen om bij hun collega's aan te kloppen en te leren van elkaar. Ik vind het prachtig als een sector dat zelf opneemt. Wat niet betekent dat alles meteen in orde is. Ik zie ook nog veel window-dressing. Maar goed, het herstelgericht werken, participatie, cliëntgerichtheid... in de hoofden zijn die concepten ondertussen verworven."

Hoe verklaart u het succes van de relatief snelle omschakeling in de geestelijke gezondheidszorg?

"Hierin spelen veel factoren mee. Onze samenleving verandert, alle informatie is toegankelijk voor iedereen, de scholingsgraad is gestegen, de babyboomers hebben totaal andere verwachtingen dan de vorige cohorte ouderen... En vergeet niet de impact van het Vlaams Patiëntenplatform op alle niveaus: in de zorgrelatie, in de organisaties, in het beleid en in het onderzoek en onderwijs. Toch kunnen we nog een tandje bijsteken. We lopen nog achter op Nederland op het vlak van *peer support*."

Vlaams minister Wouter Beke heeft in zijn eerste maanden veel kritiek gekregen, ook

uit de zorg- en welzijnssector. Hoe kijkt u daarnaar?

"Met grote ongerustheid. Ik ben ontgoocheld over de besparingen, ook als voorzitter van het Vlaams Welzijnsverbond. We weten dat de zorgnoden toenemen en dat het belangrijk is dat er vanuit een sterke visie gezocht wordt naar nieuwe oplossingen die duurzaam zijn. Misschien kunnen we hier en daar de beschikbare middelen beter inzetten. Bijvoorbeeld door een sterkere intersectorale samenwerking of door een sterkere gezondheids promotie en preventie. En we kunnen ook de eerste lijn sterker uitbouwen. In de geestelijke gezondheidszorg is er veel ten goede veranderd, maar we behoren nog altijd tot de wereldtop wat betreft het aantal residentiële bedden. Dat is niet meer te verantwoorden. We moeten de vermaatschappelijkingsbeweging voortzetten met goede oplossingen die ook op lange termijn haalbaar zijn. Daarnaast gebeurt er vandaag al heel wat op het vlak van zelfzorg en wederzijdse zorg. Hoeveel 80-plussers zijn er niet die zorg dragen voor hun partner? Of voor een kind met een handicap? Zien we dat genoeg? Valoriseren we dat genoeg? En dan bedoel ik niet dat we die mensen moeten betalen, wel dat we ze moeten ondersteunen en erkennen. Maar het blijft een feit dat de besparingen in de welzijnssectoren zeer ingrijpend zijn en

dat het probleem met het beter inzetten van de middelen niet kan opgelost worden. Ik hoop dat het beleid vanuit een sterke visie verder zal bouwen op de lijnen die in de vorige legislatuur uitgezet zijn. Anders zie ik de onvrede in het werkveld alleen nog toenemen."

Is er nog een specifiek onderzoek dat u heel graag met LUCAS wil realiseren?

"Ik zou al tevreden zijn als we de middelen vonden om ons onderzoek naar nachtrust bij mensen met dementie voort te zetten. Begin dit jaar zijn we ook een vierjarig onderzoek 'Mind-up' gestart over de preventie van burn-out, suïcide, depressie en stigmatisering in KMO's, de bouwsector, de zorg en de ICT. Het is een internationale studie met 17 landen. Dat is belangrijk onderzoek, dat we op termijn ook zullen kunnen vertalen naar campagnes op maat."

Chantal Van Audenhove, Aline Sevenants, Walter Rombouts en Patrick Laevens (2020). 'Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra. Kiezen in overleg.' Uitgeverij Politeia.

Een klacht is een cadeau

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: PETER DE SCHRYVER

“Onze maatschappij is kritischer geworden en dat voelen we ook in het woonzorgcentrum”, vertelt Edwine Laridon van Sint-Camillus in Wevelgem. “We stellen vast dat we steeds meer klachten ontvangen. Daarom staken we met een aantal voorzieningen de koppen bij elkaar en werkten samen met Zorgnet-Icuro de richtlijn ‘Kwaliteitsvol klachtenbeleid’ uit.” Karolin Vannieuwenhuysse, stafmedewerker ouderenzorg bij Zorgnet-Icuro beaamt: “Het was noodzakelijk om een visie uit te werken over de manier waarop we in de woonzorgcentra omgaan met klachten.”

Wat bracht jullie ertoe om deze richtlijn te ontwikkelen?

Edwine Laridon: “De maatschappij evolueert en dat merken we vooral aan het feit dat bewoners, familieleden en medewerkers mondiger, maar vooral kritischer worden. We voelen dat we ons als woonzorgcentrum moeten aanpassen aan die evolutie. De uitspraak ‘one size fits all’ telt niet meer vandaag. We moeten meer luisteren naar mensen, correcte feedback geven en duidelijk onze mogelijkheden uitspreken. Dat is niet altijd evident. Het zorgt ervoor dat onze medewerkers andere competenties nodig hebben en dat we hier vanuit het beleid moeten op inzetten.

We stellen vast dat heel wat woonzorgcentra steeds meer klachten ontvangen. We kampen allemaal met dezelfde vragen. Hoe pak je dat aan? Wat doe je met klachten waarvoor je maar geen oplossing vindt of wanneer er zich naar aanleiding van een klacht een onverwacht inspectiebezoek aandient? Daarom bekeken we in een werkgroep of we hiermee iets konden doen. Vanuit die brainstorm namen we contact op met Zorgnet-Icuro en gingen samen aan de slag. De richtlijn ‘Kwaliteitsvol klachtenbeleid’ is het resultaat.

Karolin Vannieuwenhuysse: “Directies van woonzorgcentra uit West-Vlaanderen gaven het signaal, maar elk woonzorgcen-



Edwine Laridon: “We moeten eerst en vooral proactief werken. Het is van essentieel belang om de mensen te informeren over hoe we werken en waarmee we bezig zijn: wat kan je verwachten bij de maaltijden? Hoe zal de facturering verlopen?”

trum kampt met dezelfde bekommernissen. Hoe kunnen we proactief werken en vermijden dat een vraag uitmondt in een klacht? Hoe ga ik om met die klachten? Daarom zette we vanuit Zorgnet-Icuro graag onze schouders mee onder dit project. Het is geen gemakkelijk thema. De diversiteit bij de verschillende woonzorgcentra is groot. Sommige huizen werken al lang rond dit thema en bouwden reeds een eigen werkwijze uit, andere huizen leggen nog te veel de nadruk op het hebben van een klachtenprocedure. Klachtenbehandeling situeert zich ook in een ruim kader. Het is een essentieel onderdeel van een ruimer kwaliteitsbeleid. Er zijn vele stakeholders: de bewoners, familie, medewerkers, vrijwilligers, overheid, inspectie... We probeerden in de richtlijn zoveel mogelijk perspectieven aan bod te laten komen. We toetsten ook af met het Agentschap Zorg en Gezondheid en met de Vlaamse Ouderenraad.

Ons doel was om een brochure uit te geven die meer is dan een inspiratienota. Daarom kozen we ook voor de ondertitel 'Richtlijn voor goede praktijk'. We stellen een werkwijze voor waarmee je als woonzorgcentrum aan de slag kan gaan om een beleid uit te werken. Klachtenbehandeling is soms een moeilijk thema, maar als koepel vinden we het belangrijk om dat niet uit de weg te gaan. Het is niet omdat je als voorziening weinig klachten krijgt, dat je daarom per definitie goed bezig bent. Het is belangrijk dat een woonzorgcentrum klachten capteert. Dat je de klachten kent en kan aangeven aan de bewoners en hun familie wat er kan gedaan worden, maar ook wat niet lukt."

Merken jullie een evolutie in het soort klachten en de manier waarop ze behandeld worden?

Edwine Laridon: "Vroeger zag men een woonzorgcentrum als gemeenschaps-wonen en werd er veel meer getolereerd. Vandaag staat het individu met zijn eigen

"De manier waarop je naar een klacht kijkt, is essentieel. Het is geen bedreiging, maar een cadeau. Het is een kans om te groeien en het beter te doen. Daarvoor moeten voorziening, directie en medewerkers zich op alle vlakken kwetsbaar durven opstellen."

wensen op de voorgrond en legt men een klacht neer als die wensen niet of onvoldoende vervuld worden. Maar ook onze medewerkers veranderen. Het autoritair leiderschap wordt niet langer zomaar gevolgd. Medewerkers eisen inspraak, wat soms ook wel zorgt voor tegenspraak. En ja, dat botst soms met familie en bewoners wat kan resulteren in een klacht.

Er is ook een verschuiving merkbaar in het soort klachten. We registreren nu meer klachten over service en de attitude van de medewerkers. Ik denk bijvoorbeeld aan een bewoner die te lang op het toilet blijft zitten na een beloproep. Vroeger zou men zo iets vaker getolereerd hebben. Vandaag hebben wij als woonzorgcentrum richtlijnen uitgeschreven hoe snel medewerkers moeten reageren en dan verwachten bewoners dat die richtlijnen gerespecteerd worden. Vroeger gingen klachten voornamelijk over praktische zaken. De soep was koud, de aardappelen te hard of een bewoner was niet in bad geweest... Nu durven bewoners benoemen dat een medewerker grof of hardhandig was. Volgens mij komt dat omdat mensen vroeger bang waren voor de gevolgen. De medewerker waartegen ze een klacht uitspraken was immers de persoon die de volgende dag weer instond voor de zorg. Nu is die angst veel minder groot en durven mensen de problemen benoemen. Op die manier kunnen we ze ook aanpakken. Een eigenlijk is dat maar goed ook.

Kijk, er kan elke dag iets verkeerd lopen. Het gaat erom hoe je omgaat met die kleine fouten. Een klacht kan door de mede-

werker of directie als negatief beschouwd worden. Het is vervelend en de mensen die de klacht uiten, ogen plots een stuk minder sympathiek. Maar zo raak je in een negatieve spiraal die moeilijk te doorbreken is, wat vaak resulteert in nog meer klachten. Zover mogen we het niet laten komen. Met deze richtlijn rond klachtenbeleid proberen we met een positieve blik te kijken naar een klacht. Het is een geschenk dat je de kans biedt om zaken te verbeteren. Je moet die houding ook overdragen naar je medewerkers. Neem het niet persoonlijk op wanneer er een klacht komt, maar leer er iets uit als medewerker, als team, als huis. Hoe kunnen we hiermee onze werking verbeteren?"

Welke verbetertrajecten schuift de richtlijn naar voor?

Karolin Vannieuwenhuysse: "Voorkomen is beter dan genezen. In de voorbereiding kwamen we al snel tot het belang van klachtenpreventie, wat ik enorm waardevol vind. Wees duidelijk in wat je als woonzorgcentrum kan, waar je inspanning zal leveren en wat niet mogelijk is. Een transparante communicatie over alle aspecten en een realistische schets van het leven in een woonzorgcentrum, bijvoorbeeld bij een inhuizing, scheidt de juiste verwachtingen. Je kan jouw voorziening voorstellen als de hemel op aarde waar de bewoners elke dag een glaasje cava bij hun vijfgangendiner krijgen, maar dat scheidt een fout beeld. Het is beter om samen met de bewoners en hun familie te bekijken hoe je - binnen de grenzen en de mogelijkheden van een woonzorgcen-



trum – wensen kan realiseren en vragen kan oplossen.”

Edwine Laridon: “We moeten inderdaad eerst en vooral proactief werken. Het is van essentieel belang om de mensen te informeren over hoe we werken en waarmee we bezig zijn. Niet alleen bij de inhuizing, maar ook in de gebruikersraad. Wat zal er in huis veranderen? Wat kan je verwachten bij de maaltijden? Hoe zal de facturering verlopen? Hoe meer inzicht mensen hebben in de werking van een woonzorgcentrum, hoe helderder hun verwachtingen zijn.

Daarnaast moeten we de sleutelfiguren, namelijk de medewerkers en leidinggevenden coachen. Een team moet niet zitten wachten op een klacht. In het kader van wonen en leven willen we zorg op maat organiseren. Elke bewoner heeft zijn eigen prioriteiten. De een wil dat de kleerkast altijd netjes geordend is, voor de ander is de slaapmuts belangrijk. We moeten proberen om per bewoner een aantal zaken die voor de bewoner of zijn familie belangrijk zijn op te lijsten. Met die hot items gaan we aan de slag.”

Karolin Vannieuwenhuysse: “Medewerkers moeten hun communicatievaardigheden kunnen aanscherpen via vorming en coaching. Hoe luister je actief naar iemand, hoe zorg je ervoor dat de bewoner jouw boodschap of vraag goed begrepen heeft. De zorgsector legt steeds meer het accent op warme, persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dat gaat vaak over kleine dingen: een bewoner een goeie-morgen wens; wanneer je belooft om een fles water te brengen, dan effectief ook terugkomen met die fles. Een van de aanbevelingen in de nota is om meer aandacht te besteden aan die grondhouding: dat is niet nieuw, maar essentieel bij een goed klachtenbeleid.”

Edwine Laridon: “Je moet bewoner en familie altijd correct informeren hoe een klacht zal worden behandeld en wanneer bewoners resultaat kunnen verwachten. Vanuit mijn praktijkervaring heb ik ook geleerd dat het belangrijk is om aan de bewoners en familie mee te geven hoe lang het zal duren om uit te voeren wat je beloofd hebt. Vaak zijn er verschillende diensten en medewerkers betrokken die een aantal zaken moeten bijsturen en daar gaat wat tijd over.”

Wat is een goede grondhouding die je als woonzorgcentrum kan aannemen bij klachtenbeleid?

Edwine Laridon: “Luisteren is heel belangrijk. Je moet openstaan voor het verhaal van de mensen. Soms nodigen we familieleden die veel klachten hebben uit voor een gesprek. Meestal zijn dat mensen die vaak in ons huis aanwezig zijn en enorm veel doen voor hun moeder, vader of partner. Het helpt om in gesprek te gaan. Hoe verloopt het nu? Wat gaat er beter? Zijn er nog zaken waar jullie tegenaan lopen?”

Karolin Vannieuwenhuysse: “Het komt opnieuw neer op de manier waarop je naar een klacht kijkt. Het is geen bedreiging, maar een cadeau. Het is een kans om te groeien en het beter te doen. Daarvoor moeten voorziening, directie en medewerkers zich op alle vlakken kwetsbaar durven opstellen.”

Edwine Laridon: “In ons woonzorgcentrum werken er 150 medewerkers en als elke medewerker slechts een fout per dag maakt, zijn dat nog steeds 150 fouten wat resulteert in ongeveer één klacht om de twee dagen. Als woonzorgcentrum moet je dat relativeren en durven benoemen dat medewerkers mensen zijn die fouten kunnen en zullen maken. Je moet toegeven dat je in de fout ging. Ja, hier liepen de dingen niet zoals het hoorde. We doen ons best om het recht te zetten en het aan te pakken. Net daarom moet een klachtenbeleid gedragen worden door de hele organisatie. Zo voelt een medewerker en een team ook dat ze er niet alleen voor staan.

We realiseren ons dat het voor de familie niet altijd evident is om een klacht te uiten. Als bewoner die verzorging nodig heeft, zit je immers in een kwetsbare positie. Daarom verzekeren we de mensen altijd: ‘Het is goed dat je dit benoemt. We gaan er uit leren en we nemen het mee voor het hele huis.’

Karoline Vannieuwenhuysse: “Tegelijkertijd moet je een team wel de ruimte geven om de klachten zelf op te lossen. Je moet zeker nagaan of er op organisatorisch vlak verbetering nodig is, maar het moet ook niet moeilijker gemaakt worden dan het soms is. Geef als organisatie aan je medewerkers mee wat ze zelf snel kunnen oplossen, maar leer hen ook om alert te zijn voor onderliggende redenen.

“Een klacht is altijd uit het leven gegrepen”, vertelt Veerle Van der Linden van het Agentschap Zorg & Gezondheid. “De richtlijn ‘Kwaliteitsvol klachtenbeleid’ is daarom een goed en lovenswaardig initiatief. Het kan de directies alleen maar stimuleren om hun kwaliteit nog te verbeteren.”

In 1994 nam toenmalig Minister van Welzijn Wivina Demeester het initiatief om een speciale telefoonlijn te openen waar mensen naartoe konden bellen met hun klachten over rusthuizen, zoals de woonzorgcentra toen nog genoemd werden. Er werden toen heel wat klachten geuit, vaak via verschillende kanalen. Met dit speciaal 078-nummer wou minister Demeester de behandeling van alle klachten stroomlijnen.

“Oorspronkelijk was het de bedoeling dat die telefoonlijn niet lang zou bestaan”, zegt Veerle Van der Linden. “Maar het bleek een zeer nuttig instrument om tussen te komen of een antwoord te bieden op klachten over woonzorgcentra, iets waar zowel de personeelsleden als de gebruikers duidelijk nood aan hadden. In 2011 veranderden we onze naam naar Woonzorglijn. Het zorglandschap was sinds 1994 enorm veranderd en die naam weerspiegelt de realiteit een stuk beter.”

Klachten en info

“De meeste klachten die we binnenkrijgen gaan over de personeelsomkadering die de mensen te laag vinden of als te laag ervaren, en over hulp- en dienstverlening. Beloproepen die te laat beantwoord worden is een klassiek voorbeeld van zo’n klacht.”

“Daarnaast bellen mensen ons op met vragen. Heel vaak willen de bellers meer weten over hun rechten als bewoner. Kan mijn moeder verzorging weigeren als ze niet in bad wil gaan? Mag mijn vader eten wanneer hij wil? Kan ik eisen dat mijn partner hulp krijgt bij het toiletbezoek? Een ander belangrijk thema is de dagprijs en facturatie. Mag het woonzorgcentrum

‘Wees helder en duidelijk’

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: JAN LOCUS

de was aanrekenen? Kan de voorziening de dagprijs zomaar verhogen?”

Lagere drempel

“We merken de laatste tien jaar een stijging van het aantal klachten. Dat heeft verschillende redenen. Eerst en vooral is onze bevolking aan het vergrijzen. Er zijn meer mensen die zorg nodig hebben en het aantal woonzorgcentra groeit. Dat maakt de doelgroep groter, wat logischerwijs zorgt voor meer kans op klachten. Daarnaast merken we dat de mensen mondiger en kritischer zijn. Ze hebben meer oog voor de prijs-kwaliteitverhouding. Ten slotte speelt de technologie ook mee in dit verhaal. Vroeger kon men enkel een klacht melden via de telefoon of een brief. Nu kan dit heel simpel via een formulier op de website, waardoor de drempel om een klacht effectief door te geven, opmerkelijk lager is.”

“We zien minder evolutie in de aard van de klachten. Die gaan meestal over de grote thema’s zorg- en dienstverlening. Je voelt wel dat mensen kritischer worden en de lat hoger leggen, voornamelijk de familie. Zij letten vandaag veel meer op zaken zoals ‘hoe spreken de medewerkers mijn moeder aan? Hoe gaan ze om met mijn vader?’ Vroeger kregen we meer klachten over de dagelijkse omgang, nu let men meer op omgangsvormen en is men kritischer over de manier waarop bewoners behandeld worden.”

Procedure

“Wanneer wij een klacht ontvangen bij de Woonzorglijn informeren we altijd of de klacht al intern werd geformuleerd’, vervolgt Veerle Van der Linden. “We vragen steeds aan de persoon die een klacht uit om eerst contact op te nemen met de klachtenbehandelaar in het woonzorgcentrum zelf voor een interne bespreking. Wanneer het een klacht betreft die niet persoonsgebonden is, raden we aan om die op de agenda van de gebruikersraad te zetten. Stel dat iemand vindt dat de



Veerle Van der Linden: “De meeste klachten die we binnenkrijgen gaan over de personeelsomkadering die de mensen te laag vinden of als te laag ervaren, en over hulp- en dienstverlening. Beloproepen die te laat beantwoord worden is een klassiek voorbeeld van zo’n klacht.”

spreading van de maaltijden beter kan, dan is de gebruikersraad een ideaal forum om te polsen of er nog bewoners zijn die hiermee een probleem hebben. Zoja, dan kunnen van daaruit de nodige stappen gezet worden om de situatie aan te pakken.”

“Wanneer mensen hun klacht al intern voorlegden en dat op niets uitdraaide of – in sommige gevallen – wanneer men echt niet durft om de klacht persoonlijk voor te leggen, dan gaan we na of we vanuit de Woonzorglijn de klachten kunnen oplossen. Wij nemen contact op met het woonzorgcentrum of vragen aan de Zorginspectie om een zorginspecteur langs te sturen. Wanneer er bijvoorbeeld een klacht ingediend wordt over personeelstekort, gaat de inspectie ter plaatse om te controleren of die klacht gegrond is.”

Verbeterpunten

“Wanneer de voorziening zelf duidelijk communiceert, kunnen heel wat klachten makkelijk intern opgelost worden of doen de klachten zich zelfs niet voor. Vaak

kunnen een goed gesprek en heldere afspraken al heel wat doen.”

“Het is ook belangrijk dat de interne klachtenprocedure, die verplicht is in elk woonzorgcentrum, goed zichtbaar is. Die staat in de afsprakennota, maar niet iedereen leest die. De affiche van de Woonzorglijn zien ze wel hangen in de cafetaria bijvoorbeeld, dus is het ergens logisch dat mensen ons als eerste contacteren. Dat kan een woonzorgcentrum makkelijk ondervangen door zijn eigen klachtenprocedure heel duidelijk kenbaar te maken en te afficheren.”

“We raden de voorzieningen ook aan om de bewoners en hun familie een goed beeld te schetsen van wat ze mogen verwachten. Sommige mensen verwachten te veel. Geef duidelijk aan wat er wel inbegrepen is in de dienstverlening en wat niet. De richtlijn ‘Kwaliteitsvol klachtenbeleid’ speelt goed in op die mogelijke verbeterpunten met goede tips en praktijkvoorbeelden.”



Karolin Vannieuwenhuysse: "Je moet een team de ruimte geven om de klachten zelf op te lossen. Het is belangrijk na te gaan of er op organisatorisch vlak verbetering nodig is, maar het moet ook niet moeilijker gemaakt worden dan het soms is."

"De manier waarop wij klachten aanpakken, is aan het veranderen. Wij gaan na een klacht veel vaker aan tafel zitten met de familie om een plan van aanpak op te stellen."

Stel dat er klachten komen dat de koffie koud is. Een nieuwe kop warme koffie is snel gehaald, maar het is zinvol om na te gaan waarom die koffie koud is. Misschien is er iets mis met de koffiemachine? Door het probleem bij de basis op te lossen, vermijd je toekomstige klachten. Geef medewerkers ook de ruimte om van 'regels' af te wijken, als dit verantwoord is in het voordeel is van de bewoner."

Edwine Laridon: "Ik stel vast dat de manier waarop wij klachten aanpakken aan het veranderen is. Wij gaan na een klacht veel vaker aan tafel zitten met de familie om een plan van aanpak op te stellen. Wat verwacht je van het team en van ons? Wat kunnen jullie doen? Op die manier escaleert de situatie veel minder en kunnen we mensen met een gerust gevoel naar huis laten gaan. We moeten oog hebben voor het verhaal achter de klachten. Vaak gaat het niet over die tas koude koffie, maar wel over een dochter die ziet hoe haar moeder zelf geen koffie meer kan zetten en nu afhankelijk is van andere mensen. Het is vaak een verhaal van loslaten."

Wanneer is een klacht goed behandeld?

Edwine Laridon: "Wanneer er opnieuw tevredenheid en vertrouwen is. Soms is een klacht simpel op te lossen, door bijvoorbeeld te zorgen dat de koffie altijd goed warm is of de klerkast te ordenen zoals de bewoner dat graag heeft. In andere gevallen kunnen we de klacht niet oplossen, maar kunnen we wel verduidelijken waarom dat niet kan. Wanneer mensen begrip hebben voor de situatie zorgt dat ook voor tevredenheid."

Karolin Vannieuwenhuysse: "Als koepel vindt Zorgnet-Icuro het belangrijk dat klachten niet uit de weg gegaan worden.

Wanneer er klachten zijn, moeten ze aangepakt worden door in dialoog te gaan met elkaar en samen een oplossing te zoeken. Een groot stuk van de preventie zit in de transparantie. Wees correct over wat men kan verwachten in een woonzorgcentrum. Zorg voor een heldere website met transparante informatie over alle aspecten van het wonen en leven.

We hebben samen met de richtlijn een vragenlijst ontwikkeld die Woonzorgcentra kunnen gebruiken om de klachten digitaal te registreren. We trekken in de tool de grenzen open waardoor de mensen naast klachten ook de kans krijgen om een vraag, een opmerking of een compliment na te laten. Net omdat we het belangrijk vinden voor de medewerkers dat niet alleen de negatieve zaken gecapteerd worden. Klachtenregistratie is wettelijk verplicht, maar met deze tool ga je een stapje verder. Het is niet de bedoeling om een klacht te ontvangen, snel op te lossen en er niet meer naar om te kijken. Je registreert, analyseert en remedieert. Die verbetercirkel past ook perfect in de onderliggende redenering van Prezo Woonzorg, een integraal kwaliteitssysteem dat Zorgnet-Icuro samen met en voor de sector heeft ontwikkeld. Zo kunnen we proactief met klachten aan de slag gaan. Heel deze richtlijn kadert in de kwaliteit die we willen bieden en zorgzaam omgaan met de verwachtingen en noden van de bewoners en hun familie.

De publicatie *Kwaliteitsvol klachtenbeleid in woonzorgcentra. Richtlijn voor goede praktijk* zal eind februari beschikbaar zijn in de ledenzone op www.zorgnet-icuro.be. Alle woonzorgcentra aangesloten bij Zorgnet-Icuro krijgen ook een gedrukt exemplaar toegestuurd.



OPLEIDINGEN

LEAN EXPERT IN ZORG EN WELZIJN

Wil jij binnen jouw zorgvoorziening **een continue verbetercultuur installeren** met een maximale klantgerichtheid en zo min mogelijk verspilling van energie? Schrijf je dan nu in voor de vierdaagse opleiding 'Lean in Zorg en Welzijn', een samenwerking tussen Zorgnet-Icuro en Zorgondersteuning. Deelnemers worden opgeleid tot 'Lean Expert in Zorg en Welzijn'. Dat betekent dat zij na het doorlopen van de opleiding in staat zullen zijn om verbetertrajecten op te zetten om de zorg- en ondersteunende processen binnen de eigen voorziening efficiënter en effectiever te maken. Deelnemers verwerven inzicht in het opzetten van waarden toevoegende processen en gooien verspilling overboord.

De opleiding duurt in totaal 32 uur, verdeeld over drie volledige dagen en twee intervisiedagen die elk een halve dag in beslag nemen. Op de laatste intervisiedag presenteren de deelnemers hun projecten voor een jury die tegelijk instaat voor de kwaliteitsbewaking van deze opleiding.

Programma

- Dag 1: Introductiedag lean in Zorg en Welzijn
- Dag 2: verdiepingstag over efficiënte en effectieve zorg
- Dag 3: verdiepingstag over klantgerichtheid
- Dag 4: intervisie verspreid over twee halve dagen

Locaties en prijzen

Er worden vier opleidingen voorzien: twee in het voorjaar van 2020, en twee in het najaar, met geografische spreiding over Vlaanderen. Per opleiding worden max. 15 deelnemers toegelaten. Om zoveel mogelijk leden van Zorgnet-Icuro de kans te geven te participeren, kan één persoon per voorziening deelnemen.

Oost-Vlaanderen: AZ Alma

- Vrijdag 6 maart van 9u tot 17u
- Donderdag 2 april van 9u tot 17u
- Dinsdag 5 mei van 9u tot 17u
- Woensdag 10 juni van 13u tot 17u
- Woensdag 24 juni van 13u tot 17u

Limburg en Kempen: Ziekenhuis Oost-Limburg

- Woensdag 18 maart van 9u tot 17u
- Vrijdag 3 april van 9u tot 17u
- Woensdag 6 mei van 9u tot 17u
- Vrijdag 5 juni van 13u tot 17u
- Maandag 22 juni van 13u tot 17u

Prijzen

- Leden van Zorgondersteuning betalen €1.580 (excl. BTW, inclusief lesmateriaal en catering)
- Niet-leden van Zorgondersteuning betalen €1.896 (excl. BTW, inclusief lesmateriaal en catering)
- Leden van Zorgnet-Icuro krijgen een extra korting van €500 euro (incl. BTW)

Zorgondersteuning vzw is erkend dienstverlener voor opleidingen bij de KMO-portefeuille onder het registratienummer DV.0235615.

De opleiding Lean Expert in Zorg en Welzijn is ook erkend door het VOV (Vlaams Opleidingsverlof). Hierdoor kunnen organisaties die inschrijven en gebruik kunnen maken van het VOV rekenen op een tegemoetkoming van 21,30 euro per uur of 680 euro voor de opleiding van 32 uur.

Meer info? Inschrijven?

Surf naar www.zorgondersteuning.be of stuur een e-mail naar info@zorgondersteuning.be

“Een complex verhaal”

TEKST EN BEELD: BJÖRN CRUL

In Vlaanderen is de puzzel gelegd: 13 ziekenhuisnetwerken hebben een vraag tot erkenning ingediend. De overheid heeft voorzien dat er in Wallonië maximaal 8 netwerken mogen worden gevormd en in Brussel 4. Aanvankelijk was het de bedoeling om alle netwerken op 1 januari 2020 te laten starten, maar die datum werd niet gehaald. In Brussel en Wallonië nam de vorming van netwerken veel meer tijd in beslag dan in Vlaanderen. Zorgwijzer ging praten met twee koepels in Wallonië en Brussel

Ziekenhuisnetwerken in Wallonië

In Wallonië komen er maximaal 8 ziekenhuisnetwerken. De vorming van die netwerken loopt echter niet van een leien dakje. “Het gaat in vele gevallen om nieuwe samenwerkingen tussen publieke en private ziekenhuizen. Het was wachten op de overheid om via een decreet een klimaat van vertrouwen te scheppen onder die partners”, aldus directeur Christophe Happe van sectororganisatie Unessa.

Unessa is een van de Waalse koepels in de zorgsector. Het vertegenwoordigt zo'n 900 organisaties in de gezondheidszorg en welzijnsector, samen goed voor 70.000 personeelsleden. Christophe Happe: “Onze leden staan achter het principe van de netwerkvorming om tot een beter zorgaanbod te komen voor de patiënt. We denken dat het bundelen van competenties kan leiden tot een betere kwaliteit en nog hogere veiligheid van de zorg.”

Om na te gaan hoe de acht Waalse netwerken het best tot stand konden komen, liet Unessa een studie uitvoeren. “De analyse gebeurde op basis van hoe patiënten zich verplaatsen naar een ziekenhuis. Zo werden de regionale stromen in kaart gebracht en kwamen we tot een theoretisch model van ‘ideale’ regio's om netwerken te vormen”, legt Happe uit. “Deze studie is vervolgens een basis geworden voor gesprekken tussen de ziekenhuisdirecties.”

Een kloof tussen openbare en privéziekenhuizen

Anders dan in Vlaanderen gaapt er in Wallonië nog een flinke kloof tussen openbare en privéziekenhuizen. “We brengen nu instellingen bijeen die elkaar voorheen niet kenden, om samen te werken aan het ziekenhuis van de toekomst. Er was dus tijd nodig om elkaar te leren kennen en om een klimaat van vertrouwen te scheppen voor het ziekenhuisnetwerk. In sommige gevallen wachtte men nog op meer duidelijkheid vanuit de politieke wereld.”

De aarzeling op het terrein had te maken met het verschil in governance tussen publieke en private instellingen. In Wallonië was er tot voor kort nog geen wettelijk kader dat een echte publiek-private samenwerking in de ziekenhuissector faciliteert. Christophe Happe: “We vroegen aan de vorige Waalse regering om een juridische structuur onder de vorm van een private vzw mogelijk te maken. Op die manier kunnen de partners samen beslissen hoe ze hun netwerk organiseren en wie daarin welk gewicht krijgt. Ons lijkt het essentieel om dat te bepalen op basis van het aantal bedden en het aantal behandelde patiënten.”

Dat voorstel is nu eindelijk goedgekeurd en in een decreet gegoten door de nieuwe regering. Unessa verwacht dat de Waalse netwerken in 2020 in een stroomversnelling zullen komen. “Voor privéziekenhuizen was het moeilijk om zich te engageren in een netwerk zonder zekerheid over de governance. Ze dreigden immers in een structuur terecht te komen waar de publieke sector het steeds voor het zeggen had. Als er een nieuwe private vzw kan worden opgericht, zitten de betrokken ziekenhuizen in een gelijk speelveld.”

Een van de eerste ziekenhuisnetwerken dat al concreet aan de slag is gegaan, is het netwerk Phare in Henegouwen, waarvan EpiCura, CHR Haute Senne, CHWapi en het Centre Hospitalier de Mouscron

deel van uitmaken. Samen bedienen zij een regio met ruim 600.000 inwoners. Intussen is duidelijk dat er telkens twee netwerken komen in Henegouwen, in de regio Charleroi en in Luik en één in de provincie Luxemburg en de regio Namen. Al die netwerken hebben net voor het einde van 2019 een officiële aanvraag tot erkenning ingediend bij de Waalse overheid.

Nog heel wat investeren

Toch wachten de Waalse ziekenhuizen nog flink wat uitdagingen. “Er zal behoorlijk geïnvesteerd moeten worden vooraleer we tot besparingen zullen komen via de netwerkvorming”, waarschuwt Christophe Happe. “Op heel wat plaatsen lopen er plannen voor verbouwingen en nieuwe ziekenhuizen. We spreken over een investering van 2,4 miljard euro in totaal. Die plannen moeten straks worden herbekeken in het kader van de strategie van het ziekenhuisnetwerk en de rollen die elk ziekenhuis daarin gaat opnemen. Alles hangt immers samen met het toekomstige zorgaanbod.”

Happe verwacht dat het ziekenhuislandschap 5 à 10 jaar nodig zal hebben om de netwerken op kruissnelheid te laten komen: “We moeten in het kader van de digitalisering ook investeren in nieuwe communicatienetwerken tussen de ziekenhuizen en het elektronische patiëntendossier, om maar enkele voorbeelden te noemen. En ook het overleg met de artsen en medewerkers zal tijd vragen. Iedereen moet zich kunnen vinden in het netwerk en de nieuwe structuur. De uitdaging zal erin bestaan om de verscheidene culturen te verenigen en samenwerking op verschillende niveaus in de betrokken organisaties te stimuleren”, besluit Christophe Happe.

“Er zal behoorlijk geïnvesteerd moeten worden vooraleer we tot besparingen zullen komen via de netwerkvorming. Op heel wat plaatsen lopen er plannen voor verbouwingen en nieuwe ziekenhuizen. We spreken over een investering van 2,4 miljard euro in totaal.”



Christophe Happe: “Onze leden staan achter het principe van de netwerkvorming om tot een beter zorgaanbod te komen voor de patiënt. We denken dat het bundelen van competenties kan leiden tot een betere kwaliteit en nog hogere veiligheid van de zorg.”

Ziekenhuisnetwerken in Brussel

In het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest zijn 4 ziekenhuisnetwerken voorzien. Doordat er ook zal worden samengewerkt met zorgvoorzieningen van buiten het gewest, vergt de procedure voor erkenning van die netwerken veel tijd. De deelstaten die bevoegd zijn voor elk van de ziekenhuizen moeten het netwerk immers erkennen. Gibbis, een van de zorgkoepels in Brussel, hoopt op een doorbraak in 2020.

Onze hoofdstad telt 14 algemene en universitaire ziekenhuizen. Binnen afzienbare tijd zullen die over 4 ziekenhuisnetwerken verdeeld zijn. “Als koepel zijn we uiteraard voorstander van de ziekenhuisnetwerken. Een betere organisatie van het zorgaanbod met een duidelijke afstemming tussen universitaire ziekenhuizen, referentiecentra en eerstelijnsziekenhuizen moet ervoor zorgen dat de kwaliteit van de zorgverlening hoog blijft, ongeacht waar de patiënt zich bevindt”, vertelt Patricia Lanssiers, algemeen directeur bij Gibbis.

De vzw Gezondheidsinstellingen Brussel/ Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS) verenigt sinds 2017 alle private zorgvoorzieningen in Brussel en telt nu ruim 50 leden: zowel ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg als woonzorgcentra. Lanssiers: “Wat de ziekenhuizen betreft, is hier het voorbije decennium al heel wat gebeurd. Er zijn grotere ziekenhuisgroepen gevormd, onder meer om efficiënter te kunnen werken. Chirec en Europa Ziekenhuizen zijn daarvan mooie voorbeelden. Door de schaalvergroting telt het kleinste acute ziekenhuis nu al 550 bedden, terwijl de kleinste materniteit goed is voor 1200 bevallingen per jaar.”

Complexe staatsstructuur, complex erkenningsproces

De financiële toestand van de Belgische ziekenhuizen is niet rooskleurig en de Brusselse context maakt dat de ren-





Patricia Lanssiers: "De vorming en erkenning van de netwerken wordt mee beïnvloed door onze complexe staatsstructuur. Eén van de vier Brusselse netwerken zal grensoverschrijdend samenwerken met Vlaamse ziekenhuizen."

dabiliteit hier wellicht nog meer onder druk staat dan elders. "De hoofdstad telt 1,2 miljoen inwoners en 350.000 pendelaars en heeft een specifieke demografie met veel buitenlanders, mensen met een migratieachtergrond, studenten enz. Meer dan elders zijn er bijvoorbeeld patiënten met betalingsproblemen. We moeten er ook rekening mee houden dat een derde van de patiënten die in Brussel worden verzorgd, hier niet wonen."

Al die factoren spelen mee in de organisatie van de ziekenhuisnetwerken. Bovendien wordt de vorming en erkenning van de netwerken mee beïnvloed door onze complexe staatsstructuur. "Eén van de vier netwerken zal grensoverschrijdend samenwerken met Vlaamse ziekenhuizen (UZ Brussel, Sint-Maria Halle, en OLV Ziekenhuis en het Stedelijk Ziekenhuis in Aalst). Een tweede netwerk dat gevormd is, is de grensoverschrijdende samenwerking van het universitair ziekenhuis Saint-Luc, de Europa Ziekenhuizen en Kliniek Sint-Jan Brussel met La Clinique Saint-Pierre in Ottignies. Die netwerken moeten door de verschillende deelstaten worden erkend. Onze koepel hoopt dat er op korte termijn een samenwerkingsakkoord tussen de betrokken overheden kan worden bereikt."

"Er is nog veel onduidelijkheid en dat is meteen ook de grootste uitdaging om de samenwerking op het terrein verder vorm te geven."

Publiek-private samenwerking

Hoe de twee andere netwerken zullen ingevuld worden, is op dit moment nog niet duidelijk. Een van de pijnpunten is de autonomie van netwerken waarin private en publieke ziekenhuizen gaan samenwerken. Patricia Lanssiers: "We wachten nog op een verordening die de samenwerking tussen privé en publiek mogelijk maakt. De Brusselse publieke ziekenhuizen worden immers aangestuurd door het gezamenlijk management van de IRIS-koepel. Wanneer privéziekenhuizen in een netwerk zouden stappen met een ziekenhuis uit de IRIS-koepel, zouden die in de huidige situatie ook onder het management van de publieke koepel vallen. En dat kan niet de bedoeling zijn. Elk netwerk moet autonoom zijn beslissingen

kunnen nemen, met respect en inspraak voor elke betrokken partij."

En dus staan er voorlopig maar 2 ziekenhuisnetwerken in de steigers in Brussel. "Er is nog veel onduidelijkheid en dat is meteen ook de grootste uitdaging om de samenwerking op het terrein verder vorm te geven. We wachten naast de Brusselse verordening over publiek-private netwerken immers niet alleen op het samenwerkingsakkoord tussen de deelstaten, maar ook op meer nieuws over de erkenningssnormen en de toekomstige financiering van de ziekenhuisnetwerken. Op dat vlak houden we nauw contact met onze collega's in Vlaanderen en Wallonië", besluit Patricia Lanssiers.



In een nieuwe reeks **Z-Healthcare** zoomt Kanaal Z in op het ziekenhuis en de zorg van de toekomst. Wat zijn de maatschappelijke, medische en technologische evoluties? Welke implicaties hebben innovaties voor de zorg- en welzijnssector? Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuizen uitgebouwd worden tot moderne centra voor gezondheidszorg, met kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg?

20 weken lang praat **Z-Healthcare** met patiënten, zorgverstrekkers en experts en stellen we tal van innovatieve projecten in de kijker.

Z-Healthcare, elke woensdag in herhalingslus op Kanaal Z vanaf 20 uur. Ook te bekijken op www.kanaalz.be

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Life Is On



Blikvanger Gezondheidszorg: de werking van de algemene ziekenhuizen in cijfers

Het directoraat-generaal Gezondheidszorg brengt met de 'Blikvanger Gezondheidszorg' de wereld van de algemene ziekenhuizen in kaart. Aan de hand van enkele kerncijfers wordt een beknopt overzicht van de werking van de ziekenhuizen gegeven. Het is de eerste keer dat dergelijk rapport verschijnt. In vier hoofdstukken omtrent 'Organisatie', 'Zorgactiviteiten', 'Financiering' en 'Kwaliteit' worden enkele tendensen over de werking in deze sector van de gezondheidszorg uitgelicht.

Het is de intentie om op een bevattelijke wijze een overzicht te geven van de data waar-

over de organisatie beschikt. Dit om het inzicht in de ziekenhuissector te versterken. Het rapport vormt ook het startschot om de beschikbare data meer te gebruiken ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid.

De volgende jaren komen in de 'Blikvanger Gezondheidszorg' ook de dringende hulpverlening, de psychosociale zorg en de verschillende gezondheidsberoepen in België aan bod.

Bekijk de eerste versie van de 'Blikvanger Gezondheidszorg – Algemene ziekenhuizen' op de website www.gezondbelgie.be

Leidraad voor het afwegen van voor- en nadelen

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: PETER DE SCHRUYER

Hoeft het nog gezegd? De zorgsector is volop in beweging. Zorgvoorzieningen gaan meer en meer samenwerken, over de muren heen. De overheid moedigt die samenwerking ook aan. In alle zorgsectoren en tussen verschillende types zorgaanbieders. Dat doet bestuurders en directie nadenken over hun organisatie- en beheersvorm. In een recente publicatie bekijkt Zorgnet-Icuro de mogelijkheden om zorgactiviteit en het beheer van het patrimonium te scheiden. Lore Geukens, stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro, geeft tekst en uitleg.

Vanwaar het initiatief van Zorgnet-Icuro voor deze publicatie?

De vraag komt oorspronkelijk van de ouderenzorg - hoewel alle zorgverenigingen hun zorgactiviteiten van hun patrimonium kunnen splitsen. In de ouderenzorgsector is namelijk al enige tijd een grote opkomst van commerciële initiatieven. Die aangescherpte concurrentie zorgt ervoor dat de social-profitorganisaties zichzelf onder de loep nemen, op zoek naar mogelijkheden om te optimaliseren. Tot slot zijn er ook de hervormingen van de Wetboeken Economisch Recht en Vennootschappen en Verenigingen.

Vroeger was het voor de wet eenvoudig: een vennootschap heeft als doel winst te maken en die zoveel als mogelijk uit te keren aan haar aandeelhouders; een vereniging daarentegen is per definitie niet op winst belust. Door de hervorming van het Wetboek Vennootschappen en Verenigingen (WVV) kunnen ook verenigingen nu met allerlei activiteiten winsten boeken. Hun winst gaat wel niet naar de aandeelhouders, maar naar het belangeloze doel.

Door de hervormingen in het Wetboek Economisch Recht kunnen verenigingen nu ook failliet gaan. Vroeger kon dat niet. Een vereniging was namelijk geen hande-

laar en viel daarom buiten de toepassing van de faillissementswet. Nu is de handelaar gemoderniseerd tot ondernemer en behoort de vzw ook tot de ondernemingen. Dat heeft natuurlijk invloed op de manier waarop verenigingen “zaken doen”.

Door die evoluties maken heel wat voorzieningen de overweging om het eigen patrimonium los te koppelen van de zorgactiviteit. Ze gaan ervan uit dat dat kan zorgen voor meer bescherming en budgettaire ademruimte.

Is dat ook zo?

Alles hangt af van de huidige situatie van een vereniging en wat de organisatie in de toekomst van plan is. Voor sommige verenigingen zal het afleiden van het patrimonium naar een andere rechtspersoon een goede beweging zijn, voor andere zal het nauwelijks verschil maken.

Een voorbeeld. Stel, ik ben directeur van een woonzorgcentrum en ik wil nauw samenwerken met een andere ouderenzorgvoorziening in de buurt. Ik heb echter heel wat gebouwen en gronden in bezit van mijn vzw, de andere voorziening heeft dat niet. Dan kan het voor mij interessant zijn om, vooraleer we zouden fuseren, mijn patrimonium af te leiden naar een andere rechtspersoon: een vzw, een stichting, een coöperatieve vennootschap... Zo verhinder ik dat mijn gebouwen ooit gebruikt worden als pasmunt om eventuele schulden na de fusie af te betalen.

Wat is dan de beste optie? Een stichting, een vzw of een coöperatieve vennootschap?

Een patrimonium-entiteit kan eender welke rechtsvorm aannemen. Dat kan zelfs een commerciële vennootschap zijn die huurt, verhuurt, verbouwt, verkoopt... Maar zelfs als ondernemer zijn vzw's

beperkt. Het WVV geeft de vzw enkel de mogelijkheid om haar patrimonium in te brengen in een andere vzw of een stichting. Een vzw ligt het meest voor de hand. Een stichting is onbekender, maar valt te overwegen. Zeker wanneer we kunnen spreken van een stichting van openbaar nut omdat je dan ontheven wordt van de patrimoniumtaks. Let wel, niet iedereen kan een stichting van openbaar nut opzetten. De organisatie moet gericht zijn op filantropisch, religieus, levensbeschouwelijk, wetenschappelijk, pedagogisch of cultureel werk. Een erkenning moet worden aangevraagd bij het ministerie van Justitie en wordt toegewezen bij koninklijk besluit. Bovendien moet aangetoond worden dat je het niet zomaar doet om die patrimoniumtaks te omzeilen. Het moet wel degelijk een ander doel dienen.

Met een tussenstap kan nog wel naar een commerciële rechtspersoon overgestapt worden: eerst een vzw oprichten om die dan om te zetten naar een vennootschap. Als we de coöperatieve vennootschap onder de loep nemen, dan geldt de voorwaarde dat de vennootschap de gemeenschap moet dienen. Dat is niet makkelijk aan te tonen. Een voorbeeld: alle woonzorgcentra van West-Vlaanderen verenigen zich in een coöperatieve om hun patrimonium in onder te brengen. In de praktijk is dat moeilijk haalbaar.

Zijn er gevolgen voor de VIPA-subsidies?

De subsidies van VIPA zijn bestemd voor de gebouwen van een zorginstelling. Bovendien moet de zorginstelling gedurende 25 jaar over het onroerend goed beschikken. Bij een vervreemding zonder toestemming van VIPA zal de voorziening de subsidies integraal moeten terugbetalen. Tenzij er dus voorafgaandelijke goedkeuring wordt gevraagd aan VIPA. Om goedkeuring te krijgen zal de instelling een gebruiksrecht moeten kunnen voor-



Lore Geukens: "De evoluties in de zorg en de vele samenwerkingen doen zorgvoorzieningen nadenken over organisatie- en beheersvorm."

leggen, én een financieel haalbaarheidsplan. Met dergelijk plan moeten zowel de oude als de nieuwe entiteit aantonen dat ze hun activiteiten op een verantwoorde manier kunnen uitoefenen.

De waarborg, die VIPA verleent ter dekking van de lening voor investeringen aan het onroerend goed, zal ook vervallen als de lening naar een andere rechtspersoon doorgeschoven wordt. Een vereniging zal dus moeten kunnen aantonen dat ze nog het gebruiksrecht heeft op de gebouwen die het heeft afgesplitst. In de feiten komt dat dus neer op een soort *sale and lease back*-operatie.

Wat is jouw advies aan organisaties die overwegen om hun patrimonium van de zorgactiviteit af te splitsen?

Bedenk goed waarom je het zou doen, met welk doel en noteer de motivatie in beslissingsdocumenten. Iedere vereniging op zich bevindt zich in een unieke situatie. Er is geen allesomvattend advies te geven voor een hele sector. Vooreerst raad ik aan er enkel aan te beginnen als je het niet louter doet om allerlei taksen te ontwijken. Dergelijke beslissingen moeten voorafgegaan worden door een goede balans van de voor- en nadelen. De hele operatie is in ieder geval geen tovermiddel om verliezen in winsten om te buigen of om extra bewoners of patiënten aan te trekken.

De publicatie *Splitsing tussen zorgactiviteit en patrimonium in zorgvoorzieningen. Schets van het juridisch kader: structuren, technieken en fiscaliteit* is beschikbaar in de ledenzone van www.zorgneticuro.be. Leden van Zorgnet-Icuro kunnen een gedrukt exemplaar aanvragen via post@zorgneticuro.be

Samenwerking biedt opportuniteiten

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: PETER DE SCHRYVER

Artsen en ziekenhuisdirecties zijn volop bezig met de integratie in ziekenhuisnetwerken. De uitdagingen zijn groot en divers. Waar mogelijk reikt Zorgnet-Icuro de nodige expertise aan. Zo ook voor de samenwerking of centralisatie van de labo's klinische biologie in de nieuwe netwerken. De afgelopen maanden is met een klankbordgroep en in samenwerking met consultancybedrijf Möbius een visienota ontwikkeld met ook een organisatiemodel en een businesscase. Dr. Hilde De Nutte, stafmedewerker medisch beleid somatische zorg bij Zorgnet-Icuro, geeft tekst en uitleg.

De netwerkvorming van de ziekenhuizen vergt niet alleen veel voorbereiding, ze heeft ook verregaande consequenties. In 2018 organiseerde Zorgnet-Icuro daarom een vragenronde bij de ziekenhuizen: wat houdt hen prioritair bezig en hoe kan Zorgnet-Icuro hen daarbij ondersteunen? Dr. Hilde De Nutte: "Op basis van die bevraging startten we een twintigtal projecten op: over personeelsmobiliteit, btw, de samenwerking met de eerste lijn enz. Drie items gingen over meer klinische activiteiten: de organisatie van het inter-hospitaalvervoer van patiënten, de samenwerking tussen de ziekenhuisapotheken en de organisatie van de laboratoria in de netwerken."

"Deze drie thema's pakken we samen met Möbius aan. In februari verschijnt een publicatie over de laboratoria. Er komt ook een vervolgtrajec met drie pijlers. Half januari hadden we alvast een eerste bespreking met de overheid om de juridische obstakels te duiden. Op 7 februari organiseren we een toelichting bij het rapport voor de hoofdartsen, de diensthoofden van de laboratoria, de financieel directeurs van de ziekenhuizen en andere geïnteresseerde ziekenhuismedewerkers. Ten slotte komen er ook verdiepingssessies voor de netwerken die hiermee aan de slag willen gaan."



Hilde De Nutte: "Een cruciale en noodzakelijke voorwaarde is de bereidheid van de artsen om samen te werken. Je kunt die samenwerking en centralisatie niet top-down opleggen vanuit de directie als er daarvoor geen draagvlak is bij de artsen."

Efficiëntiewinst

"We zijn zorgvuldig te werk gegaan. We begonnen met een uitgebreide reeks interviews met rechtstreeks betrokkenen en met deskundigen. We installeerden daarnaast een klankbordgroep van klinisch biologen en ziekenhuisdirecties die het hele traject gevolgd en ondersteund hebben. Samen hebben we doelstellingen geformuleerd en de mogelijke obstakels in kaart gebracht. Vervolgens maakten we een organisatiemodel en werkten we een businesscase uit", zegt dr. Hilde De Nutte.

"Het ziekenhuislabo van de toekomst wordt geïntegreerd in het locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Dat betekent dat de

werking, onafhankelijk van de locatie in het netwerk, zoveel mogelijk op elkaar afgestemd wordt. Waar mogelijk zoeken de labo's naar efficiëntie, kennisuitwisseling en expertiseverdieping. Hoe dit concreet gerealiseerd kan worden, moet elk netwerk voor zichzelf bekijken."

"In een eerste stap naar integratie van ziekenhuislabo's kan men kiezen voor samenwerking zonder fysieke centralisatie van activiteiten, waarbij ondersteunende activiteiten en nichetestings wel gezamenlijk georganiseerd worden, maar de coretestings via gestandaardiseerde processen nog altijd in elk ziekenhuis apart plaatsvinden. Zo kunnen artsen en ziekenhuizen op een relatief eenvoudige manier schaalvoordelen realiseren."

“De centralisatie van activiteiten biedt opportuniteiten voor de laboratoria. Ten eerste kunnen ze hun kwaliteit verhogen. Als labo’s centraliseren, kunnen ze immers meer differentiëren, verwerken ze meer opdrachten en verhoogt hun expertise.”



“Op langere termijn biedt een centralisatie van activiteiten – op een of een beperkt aantal locaties, afhankelijk van de situatie – nog meer opportuniteiten voor de laboratoria. Ten eerste kunnen ze hun kwaliteit verhogen. Als labo’s centraliseren, kunnen ze immers meer differentiëren, verwerken ze meer opdrachten en verhoogt hun expertise. Daarnaast is centralisatie kostenefficiënt. De mogelijkheden van een groepsaankoop van kleine materialen, maar ook van grote en dure toestellen zijn legio. Dure apparaten kunnen dankzij centralisatie efficiënter ingezet worden, zodat ze maximaal renderen. Er zijn dus redenen genoeg om hier goed over na te denken.”

“Uiteraard gaat het centraliseren van ziekenhuislabo’s ook gepaard met een aantal

risico’s die de nodige aandacht vergen. Zo kan er door de stijgende complexiteit van de organisatie meer nood aan beheer en overleg zijn om een uniforme werking over de organisaties te garanderen. Ook kunnen beslissingsprocessen zwaarder worden. Daarnaast kan het gevoel ontstaan dat ziekenhuizen hun zelfstandigheid deels moeten opgeven en dat de stap richting integratie onomkeerbaar is. Er komen ook additionele kosten door het talenttransport. Toch wegen deze bezwaren niet op tegen de mogelijke efficiëntiewinsten door automatisatie en centralisatie.”

Voorwaarden

Bij elke samenwerking of fusie duiken ook obstakels en voorwaarden op. Dr. De Nutte: “Een cruciale en noodzakelijke voorwaarde is de bereidheid van de artsen – de klinisch biologen – om samen te werken. Je kunt die samenwerking en centralisatie niet *top-down* opleggen vanuit de directie als daar geen draagvlak voor is bij de artsen. Daarom moet er van meet af aan in termen van win-winsituaties gedacht worden. Een mogelijke hefboom hiervoor is de financiële regeling met de artsen, die per ziekenhuis nogal verschilt. Als je kostenefficiëntie kan realiseren, kunnen er misschien middelen vrijkomen om de financiële afspraken gemakkelijker op elkaar af te stemmen.”

“Verder zijn er obstakels van praktische aard. Het is bijvoorbeeld belangrijk dat klinisch biologen geregeld in het eigen ziekenhuis aanwezig blijven. Om hun opdracht in de ziekenhuishygiëne te blijven opnemen, voor de zaalrondes... Je kan veel centraliseren, maar niet alles.”

“Ook over de turn-aroundtijden en het transport dat hierop moet worden afgestemd, zijn heldere afspraken nodig. Vergeet niet dat de files hoe langer hoe meer een spelbreker kunnen zijn bij het

tijdig leveren van stalen. En dan zijn er nog de personeelskwesties: de uitwisseling van personeel of de lonen van de labomedewerkers die gelijkgeschakeld zullen moeten worden enz.”

Sterke strategie

“Juridisch blijft er ondertussen ook nog veel onduidelijk. Het is nog altijd wachten op de uitvoeringsbesluiten. Welke regeling komt er voor de btw tussen ziekenhuizen in een netwerk? Wat met de personeelsstatuten? Het is hoog tijd dat de overheid hier klare wijn schenkt.”

“Maar alles begint met een sterke, medische strategie van de artsen. Op basis van die strategie kan overleg gepleegd worden met de directies. Een samenwerking of centralisatie hoeft zich niet altijd tot de grenzen van een netwerk te beperken. Netwerkoverschrijdend denken kan soms oplossingen dichterbij brengen. Per situatie moeten de mogelijkheden bekeken worden. Een optie kan bijvoorbeeld ook zijn om meteen de anatomen-pathologen te betrekken, want de grenzen tussen klinische biologie en anatomopathologie vervagen.”

“De businesscase die we uitgewerkt hebben, is geen copy-pastemodel. Het is een document dat grondig getoetst is op de klankbordgroep en dat vertrekt vanuit bestaande cases. Het is een leidraad voor het medisch beleidsplan en de financiële consequenties. Het zal ondertussen duidelijk zijn dat leiderschap en ondernemerschap een cruciale rol zullen spelen in het slagen van een samenwerkingstraject. Om veranderingen mogelijk te maken, moet er een *mindshift* komen naar een cultuur die mogelijkheden biedt om te groeien naar een gemeenschappelijk doel, samen te werken in teams over grenzen van organisatorische silo’s heen, verantwoordelijkheden te leggen bij alle medewerkers en artsen en hen ook te autoriseren hierin, ruimte te creëren om nieuwe dingen uit te proberen en een transparante communicatie uit te bouwen om zo van elkaar te leren en continu te verbeteren.”

De publicatie *De organisatie van het ziekenhuislabo in de netwerken*. Visienota is beschikbaar in de ledenzone van www.zorgneticuro.be. Alle Vlaamse ziekenhuizen krijgen een aantal gedrukte exemplaren toegestuurd.

Betere zorg door werkbaar werk

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: JAN LOCUS

Woonzorgcentra zijn de afgelopen jaren heel wat professioneler geworden. Dat is een goede zaak, maar bij die professionalisering horen heel wat takenlijsten, procedures en lange lijsten regelgeving. "Veel zorgmedewerkers voelen zich daardoor een zorgrobot", stelt Lieven Eeckelaert, projectleider en adviseur bij Workitects. "Via innovatieve arbeidsorganisatie kan die problematiek opgelost of voorkomen worden."

In 2019 lanceerde de Vlaamse overheid het project "Innovatieve arbeidsorganisatie in de woonzorgcentra als hefboom voor betere zorg en zinvol en werkbaar werk". Workitects, een expertisecentrum op vlak van organisatieontwerp, coördineert dit traject waarin 20 woonzorgcentra uitzoeken hoe ze hun werk anders kunnen organiseren.

Innovatieve arbeidsorganisatie. Het is een mondvol, maar wat betekent het precies?

Lieven Eeckelaert: "Innovatieve arbeidsorganisatie is werk op een integrale manier organiseren. Het is een benadering om met organisaties aan de slag te gaan. Zo bekijken we hoe een organisatie het best ingericht kan worden. We trachten teams zo goed mogelijk te bouwen en mensen optimaal te laten samenwerken. Door de professionalisering is er meer aandacht voor de kwaliteit van de dienstverlening. Maar de valkuil bij die evolutie is dat de professionalisering zijn doel voorbij schiet en dat de procedure een doel op zich wordt. De focus voor de bewoner komt dan vaak pas op de tweede plaats.

De zorggevers voelen zich veeleer een zorgrobot omdat ze vastzitten in een bepaald stramien waarin ze geen tijd meer kunnen maken om bijvoorbeeld naar het verhaal van de bewoners te luisteren. Dat proberen we om te draaien met innovatieve arbeidsorganisatie. De bewoner moet voelen dat er oprecht aandacht is voor hem en de zorggever moet de ruimte krijgen om mensgericht bezig te zijn.

Lieven Eeckelaert: "Innovatieve arbeidsorganisatie is werk op een integrale manier organiseren. Het is een benadering om met organisaties aan de slag te gaan. Zo bekijken we hoe een organisatie het best ingericht kan worden."

“Veel woonzorgcentra zitten nog vast in een gestandaardiseerd proces met heel wat piekmomenten. De bewoners worden gewekt en krijgen allemaal hun ontbijt. Waarom kunnen bewoners niet meer op hun eigen ritme leven en organiseert het team van medewerkers zich daarrond?”

Wat is de rol van Workitects in dit verhaal?

“Workitects bestaat ondertussen al 10 jaar (vroeger onder de naam Flanders Synergy). We zijn een ervaren kennis- en expertisecentrum voor organisatieontwerp met de ambitie om meer werkbaar werk te creëren voor iedereen in slagkrachtige organisaties. Om dat te bereiken, delen we onze kennis via opleidingen en maakten we tools die kunnen bijdragen tot beter en meer werkbaar werk. We hebben een sterk netwerk van adviseurs die betrokken zijn in onze samenwerking met woonzorgcentra. Daarnaast zijn we ook actief in het onderwijs, de industrie of andere dienstverlenende organisaties.

Op vraag van het kabinet van de voormalige Vlaamse minister van Welzijn Jo Vandeurzen startten we in januari 2019 met een traject waarin we onder meer 20 woonzorgcentra begeleiden. We reiken hen inzichten aan over hun organisatiestructuur en hoe het werk anders georganiseerd kan worden. Hoe zorgen we ervoor dat medewerkers anders en efficiënter gaan samenwerken? Hoe organiseer je het werk zodat het meer werkbaar wordt? De praktische begeleiding van de verschillende centra is in handen van gecertificeerde adviseurs. Wij nemen vooral een coördinerende rol op in dit verhaal en doen onderzoek naar drie thema's: werkbaarheid, leiderschap en de kernopdrachten in een woonzorgcentrum. Zo willen we beter in kaart brengen wat er allemaal kan gedaan worden op vlak van zorg, wonen en leven. Welke keuzes kan een organisatie daarin nemen en welke impact heeft die keuze? Die resultaten kunnen in de toekomst gebruikt worden bij de begeleiding van andere organisaties.”

Wat kan innovatieve arbeidsorganisatie betekenen in een woonzorgcentrum?

“De medewerkers in een woonzorgcentrum kan je vandaag opdelen in een aantal groepen. Denk maar aan verpleegkundigen, zorgkundigen, animatoren maar ook aan de ondersteunende functies zoals keuken-, poets- en onderhoudspersoneel of de mensen die het geheel aansturen zoals leidinggevenden, hoofdverpleegkun-

digen. In een traditionele organisatie zijn al die functies opgedeeld in afdelingen, waardoor de zorg en begeleiding vaak niet helemaal op maat van de bewoner is. Veel woonzorgcentra zitten nog vast in een gestandaardiseerd proces met heel wat piekmomenten. De bewoners worden gewekt en krijgen allemaal hun ontbijt. Dan worden de mensen gewassen en tegen het moment dat iedereen weer fris is, is het tijd voor de lunch. Is er geen mogelijkheid om dit anders te doen? Waarom kunnen bewoners niet meer op hun eigen ritme leven en organiseert het team van medewerkers zich daarrond? Wij proberen samen met het woonzorgcentrum na te gaan of dit nog van deze tijd is. Hoe kan je je organiseren zodat je meer zorg op maat van de bewoner biedt? De oplossingen verschillen uiteraard van organisatie tot organisatie. Bijvoorbeeld door een multidisciplinair team te laten werken rond een groep van bewoners. Dat is een andere manier van samenwerken en zorg verlenen. Medewerkers worden breder inzetbaar en denken buiten hun eigen functies. Iemand die normaal poetst, kan ook maaltijden rondbrengen. Wanneer je hokjes doorbreekt, resulteert dat – naast zorg op maat voor de bewoners – ook in zinvoller werk voor de medewerkers.”

Kan elk woonzorgcentrum hiermee aan de slag gaan?

“Er moet altijd gestart worden vanuit een zekere noodzaak om te veranderen. Meestal zien we twee soorten motivatoren samengaan: vanuit een externe impuls, wat wij ‘dwang’ noemen. Of vanuit een intrinsieke motivatie, wat wij ‘drang’ noemen. Die externe impulsen kunnen bijvoorbeeld besparingen, kamers die leeg staan of ziekteverzuim bij de medewerkers zijn. Een organisatie moet ‘druk’ voelen dat ze iets moet veranderen. De interne motivatie bij de organisatie is ook een absolute vereiste. Ze moeten een noodzaak voelen om te veranderen en een andere vorm van zorg aan te bieden.

Meer dan 40 centra hadden interesse om mee te stappen in dit project. Daarom hebben we voor de selectie een aantal randvoorwaarden opgesteld. Zo moest

er bijvoorbeeld een duidelijk engagement zijn vanuit de organisatie en het bestuur om tijd en mensen vrij te maken voor dit project. We merken dat de snelste leerlingen de organisaties zijn waar er een duidelijk engagement en visie is om het anders aan te pakken. Dan volgt de rest vrij natuurlijk.”

Merk je nu al resultaten bij de woonzorgcentra die mee stapten in dit traject?

“In mei 2019 startten de geselecteerde centra met dit traject. Tijdens een terugkomdag in november merkten we dat iedereen al stappen zette en dat een aantal centra ook al enkele structurele veranderingen doorvoerden. Zo denk ik aan een woonzorgcentrum dat ervoor koos om de mensen van de poetsdienst mee in te schakelen bij het opdienen en verdelen van de maaltijden. Een andere organisatie ging in dialoog met de bewoners, familie en medewerkers om na te denken over de toekomst. Het zorgt voor een andere dynamiek waar men samen het verhaal voor de toekomst schrijft. Echte structurele veranderingen waarin er nieuwe teams gevormd worden, verwachten we in het komende jaar. Nu zitten de deelnemers echt nog in het denkproces. Sowieso is dit een verhaal dat nooit af zal zijn. Innovatieve arbeidsorganisatie levert geen blauwdruk waarmee iedereen aan de slag kan. Je moet het op maat toepassen in je eigen organisatie. Betere zorg door werkbaar werk is een doelstelling die veel uitdagingen met zich meebrengt, maar een innovatieve arbeidsorganisatie kan heel wat antwoorden bieden.

Voor meer info over Workitects of het lopende project in woonzorgcentra: www.workitects.be.

Lees de twee cases van wzc Sint-Jozef Neerpelt en wzc Annuntiaten Heverlee op de volgende pagina.



Wzc Sint-Jozef in Neerpelt: het implementeren is de zwaarste stap



Jos Claes: "Innovatieve arbeidsorganisatie vraagt een andere vorm van leidinggeven. Die manier van organiseren maakt dat de leidinggevende een onderdeel is van het team. De klemtoon moet liggen op coachen en empoweren."

Woonzorgcentrum Sint-Jozef in Neerpelt, dat deel uitmaakt van vzw Integro, startte vijf jaar geleden met kleinschalig wonen en was op zoek naar een organisatiestructuur die paste bij deze vorm van zorg. "De principes van innovatieve arbeidsorganisatie spraken ons enorm aan", vertelt directeur Jos Claes. "Zo zijn wij in die manier van werken gerold."

Vijf jaar geleden startten we met kleinschalig wonen in een nieuwbouw. Wij waren toen op zoek naar handvatten. Hoe organiseren je kleinschalig wonen het beste? Wat moeten we voorzien om zorg op maat te kunnen geven? Als we de bewoners de kans willen geven om op te staan, te eten of zich te wassen wanneer zij dat willen, dan hebben we een organisatiestructuur nodig waar medewerkers flexibel kunnen werken en de autonomie hebben om hun job aan te passen aan de vraag van de bewoner. Zo kwamen wij terecht bij de principes van innovatie arbeidsorganisatie.

We startten met een analyse van de volledige organisatie. Daar gingen we niet alleen na welke taken er allemaal vervuld moeten

worden, maar ook wie die taken best op zich neemt. Die taken werden gebundeld per afdeling en toegewezen aan een multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor de werking van de hele afdeling. Dat wil zeggen dat de poetsvrouw een bewoner moet kunnen begeleiden naar de tafel en tijd maken voor een praatje. Maar ook de omgekeerde redenering gaat op. Wanneer er gemorst wordt bij het eten moet de verpleegkundige evengoed wat tijd kunnen maken om op te ruimen. Voor de teamontwikkeling keken we naar de competenties van de verschillende medewerkers. In functie daarvan zijn de taken toebedeeld. Het is niet zo dat de afdelingsverantwoordelijke alles op zich moet nemen. Iedereen draagt de verantwoordelijkheid voor het team.

Innovatieve arbeidsorganisatie vraagt ook een andere vorm van leidinggeven. Deze manier van organiseren maakt dat de leidinggevende een onderdeel is van het team. De klemtoon moet liggen op coachen en empoweren. Dat is misschien een van de grootste struikelblokken; het is niet makkelijk om autonomie uit handen te geven.

Het uitdenken van een nieuwe structuur is één ding, maar die implementeren is het zwaarste werk. Soms is de theorie mooier dan de praktijk. Er zijn ook medewerkers die liever hun takenlijst afwerken zonder al te veel verantwoordelijkheid te moeten dragen. We hebben even getwijfeld om hierop in te gaan, maar grepen terug naar onze definitie van goede zorg. Wij verwachten van onze medewerkers dat ze meedenken en verantwoordelijkheid opnemen.

"Als we de bewoners de kans willen geven om op te staan, te eten of zich te wassen wanneer zij dat willen, dan hebben we een organisatiestructuur nodig waar medewerkers flexibel kunnen werken en de autonomie hebben om hun job aan te passen aan de vraag van de bewoner."

Ondertussen zien we al veranderingen op de werkvloer. Wanneer een verantwoordelijke van de afdeling bijvoorbeeld een tijd afwezig was, wacht er hem of haar geen berg aan achterstallig werk meer. Het werk wordt overgenomen en de collega's nemen zelf initiatief. We merken ook dat medewerkers zelf activiteiten organiseren. We hebben elf afdelingen en elke namiddag is er ergens wel een uitstap of een activiteit. De teams moeten niet meer wachten op goedkeuring van bovenaf, maar nemen zelf initiatief. Wat ervoor zorgt dat ik als directeur niet altijd meer weet wat er allemaal op de werkvloer gebeurt (*lacht*). Vanuit een werknemersbevraging bleek dat 90% over vijf jaar nog steeds bij WZC Sint-Jozef wil werken. Als ik dat lees, durf ik te denken dat we op de goede weg zijn.

Wzc Annuntiaten in Heverlee: visie handen en voeten geven

Wzc Annuntiaten in Heverlee begon in januari als 'starter' bij het traject Innovatieve Arbeidsorganisatie. Voor directeur Laurence Degreef kwam de oproep op het perfecte moment. "We waren al volop bezig met het ontwikkelen van een visie en dit traject hielp om de ideeën te vertalen naar de praktijk."

"Voor dit traject waren we – samen met een externe begeleider – een visie aan het ontwikkelen. Deze oproep was voor ons perfect getimed. Een visie kan je makkelijk in mooie woorden gieten, maar uiteindelijk draait het erom hoe je die uitdraagt. Het was voor ons een manier om na te gaan of we goed georganiseerd waren om onze visie handen en voeten te geven. Zorg is vaak georganiseerd volgens aloude tradities. We doen de dingen vaak op een bepaalde manier omdat we ze altijd zo gedaan hebben. Een grondige reflectie over wat zorg betekent en hoe die anders kan worden georganiseerd, leek ons wel gepast.

Voor dit traject stelden we een veranderteam samen dat de tijd kreeg om zich te buigen over dit traject. We vergaderen om de twee weken met dit team en minstens eenmaal per maand woont onze adviseur vanuit Workitects de vergaderingen bij. Daarnaast stelden we ook een ontwerpteam samen door het veranderteam uit te breiden met een medewerker per discipline die actief is in ons centrum. Dat is iemand van de verpleging, de zorg, de paramedici en de huismoeders, de mensen die de maaltijdbegeleiding doen en zij die poetsen. Zo kunnen we alle plannen en voorstellen onmiddellijk aftoetsen met de mensen op de werkvloer en hun feedback meenemen in het proces.

We doopten dit traject 'Iedereen Actief Onderweg' want we zien dit als een reisverhaal. Er is geen vast stappenplan dat je kan doorlopen bij innovatieve arbeidsorganisatie. Wanneer je op reis gaat, weet je ook niet waar je terechtkomt. Je ont-



Laurence Degreef: "We doopten dit traject 'Iedereen Actief Onderweg' want we zien dit als een reisverhaal. Er is geen vast stappenplan dat je kan doorlopen bij innovatieve arbeidsorganisatie."

dekt, je gaat een uitdaging aan en maakt er het beste van, met finaal heel wat nieuwe ervaringen waarvan je rijker wordt.

We stelden een aantal dingen in vraag, zoals onze hernieuwde visie: is die wel scherp en helder genoeg? Daarna lijkten we alle onze taken van het zorgproces op. Wat moet er gebeuren voor onze bewoners binnen een tijdsperiode van 24 uur? Die oefening bleek een echte *eyeopener*, want die lijst met taken was gigantisch. We onderzochten welke discipline waarrond actief was en merkten onmiddellijk dat onze twee woonzorgcoördinatoren heel actief zijn in al die processen. Van daaruit bekeken we of er geen taken waren die zij kunnen delegeren, zoals bijvoorbeeld een huisarts opbellen voor een bewoner. Dat kan ook perfect gedaan worden door een verpleegkundige.

We merkten dat er in heel wat verschillende functies meer verantwoordelijkheid kon opgenomen worden. Op die manier krijgen de verschillende functies meer regelruimte en meer verantwoordelijkheid. Zo kan er sneller opgetreden worden wat resulteert in een betere zorg voor de bewoner

en medewerkers die zich daardoor beter voelen in hun job. We streven naar hoge taakeisen, maar geven ook meer ruimte om zaken zelf aan te pakken.

"Een visie kan je makkelijk in mooie woorden gieten, maar uiteindelijk draait het erom hoe je die uitdraagt. Het was voor ons een manier om onze visie handen en voeten te geven."

Na een klein jaar durf ik zeggen dat er al veranderingen voelbaar zijn in ons woonzorgcentrum. Uit een bevraging bij de bewoners bleek bijvoorbeeld dat de maaltijdbedeling chaotisch aanvoelde. Enkele bewoners gaven ook aan dat ze graag wat willen meehelpen. Iets waar tot nu toe - vanuit goede bedoelingen - niet altijd werd op ingegaan. Op dit moment zoeken we met het woonteam uit hoe we kunnen werken rond de maaltijdbegeleiding en hoe de bewoners die willen mee helpen kunnen participeren. Hiervoor wachten we niet tot de finalisering van dit traject, daar gaan we nu al mee aan de slag.

Hilde schrijft eindelevensverhalen wanneer woorden tekortschieten

TEKST: EVELIEN CHIAU / BEELD: JAN LOCUS

September vorig jaar richtte de vzw Amfora 'Afscheid dat verbindt' op. Voor Amfora gaat Hilde Ingels reeds vier jaar in gesprek met mensen wiens leven ten einde loopt. Tijdens die gesprekken noteert ze alles wat zij willen nalaten aan hun naasten. Ze maakt er als het ware een eindelevensverhaal van. Met 'Afscheid dat verbindt' wil ze die expertise delen met medewerkers en vrijwilligers uit de palliatieve en ouderenzorg. Zo wil ze helpen om afscheid en dood bespreekbaar te maken.

Hilde Ingels werkt ruim twintig jaar als docent en onderzoeker aan de Arteveldehogeschool, binnen de opleidingen journalistiek, sociaal werk en ergotherapie. Daarnaast schreef ze tien jaar voor het christelijk opinieweekblad *Tertio*, tot ze haar eigen vzw Amfora oprichtte.

"Ik startte Amfora vzw samen met Isabelle Desmidt op in de zomer van 2015", vertelt Hilde Ingels. "Ik neem een interview af en maak daar een verhaal van, waarna Isabelle voor de creatieve vormgeving zorgt. Voor we met Amfora begonnen, had ik al verschillende eindelevensverhalen neergeschreven als journaliste. In zo'n gesprek blikte iemand terug op zijn leven en spreekt die persoon over het naderende afscheid. Dat had telkens een grote impact, zowel op de persoon zelf als op de nabestaanden. Daar wou ik meer mee doen. Mensen komen meestal bij Amfora via doorverwijzing van een palliatief verpleegkundige. Nu we bijna vijf jaar bestaan, is onze vzw goed gekend in de sector. Dat is fijn, maar het zorgt er ook voor dat Isabelle en ik de vele aanvragen nog nauwelijks kunnen bijhouden. Dus begon ik na te denken over een manier waarop zoveel mogelijk mensen hun eindelevensverhaal kunnen laten neerschrijven, zonder dat we moeten inboeten op kwaliteit."

"Een optie zou zijn om de vzw verder uit te bouwen met meer vrijwilligers, maar

Voor iemand die zich aan het einde van zijn leven bevindt, is het vaak makkelijker om gevoelens over afscheid en dood uit te spreken tegen een tussenpersoon dan tegen een geliefde.

dat is niet evident. Ik wilde graag de expertise delen en in de zorgsector zelf binnenbrengen. Continuïteit bewaren en kwaliteit garanderen zijn erg belangrijk bij dit werk en net daarom is het duurzamer om dit aanbod bij de zorgverstrekker zelf te leggen."

"Zo kwam ik bij het idee om trainingen te geven aan mensen die zelf in de palliatieve en ouderenzorg werken. Op die manier ontstond 'Afscheid dat verbindt'. In een meerdaagse training leren professionals en vrijwilligers om binnen de setting van hun job een eindelevensinterview af te nemen. De training is een start, want de uiteindelijke bedoeling is om de aandacht voor diepere levensvragen structureel in te bedden in de Vlaamse zorgsector en op termijn impact te hebben op het beleid. Diverse sponsors steunen dit project, waaronder Kom Op Tegen Kanker. Samen met een coach willen we dit model tot een duurzame werking uitbouwen zodat we vanuit onze expertise impact kunnen hebben in de zorgsector. Aan de Arteveldehogeschool leggen we op dit moment de hand aan een grootschalig onderzoek bij de palliatieve zorgeenheden in de Vlaamse ziekenhuizen. We merken dat noden groot zijn om dit thema bespreekbaar te maken.

De eerste training van 'Afscheid dat verbindt', die van start gaat in februari, was al drie weken na de bekendmaking volgeboekt. "Dat doet me veel plezier. Sommigen vragen zich af of er voor dit project tijd of geld is binnen de zorgsector, maar de vlotte inschrijvingen bewijzen dat er

vraag naar is. De grote interesse toont aan dat 'Afscheid dat verbindt' een hiaat invult en dat directies en professionals uit de zorgsector overtuigd zijn van de meerwaarde van zo'n eindelevensverhaal, voor de betrokkene en voor de naasten. Een van de voorwaarden om deel te nemen, is dat kandidaten voorgedragen moeten worden door hun diensthoofd of directie. De bedoeling is immers dat mensen die de opleiding volgen er ook echt mee aan de slag kunnen en daar de nodige ruimte voor krijgen binnen hun job. Zo'n gesprek, en de uitwerking ervan, vraagt namelijk tijd. Om deel te kunnen nemen, vraag ik kandidaten ook om een motivatiebrief te schrijven. Daaruit kan ik niet enkel afleiden of zij een geschikte deelnemer zijn op professioneel en persoonlijk vlak, maar ook of ze voldoende schrijfervaring bezitten. Uiteraard gaan we daar tijdens de training nog verder mee aan de slag, maar een zekere schrijfvaardigheid is vereist.

Ook over de vormgeving is goed nagedacht. "Bij Amfora maakt Isabelle een artistiek boekje en bijpassende doos. Een prachtig, maar tijdsintensief werk – helaas onmogelijk om op grote schaal uit te voeren. Maar dat wil niet zeggen dat mensen die hun eindelevensverhaal laten optekenen via medewerkers uit de zorgsector genoeg moeten nemen met een onafgewerkt product. Integendeel, de praktische en kwaliteitsvolle uitwerking blijft erg belangrijk. Daar zet ik bij deze trainingen dan ook sterk op in. Voor de visuele uitwerking werk ik samen met Sofie Verscheure van Symposion in Brugge.



Hilde Ingels: "Sommigen vragen zich af of er voor dit project tijd of geld is binnen de zorgsector, maar de vlotte inschrijvingen bewijzen dat er vraag naar is. De grote interesse toont aan dat 'Afscheid dat verbindt' een hiaat invult."

Zij zorgt voor mooie dozen om het verhaal in te bewaren. Daarnaast zullen *trainees* met een sjabloon werken waarin ze makkelijk hun tekst kunnen 'plakken' om die meteen in de juiste lay-out te krijgen. Ik wil zoveel mogelijk materiaal voorhanden stellen, zodat de tijd die zorgverleners spenderen aan het eindelevensverhaal vooral naar de patiënt en zijn naasten kan gaan."

Palliatieve zorg steunt op vier pijlers: het opvangen van lichamelijke klachten, psychologische en emotionele ondersteuning, sociale begeleiding en spirituele zorg. "Die vierde pijler is een erg belangrijk maar vaak onderbelicht aspect van de palliatieve zorg. Veel zorgverleners weten niet goed hoe ze die spirituele dimensie moeten of kunnen invullen. 'Afscheid dat verbindt' hoopt een mogelijk antwoord op deze nood te bieden. Een interview over het levenseinde kan mensen namelijk helpen om woorden te vinden voor wat er diep vanbinnen in hen leeft aan vragen, angsten, vreugde, dankbaarheid, spijt, verdriet en hoop. Een 'Amforagesprek' helpt hen woorden te vinden om terug te kijken op hun leven en vooruit te kijken naar het naderende afscheid."

Ook voor nabestaanden kan de uitwerking van een eindelevensverhaal erg heilzaam zijn. "Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat afscheid kunnen nemen een gunstig effect heeft op het rouwproces. Een eindelevensverhaal fungeert daarbij als instrument. Voor iemand die zich aan het einde van zijn leven bevindt, is het vaak makkelijker om gevoelens over afscheid en dood uit te spreken tegen een tussenpersoon dan tegen een geliefde. Zo vernam ik vaker dat betrokkenen, dankzij dat gesprek, voor het eerst écht over het nakende afscheid durfden spreken met hun naasten. En ook na het levenseinde blijft het boekje een tastbare herinnering aan de overledene die zorgt voor verbondenheid over de dood heen."

Een tweede training start op 30 april 2020 in Vilvoorde (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen). Meer info op www.afscheid-datverbindt.be. Aanmelden bij hilde.ingels@gmail.com.

Op 5 maart 2020 vindt aan de Arteveldehogeschool een studiedag plaats: 'Afscheid dat verbindt: aan de slag met eindelevensvragen'. Meer info op www.arteveldehs.be/kronkels.

“We krijgen wel wat adrenaline te verwerken op een dag”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: PETER DE SCHRIVER

Met een dikke 100 zijn ze, de studenten die de opleiding volgen om ‘technoloog medische beeldvorming’ te worden. Een zeer specifieke studierichting die Vlaamse studenten maar op één plek kunnen volgen: Hogeschool Odisee in Brussel. “Maar dat betekent niet dat er jaarlijks 100 technologen medische beeldvorming afstuderen,” aldus Silke Wulteputte die de CT-scans doet in het Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis van Aalst. “Na drie jaar studeren, schieten er maar een 30-tal over. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de afdelingen radiologie in alle ziekenhuizen op zoek zijn naar bijkomend personeel.”

Silke Wulteputte is sinds 2017 aan de slag in het OLV Ziekenhuis van Aalst als technoloog medische beeldvorming. “Voor mij was het al bij al een evidente jobkeuze. Ik ben gebeten door de medische sector. Zo heb ik lang getwijfeld om geneeskunde te studeren, maar ik knapte af op het lange studietraject. In de opleiding technoloog medische beeldvorming vond ik alles terug wat ik zocht: een band met de medische sector, focus op techniek en het contact met patiënten. De werkzekerheid is ook een pluspunt: je kan in elk ziekenhuis aan de slag. Overal zijn de diensten radiologie naar extra werkkrachten op zoek.”

CT-scan vs MRI-scan

“Als je op onze dienst begint te werken, moet je meteen een keuze maken. Je kiest ervoor om de CT-scans, RX-scans of MRI-scans te bedienen. Ik heb voluit de keuze gemaakt voor CT-scans. Het verschil is vrij eenvoudig: een MRI-scan is voornamelijk een meerwaarde om meer weke delen in het lichaam te onderzoeken zoals spieren, pezen en weefsel. Een MRI-scan is meestal niet hoogdringend, er wordt een tijdje op voorhand een afspraak vastgelegd en het duurt al snel een 20-tal minuten vóórleer de foto’s gemaakt zijn. Een CT-scan daarentegen gaat sneller: na 5 minuten zijn de foto’s al klaar voor analyse. Als

Silke Wulteputte: “Op de afdelingen radiologie van ieder ziekenhuis worden de patiënten goed opgevolgd. Er wordt minutieus bijgehouden hoeveel stralingen iemand al heeft ondergaan.”



er zich acute situaties aandienen zoals blessures bij een verkeersongeluk of een hartaderbreuk dan zal men door de snelheid van de apparatuur dus steeds kiezen voor een CT-scan. Pas op, wij hebben wel degelijk ook een dagplanning, maar er kan al eens iets gebeuren waardoor die planning overhoop gegooid wordt en een scan bij hoogdringendheid wordt ingepland. Dat geeft best wel adrenaline. Het is een van de dingen die ik het leukste vind aan de job. Ik heb die *rush* nodig. Voor mij dus geen overstap naar de MRI-scans.”

Wulteputte vertelt met veel passie over haar job, maar ziet ze ook nadelen? “Ja, als ik een nadeel moet benoemen, dan is het dat je bij de CT-scans ‘van wacht’ kan zijn. Hartaderbreuken of verkeersongelukken gebeuren namelijk ook ‘s nachts. We zijn met acht om de periodes van wacht te verdelen. Afgelopen kerstmis bijvoorbeeld was ik aan de beurt.”

Contact met de patiënt

Als technoloog medische beeldvorming doe je meer dan enkel de foto's nemen; ook het contact met de patiënt is belangrijk. “En dat vergeten de mensen weleens wanneer ze zich een beeld vormen van onze job”, aldus Silke Wulteputte. “Wij ontvangen de mensen die onder de scanner moeten. Op een gewone werkdag zijn dat er zo'n 80 à 90. Immens veel dus, maar het proces neemt dan ook weinig tijd in beslag. Het is belangrijk dat wij die mensen geruststellen, ervoor zorgen dat ze zich op hun gemak voelen. Zeggen wat je gaat doen helpt als je merkt dat ze wat gestressed zijn. Nadat de foto's genomen zijn, sturen we ze door naar de radioloog. Hij maakt dan de analyse en stuurt ze vervolgens naar de arts-specialist. Het is die laatste die de patiënt op de hoogte brengt van het resultaat is van het onderzoek. Wij mogen zelf geen diagnoses stellen. Al merken wij het vaak ook wel op als er zich onvoorziene zaken op de scan aftekenen.

Wij hebben een dagplanning, maar er kan al eens iets gebeuren waardoor die planning overhoop gegooid wordt en een scan bij hoogdringendheid wordt ingepland.

In dat geval halen we er snel een arts bij. De patiënt heeft dan meestal wel door dat er mogelijk iets niet pluis is, maar wij mogen niet communiceren met de patiënt over wat we gezien hebben.”

Stralingen doseren

Een scan nemen om te achterhalen wat nu exact de boosdoener is van een bepaalde ziekte of kwetsuur is een gangbare praktijk. Toch is het niet altijd even onschuldig, zo bevestigt ook Silke Wulteputte: “Het is algemeen geweten dat straling niet goed is voor het menselijk lichaam. Daarom doseren we de scans zoveel als mogelijk. Als het kan, proberen we de patiënten niet bloot te stellen aan stralingen. Op korte termijn is er geen negatief effect, op de langere termijn, na twintig tot dertig jaar, is dat wel mogelijk. Al is een eventuele ziekte op latere leeftijd niet eenduidig terug te brengen tot een teveel aan scans. Er zijn ook andere factoren die schadelijk kunnen zijn. Denk maar aan de tijd dat iemand wordt blootgesteld aan de zon, maar ook voedsel en reizen met het vliegtuig spelen een rol.”

“Op de afdelingen radiologie van ieder ziekenhuis worden de patiënten goed opgevolgd. Er wordt minutieus bijgehouden hoeveel stralingen iemand al heeft ondergaan. Ook het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) houdt een oogje in het zeil: zij stellen referentiewaarden op voor de dosis stralingen waarbinnen men per onderzoek moet blij-

ven. En als een patiënt reeds in een ander ziekenhuis scans heeft ondergaan, dan is er afstemming tussen de diensten radiologie van de betrokken ziekenhuizen. Wij, als technologen medische beeldvorming, ondervinden nauwelijks hinder. Wij komen amper in aanraking met de stralingen. Behalve als we moeten assisteren bij interventionele procedures zoals puncties of bij bij PET-scans, een vorm van nucleaire geneeskunde. Maar dan beschermen we onszelf zoveel als mogelijk.”

Is er een speciaal beleid voor kinderen die onder de scanner moeten? “Ook hier geldt: goed afwegen of een CT-scan nodig is. We proberen zoveel mogelijk met echo's op te lossen. Maar als een kind op zijn hoofd valt, dan kan je het niet maken om het risico te nemen geen CT-scan te nemen. Dan moet je nagaan of er een hersenbloeding is. We nemen steeds het zekere voor het onzekere. In het belang van de patiënt.”



dag v/d
ZORG

ZO 15 MAART 2020

OPENDEUR

www.dagvandezorg.be

#zorgwerkt