ZORGWIJZER

12 Magazine | Mei 2010

“We staan op een kantelmoment”

Naar een nieuwe organisatie van de zorg

zorgnet VLAANDEREN

14 Roeien met strakke riemen – memorandum verkiezingen 2010
16 Uitwisselingsprogramma HOPE verruimt je blik
22 Vallen hoort bij het ouder worden

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 2 nr. 12 | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

Inhoud 12

colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet Vlaanderen (voorheen VVI). Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Ivan Mervillie, Wim Verdoodt, Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Gianni Barbieux, Mine Dalemans, Patrick Holderbeke, Jan Locus, Ivan Mervillie, Thomas Van Haute

Verantwoordelijke uitgever:
Guido Van Oevelen
p/a Zorgnet Vlaanderen
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 25 juni 2010.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of een adreswijziging door te geven, contacteer dan Chris Teugels, ct@zorgnetvlaanderen.be.

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer Els De Smedt, tel. 09-363 02 44.

03 *Editoriaal*
04 *Korte berichten*
06 *Interview Philippe Vandekerckhove: "Rode Kruis speelt in op nieuwe noden"*
10 *Portret van een verpleegkundige (1)*
11 *Zorgorganisatie – "We staan op een kantelmoment"*
14 *Memorandum: Roeien met strakke riemen*
16 *Europees uitwisselingsprogramma HOPE*
18 *Portret van een verpleegkundige (2)*
19 *Mieke Grypdonck in de bloemen*
20 *Revalidatieziekenhuis zoekt nieuwe oorden op*
22 *Fixatiebeleid – "Vallen hoort bij het ouder worden"*
24 *De bestuurskamer: Herman Nys van AZ Nikolaas*
26 *Onderzoek naar no-show: wie stuurt zijn kat?*
28 *Cultuurwijzer: bij Ensor op bezoek*
29 *Portret van een verpleegkundige (3)*
30 *Spiegeling: Guido Van Oevelen*

Daadkracht

editoriaal

Peter Degadt

Woensdag 12 mei vond de jaarlijkse Internationale Dag van de Verpleegkunde plaats. In veel ziekenhuizen en woonzorgcentra werd dat op een of andere manier gevierd. Hier en daar vond ook een ludieke actie plaats, vooral met de bedoeling het knelpuntberoep van verpleegkundige onder de aandacht te brengen.

Ook in deze Zorgwijzer brengen we hulde aan de vele duizenden verpleegkundigen die elke dag het beste van zichzelf geven in de zorg voor anderen. We doen dat met drie portretten van verpleegkundigen, respectievelijk uit een algemeen ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis en een woonzorgcentrum. Het zijn drie korte maar krachtige getuigenissen van medewerkers die zich met hart en ziel engageren. Hun grote drijfveer is de zinvolheid van hun werk.

Vandaag zijn meer verpleegkundigen actief dan ooit tevoren. Toch is er een toenemende schaarste. Dat komt omdat de vraag naar zorg groter wordt. Dat heeft paradoxaal genoeg alles te maken met de kwaliteit van onze gezondheidszorg. Hoe langer mensen leven, hoe meer en hoe intensievere zorg ze nodig hebben.

Om meer zorg te kunnen bieden met een beperkt aantal mensen en middelen, moeten verpleegkundigen zich kunnen richten op hun kernopdracht. Zorgnet Vlaanderen pleit al langer voor minder administratie en bureaucratie, voor minder verstikkende regeltjes, voor meer ondersteuning en voor meer ruimte voor innoverend ondernemerschap.

Maar ook de organisatie van de zorg zelf kan efficiënter. Hiervoor is een nieuw organisatiemodel nodig dat van de verschillende actoren een aanpassing vergt. Dat nieuwe model is al enkele jaren organisch op het werkveld aan het ontstaan. We evolueren van een structuur- en aanbodgerichte organisatie naar een procesmatige aanpak, waar het zorgpad dat de patiënt/cliënt volgt, centraal staat. Het wordt tijd dat we die evolutie actiever sturen en ondersteunen. Met een aantal sterke maatregelen, die op zich niet eens zoveel geld hoeven te kosten, komen we al een eind ver.

Ook de financiering dient op punt te worden gesteld. Vandaag bestaan tal van discriminaties en ongerijmdheden die handenvol geld kosten. Een krachtdadig beleid kan hier de puntjes op de i zetten.

Er bestaan veel noden in de zorg. Er is een tekort aan helpende handen en aan middelen. Maar als de komende regering de nodige durf en daadkracht toont en verstandige prioriteiten legt, kan er ook met beperkte bijkomende middelen al heel wat gerealiseerd worden. Het blijft een kwestie van keuzes maken. Ook op zondag 13 juni.

Peter Degadt,
gedelegeerd bestuurder

HOGER OPGELEIDEN LEVEN LANGER

kort

Gezondheidskloof
tussen sociale groepen neemt toe

Een vrouw van 25 jaar zonder opleiding heeft 18 jaar minder gezonde levensjaren voor de boeg dan haar hooggeschoolde leeftijdsgenote.

Dat mensen met een hogere positie op de maatschappelijke ladder ook een betere gezondheid hebben en langer leven, was al eerder bekend. Recent onderzoek van het Federale Wetenschapsbeleid toont aan dat de kloof nog toeneemt. De hoogste sociale groepen, die al een ruime voorsprong hadden, profiteren het meest van de vooruitgang. De middengroepen gaan erop vooruit qua levensverwachting, maar minder snel. Voor de laagste groepen is er veeleer sprake van stilstand of zelfs achteruitgang.

Dat zijn de belangrijkste vaststellingen van het TAHIB-onderzoek 'Tackling Health Inequalities in Belgium', een onderzoek van de Programmatorische Overheidsdiensten Wetenschapsbeleid uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV-ISP), het Centre d'études Socio-Economiques de la Santé (Sesa) van de UCL en het Steunpunt Demografie van de VUB. Die vaststellingen vervolledigen, verdiepen en verfijnen de eerdere bevindingen van de werkgroep 'Ongelijkheid in Gezondheid' van de Koning Boudewijnstichting.

De TAHIB-onderzoekers en de werkgroep van de Stichting werken momenteel samen een reeks beleidsaanbevelingen uit die in september bekendgemaakt worden. Die aanbevelingen vertrekken van de vaststelling dat het beleid de jongste jaren belangrijke inspanningen heeft gedaan om de gezondheidszorg toegankelijker te maken. Daarnaast moeten echter ook de oorzaken van de ongelijkheid worden aangepakt en dat vergt maatregelen in andere beleidssectoren zoals welzijn, leefomgeving en onderwijs.

Het onderzoek

Het onderzoek richtte zich op bestaande bronnen zoals de bevolkings- en de gezondheidsenquêtes. De gegevens lopen nog niet tot vandaag, maar ze laten wel toe voor het eerst evoluties te meten. En die zijn opvallend.

Dat de gezondheid van mensen beïnvloed wordt door hun socio-economische status, wisten we al. En die beïnvloeding blijft zeer hardnekkig. Voor een aantal categorieën van burgers is het aantal jaren dat ze in goede gezondheid leven het afgelopen decennium verminderd. En wat de levensverwachting betreft, nam de kloof tussen opgeleiden en niet-opgeleiden toe. Het gaat daarbij niet enkel om verschillen tussen de hoogst en de laagst geschoolden. Het gaat om een gradiënt: een graduele toename van levensverwachting die parallel loopt met de toename van het opleidingsniveau. De middengroepen profiteren minder van de vooruitgang dan de hoogst gesitueerden, en de laagst geschoolden gaan er nauwelijks op vooruit. Sommigen gaan er zelfs op achteruit.

Levensverwachting

De levensverwachting verschilt sterk. Een hoogopgeleide man van 25 jaar had in 2001 het vooruitzicht om gemiddeld 80 jaar te worden. Een middengeschoolde (hoger middelbaar) sterft gemiddeld 2,5 jaar vroeger dan de hooggeschoolde. Wie enkel lager middelbaar onderwijs volgde, sterft gemiddeld bijna 4 jaar vroeger. Wie enkel lager onderwijs beëindigd heeft, sterft gemiddeld bijna 6 jaar vroeger. En wie geen enkel onderwijs volgde, gaat gemiddeld 7,5 jaar vroeger dood.

In goede gezondheid

De ongelijkheid in gezonde levensverwachting is nog groter. Op 25-jarige leeftijd heeft een hooggeschoolde vrouw nog meer dan 47 gezonde jaren te verwachten. Een vrouw die hoger middelbaar of lager middelbaar onderwijs volgde, 6 tot 5 jaar minder. Wie enkel lager onderwijs volgde, 11 jaar minder. En wie geen onderwijs genoot, heeft ruim 18 minder gezonde levensjaren te verwachten.

Conclusie van het onderzoek: er was in het verleden al een grote sociale ongelijkheid in levensverwachting, en die ongelijkheid is nog toegenomen. Er was een grote sociale ongelijkheid in te verwachten gezonde levensjaren en ook die ongelijkheid is nog gestegen.

Het volledige onderzoeksrapport verschijnt binnenkort in boekvorm, maar een uitgebreide samenvatting van het project vindt u nu al terug op de website van het onderzoeksprogramma 'Samenleven en Toekomst' van het Federale Wetenschapsbeleid: www.belspo.be/TA.

PROJECTOPROEP 2010
FONDS GERT NOËL

Betere voorlichting en
een menselijke zorg

Het Fonds Gert Noël bekroont jaarlijks een vernieuwend project ten voordele van patiënten met een ernstige ziekte en hun familie. Het bekroonde project ontvangt 25.000 euro om medische zorg menselijker te maken.

De Gert Noël Prijs werd in 1999 opgericht binnen de Koning Boudewijnstichting. Doelgroep zijn Belgische initiatieven die op een creatieve manier werken aan een betere luisterbereidheid, informatieverstrekking en begeleiding van patiënten en hun familie in het ziekenhuismilieu en/of in interactie met het zorgnetwerk. De projecten richten zich tot patiënten en hun familie in het begin van een ernstige ziekte of bij haar behandeling.

Alle dossiers moeten worden ingediend voor 17 september 2010. Het winnende project krijgt een financiële steun van 25.000 euro. Meer informatie op www.kbs-frb.be.

PROJECTEN INDIENEN TOT 16 AUGUSTUS

Cera steunt zorginnovatie

'Laat je stimuleren om te innoveren'. Met deze slogan moedigen Cera en Zorginnovatie zorgvoorzieningen aan om met hun creatieve, vernieuwende project naar buiten te komen. Per provincie worden vijf tot tien projecten beloond met 1.000 euro. Inschrijven kan tot 16 augustus.

Zorgvoorzieningen staan voortdurend voor nieuwe uitdagingen, nieuwe zorgbehoeften en vragen van nieuwe doelgroepen. Innoveren is dus de boodschap. Maar hoe begin je daaraan? Hoe innovatief is je organisatie nu al? Waar wil je naartoe? En vooral, hoe krijg je dat allemaal gefinancierd? Cera en Zorginnovatie willen innovatie alvast steunen met een projectoproep.

Met de projectoproep kan een zorgvoorziening drie keer winnen. Ten eerste door inzicht te verwerven in de innovatieve kracht van de eigen organisatie. Surf hiervoor naar www.zorginnovatie.be en laat de innovatiemeter invullen door minstens negen personen uit uw voorziening. U kunt het resultaat van elke deelnemer printen en een gezamenlijk rapport op voorzieningsniveau aanvragen.

Een tweede winstkans is de financiering van een innovatief project. Elke organisatie kan tot 16 augustus projecten indienen. Een aanvraagformulier vindt u op www.cera.be.

Een derde voordeel is het professioneel advies. Uit alle deelnemers aan de projectoproep zal de jury zes voorzieningen selecteren die deze extra prijs in de wacht slepen. Zij krijgen drie dagen experten over de vloer die hen met raad en daad bijstaan om de innovatiemethodiek toe te passen.

Het project 'Zorginnovatie in welzijn' is een samenwerking tussen Cera, het Vlaams Welzijnsverbond, Zorgnet Vlaanderen, Weliswaar en Lucas K.U. Leuven. Deze projectoproep is een initiatief van Cera in samenwerking met Zorginnovatie.

zorginnovatie.be

STUDIEDAG ZORG AAN ZET

Ethiek en lichamelijkheid in ouderenzorg

Op woensdag 22 september organiseert Zorgnet Vlaanderen in campus Gasthuisberg in Leuven een studiedag over ethiek en lichamelijkheid in de zorg voor ouderen.

De studiedag komt er naar aanleiding van het nieuwe boek 'Zorg aan zet: ethisch omgaan met ouderen' van Linus Vanlaere en Chris Gastmans. Alle deelnemers aan de studiedag ontvangen een exemplaar van het boek. Het boek en de studiedag komen tegemoet aan de blijvende nood aan ethische bezinning over de zorg voor ouderen.

Professor Annelies van Heijst (Universiteit van Tilburg), dr. Wim Dekkers (Radboud Universiteit Nijmegen) en professor Roger Burggraeve (K.U.Leuven) lichten hun nieuwste inzichten toe over de plaats van lichamelijkheid in het ethisch zorg verlenen. In de workshopsessies wordt de plaats van lichamelijkheid in concrete zorgpraktijken (fysieke fixatie, het wassen, kunstmatige voedsel- en vochttoediening, seksualiteit, euthanasie, onderwijs) toegelicht.
De studiedag wordt georganiseerd in samenwerking met het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de K.U.Leuven en met het zorg-ethisch lab sTimul. Accreditering is aangevraagd.

Meer informatie over programma en praktische details vindt u op www.zorgnetvlaanderen.be.

Philippe Vandekerckhove, gedelegeerd bestuurder Rode Kruis-Vlaanderen: "Medische en paramedische hulp zijn in België zo goed georganiseerd dat onze rol daarin steeds kleiner wordt. Maar er zijn ook nieuwe noden zoals de vergrijzing en de vereenzaming."

GEDELEGEERD BESTUURDER PHILIPPE VANDEKERCKHOVE VAN RODE KRUIS-VLAANDEREN

Zowat 600.000 leveringen van bloed en afgeleide producten aan Vlaamse ziekenhuizen per jaar. Het zijn indrukwekkende cijfers die het Rode Kruis-Vlaanderen voorlegt. Toch heeft gedelegeerd bestuurder prof. dr. Philippe Vandekerckhove het gevoel dat de ziekenhuizen 'zijn' Dienst voor het Bloed onvoldoende kennen. "Bloed is misschien een 'handelswaar' geworden, maar dan wel een waar een enorme professionalisering achter zit." Dat laatste geldt volgens Vandekerckhove trouwens voor het hele Rode Kruis.

interview

“Rode Kruis speelt in op nieuwe noden”

Wie de recente cijfers van Rode Kruis-Vlaanderen erop naleest, ontdekt de contouren van een organisatie die zich klaarstoomt voor de toekomst. Zowel de niet-aflatende inspanningen om steeds meer en nieuwe donoren te vinden als de kwaliteitseisen die het Rode Kruis zichzelf oplegt, zijn daar de getuigen van. Maar er is meer. De inkt van het jaarverslag 2009 mag nog vers zijn, Philippe Vandekerckhove kijkt al verder. “We zijn nu al bezig met onze strategie voor 2015.”
En dat moet, want 150 jaar sociale en humanitaire geschiedenis hebben hun sporen nagelaten. Ook bij het Rode Kruis, dat anno 2010 zoveel meer is dan de hulporganisatie die de Zwitserse bankier Henry Dunant oprichtte in 1864, in de nasleep van de veldslag bij Solferino in Italië.
Voor Vandekerckhove staat het Rode Kruis op een keerpunt. “Ons werkveld, dat zich oorspronkelijk beperkte tot noodhulp en medische verzorging, is sterk verruimd. Het Rode Kruis is er niet enkel meer voor gekwetsten en gewonden, maar voor alle kwetsbaren in de samenleving. Ook voor zij die de gevolgen dragen van vergrijzing, vereenzaming en immigratie.”
Een verdieping en verbreding van de zorgactiviteiten dringt zich op binnen de humanitaire hulpverlening. “De stijgende kosten voor professionele zorg doen de nood aan vrijwillige zorgondersteuning enkel toenemen, zeker in stedelijke gebieden”, aldus Vandekerckhove.

Efficiënt met een hart

Toen u bijna 7 jaar geleden aan het hoofd van Rode Kruis-Vlaanderen kwam te staan, was een van uw belangrijkste opdrachten de organisatie te moderniseren. Wat is er sindsdien gebeurd?
Philippe Vandekerckhove: We hebben vooral een traject van professionalisering afgelegd, van zowel de interne werking als het gebruik van de middelen en onze toekomstvisie. Heel belangrijk daarbij was het ontdekken van talent binnen de organisatie. Vandaag zijn we geëvolueerd tot een performante organisatie die, ook wat personeelsbeleid betreft, gericht is op het uitvoeren van een strategie.
Een goed voorbeeld is het kwaliteitssysteem van de Dienst voor het Bloed. Die werkt nu heel anders dan vroeger. Goede wil en vertrouwen alleen volstaan niet meer. Tegenwoordig heb je kwaliteitslabels nodig, moet je documenteren en bewijzen dat je goed bezig bent. Om je een idee te geven: de Dienst voor het Bloed is vorig jaar 24 keer geïnspecteerd door het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten). Reken daarbij de internationale inspecties en we komen aan 55 inspecties in 2009. We hebben de voorbije jaren ook verschillende kwaliteitslabels behaald. Sommige waren verplicht, als gevolg van de Bloedrichtlijn uit 2003, andere waren vrije keuzes, zoals ISO 9001.

Ook het vrijwilligerswerk is geëvolueerd. Vroeger waren mensen dankbaar voor de inzet van onze vrijwilligers, ook als er eens iets fout liep. Vandaag krijg je sneller een proces aan je broek. Was de hulpverlening wel adequaat? Is alles volgens de regels van de kunst verlopen? In zulke omstandigheden is professionalisering levensnoodzakelijk.

Hoe brengt u dat streven naar efficiëntie in balans met de meer ‘softe’ doelstellingen van uw organisatie?
We proberen die samen te brengen in slogans zoals ‘Efficiënt met een hart’. Die boodschap vat onze dualiteit mooi. Het zijn ook die eigenschappen die we zoeken wanneer we mensen rekruteren. Want het is niet omdat we het Rode Kruis zijn dat de boekhouding niet moet kloppen. Al moet onze boekhouder uiteraard wel een minimale affiniteit hebben met onze doelstellingen *(lacht)*. Dat is onze grote uitdaging, net als in de ziekenhuizen en de hele social profit.

Kort na uw benoeming tot gedelegeerd bestuurder maakte u van de dienstverlening aan ziekenhuizen een van uw

> “Vroeger waren mensen dankbaar voor de inzet van onze vrijwilligers, ook als er eens iets fout liep. Vandaag krijg je sneller een proces aan je broek. Was de hulpverlening wel adequaat? Is alles volgens de regels verlopen? In zulke omstandigheden is professionalisering levensnoodzakelijk.”

prioriteiten. Wat betekent dat in de praktijk?
Onze dienstverlening aan de ziekenhuizen heeft verschillende aspecten. Onze basisopdracht is het leveren van ‘voldoende, veilig bloed’. En dat willen we op een klantgerichte manier doen. Aangezien wij een dominante positie innemen, zijn ziekenhuizen zeer afhankelijk van ons. Je zou daarvan misbruik kunnen maken. Vroeger werd weleens gezegd dat ziekenhuizen zich moesten aanpassen aan de hoeveelheden in voorraad bij onze Dienst voor het Bloed. We hebben daarover nu duidelijke afspraken gemaakt. Die gaan zowel over hoeveel bloed we leveren als over de snelheid waarmee dat gebeurt. Met alle ziekenhuizen is een contract afgesloten, wat ons ook opgelegd is door de GMP-norm *(Goede Manier van Produceren die nauwkeurig vastlegt hoe en onder welke omstandigheden een product wordt gemaakt, red.)* In die contracten staat expliciet hoe vaak en binnen welke tijdspanne we moeten leveren, welke voorraden we moeten voorzien enzovoort.
Daarnaast zit er ook altijd een van onze artsen in het transfusiecomité van het ziekenhuis. Die houdt als vertegenwoordiger van de Dienst voor het Bloed in de gaten of alles goed verloopt en wat beter kan. Hij is ook de expert die desgewenst advies kan verlenen.

Verloopt de samenwerking met de ziekenhuizen door al die maatregelen beter dan vroeger?
Ik denk het wel. Tweejaarlijks bevragen we de ziekenhuizen over onze dienstverlening. Daaruit blijkt duidelijk dat de tevredenheid zeer hoog is en de laatste jaren zelfs nog is toegenomen.

Wat zijn voor ziekenhuizen de cruciale elementen om van een goede dienstverlening te kunnen spreken?
De volledigheid en de tijdigheid van de levering zijn het allerbelangrijkste. En daar scoren we goed op. We doen ook heel wat inspanningen om voldoende donoren te vinden, waardoor we minder bloedtekorten hebben dan andere bloedinstellingen. Daarnaast focussen we op een duidelijke en eenvoudige manier om bloedproducten te bestellen en op deskundig klinisch advies, 24 uur per dag.

Klantgericht

U bent zelf bestuurder in drie ziekenhuizen. Bevordert dat de samenwerking?
Enerzijds helpt het zeker om de problemen waarmee ziekenhuizen kampen beter te begrijpen. Want ook zij evolueren zeer snel onder invloed van allerlei nieuwe regelgeving. Anderzijds ben ik zo ook toegankelijk voor de sector. Mensen weten mij wel te vinden als er vragen of problemen zijn.

Hebben ziekenhuizen eigenlijk alternatieven voor hun bloedlevering?
Naast het militair ziekenhuis is er nog één ziekenhuis dat gedeeltelijk zijn eigen transfusies doet, met name het AZ Sint-Jan in Brugge. Alle andere ziekenhuizen hebben met ons een overeenkomst. Die schaalvergroting is overigens perfect te verantwoorden. Gespecialiseerde tests zijn steeds moeilijker op kleine schaal te organiseren. Vroeger organiseerden wij in vier laboratoria de HLA-typeringen *(tests die uitwijzen of een donor en een orgaan compatibel zijn, red.)*. Dat zijn tests waarvan ziekenhuizen verwachten dat ze dag en nacht, elke dag van de week kunnen plaatsvinden. Om die reden hebben wij onze vier labo’s gecentraliseerd. Het is zelfs niet aan de orde dat ziekenhuizen dat zouden doen. Wij moeten er wel voor zorgen dat de ziekenhuizen zich als klant gerespecteerd voelen.

Op welke manier houdt u de dienstverlening op peil?
We zijn volop bezig met het digitaliseren van de administratieve interactie met de ziekenhuizen. Een ander voorbeeld is dat we steeds meer bloedgroeptypes standaard typeren, wat het voor de ziekenhuizen gemakkelijker maakt om de juiste eenheid bloed te vinden. We hebben sinds een aantal jaar ook een aparte bloedbank, waar we heel bijzondere bloedtypes invriezen. Dat kost geld, maar ik beschouw dat als een investering in onze dienstverlening.

Het bloed dat het Rode Kruis verkoopt aan ziekenhuizen is ook een bron van inkomsten. Vrezen jullie geen commerciële initiatieven?
Je moet een onderscheid maken tussen labiele en stabiele bloedproducten. De labiele, zoals rode bloedcellen en bloedplaatjes, zijn kort houdbaar en vallen onder de bloedwetgeving. De stabiele zijn producten die men uit plasma opzuivert, zoals stollingsfactoren. Die vallen onder de farmaceutische wetgeving. Wij houden ons enkel bezig met de labiele producten. We zijn dus niet in competitie met multinationals die stabiele derivaten verkopen. Wat wij wel doen, is plasma verkopen aan een firma die daar stabiele producten uithaalt.

Wat de labiele producten betreft, kent België momenteel geen commerciële initiatieven. Zelfs wereldwijd vind je er amper, net omdat we werken met vrijwillige, onbetaalde donoren. Voor plasma wordt in andere landen wel geld op tafel gelegd.

In een opiniestuk in *Artsenkrant* nam u onlangs een rapport op de korrel van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over de productie van plasmaderivaten.
Mijn grootste bezorgdheid is dat er voldoende plasma is voor de Belgische patiënt. Ofwel doe je dat via zelfvoorziening ofwel laat je de productie aan de markt over. In dat laatste scenario moeten er afspraken gemaakt worden. Zo voorkom je dat firma's wegtrekken als ze ergens anders een betere prijs krijgen. In België zitten we vandaag in de slechtste van beide werelden. Ik vraag dat de overheid een keuze maakt. Mijn kritiek op het rapport van het KCE is dat het de situatie wel analyseert, maar geen oplossingen biedt. Terwijl de sector daarop toch zit te wachten.

Verbreden en verdiepen

In 'Strategie 2010', het strategische plan van Rode Kruis-Vlaanderen, staat te lezen dat jullie de zorgactiviteit willen verdiepen en verbreden. Wat bedoelt u daarmee?
Zorg moet je in die context beschouwen als de hulp aan en de opvang van patiënten buiten het ziekenhuis. Ik denk aan mensen die krukken of een rolstoel nodig hebben, aan vakanties voor personen met een handicap, aan vrijwilligers die boeken uitdelen in ziekenhuizen en een praatje slaan met de patiënten... Er zijn heel wat activiteiten die onder de noemer 'sociale hulp' vallen en waar het Rode Kruis een bijdrage kan leveren. Andere voorbeelden zijn projecten als 'Spring eens binnen' of 'Thuis in m'n tehuis', die zich richten tot patiënten die niet naar huis kunnen omdat ze geen mantelzorg hebben. Wij proberen dan vrijwilligers te vinden die bijvoorbeeld boodschappen voor die mensen kunnen doen.

Zowel de vergrijzing als de personeelstekorten in de zorg laten nog veel ruimte open. Beschouwt u het als een taak voor het Rode Kruis om daarop in te spelen?
Absoluut. In het nieuwe strategische plan, dat deze zomer wordt afgerond, zal die missie ook duidelijk aanwezig zijn. Het Rode Kruis is ooit ontstaan op het slagveld. Later zijn daar natuur- en andere rampen bijgekomen. In ontwikkelde landen maken we nu de volgende verschuiving mee: van fysieke hulp naar psychologische en sociale bijstand. De medische en paramedische hulp zijn in België zo goed georganiseerd, via ziekenfondsen, sociale zekerheid, ziekenhuizen enzovoort, dat onze rol en die van onze vrijwilligers daarin steeds kleiner wordt. Maar er zijn ook veel nieuwe noden: vereenzaming, veroudering, lossere familiebanden... Daarop proberen we steeds meer in te spelen.

Wat betekent dat voor de toekomst van de vrijwilligers en het personeel van het Rode Kruis?
Dat ook zij inhoudelijk een verandering zullen meemaken. Al is het niet evident om een vrijwilliger die bewust voor een bepaalde dienst gekozen heeft iets anders te laten doen. Wie erg gemotiveerd is om met de ziekenwagen te rijden, is dat misschien niet om huisbezoeken te brengen. We hebben vier criteria bepaald waaraan onze activiteiten moeten voldoen: de maatschappelijke nood, de aantrekkelijkheid voor vrijwilligers, de aanwezigheid van de knowhow om kwaliteit te kunnen leveren en de financiële haalbaarheid. Binnen de werkgroep Zorg, voorgezeten door Bea Cantillon, zoeken we op basis van onze strategie naar nieuwe activiteiten of naar activiteiten waarin we complementair kunnen zijn met ziekenhuizen en ziekenfondsen. Dat vraagt wat tijd. We gaan niet zoals in een commercieel bedrijf van de ene dag op de andere bepaalde activiteiten afstoten. Maar het Rode Kruis is er niet langer enkel en alleen om mensen te laten overleven, maar ook om te zorgen voor de kwaliteit in hun leven.

WV

“Wat ik doe, is zinvol”

JULIE TEIRLINCK, VERPLEEGKUNDIGE WZC SINT-VINCENTIUS DEINZE

“Ik ben verpleegkundige sinds juli vorig jaar. Daarvoor heb ik zeven jaar als zorgkundige gewerkt. Ik heb me omgeschoold via ‘Project 600’. Ik wou mijn kennis over de zorg verrijken en meer inzicht krijgen in de problemen van de bewoners.

Toen ik voor dit werk koos, was dat vooral voor het sociaal contact. Al heeft mijn grootmoeder, die lange tijd zorgbehoevend is geweest, daar ook veel mee te maken. Dankzij haar kwam ik al heel vlug in contact met al wat met zorg te maken heeft.

Mijn werk als verpleegkundige heeft me als mens veranderd. Ik voel me meer betrokken als er in mijn eigen nabije kring iemand zorg nodig heeft. Familieleden komen vlugger naar me toe om raad te vragen.
Mijn studies meegerekend, werk ik nu al tien jaar in de zorg. Daar heb ik nog geen moment spijt van gehad. De leukste momenten beleef ik met de bewoners hier. Het is moeilijk uit te leggen, maar voor ze zorgen, geeft me veel voldoening. Ik heb echt het gevoel dat wat ik doe, zinvol is.

De relatie met de bewoners hangt af van persoon tot persoon. De ene mens is al wat opener dan de andere. Maar hoe langer een bewoner hier blijft, hoe persoonlijker het contact wordt. Ze vertellen veel over zichzelf, over hun familie en hun verleden... Soms is dat delicaat, maar ik zie hier heel wat mensen openbloeien.”

Jef Van Holsbeke: "Veel verpleegkundigen willen 'hogerop', zonder de hiërarchische weg te kiezen. Ze willen hun professionele groei valoriseren binnen de directe zorg. En we hebben die mensen daar ook nodig!"

zorg

VOORSTELLEN TOT ACTUALISATIE VAN DE ZORGORGANISATIE

"We staan op een kantelmoment"

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaan razendsnel. Het is dan ook logisch dat de organisatie van de verpleegkundige zorg geregeld wordt bijgestuurd. "Vandaag staan we op een nieuw kantelmoment", zegt sectorcoördinator Jef Van Holsbeke van Zorgnet Vlaanderen. Taakuitzuivering en functiedifferentiatie vormen de sleutelwoorden. Samen met de Vlaamse Verpleegunie stelt Zorgnet Vlaanderen binnenkort een visietekst voor.

"Heel lang bleef het verpleegkundig beroep vooral op inzet gebaseerd", opent Jef Van Holsbeke het gesprek. "Het was een roeping. In de naoorlogse periode is het beroep geprofessionaliseerd. Kennis en kunde werden belangrijker. Het onderwijsniveau steeg en steeds meer verpleegkundigen kozen voor een A1-opleiding. De organisatie in de ziekenhuizen was toen erg hiërarchisch. Aan het hoofd van een afdeling stond meestal een verpleegkundige met veel ervaring die bijna continu beschikbaar was. Zij was inhoudelijk en organisatorisch de spil en stuurde al haar personeel aan. Die 'taakverpleging' heeft lang goed gefunctioneerd. Maar door de toenemende complexiteit van de zorg en de grotere deskundigheid van de verpleegkundigen was bijsturing nodig. Die bijsturing kwam er in de jaren zeventig met de 'integrerende verpleegkunde'. Een geïndividualiseerde en holistische benadering deed haar intrede. Zorg op maat voor elke patiënt werd het uitgangspunt van de zorgorganisatie. Idealiter werd de verantwoordelijkheid voor de totaalzorg voor een patiënt toevertrouwd aan één verpleegkundige. Maar vandaag staan we opnieuw op een kantelmoment. We hebben nood aan een nieuw 'organisatorisch model', waarin de doelstellingen van integrerende verpleegkunde behouden blijven", meent Jef Van Holsbeke.

Kernopdracht

"Een eerste element waarmee het nieu-

we model rekening moet houden, is de schaarste aan verpleegkundigen. Die schaarste heeft vooral te maken met de toegenomen vraag naar zorg en de stijgende intensiteit van de zorg. In de toekomst zullen we keuzes moeten maken: welke zorg kunnen we aanbieden door professionelen – en welke eventueel niet – en hoe gaan we die zorg organiseren? Als we die keuzes niet maken, dan stevenen we af op een duaal model waarbij bijvoorbeeld de basiszorg voor iedereen toegankelijk is en de gespecialiseerde zorg alleen voor wie het kan betalen. Wij passen voor dit scenario. Daarom moeten we op zoek gaan naar maatregelen die tegelijk kwaliteits- en efficiëntiewinsten opleveren. Het is geen optie om terug te keren naar de zogenaamde efficiënte 'taakverpleegkunde' van vroeger. De mensen willen meer dan routinematige zorg of 'carwash-zorg'. Ze willen als persoon betrokken worden bij de zorgplanning.

Een tweede element is het takenpakket van de verpleegkundige dat de jongste dertig jaar enorm is toegenomen. Gaandeweg en bijna geruisloos zijn er administratieve, logistieke en informaticagebonden opdrachten bijgekomen. Willen we meer efficiëntie, dan is taakuitzuivering noodzakelijk. De organisatie op een verpleegafdeling staat vandaag te weinig centraal. De verpleegafdeling moet zich aanpassen aan het OK-programma, aan de keuken, aan de artsen, aan de organisatie van de dienst medische beeldvorming, aan de apotheek, aan het labo... We zouden de omgekeerde oefening moeten maken: vertrekken vanuit een optimale organisatie voor de afdeling, en alle logistiek en ondersteuning daarop afstemmen. Dat het in de praktijk anders loopt, heeft ook te maken met de continue beschikbaarheid van verpleegkundigen in de organisatie. Ze krijgen taken toegeschoven louter omdat ze 24 uur op 24 continu aanwezig zijn. Dat is in veel gevallen allicht de gemakkelijkste oplossing voor een praktisch probleem, maar het betekent wel dat verpleegkundigen minder en minder tijd hebben voor hun kernopdracht.

Een derde element in de discussie over een nieuw organisatiemodel voor de verpleegkunde is het concept van persoonsgebonden zorg, waarbij één patiënt door één verpleegkundige wordt verzorgd. In de praktijk lukt dat natuurlijk nooit helemaal en het is de vraag of dat concept van geïntegreerde zorg in die zin houdbaar is. Ik denk dat we hier een stapje terug moeten zetten en evolueren naar 'multidisciplinaire zorg in team' voor een groep van patiënten. We moeten hier verder onderzoek naar doen, vanuit het standpunt van de patiënt, van de verpleegkundige en van de organisatie. De resultaten van dat onderzoek moeten mee een leidraad vormen bij het herdenken van de organisatie van de verpleegkundige zorg", aldus nog Jef Van Holsbeke.

Kris Vaneerdewegh van de Vlaamse Verpleegunie: "Uiteraard zijn er nuanceverschillen, maar het is toch opvallend hoezeer we op één lijn zitten als het over werkbare toekomstmodellen voor de organisatie van de zorg gaat."

Functiedifferentiatie

"Het verhaal van de functiedifferentiatie sluit hierbij perfect aan. Vroeger was de zorg vrij homogeen. Je had een goed afgebakend zorgpakket voor de heelkunde, voor interne, voor de kraamafdeling en voor de psychiatrie... Sinds enkele jaren zien we een explosie aan medische specialisaties en subspecialisaties. Ook de verpleegkundige zorg ontsnapt hieraan niet: we hebben al diabetesverpleegkundigen, pijnverpleegkundigen enz. Wil je je als verpleegkundige vandaag ontwikkelen en vooruitgaan, dan is er eigenlijk maar één 'ladder' die je kan volgen, met name de hiërarchische: je wordt hoofdverpleegkundige of middenkader of directeur zorg. Vandaag hebben we echter nood aan een tweede 'ladder', die een inhoudelijk groeiperspectief geeft. Veel verpleegkundigen willen 'hogerop', zonder die hiërarchische weg te kiezen. Ze willen hun professionele groei valoriseren binnen de directe klinische zorg. En we hebben die mensen daar ook nodig! Vandaar dat je nieuwe functies ziet ontstaan: referentieverpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen... Maar het kader waarbinnen die ontwikkelingen een plaats krijgen, ontbreekt grotendeels."

"Om die inhoudelijke, niet-hiërarchische 'ladder' te ontwikkelen, zijn er twee bruikbare elementen", verklaart Jef Van Holsbeke. "Een eerste uitgangspunt is dat elke verpleegkundige evolueert. Iedereen begint als 'starter' zou je kunnen zeggen: met een opleiding, maar zonder veel ervaring. Een tweede stap zou je de 'bekwame verpleegkundige' kunnen noemen. Die heeft de kennis en de ervaring om zelfstandig basiszorg aan te bieden en om correct te handelen in de meest voorkomende, stabiele situaties. Wie nog verder ontwikkelt, wordt een 'professionele verpleeg-

VLAAMSE VERPLEEGUNIE EN ZORGNET VLAANDEREN BUNDELEN KRACHTEN

“We komen met dezelfde oplossingen”

De Vlaamse Verpleegunie werkte actief mee aan de visietekst ‘Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie’ over taakuitzuivering, functiedifferentiatie en functieclassificatie. “Onze inbreng situeerde zich vooral op het vlak van functiedifferentiatie”, zegt Kris Vaneerdewegh, voorzitter van de werkgroep functiedifferentiatie van de Vlaamse Verpleegunie. “Het is mooi dat we rond dergelijke projecten de krachten kunnen bundelen.”

Kris Vaneerdewegh is hoofd nursing van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum in Rekem en is actief binnen de Vlaamse Verpleegunie en het NVKVV. “De Vlaamse Verpleegunie verenigt verpleegkundige beroepsorganisaties, waaronder het NVKVV en specialistische verenigingen. In ons actieplan 2009 stond functiedifferentiatie hoog genoteerd. Het verpleegkundig beroep specialiseert zich in snel tempo. We hebben bijgevolg nood aan een nieuw model en aan nieuwe begrippen, zodat iedereen dezelfde taal spreekt en op dezelfde golflengte komt. Vandaag heerst er een kakofonie die kenmerkend is voor een periode van verandering”, vindt Kris Vaneerdewegh.

“Die verandering zien we in buitenlandse voorbeelden, maar ze groeit ook bij ons van binnenuit. Er is dringend nood aan doorgroeimogelijkheden voor verpleegkundigen binnen de klinische praktijk, los van de hiërarchische ladder. Vandaar dat de Vlaamse Verpleegunie zich voorlopig vooral op functiedifferentiatie heeft gericht. We hebben daarvoor een model ontwikkeld dat heel mooi bleek aan te sluiten bij de keuzes van Zorgnet Vlaanderen. Wij bekijken de evolutie in de eerste plaats vanuit het standpunt van ons beroep, de verpleegkunde. Zorgnet Vlaanderen vertrekt vooral vanuit de organisatie van de zorg. Uiteraard zijn er nuanceverschillen, maar het is toch opvallend hoezeer we op één lijn zitten als het over werkbare toekomstmodellen voor de organisatie van de zorg gaat. Dat sterkt ons in onze overtuiging dat we de juiste analyse en de juiste keuzes maken.”

“In januari hebben we het model voor functiedifferentiatie voorgesteld op een studiedag van de Vlaamse Verpleegunie”, vervolgt Kris Vaneerdewegh. “De reacties waren positief. ‘Dit is zeer herkenbaar’, klonk het. Dat betekent niet dat we er al helemaal zijn. De koppeling met de onderwijsniveaus kan nog een moeilijke discussie vormen. We willen dit model nu eerst verder bekendmaken. We willen binnen de Vlaamse Verpleegunie ook de taakherschikking van naderbij bekijken. Alles hangt uiteindelijk met alles samen. Maar met deze gezamenlijke visietekst hebben we in elk geval een belangrijke stap in de goede richting gezet.”

kundige’, iemand die ook in onverwachte situaties en los van procedures in staat is om de juiste beslissingen te nemen.
Die drie basisstappen klinken logisch, maar er zijn een aantal consequenties. Het betekent bijvoorbeeld dat je verpleegkundigen niet langer uitsluitend op basis van hun diploma gaat indelen. Elke verpleegkundige begint immers als ‘starter’ en elke verpleegkundige kan zich verder ontwikkelen tot ‘professioneel verpleegkundige’. Het diploma is maar één element in het geheel. Ook ervaring, inzet en bijscholing zijn belangrijk. Dat is een piste die overigens ook gevolgd wordt door het IF.IC (Instituut voor Functieclassificatie). Dat is de nieuwe classificatie aan het uitschrijven, waaraan dan verder de verloning gekoppeld zal worden. Al die elementen passen perfect in elkaar.
Een tweede element in de niet-hiërarchische ladder is dat van expert-verpleegkundige. Verpleegkundigen moeten kunnen doorgroeien naar een functie als referentieverpleegkundige (bv. wondzorgverpleegkundige), als verpleegkundig consulent (bv. borstverpleegkundige) of als verpleegkundig specialist (met ook een wetenschappelijke opdracht). Als we daarin slagen, dan wordt en blijft de verpleegkundige een (gelijk)waardige partner van de artsen en de paramedici”, stelt Jef Van Holsbeke.

Concreet voorstel

“De ontwikkeling naar een nieuw organisatiemodel is al volop bezig”, gaat Jef Van Holsbeke verder. “We moeten meer sturend optreden en dingen in beweging brengen. Een concreet voorstel doet Zorgnet Vlaanderen in het kader van het sociaal akkoord, meer bepaald over de functie van hoofdverpleegkundige. De hoofdverpleegkundige moet vandaag twee rollen waarmaken: een inhoudelijke (kennis en kunde) en een organisatorische (personeelsbeleid, communicatie, coaching...). In de praktijk blijkt die dubbelrol vaak onhoudbaar. Voor het inhoudelijke werk rest er nauwelijks tijd, waardoor anderen steeds meer gaan bepalen wat de verpleegkundigen moeten doen. Om dat te vermijden stelt Zorgnet Vlaanderen drie stappen voor. De hoofdverpleegkundigen worden uit de personeelsnorm gehaald en vrijgesteld van zorgtaken. Dat betekent dat er per afdeling een extra kracht komt. Dat hoeft geen verpleegkundige te zijn, wel integendeel. Beter is om een extra zorgkundige of een combinatie van een zorgkundige en een logistieke kracht in te zetten om een deel van het ondersteunende werk op zich te nemen. Wat je hiermee uitspaart, kan gebruikt worden om een verpleegkundige binnen de norm halftijds op te waarderen tot ‘verpleegkundig specialist’. Die kan dan de klinisch inhoudelijke rol van de hoofdverpleegkundige ondersteunen. De hoofdverpleegkundige kan zich dan beter concentreren op een goede zorgorganisatie. Het zou een grote stap zijn naar een nieuw organisatiemodel van de verpleegkundige zorg.”

De brochure ‘Voorstellen tot actualisatie van de zorgorganisatie – taakuitzuivering, functiedifferentiatie en functieclassificatie van verpleegkundige beroepsbeoefening’ verschijnt in juni. Binnenkort vind u die brochure terug op de website www.zorgnetvlaanderen.be.

MEMORANDUM VOOR DE FEDERALE VERKIEZINGEN 2010

Roeien met strakke riemen

Zondag 13 juni gaan we stemmen. Zorgnet Vlaanderen roept in zijn memorandum voor de federale verkiezingen de politici op om als goede huisvaders het overheidsbudget te beheren. “We moeten keuzes durven maken, niet voor franjes, niet voor ‘nice to haves’, maar radicaal voor toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg”, klinkt het.

Institutionele problemen en de financiële crisis bedreigen de stabiliteit van het beleid en zelfs van het land. De werkloosheid stijgt, gezinnen krijgen het moeilijk, de armoede neemt toe. Tegelijk blijven de uitdagingen voor de gezondheidszorg gigantisch. De vergrijzing komt eraan, het aantal chronisch zieken en personen met psychische problemen neemt toe, de stabiliteit van familiale en sociale netwerken en de traditionele mantelzorg brokkelen af.

Zorgnet Vlaanderen beseft de ernst van de situatie en neemt zijn verantwoordelijkheid. Willen we onze sociale bescherming met een breed toegankelijke en betaalbare zorg veiligstellen, dan moeten de verantwoordelijken het overheidsbudget en dat van de Sociale Zekerheid als goede huisvaders beheren. Schuldafbouw vormt hierbij een belangrijk aandachtspunt omdat, net zoals in elk huishouden, weinig schulden gelijk staat met weinig zorgen en met extra ruimte voor zinvolle initiatieven. Schuldbeheersing is de beste sociale bescherming.

In zijn memorandum vraagt Zorgnet Vlaanderen van de komende federale regering echt leiderschap en moedig beleid.

Voor de gezondheidszorg betekent dat een keuze voor een verantwoorde aanwending van de middelen, voor goede zorg aan de best mogelijke prijs. Dat is meteen ook de leidraad in het memorandum van Zorgnet Vlaanderen voor de federale verkiezingen.

“Zorgnet Vlaanderen verenigt meer dan vijfhonderd zorgvoorzieningen. Met circa 85.000 medewerkers verzorgen zij jaarlijks meer dan één miljoen patiënten, cliënten en bewoners. In naam van al die organisaties, medewerkers en patiënten vraagt Zorgnet Vlaanderen dat de nieuw te vormen regering eerlijk, krachtdadig en sober optreedt. Echt leiderschap en moedig beleid zullen onze toekomst en die van onze kinderen veilig kunnen stellen”, aldus voorzitter Guido Van Oevelen en gedelegeerd bestuurder Peter Degadt.

Kies met zorg

Dat er de komende jaren flink bespaard moet worden, is duidelijk. Om die budgettaire beperkingen te dragen moeten in de gezondheidszorg efficiëntiewinsten gerealiseerd worden. Voor Zorgnet Vlaanderen kan dat alleen als alle actoren bereid zijn om de bestaande financieringsnormen te hervormen. Verder moeten alle middelen van de sociale zekerheid recht-

vaardig en efficiënt worden beheerd. Elke verspilling is uit den boze.

Toch moet er de komende jaren in meer zorg geïnvesteerd worden. Verpleegkunde blijft een knelpuntberoep. De vergrijzing en de toenemende intensiteit van de (chronische) zorg doen de vraag naar sterke verpleegkundigen nog toenemen. In het kader van het sociaal akkoord 2011-2016 waarover op dit ogenblik onderhandeld wordt, wil Zorgnet Vlaanderen samen met de sociale partners moedige keuzes maken om het verpleegkundig beroep aantrekkelijker en de organisatie van de zorg efficiënter te maken. Omdat besparen op kwaliteit in de zorg geen optie is, pleit Zorgnet Vlaanderen voor een systeem van accreditatie.

Willen we meer efficiëntie, dan moeten de zorgvoorzieningen meer ruimte krijgen voor sociaal ondernemerschap. Administratieve vereenvoudiging is noodzakelijk. Een samenhangend beleid voor gezondheid en welzijn veronderstelt overigens eenheid van bevoegdheid en van middelen. Pas als de gezondheidszorg overgeheveld wordt naar de Gemeenschappen, kan er een einde komen aan het 'consumptiefederalisme'. Communautarisering betekent voor Zorgnet Vlaanderen echter niet dat de solidariteit tussen de Belgische burgers wordt uitgehold.

Ouderenzorg

De vergrijzing biedt zowel kansen als uitdagingen. Een geïntegreerd zorgbeleid met een langetermijnvisie is daarom dringend nodig. Willen we dat ouderen op een positieve manier van het maatschappelijke leven deel uitmaken, dan zijn ingrijpende beleidsbeslissingen nodig die verder gaan dan louter de gezondheidszorg.

Een belangrijk element in dat geïntegreerde beleid is de financiering. Vandaag zijn er tal van discriminaties en ongerijmdheden, zowel in de financiering van zorgvoorzieningen als in de tegemoetkomingen aan patiënten. Willen we de beperkte middelen optimaal aanwenden, dan moeten we hierin durven ingrijpen. Ook alternatieve zorgvormen en zorginnovatieprojecten moeten kansen krijgen.

De ouderenzorg heeft dringend nood aan meer verpleegkundigen en andere werkkrachten. Er moet ook ruimte zijn om de noodzakelijke expertise te ontwikkelen op het vlak van dementie en palliatieve zorg.

Een doorgedreven informatisering, een vernieuwd en transpart medicatiebeleid en een goed afgestemde ketenzorg zijn andere prioriteiten voor de ouderenzorg.

Geestelijke gezondheidszorg

Een op de vier mensen krijgt af te rekenen met een geestelijk gezondheidsprobleem. In een op de tien gevallen gaat het om een ernstige stoornis. Het aantal suïcides in ons land ligt erg hoog. Veel mensen bereiken de gespecialiseerde hulpverlening jammer genoeg pas op het ogenblik dat de kansen op genezing of herstel al fel geslonken zijn. Zoals er een nationaal plan kwam voor kanker, is er ook voor de geestelijke gezondheidszorg een gedurfde en planmatige aanpak vereist. Preventie, vroege detectie, tijdige en gespecialiseerde behandeling en begeleiding in de leefomgeving van patiënten en in gespecialiseerde zorgvoorzieningen zijn geen luxe maar een noodzaak in een gezonde samenleving.

Ook in deze sector is er ruimte voor meer efficiëntie en een betere besteding van de beperkte middelen. Minder regels, minder administratie en minder bureaucratie kunnen mogelijkheden bieden voor innovatieve samenwerkingsverbanden die inspelen op de behoeften van vandaag.
De geestelijke gezondheidszorg kampt met een schaarste aan psychiaters en vooral kinderpsychiaters, maar ook aan verpleegkundigen. Voor kwetsbare groepen als ouderen, kinderen en jongeren moet de toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg worden verbeterd.

Algemene ziekenhuizen

Algemene ziekenhuizen hebben hoofdzakelijk twee bronnen van inkomsten. Het grootste aandeel vormen de overheidsmiddelen, het zogenaamde budget van financiële middelen. Omdat dat budget structureel ontoereikend is, moeten ziekenhuizen daarnaast een beroep doen op

> "Er zijn tal van discriminaties en ongerijmdheden, zowel in de financiering van voorzieningen als in de tegemoetkomingen aan patiënten. Willen we de beperkte middelen optimaal aanwenden, dan moeten we hierin durven ingrijpen."

afhoudingen op de artsenhonoraria. Die duale financiering is ongezond, omdat ze haaks staat op een geïntegreerd ziekenhuismodel. Zorgnet Vlaanderen pleit voor een geïntegreerde financiering gebaseerd op objectieve en transparante criteria.

De vervrouwelijking van het artsenberoep, de groeiende aandacht voor een evenwichtige combinatie van carrière en gezin, en de keuze van meer artsen voor een privépraktijk, bedreigen de beschikbaarheid van artsen in de ziekenhuizen. Bovendien staan de aanzienlijke inkomensverschillen tussen de artsen onderling niet in verhouding tot hun inzet, werkdruk of bekwaamheid. Dat is niet alleen onrechtvaardig, het beïnvloedt ook de studiekeuze van artsen in opleiding. Daardoor ontstaan er tekorten voor sommige specialismen. De overheid moet hier dringend de nodige maatregelen nemen.

Uiteraard moeten ook nieuwe stappen worden gezet om het knelpuntberoep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken en om een nieuw model van zorgorganisatie te introduceren, dat beter inspeelt op de noden en verwachtingen van verpleegkundigen, van patiënten en van ziekenhuizen. Hierover leest u meer op pagina 11-13 van deze Zorgwijzer.

Zorgnet Vlaanderen blijft aandringen op een voldoende financiering voor de lopende en toekomstige sociale akkoorden, op een beperking van de ereloonsupplementen tot 100% en op een realistische en meer flexibele toepassing van de personeelsnormen.

U vindt het volledige memorandum voor de federale verkiezingen 2010 'Roeien met strakke riemen' op www.zorgnetvlaanderen.be.

Dirk Demeulemeester en Corrie Van Pelt: "Het is goed om even afstand te nemen en je blik te verruimen."

Europa

"Een groot engagement, maar je krijgt er veel voor terug"

Elk jaar organiseert HOPE, de European Hospital and Healthcare Federation, een uitwisselingsprogramma voor ziekenhuismanagers. Na enkele jaren pauze neemt ook België hier sinds vorig jaar weer aan deel. Zorgnet Vlaanderen ging praten met de Belgische coördinator Dirk Demeulemeester en met Corrie Van Pelt van ziekenhuis Gezondheidszorg Oostkust.

Dirk Demeulemeester steekt zijn enthousiasme over het uitwisselingsproject niet onder stoelen of banken. "HOPE startte in 1982. Kris Schutyser, voormalig directeur van het VVI, lag mee aan de grondslag ervan. Zelf was ik in die jaren directeur in het ziekenhuis van Knokke-Blankenberge. Ik vond het van meet af aan een fantastisch project. Ik ben zelf nooit mee kunnen gaan, maar ik heb vanuit het ziekenhuis wel iemand uitgestuurd en we hebben zelf ook buitenlandse gasten ontvangen. Zo'n internationale uitwisseling is een verrijking op het gebied van taal, menselijke verhoudingen en visie op beleid. We leren uit ervaringen van anderen. Vaak worden buitenlandse collega's met soortgelijke problemen geconfronteerd, maar hebben ze een andere oplossing. Het is goed om even afstand te nemen en je blik te verruimen."

Corrie Van Pelt is diensthoofd van de personeelsdienst in Gezondheidszorg Oostkust. Zij was vorig jaar gastvrouw voor een HR-manager uit Engeland. "Elk jaar wordt rond een centraal thema gewerkt", vertelt zij. "In 2009 ging het over nieuwe rollen en nieuwe vaardigheden in de zorg, dit jaar staat de zorg voor de chronische patiënt centraal. Rond dat thema wordt hard gewerkt door de deelnemers. Daarnaast zijn er de menselijke relaties die je opbouwt. Een uitwisselingsprogramma duurt vier weken. Dat is niet niks. Je krijgt dus echt de kans om die mensen beter te leren kennen, maar omgekeerd ook om hen onze cultuur en leefwereld te laten ontdekken. Het is verrijkend het bredere plaatje te zien."

Engagement en dialoog

Dirk Demeulemeester: België heeft enkele jaren niet meegewerkt aan het pro-

“Zo’n kans krijg je niet elke dag”

Klinisch apotheker Anne Verhaeghe van AZ Groeninge Kortrijk nam vorig jaar deel aan het uitwisselingsproject HOPE. Een maand lang gaf ze oren en ogen de kost in St-George’s Hospital in Londen. Een ervaring die ze niet snel zal vergeten.

“AZ Groeninge had zich ingeschreven voor het project en lanceerde intern een oproep”, vertelt Anne Verhaeghe. “Ik heb meteen gereageerd. Zo’n kans krijg je niet elke dag. Uiteraard moet je praktisch heel wat regelen, zowel thuis als op het werk. Maar waar een wil is, is een weg.
Vooraf kun je je landen van voorkeur opgeven. Ik mocht naar het Verenigd Koninkrijk, samen met 22 andere deelnemers. Onder hen een Spaans medisch directeur, spoedarts, geriater en huisarts, een Deens verpleegkundig directeur, een Duits gynaecoloog, een Griekse vroedvrouw, een Oostenrijkse IT-manager... Een divers gezelschap dus.
De eerste twee dagen was er een gezamenlijk programma in Londen. We kregen er algemene informatie over de Britse gezondheidszorg en we konden nader kennismaken. Daarna trok elke deelnemer naar zijn gastziekenhuis. Ik mocht een maand lang in het St-George’s Hospital in Londen verblijven.
Ik kreeg er een eenvoudige kamer in een vleugel waar ook de assistenten van wacht en familieleden van patiënten kunnen overnachten. Geen grote luxe, maar best oké. Het waren trouwens goedgevulde dagen, meestal tot ’s avonds laat. Ik werd helemaal ondergedompeld in de organisatie van St-George’s, ik mocht er tal van beleidsvergaderingen bijwonen, ik kreeg pakken informatie en uitleg. Daarnaast kreeg ik ook de kans om de organisatie van de eerstelijnszorg van nabij te leren kennen en te ervaren hoe sterk de eerste en de tweede lijn zijn geïntegreerd. Heel boeiend!”

“Er zijn grote verschillen in organisatie met de Belgische ziekenhuizen”, aldus Anne Verhaeghe. “Op sommige vlakken staan ze sterker. Ik zocht vooral naar voorbeelden van ‘good practice’, zaken die ons iets konden bijbrengen op het vlak van kwaliteit en veiligheid van de zorg voor onze patiënt. Heel sterk is onder meer de uitbouw van de klinische farmacie. Zo werken er in St-George’s (met duizend bedden) vijftig apothekers, van wie dertig op de afdelingen. Dat is onvoorstelbaar bij ons.
Ook het beleid inzake alcoholgebruik en roken is heel strikt: nergens kan je een biertje of andere alcoholische drank verkrijgen, zelfs niet als bezoeker. Een groot contrast met de cafetaria’s in vele Belgische ziekenhuizen. Het Britse systeem heeft uiteraard ook minpunten, zoals de soms lange wachttijden.
Ik heb dankzij HOPE heel wat opgestoken in Londen. Ik kan het iedereen ten zeerste aanraden.”

Anne Verhaeghe verbleef vier weken in St-George’s Hospital in Londen: “Ik kan deelnemen aan het HOPE-programma iedereen heel erg aanbevelen.”

gramma. Een beetje onbegrijpelijk, ook al omdat het hoofdkwartier van HOPE in Brussel gevestigd is. Vorig jaar heb ik de taak van nationaal coördinator op mij genomen met als resultaat: twee ziekenhuizen stuurden iemand naar het buitenland en zes ziekenhuizen ontvingen acht buitenlandse kandidaten. Ik wil de ziekenhuizen warm maken om Europese collega’s te ontvangen en om zelf mensen uit te sturen. Het vergt wel wat organisatie, maar ik geloof rotsvast in het nut ervan.

Corrie Van Pelt: Het vraagt natuurlijk een zeker engagement om deel te nemen. Vier weken is vrij lang, zowel om uitgestuurd te worden als om een buitenlandse gast te ontvangen. Het is geen plezierreisje. Er wordt hard gewerkt. De uitwisseling eindigt telkens met een congres in een Europese stad, waar de deelnemers per gastland een presentatie over het centrale thema brengen. Daar is een wedstrijd aan verbonden, die België in 2009 overigens won. Vorig jaar vond het congres in Lissabon plaats, dit jaar in Kopenhagen. Wie deelneemt, wordt verwacht daar aanwezig te zijn. Daar hangt natuurlijk ook een prijskaartje aan vast. Maar het loont de moeite.

Dirk Demeulemeester: Je krijgt er inderdaad heel wat voor terug. In België zorgen we er bijvoorbeeld voor dat de buitenlandse gasten niet alleen in hun gastziekenhuis iets opsteken, maar ook kennismaken met het gezondheidssysteem. We worden ontvangen op de FOD Volksgezondheid, UZ Gent organiseert een studiedag over het opgelegde thema chronische zorg en we brengen een bezoek aan de Zorggroep Oostkust. Die groepeert naast het ziekenhuis ook een woonzorgcentrum, een dienst kinderopvang en een voorziening voor gehandicaptenzorg.

Corrie Van Pelt: Die inspanningen worden erg op prijs gesteld door de bezoekende collega’s. Als gastvrouw voor een HR-manager uit Engeland had ik vooraf naar haar interesses en aandachtspunten gepeild. Op basis daarvan hebben we een programma opgemaakt, rekening houdend met het centrale thema.

Dirk Demeulemeester: Veel hangt natuurlijk af van de lokale coördinators, de gastheren en de gastvrouwen in de deelnemende ziekenhuizen. Het is belangrijk dat ze de taal van de gast spreken en dat ze er voldoende tijd en energie in willen steken. Zelf blijf ik dromen dat de Europese gedachte niet verwatert, dat we onze horizon voortdurend verbreden, dat we onszelf op tijd en stond relativeren. Dialoog is belangrijk. Binnen blijven en niet weten dat het buiten regent, dat is toch zielig. Maar het vraagt een inspanning en een actieve inzet, dat is waar.

Corrie Van Pelt: Je krijgt er veel voor terug. Ik vond het in elk geval een hele verrijking.

Het HOPE-uitwisselingsprogramma loopt dit jaar van 17 mei tot 12 juni. Verschillende Belgische ziekenhuizen nemen eraan deel. Het afsluitende congres in Kopenhagen vindt plaats van 14 tot en met 17 juni. Meer informatie bij Dirk Demeulemeester, 050 35 50 91 en www.hope.be.

“Werken met je persoonlijkheid”

SANDRA VANHAMEL, PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE PZ SANCTA MARIA SINT-TRUIDEN

“Mijn eerste studiekeuze was maatschappelijk assistent. Na het eerste jaar was ik geslaagd, maar ik vond de opleiding te theoretisch. Ik wou contact met mensen en daarom heb ik voor verpleegkunde gekozen. Tijdens die opleiding was het voor mij al snel duidelijk dat ik in de psychiatrie wou werken.

Ik ben nu 13 jaar psychiatrisch verpleegkundige en nog altijd blij met die keuze. Het was een keuze uit idealisme. Mensen helpen, met ze praten, iets zinvol voor ze doen... dat vind ik belangrijk. Wat me in dit werk erg aanspreekt, is dat je persoonlijkheid een van je belangrijkste werkinstrumenten is. De manier waarop je mensen benadert en hoe je problemen oplost, wordt daar sterk door bepaald.

Ook al is het niet altijd evident om een psychiatrische patiënt te helpen, toch heb ik het gevoel dat ik wel degelijk een verschil maak. Mensen worden hier soms heel acuut, heel verward opgenomen. En dan zie je ze op korte tijd, dankzij de juiste medicatie en zorg, soms toch fel verbeteren.

Ook voor patiënten die hervallen kan je als verpleegkundige een betekenisvolle rol spelen. En soms moet je de voldoening in kleine hoekjes zoeken, bij gedwongen opnames bijvoorbeeld. Dergelijke patiënten vertonen vaak heel wat weerstand, maar als ik hen tijdens hun verblijf een ziekte-inzicht kan meegeven, hoe klein ook, denk ik ‘dat heb ik toch maar mooi bereikt’.”

PRIJS J.M. HEYMANS ZET UITZONDERLIJKE VERPLEEGKUNDIGE IN DE BLOEMEN

Mieke Grypdonck valt in de prijzen

Tweejaarlijks brengt de 'Zeer Eerwaarde Zuster Dr. Jules-Marie Heymansprijs' hulde aan een verpleegkundige of vroedvrouw met opmerkelijke verdiensten. Deze keer gaat die naar em. professor Mieke Grypdonck. "Een boegbeeld voor de professionalisering van het beroep", stelt Michel Foulon, algemeen coördinator van het NVKVV.

Em. prof. Mieke Grypdonck ontvangt de J.M. Heymansprijs.

De prijs werd voor het eerst uitgereikt in 1964 op initiatief van zuster Jules-Marie Heymans. Ze werkte hiervoor samen met een aantal katholieke organisaties, waaronder Zorgnet Vlaanderen, toen nog VVI, en het NVKVV. Algemeen coördinator Michel Foulon: "De prijs wordt om de twee jaar uitgereikt aan een Belgische verpleegkundige of vroedvrouw voor specifieke inspanningen in het verpleegkundig onderwijs, de medisch-sociale diensten, het ziekenhuiswezen of de preventieve geneeskunde. De prijs gaat afwisselend naar een Nederlandstalige en een Franstalige verpleegkundige of vroedvrouw."

Meestal komt er een oproep tot kandidaatstelling, maar dit jaar stelde de raad van bestuur unaniem em. prof. Grypdonck voor. "Ze is een bijzondere verpleegkundige in meerdere opzichten", stelt Michel Foulon. "Ze heeft een enorme meerwaarde geboden bij de verwetenschappelijking van het verpleegkundig beroep. Haar sterke opvattingen over wetenschapsbeoefening en verpleegkunde vertaalde ze in tal van publicaties en kwamen ook tot uiting bij de vorming van vele studenten. Bovendien speelde professor Grypdonck een erg belangrijke rol bij de heroriëntering van de verpleegkundige inzet naar patiënten. Voor haar moet een verpleegkundige het leven boven de ziekte uit kunnen tillen."

Naar aanleiding van de prijs, die altijd aan de vooravond van 12 mei, de Internationale Dag van de Verpleegkundige, wordt uitgereikt, schreef professor Grypdonck een memorandum 'Verpleegkundige spreekuren in de zorg voor mensen met een chronische ziekte'. Daarin geeft ze haar visie over de rol van verpleegkundigen in de chronische zorg. U kunt het memorandum bestellen via Verplegingswetenschap Gent (ginette.derresauw@ugent.be).

CZ

Wie was Jules-Marie Heymans?

Marie-Berthe Heymans zag het levenslicht op 3 juli 1897. Ze studeerde af als verpleegster in 1917. Negen jaar later behaalde ze haar diploma als dokter in de geneeskunde. Inmiddels had ze ook haar kloostergeloften afgelegd bij de congregatie van de Zusters van Liefde. Die stelde haar aan als directrice van de Sint-Vincentiuskliniek in Gent en de daarbij horende school voor verpleegkunde.
In 1938 stond zuster Heymans mee aan de wieg van Zorgnet Vlaanderen, het toenmalige VVI. Het secretariaat van het VVI was eerst zelfs gevestigd in het klooster van de Zusters van Liefde. Jules-Marie Heymans bleef als vrijwilliger actief in het VVI tot ver in de jaren 1960.

Zuster Heymans zette zich jarenlang in voor de promotie van het verpleegkundig beroep. Vlak voor de Tweede Wereldoorlog, in 1939, stichtte ze in Leuven de 'Hogere School voor de Administratie der Gezondheidszorg en de Opleiding in de Verpleegkunde', een baanbrekend initiatief dat ook in internationale context zijn tijd ver vooruit was. Enerzijds vormde de school leerkrachten voor verpleegsterscholen, anderzijds werd verplegend en administratief personeel er opgeleid voor verantwoordelijke functies in de ziekenhuizen. In de jaren 1960 werd de school geïntegreerd in het Centrum voor Ziekenhuiswetenschap van de K.U.Leuven. Hierdoor kregen verpleegkundigen toegang tot universitaire studies.

Laureaat Mieke Grypdonck over Zuster Heymans

"Wie met zuster Jules-Marie Heymans in contact kwam, werd getroffen door haar scherp verstand, haar vermogen om te analyseren en tegelijkertijd haar eenvoud en haar liefdevolle benadering van mensen." (Bron: *Acta Hospitalia*, 1986/2)

revali-
datie

Kurt Wille en Koen Aerts: "De huiselijke sfeer van het revalidatieziekenhuis is een echte troef. Er heerst een sterk groepsgevoel, zonder rang of stand, met veel respect voor elkaar. Door de relatief hoge gemiddelde ligduur kunnen we ook echt een band creëren met onze patiënten."

"Patiënten kijken revalidatie met een geruster hart tegemoet"

Het revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde laat in 2011 de rivier achter zich en verhuist naar Edegem. Daar wordt een nieuwbouw gerealiseerd op gronden van de universiteit die het ziekenhuis in erfpacht krijgt. Koen Aerts (directeur patiëntenbegeleiding en communicatie) en Kurt Wille (stafmedewerker) zijn het er roerend over eens: een boeiende uitdaging kondigt zich aan.

De voornaamste doelgroep van het revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde vormen personen met een niet-aangeboren acuut letsel. De hoofdmoot zijn mensen met een hersenletsel, personen met locomotorische problemen of patiënten die moeten revalideren na amputatie of dwarslaesie. "We willen onze patiënten zo functioneel mogelijk opnieuw integreren in de maatschappij. Voor de blijvende beperkingen voorzien we de nodige hulpmiddelen", vertelt stafmedewerker Kurt Wille.

Voor een goed revalidatieproces is multidisciplinaire samenwerking onontbeerlijk. Directeur patiëntenbegeleiding en communicatie Koen Aerts: "Artsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, sociaal verpleegkundigen, verpleegkundigen en verzorgenden, diëtisten, sport- en bewegingstherapeuten slaan hier de handen in elkaar. In totaal zijn meer dan 300 medewerkers in ons ziekenhuis aan de slag." Van de vier artsen zijn er twee internist en twee revalidatiearts. "Zij werken steevast in duo. Dat is bijvoorbeeld nuttig bij ou-

dere mensen die meerdere internistische problemen vertonen."

Een nieuwe stek

In 2011 verandert het revalidatieziekenhuis van locatie, en naar aanleiding daarvan zoekt het ook een nieuwe naam. "Alle tips zijn welkom", lacht Kurt Wille. "We schreven al een wedstrijd uit voor ons personeel waarmee ze een Bongo-bon kunnen winnen. De lijst met inzendingen telt inmiddels zo'n zestig namen, ik ben alvast benieuwd naar hun suggesties." Een keerzijde van de medaille is dat bij een naamsverandering ook een deel van de naamsbekendheid verloren gaat. "Daar hebben we ook al aan gedacht", geeft Aerts toe. "Maar langs de andere kant kiezen ook fusieziekenhuizen voor een andere benaming, en dat is na een jaar toch meestal vergeten. We nemen dus het risico. Eigenlijk moet dat ook wel: ons nieuw revalidatieziekenhuis ligt helemaal niet meer aan de Schelde..."

Bij de verhuizing hoort een stevige uitbreiding. Momenteel worden dagelijks 230 patiënten behandeld (152 ziekenhuisbedden, 80 patiënten revalideren ambulant). In het nieuwbouwziekenhuis zijn er 194 bedden, waarvan er 20 zijn voorbehouden voor jonge verkeersslachtoffers. "Het initiatief voor het Centrum voor jonge verkeersslachtoffers Ridder Herbosch-Ceurremans kwam van voormalig gouverneur Paulus die zich sterk inzette voor de preventie van verkeersongevallen. Hij besefte natuurlijk ook wel dat ongevallen nooit volledig de wereld uit zullen zijn en zocht daarom een partner om de slachtoffers op te vangen. Zo kwam hij bij ons terecht", licht Koen Aerts toe.
Het ziekenhuis zal bestaan uit een beddenhuis (zes afdelingen voor ongeveer dertig patiënten), het centrum voor jonge verkeersslachtoffers, therapieruimten, binnentuinen met loopparcours en een cafetaria. Op het plan werd ook plaats voorzien voor een zwembad. "Dat is nu nog een droom", zegt Kurt Wille. "Binnen de overheidssubsidiëring wordt niets voorzien voor hydrotherapie, terwijl het belang daarvan nochtans ruimschoots werd aangetoond. We zouden het bedrag dus zelf moeten ophoesten, maar het kostenplaatje komt op 1 miljoen euro. En dat kunnen we niet voorleggen."

Een nieuwe werkwijze

"In het nieuwe ziekenhuis ligt de focus op kliniekwerking, hoewel we vinden dat die naam niet erg goed bekt", vertelt Koen Aerts. "Concreet voorzien we verschillende afdelingen per pathologie, waar verpleegkundigen en specialisten specifieke klinische expertise uitbouwen", verduidelijkt Kurt Wille. "Die expertise wordt steeds uitgebreid door extra bijscholing en vorming. We vinden het immers ontzettend belangrijk dat onze mensen op de hoogte zijn van de meest actuele wetenschappelijke kennis." Met de kliniekwerking hoopt het ziekenhuis de onderlinge samenwerking tussen de medewerkers te verhogen, waardoor nieuwe inzichten nog sneller worden uitgewisseld. "We zullen werken met vaste teams, waardoor de patiënt steeds dezelfde arts of therapeut krijgt toegewezen. De medewerkers van hun kant krijgen altijd met dezelfde pathologie te maken."

Blijft natuurlijk de vraag hoe het personeel tegenover de vernieuwing staat? "De reacties zijn erg positief. Het huidige gebouw dateert van 1971 en is nu wel erg verouderd. Dat is al een eerste stimulans om te vertrekken", meent Koen Aerts. "Ons personeel weet bovendien waar ze terechtkomen. We hebben lijsten opgemaakt met hun specifieke interesses en vaardigheden. Iedereen krijgt ongeveer het gewenste domein."

Hier duikt wel een eerste knelpunt op, stipt Aerts aan: "Door onze uitbreiding zullen we ook extra personeel moeten zoeken, vooral verpleegkundigen en verzorgenden. Er is nu eenmaal een tekort op de arbeidsmarkt." Volgens Wille is de huiselijke sfeer van het revalidatieziekenhuis een echte troef om daarbij uit te spelen: "Er heerst een sterk groepsgevoel, zonder rang of stand, met veel respect voor elkaar. Door de relatief hoge gemiddelde ligduur kunnen we ook echt een band creëren met onze patiënten." Echte wervingscampagnes heeft het ziekenhuis nog niet opgestart, maar er hangen wel spandoeken aan de nieuwbouw waarop al reacties kwamen. "Nu is het eerst zaak ons eigen personeel te behouden", zegt Wille. "Uit een aantal overlegmomenten blijkt dat ze toch bekommerd zijn om mogelijke mobiliteitsproblemen ten gevolge van de verhuizing. Dat proberen we nu te verhelpen met het project 'Slim weg' van de provincie Antwerpen dat focust op duurzaam vervoer."

Een nieuwe dynamiek

De filosofie van het revalidatieziekenhuis draait om zorg op maat. In het kader van de zorgpaden en de zorgtrajecten wil het ziekenhuis definiëren wie wat wanneer doet. Het probleem duidelijk vaststellen en de doelstellingen van de patiënt nauwgezet optekenen, staan daarbij centraal. Via multidisciplinaire teamvergaderingen worden de vooropgestelde doelstellingen steeds opgevolgd.

Twintig bedden in het nieuwe revalidatieziekenhuis zijn voorbehouden voor jonge verkeersslachtoffers.

Het ziekenhuis kiest ook steeds resoluter voor transmurale samenwerking. "In eerste instantie willen we duidelijke afspraken maken met de doorverwijzers, dat zijn voornamelijk UZA en de GZA-groep. In een volgend stadium gaan we ook de samenwerking met de thuiszorg verder uitwerken", zegt Koen Aerts. "Met de doorverwijzers maakten we al afspraken rond knie- en heupprothesen en hersenletsels. Wanneer bijvoorbeeld moet je doorverwijzen of welke informatie moet je geven aan de patiënt? Het is belangrijk dat de patiënt vooraf op de hoogte is van het traject dat hij zal doorlopen. Daarom organiseren we ook informatiesessies in groep voor geplande opnames, waarbij de patiënten bovendien een rondleiding in het revalidatieziekenhuis krijgen."

"De nieuwe werkwijze heeft een dynamiek op gang gebracht die door alle partijen als positief wordt ervaren. Het acuut ziekenhuis weet vooraf wanneer er plaats is voor een patiënt, en ook wij kunnen de behandelingen beter plannen", geeft Wille aan. "Natuurlijk is het laatste woord aan de patiënt. Hij kan er altijd voor kiezen niet op een aanbod in te gaan. Maar uit de eerste reacties van patiënten blijkt dat ze erg tevreden zijn over deze aanpak. Nu ze weten wat ze precies mogen verwachten, starten ze met een geruster gemoed aan de revalidatie."

CZ

uit de praktijk

Algemeen directeur Ken Wagner van wzc Sint-Vincentius in Avelgem: "We mogen fixatie niet 'blind' toepassen. Vrijheid en respect voor de autonomie zijn belangrijke waarden."

"Vallen hoort bij het ouder worden"

Woonzorgcentrum Sint-Vincentius werkt sinds enkele jaren aan een fixatie-arm beleid in de valpreventie. Met cijfergegevens van valincidenten en fixatie in de hand koos het centrum in 2007 resoluut voor meer vrijheid voor zijn bewoners. Eigen onderzoek wijst nu uit dat dit een juiste keuze was. Algemeen directeur Ken Wagner: "Vallen hoort bij het ouder worden. Maar dat betekent niet dat fixatie een evidentie mag zijn."

"De aanleiding voor het onderzoek was tweeledig", licht Ken Wagner toe. "Enerzijds vertrokken we vanuit een bezorgdheid. Fixeren we niet te veel en te snel? Hoogbejaarde mensen hebben natuurlijk een groter risico op vallen en vaak fixeren we daarom uit voorzorg. Is dat altijd nodig? Om hierop een antwoord te vinden zijn we de valincidenten nog beter gaan registreren en hebben we de koppeling gemaakt met het fixeren. Anderzijds was er de druk van de familie. Voor familie is elke val van vader of moeder een val te veel. Uit bezorgdheid vragen ze ons dikwijls om hun ouder te fixeren in zijn rolstoel, op een stoel of in bed. Vroeger gingen we misschien te gemakkelijk op die vraag in. Vandaag vertrekken we vanuit het besef dat vallen er nu eenmaal bijhoort op die leeftijd en dat het meestal zonder erge gevolgen blijft."

Sprekende cijfers

"We begonnen met registreren in 2005", vertelt Ken Wagner. "We merkten dat 80 tot 85% van de valpartijen zonder gevolg en zonder letsel bleef. Ongeveer 10% had bijkomende zorg nodig na de val en ongeveer 5 tot 8% liep een breuk op door de val.
In 2007 hebben we beslist om het beleid te veranderen. We wilden de bewoners meer vrijheid geven. Vroeger kon iedereen die het nodig vond het initiatief nemen om te fixeren. Het was voldoende dat de familie, een verpleegkundige of de huisarts erom vroeg. Sinds 2007 wordt elke vraag naar fixatie in team besproken. Dat verhoogt meteen de drempel. Het team bestaat uit een kinesitherapeut, de hoofdverpleegkundige, personeel van de afdeling, een ergotherapeut en eventueel iemand van de familie of de huisarts, als dat lukt. De kinesitherapeut doet vooraf een screening op valrisico met de Tinetti-test. We houden natuurlijk rekening met de individuele context van elke bewoner. Als het team oordeelt dat fixatie is aangewezen, dan brengt de kinesitherapeut de familie hiervan persoonlijk op de hoogte."

"Het nieuwe fixatiebeleid was meteen te zien in de cijfers", vervolgt Ken Wagner. "Het aantal valpartijen steeg van 115 in 2006 naar 222 in 2007 en 177 in 2008. De toename van het aantal accidenten was dus aanzienlijk. Maar, heel belangrijk, tegelijk nam het aantal valpartijen met een letsel of een breuk procentueel af. In 2008 bleef 90% van de valincidenten zonder gevolg. Maar 4% van de bewoners liep bij een val een breuk op. Dat zijn opmerkelijke cijfers. Ze tonen aan dat minder fixatie en meer valaccidenten niet per se leiden tot meer verwondingen of breuken. Die cijfers sterken ons in onze overtuiging dat we fixatie niet 'blind' mogen toepassen. Het is een afwegen van risico's, waarbij ook de vrijheid en de autonomie van de bewoners belangrijke criteria vormen. Tenslotte gaat het over het welzijn en het geluk van onze mensen. Er zijn weinig bewoners die graag worden vastgebonden."

"Gewoontes veranderen lukt niet van de ene dag op de andere", weet Ken Wagner. "Het is een vorm van bewustwording waarvoor je alert moet blijven. Met de familie proberen we hierover duidelijk te communiceren. Er is een vertrouwensband nodig. We krijgen vaak de opmerking van bezoekers dat hier opvallend veel bewoners rondlopen in het woonzorgcentrum. Dat zorgt voor een andere sfeer, een ander aanvoelen. Natuurlijk blijft fixatie soms nodig. Maar het moet de laatste keuze zijn, in plaats van de evidente keuze."

Lees ook Ethisch advies nr.9 'Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen' van Zorgnet Vlaanderen. U vindt deze tekst op www.zorgnetvlaanderen.be.

Ethisch beslissen over fixatie

Hoe beslis je over het al dan niet fixeren van een bewoner? Het is een moeilijke en ook ethische kwestie. Samen met de woonzorgcentra De Ruyschaert (Marke), Sint-Jozef (Zonnebeke) en Wintershove (Vlamertinge) richtte wzc Sint-Vincentius in Avelgem een werkgroep ethiek op die een aantal standaardvragen ontwikkelde. Het vertrekpunt is een personalistische mensvisie.

De eerste vraag luidt of de bewoner bekwaam is om zelf een beslissing te nemen. Zo ja, dan moet de bewoner betrokken worden in het beslissingsproces.

Verdere belangrijke vragen zijn:
- Vormt het gedrag van de bewoner een gevaar voor zichzelf of voor de medebewoners?
- Kan de bewoner nog zelfstandig stappen?
- Is de bewoner nog zelfstandig in zijn ADL-functies?
- Zal de bewoner zich beknot voelen in zijn vrijheid bij fixatie?
- Heeft fixatie een impact op de omgeving?
- Zal fixatie negatieve gevolgen hebben op relationeel vlak?
- Zal fixatie negatieve gevolgen hebben op psychisch vlak?
- Zal fixatie negatieve gevolgen hebben op fysiek vlak?
- Zijn er andere middelen om de probleemsituatie op te lossen?

Op basis van die vragen wordt een advies geformuleerd.

Vermijden van valincidenten

Fixatie is lang niet de enige manier om valincidenten te vermijden. Risicogedrag van bewoners is in veel gevallen de oorzaak van valpartijen. Het komt er dus op aan zo veel mogelijk 'onbewaakte' momenten te vermijden. Enkele tips van wzc Sint-Vincentius:
- Het aanbieden van een gepaste leefgroepwerking of activiteiten kan bijdragen tot minder valincidenten.
- Medewerkers die rondlopen en ogen en oren openhouden kunnen het aantal valincidenten door risicogedrag tot een minimum beperken.
- Een aantal praktische elementen kunnen bijdragen tot een veiligere omgeving: het vrijhouden van handvaten in de gangen, ervoor zorgen dat er geen onnodige obstakels zijn...
- Door tijdig tegemoet te komen aan noden en behoeften van de bewoners (bijvoorbeeld toiletdrang) wordt risicogedrag beperkt.
- Belangrijk is ook dat alle medewerkers en familieleden hun snelheid van handelen aanpassen aan het ritme van de bewoner. Laat bij het stappen de bewoner het tempo bepalen. Dat kan op het eerste gezicht tijdrovend lijken, maar op langere termijn heeft het een positief effect.

Herman Nys: "De eigenschappen van een goede bestuurder? Die moet vooral zichzelf zijn en zich bewust blijven van zijn eigen grenzen en beperkingen."

Creativiteit en spitstechnologie

Herman Nys is voorzitter van de raad van bestuur van het AZ Nikolaas in Sint-Niklaas. We ontmoeten hem evenwel in Leuven, waar hij als hoogleraar zijn bureau heeft op de campus Sint-Rafaël. "Ik ben niet afkomstig uit het Waasland", vertrouwt hij ons toe. "En ik woon er ook niet. Zelf zie ik dat veeleer als een voordeel dan als een nadeel. Om mijn verantwoordelijkheid als bestuurder onbevangen te kunnen uitoefenen, vind ik die fysieke afstand bijna onontbeerlijk."

Herman Nys is gewoon hoogleraar Medisch Recht aan de K.U. Leuven en directeur van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht. Hij wordt beschouwd als de geestelijke vader van de patiëntenrechtenwet van 2002. Van 1986 tot 1999 was Herman Nys kabinetsmedewerker van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Wivina Demeester. Hij gaf er vorm aan de orgaantransplantatiewet. "De intellectuele motivatie om een bestuursfunctie in een ziekenhuis op te nemen, stoelt voornamelijk op die ervaringen. Het ziekenhuis is als het ware een testlabo voor mijn theorie over patiëntenrechten, ziekenhuiswetgeving en WUG (Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, red.). Bovendien zijn ziekenhuizen zeer complexe organisaties en het mee leiden ervan is een goede oefening in het steeds opnieuw zoeken naar consensus. Dat vergt creativiteit en spitstechnologie."

Antiautoritaire wind

Blijft de vraag hoe een begaafd doctor in de rechten uit de Kempen - Herman Nys werd in 1951 geboren in Herentals als zoon van een politiecommissaris - bestuurslid wordt van een privaat ziekenhuis in het Waasland. "In 1968 was ik 17, sociaal geëngageerd en niet ongevoelig voor de antiautoritaire wind die door de westerse wereld woei. Ik wou graag Politieke en Sociale Wetenschappen studeren, maar onder lichte druk van mijn vader schreef ik me in aan de faculteit Rechten van de K.U.Leuven. Tijdens mijn tweede kandidatuur werd mijn oudste broer opgenomen in het Sint-Rafaëlziekenhuis. In de drie maanden die aan zijn dood voorafgingen, bezocht ik hem twee keer per dag. Noodgedwongen leerde ik de medische sector beter kennen. Dat maakte blijkbaar een onuitwisbare indruk op mij." Herman Nys begon meer te lezen over de sector en uiteindelijk wijdde hij zijn doctoraat aan ziekenhuisplanning. "Na mijn licentie trok ik naar Nederland en het Verenigd Koninkrijk om mij verder te specialiseren in het medisch recht."

Zijn specialisatie ter zake leidde ertoe dat Herman Nys werd benaderd door Anton Moortgat, toenmalig algemeen directeur van het AZ Maria Middelares in Sint-Niklaas. Op diens vraag trad Herman Nys in 1985 toe tot de raad van bestuur. "De vzw Maria Middelares bestaat nog altijd en daar zijn nog een aantal zusters actief. In de vzw AZ Nikolaas, het huidige fusieziekenhuis, zetelen daarentegen geen religieuzen meer." Na een eerste fusiegolf in de jaren 1990, waarbij het AZ Maria Middelares samensmolt met een aantal kleinere ziekenhuizen in het Waasland, werd Herman Nys in 1999 voorzitter van de raad van bestuur van het fusieziekenhuis. "Terwijl wij fusioneerden met de private ziekenhuizen van Sint-Gillis-Waas en Beveren en het openbare ziekenhuis van Temse, fusioneerde het openbare ziekenhuis van Sint-Niklaas met dat van Hamme onder de naam AZ Waasland." De stad Sint-Niklaas telde zo twee grote ziekenhuizen: het private ziekenhuis AZ Maria Middelares en het openbare AZ Waasland. "Uiteindelijk zijn die twee ziekenhuizen in 2007 samengevoegd tot het pluralistische AZ Nikolaas."

Ethische openheid

Zoals te verwachten, verliep de fusie tussen beide ziekenhuizen niet altijd rimpelloos. Al mag dat volgens Herman Nys niet overdreven worden. "Je moet begrijpen dat beide partners gewonnen waren voor de fusie. Freddy Willockx, burgemeester van Sint-Niklaas, wou duidelijk af van het openbare ziekenhuis. Enerzijds om financiële redenen, maar anderzijds ook omdat hij dacht dat de instelling beter bestuurd kon worden als een privaat ziekenhuis. Ook de artsen van beide instellingen waren gewonnen voor de fusie. De moeilijkste fase kwam pas later, toen we al die verschillende diensten in mekaar wilden schuiven. Dat betekende dat bepaalde mensen hun vertrouwde werkplaats moesten verlaten en samenwerken met collega's die ze helemaal niet kenden en misschien ook een beetje wantrouwden. Er was namelijk een groot schaalverschil tussen beide ziekenhuizen en sommigen ervoeren de fusie aanvankelijk eerder als een opslorping. Je kunt het vergelijken met het samenvoegen van twee verschillende bloedgroepen. Ook dat kan voor problemen zorgen. Als bestuurders investeren we nog altijd heel wat tijd in de begeleiding van dat proces."

De verschillen in levensbeschouwelijke standpunten van een katholieke en een openbare, vrijzinnige instelling, vielen uiteindelijk gemakkelijk te overbruggen. "Maria Middelares hanteerde al van voor de fusie een grote ethische openheid en het AZ Waasland had geen aversie tegen de katholieke moraal. De twee teams van artsen en zorgverleners waren bovendien al van voor de fusie een mix van verschillende levensbeschouwingen. Dat is wel vaker het geval in Vlaanderen."

Momenteel bestaat het bestuursniveau van het AZ Nikolaas uit drie organen met elk een specifieke rol en verantwoordelijkheid. "De raad van bestuur bestaat uit twaalf leden en legt in eerste instantie de bestuurlijke krachtlijnen vast: de strategische en medische beleidsplannen, en de investeringen. Voorts houdt de raad toezicht op het dagelijks bestuur en is hij verantwoordelijk voor de benoeming van de directie. Daarnaast is er het bureau, bestaande uit vier bestuurders en evenveel directieleden, en met statutair de bevoegdheid voor het dagelijks bestuur. Ten slotte is er de directie die over het operationele beleid gaat."

Ziekenhuis als attractiepool

De betrokkenheid van Herman Nys beperkt zich niet tot het voorzitterschap van de raad van bestuur. "Ik ben lange tijd lid geweest van de commissie voor medische ethiek van het ziekenhuis. Sinds ik voorzitter ben, kan dat niet meer, maar dat neemt niet weg dat ik nog vaak betrokken blijf bij adviezen over bioethische kwesties." Herman Nys voelt zich ook in groeiende mate betrokken bij de gezondheidszorg en de ouderenzorg in het Waasland. "Het Waasland is een vrij unieke omgeving, geprangd tussen Gent en Antwerpen, waar veel industrie verloren ging: textiel, metallurgie en scheepsbouw. De reconversie van de regio is nog ver van voltooid. Naar mijn mening kunnen hoogtechnologische bedrijven als ziekenhuizen een attractiepool vormen voor innovatieve biotechnologie."

Professionele teleurstellingen heeft Herman Nys niet echt gekend. "Ik ben vooral dankbaar voor de vele kansen. Dat mijn werk bijdroeg tot de patiëntenrechtenwet, de orgaantransplantatiewet, en dat ik mee de basis mocht leggen van de wetenschappelijke beoefening van het medisch recht in België, zijn zaken waar ik trots op ben. Ook de zo goed als pijnloze geboorte van het AZ Nikolaas beschouw ik als een grote verwezenlijking."

Herman Nys ontkent niet dat hij door zijn voorzitterschap, zijn functie aan de universiteit, zijn rol als gastdocent aan binnen- en buitenlandse instellingen en andere maatschappelijke verantwoordelijkheden een goed gevulde agenda heeft. "Ik werk veel. Het zou echter ongepast zijn daarover te klagen. Ik doe wat ik doe met veel plezier en krijg er heel veel voor terug."

IM

Wie stuurt zijn kat?

no-show

Elke hulpverlener wordt geregeld geconfronteerd met cliënten die zonder verwittigen niet komen opdagen op een afspraak. Dat brengt niet alleen de continuïteit van het zorgproces in gevaar, ook organisatorisch stelt het problemen. De VGGZ Hasselt voerde in samenwerking met de Universiteit Hasselt een onderzoek naar de continuïteit van het zorgaanbod in de CGG en naar de factoren die no-showgedrag beïnvloeden. De studie bevat enkele verrassende resultaten.

Als patiënten een of meerdere keren onaangekondigd niet op de afspraak zijn, heeft dat vaak een negatieve invloed op de behandeling en de begeleiding. In een groepstherapie is dat nog sterker voelbaar, omdat ook de andere groepsleden de gevolgen dragen van het niet komen opdagen van een cliënt. Maar evenzeer de hulpverleners en de organisatie zijn 'slachtoffer' van no-show. Daarom nam de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg (VGGZ) Hasselt het initiatief voor een grondigere studie van het fenomeen.

"In de VGGZ is al een hele tijd een Werkgroep Therapietrouw actief", vertelt stafmedewerker Karel De Bock. "Intuïtief voelden we bepaalde verbanden aan. Zo vermoedden we een samenhang tussen no-show en bepaalde sociaal-economische factoren. We vroegen ons ook af of de samenhang, als die er al was, een predictieve waarde had. We wilden die hypothesen wetenschappelijk toetsen, liever dan voorbarige conclusies te trekken. We beschikken sinds enkele jaren over goede registratiegegevens uit het elektronisch patiëntendossier, zodat met de hulp van de Universiteit Hasselt een wetenschappelijk onderbouwde studie mogelijk was."

De studie toont alvast dat intuïtief aanvoelen niet altijd correct is. "Er blijken weinig of geen significante relaties te bestaan tussen allerlei sociale gegevens en no-show", aldus Karel De Bock. " De hypothese dat financieel en sociaal zwakkere mensen meer no-showgedrag vertonen, wordt niet bevestigd."

Drop-out

Ook de samenhang tussen no-show en de aard en de ernst van de psychiatrische stoornis is niet altijd aantoonbaar. Van de verschillende DSM-klassen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is alleen de diagnose op As 4 duide-

Karel De Bock: "Belangrijk is dat no-show een sterke voorspeller blijkt te zijn van drop-out, het volledig stopzetten van de behandeling."

lijk significant. “Het gaat dan om de psychosociale stressfactoren”, licht Karel De Bock toe. “Zowel de aard als de ernst van de stoornis heeft hier een invloed op de therapietrouw. Psychosociale stress heeft te maken met problemen op het werk, financiële problemen, woonproblematiek, ervaring met justitie en misdaad... Hoe ernstiger de situatie, hoe meer kans dat de cliënt niet komt opdagen, zo blijkt uit de studie. Omgekeerd hebben cliënten zonder psychosociale of omgevingsproblemen beduidend minder kans op no-showgedrag. De hypothese dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaker wegblijven zonder te verwittigen (diagnose As 2), wordt dan weer niet bevestigd door het onderzoek.”

“Belangrijk is dat no-show een sterke voorspeller blijkt te zijn van drop-out, het volledig stopzetten van de behandeling”, aldus Karel De Bock. “Hoe meer afspraken een cliënt onaangekondigd mist, hoe groter de kans op drop-out. Ook de duur van de zorgperiode speelt mee. Hoe langer een zorgperiode duurt en hoe meer activiteiten er zijn, hoe kleiner de kans op drop-out. Vanaf ongeveer vijf activiteiten blijft de kans op drop-out redelijk stabiel. De eerste gesprekken hebben een belangrijke invloed op het al dan niet verderzetten van de behandeling of begeleiding.”

Hoe gaat de VGGZ Hasselt verder met deze informatie? “De studie is net klaar,” zegt Karel De Bock, “maar in elk geval werken we hierop verder. Sinds enkele jaren nemen we bij elke no-show contact met de cliënt of de verwijzer. We plannen ook sensibiliseringsacties, zowel voor patiënten als voor de hulpverleners. Na een jaar zullen we de situatie evalueren en waar nodig bijkomende acties ondernemen.”

Onlangs kreeg een tandarts gelijk van de rechtbank nadat hij een patiënt die niet kwam opdagen toch de rekening stuurde. Is dat ook denkbaar in de geestelijke gezondheidszorg? “Dat lijkt me niet meteen een goede piste”, reageert Karel De Bock. “Om te beginnen betaalt de patiënt alleen remgeld bij de psychiater, niet bij de psycholoog of de sociaal assistent. Bovendien werken we vooral met mensen die het sowieso al moeilijk hebben, vaak ook financieel en sociaal. Ik betwijfel of een financiële penalisatie bij no-show in de geestelijke gezondheidszorg veel zou helpen. Het lijkt me bovendien in te gaan tegen onze basisfilosofie.”

De volledige tekst van de studie vindt u op www.zorgnetvlaanderen.be.

CENTRUM VOOR STATISTIEK VAN DE UNIVERSITEIT HASSELT

“Onderzoek voor zorgsector is boeiend”

Liesbeth Bruckers is navorser in het Centrum voor Statistiek van de Universiteit Hasselt. Ze werkte mee aan het onderzoek van de VGGZ over therapietrouw en no-show.

Hoe is de Universiteit Hasselt bij het project betrokken?
Liesbeth Bruckers: Het Centrum voor Statistiek van de universiteit werkt nauw samen met Spil, het overlegplatform van Limburg. We verzamelen sinds jaren de registratiegegevens van de leden van het platform. Het gaat dan zowel om de ambulante sector als om de residentiële sector, met de psychiatrische ziekenhuizen, de PAAZ, de PVT’s, de initiatieven Beschut Wonen, enzovoort. Als die organisaties een onderzoeksvraag hebben, kunnen ze hiervoor bij ons terecht. In dit geval kwam de vraag vanuit de Werkgroep Therapietrouw. Aangezien we over voldoende registratiegegevens beschikten, zijn we daar graag op in gegaan.

Hebben de resultaten van het onderzoek u verrast?
Als statisticus vertrek ik vanuit de pure gegevens. Ik probeer altijd zonder verwachtingen en dus totaal onbevooroordeeld te starten. Het onderzoek van de VGGZ was bovendien een nulmeting. Dan is het altijd moeilijk om vooraf voorspellingen te doen.

Krijgt het Centrum voor Statistiek van de Universiteit Hasselt wel vaker dat soort onderzoeksvragen?
Het gebeurt geregeld, maar helaas ontbreken meestal de nodige registratiegegevens. Toch hebben we al enkele keren rond zorgthema’s samengewerkt: rond kinderen en jongeren, rond crisisinterventie, rond persisterend storend gedrag... Het hoort bij de maatschappelijke taak van een universiteit om hieraan mee te werken. Als statisticus wil ik hieraan mijn steentje bijdragen met ondersteunend werk. De zorg is trouwens een heel boeiende sector. De samenwerking met Spil loopt al meer dan tien jaar, tot grote tevredenheid van alle partijen.

Navorser Liesbeth Bruckers van het Centrum voor Statistiek: “We krijgen geregeld onderzoeksvragen, maar helaas ontbreken meestal de nodige registratiegegevens.”

Aantal gevallen no-show stabiel

“Het percentage no-show in ons centrum schommelt tussen 5 en 8%”, zegt Karel De Bock. “Dat percentage blijft vrij stabiel. Nationale gegevens zijn er niet. Maar ook internationaal is hier nog maar weinig onderzoek naar verricht. Uit de beperkte studies die bestaan blijkt 5 tot 8% een vrij goede score te zijn, elders lopen die percentages wel eens op tot 14%.” In de studie van de VGGZ werden 356 ‘zorgperiodes’ onderzocht. Een zorgperiode is de eenheid van behandeling, startend met een aanmeldingsdatum en eindigend met een afsluitingsdatum. Bij 66% van de zorgperiodes werd geen enkele activiteit onaangekondigd gemist. Een op de vier patiënten blijft bij minstens een op de zes geplande gesprekken onaangekondigd weg. Een op de tien patiënten mist minstens een op de drie afgesproken activiteiten.

BIJ ENSOR OP BEZOEK

Op visite bij de meester

Ooit bij James Ensor op bezoek geweest? Neen? Dan moet u dat nu zeker eens doen. Velen zijn u voorgegaan. Getuige daarvan de boeiende overzichtstentoonstelling 'Bij Ensor op bezoek' in Mu.ZEE in Oostende.

Geen traditionele Ensor-retrospectieve deze keer. De tentoonstelling 'Bij Ensor op bezoek' brengt voor de eerste keer alle beeldende kunstenaars, schrijvers, cineasten, museumdirecteurs en verzamelaars samen die een bezoek hebben gebracht aan James Ensor. Er zijn vrienden en stadsgenoten bij, maar ook collega's die speciaal voor Ensor van heinde en ver naar Oostende reizen. Onder hen bijvoorbeeld Wassily Kandinsky, Emil Nolde en Edouard Vuillard. Ze voeren gesprekken over politiek, literatuur en kunst in het atelier en de woonkamer van de meester, die als een sleutelfiguur tussen de 19de en de 20ste eeuw staat. De woonkamer, het zogenaamde 'blauwe salon', vormt het kloppend hart van de tentoonstelling.

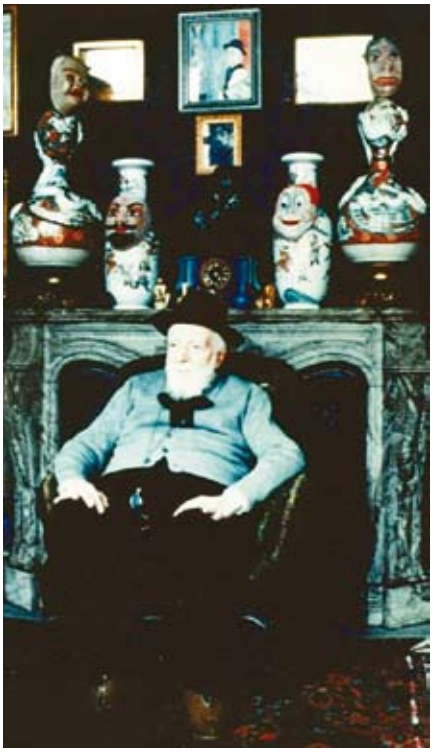
Voor deze tentoonstelling heeft directeur-conservator Phillip Van den Bossche voorts een beroep gedaan op drie gasten die elk vanuit hun eigen discipline ingaan op een specifiek aspect in het werk en leven van James Ensor.

De jonge Belgische kunstenaar Pieter Vermeersch (°1973) belicht op originele manier de muzikale talenten en muziekinteresse van de Oostendse meester. Schrijver Oscar Van den Boogaard (°1964) bekijkt dan weer het literaire aspect. De West-Vlaamse illustrator Carll Cneut (°1969) tot slot kreeg de boeiende opdracht de foto van een al hoogbejaarde Ensor, thuis in het blauwe salon, te bewerken. Dit beeld is dan ook het imagobeeld, het uithangbord van de tentoonstelling.

'Bij Ensor op bezoek', met werk van onder meer Wassily Kandinsky, Emil Nolde, Edouard Vuillard, Max Kaus, Willy Finch, Henri Storck, Constant Permeke, Jean Brusselmans, E.L.T. Mesens, Roger Raveel, Henry Van de Velde, Emile Verhaeren, André Malraux, Stefan Zweig en Erick Hechel.

Gratis kaarten

**Zorgwijzer heeft vijf keer twee vrijkaarten. Iets voor u?
Stuur een mailtje naar Chris Teugels op ct@zorgnetvlaanderen.be.
De gelukkigen krijgen de kaarten toegestuurd.**



Ensor in zijn atelier, 1948. Patrick Florizoone, James Ensor Archief, Gent.

Praktisch

Mu.ZEE vindt u in de Romestraat 11 in Oostende (tel. 059 50 81 18). Openingsuren: 10 tot 18 uur. Gesloten op maandag. Tot 29 augustus 2010. Tickets kosten 9 euro (diverse kortingen).

Maskers en kinderen

Over de maskers in het werk van James Ensor is al veel geschreven. Ze zijn het handelsmerk van de schilder geworden. Aanvankelijk verschijnen de maskers langs de randen van het doek – alsof ze uit een andere of de 'echte' wereld buiten de kunst komen. Het door oorlogsbrand in 1940 vernielde schilderij 'Het behekste meubel' (circa 1885/ 1888-90) is één van de vroegste voorbeelden. We zien een jonge vrouw die kleding verstelt, samen met een lezend meisje aan een tafel. Naast haar zit een skelet. De kast domineert de volledige achtergrond, maar de maskers dringen links en rechts het huiselijke, verstilde tafereel binnen.

Volgens de Franse etnoloog en filosoof Claude Lévi-Strauss ontkent een masker evenveel als het beweert, net zoals een mythe. Zo heeft Ensor zijn eigen mythe ook systematisch gevoed en vormgegeven. Het gaat volgens Lévi-Strauss niet om wat het masker uitdrukt of denkt uit te drukken, maar om wat het masker uitsluit. En geldt dat niet voor elk kunstwerk?

Van 'Het behekste meubel' is alleen een zwart-wit foto overgebleven. Hoe heeft Ensor het geschilderd? Welke kleuren heeft hij gebruikt? Welk lichtspel zou er tussen de dominerende antieke kast, de maskers en het kind zijn geweest? Tijdens de tentoonstelling 'Bij Ensor op bezoek' kunnen kinderen een prent inkleuren en wie weet, zo de jeugd terugbrengen in het schilderij.

Dag van de verpleegkunde

“Een job om fier op te zijn”

“Al van in de lagere school was er voor mij maar één beroep dat ik later wou doen: verpleegkundige. Lang heb ik over mijn studies dus niet moeten nadenken. Op 1 juli zal ik hier 30 jaar werken. Een hele tijd, maar de job heeft me nog nooit teleurgesteld.

De eerste 21 jaar heb ik in de operatiezaal gewerkt. Je ziet en leert daar heel veel, maar het blijft vrij technisch. Ik miste het menselijk contact. Negen jaar geleden kreeg ik de kans om me te specialiseren in de behandeling van en het omgaan met patiënten met chronische en acute pijn. Ik heb de kans met beide handen gegrepen.

Sindsdien ben ik echt met mensen bezig. Ik help ze, praat met ze en bied een luisterend oor. Dat moet je leren. Maar het geeft zeer veel voldoening. Pijnpatiënten zijn je daarvoor ook heel dankbaar. Uit die dankbaarheid put ik de kracht om verder te doen; een goede afloop is hier immers niet gegarandeerd.

Door mijn werk geloof ik mensen veel vlugger dan vroeger. Pijnpatiënten worstelen immers weleens met het probleem dat ze niet geloofd worden. Daarom is leren luisteren zo ontzettend belangrijk in pijnbestrijding.

Ik ben zeer trots op mijn beroep, zeker op wat ik nu doe. Ik heb deze dienst ook zelf uit de grond mogen stampen. Ik heb mijn weg moeten zoeken. Ik heb opleidingen kunnen volgen en heb zo steeds meer opgebouwd en structuur aangebracht. Dit is een heel dankbare job. Een job om fier op te zijn.”

SOULA BOIS, VERPLEEGKUNDIGE AZ SINT-LUCAS BRUGGE

opinie

Kies-Keurig

Op 13 juni gaan we met zijn allen dus weer naar de stembus. De laatste dagen, weken, maanden en zelfs jaren is heel wat inkt gevloeid om de vermeende onbestuurbaarheid van dit land te beschrijven en/of te analyseren.

De lichtvoetigheid en sloganeske stijl waarin vandaag politiek gevoerd wordt, lijkt steeds meer op het spelletje 'zoek de verschillen'. En eenmaal je ze gevonden hebt: vergroot ze uit, vertaal ze in oneliners en boutades, en waardeer deze verschillen als hoog of laag naargelang het over je eigen karakteristieken gaat dan wel over de vermeende tekorten van je tegenstander.

Ik verwacht van politici dat ze vormgeven aan een samenleving door mensen samen te brengen rond een gedeelde visie, hierin geïnspireerd door normen en waarden.

Ik ben geen politicus, en zou het ook niet kunnen of willen zijn. Ik maak alleen zoals zovelen, soms van zeer dichtbij, het politieke gebeuren mee. Dat leidt tot de volgende beschouwingen.

Bij herhaling wordt gesteld dat de politieke chaos het gevolg is van het falen van het systeem. Het bestuur van dit land is inderdaad dermate verkaveld dat er blijkbaar nergens nog een tafel overeind bleef waar noord en zuid, links en rechts, oud en jong zich verbonden weten door een gedeeld maatschappelijk-politiek project.

Maar het is te gemakkelijk alles te reduceren tot een 'system-error'. Systemen zijn mensenwerk en de menselijke factor is zeker een tweede hypotheek op het welvaren van de nv België. Is deze crisis, naast het falen van systemen en mensen, ook een crisis van normen en waarden? Doemdenkers en stemmingmakers, en ook een aantal politieke partijen, willen dat doen geloven en proberen op die manier garen te spinnen van het politieke debacle. Dat voedt alleen de antipolitiek, en biedt allerminst een oplossing. Wie echt luistert naar wat 'de bevolking' of 'de mensen' ter harte gaat, heeft niet veel tijd nodig om een aantal topprioriteiten naar voren te schuiven.

De mensen willen:
- behoud van hun job en daarmee een inkomenswaarborg voor hun gezin;
- een pensioen dat voldoende is om te leven, en dus meer dan nodig om in leven te blijven;
- een betaalbare, toegankelijke en goede gezondheidszorg voor iedereen;
- degelijk onderwijs en betaalbare opvang voor onze kinderen en/of kleinkinderen;
- zorg voor deze wereld waarin wij slechts passanten zijn en die we beter niet achterlaten als een afgeleefd pand volgestouwd met afval;
- een performant rechtssysteem dat crimineel gedrag bestraft en bijstuurt;
- een fiscaliteit die op een rechtvaardige wijze lusten en lasten spreidt;
- een overheid die zijn begroting beheerst en onze kinderen en kleinkinderen niet belast met een gigantische schuldenberg.

Dat zijn de thema's die mensen bezorgd maken, dit zijn de taken die onze politici moeten opnemen. Daarvoor hebben we bekwame en geëngageerde mannen en vrouwen nodig die niet hun nek uitsteken om in beeld te komen, maar die wel opgemerkt worden door denken, studeren, overleggen en werken.

Politieke partijen en kandidaten die deze zorg opnemen verdienen onze steun en hebben nood aan bemoediging en ondersteuning om soms tegen de stroom te blijven oproeien.

Aan onze lezers geven wij de volgende boodschap voor 13 juni: kies keurig en laat je steun uitgaan naar hen die opkomen voor wat ons werkelijk beroert.

Aan alle kandidaten: veel goede moed, en aan de kiezers: veel inspiratie en... blijven ademen!

Guido Van Oevelen

Guido Van Oevelen
voorzitter Zorgnet Vlaanderen

Patrona - Uw partner in medicatielevering

Een correcte en stipte medicatiebedeling is een secure zaak. Het is een vertrouwensrelatie tussen u en uw bewoners, waarbij u geen enkel risico wil nemen. Patrona is daarbij een garantie. Al meer dan 20 jaar zijn wij gespecialiseerd in medicatielevering voor de zorgsector. Momenteel bedienen wij zo'n 145 zorginstellingen en elke dag komen er daar nog nieuwe bij. Patrona doet zowel klassieke als geautomatiseerde medicatiebedeling en in dit laatste zijn we, met trots, de belangrijkste én meest vooruitstrevende speler in België. Als zorgpartner garanderen wij u de hoogste betrouwbaarheid, een constante bereikbaarheid en een stipte, correcte service. Voor een perfecte medicatielevering en een optimale farmaceutische zorg op maat van uw bewoners én uw zorginstelling.

- Nummer 1 in geautomatiseerde medicatielevering
- Optimale farmaceutische zorg
- 7/7 bereikbaar
- Dagelijkse, stipte leveringen
- Gebruiksvriendelijk en kostenbesparend
- Makkelijk bestellen via onze e-shop
- 18 apotheken in België en een eigen groothandel
- Gespecialiseerde opleidingen voor verpleegkundigen

Meer info via info@patrona.be of 078 050 115 - www.patrona.be

patrona

2Pharma: leverancier van blisters, karren, plateaus

MTS

MTS BLISTER

- Verpakt Multi-dosis = alle geneesmiddelen voor 1 inname zijn uit hun originele blister en samen herverpakt in de MTS blister
- Verpakt ook magistrale bereidingen
- Verpakt ook halve tabletten
- GEEN formularium nodig, arts kan blijven kiezen wat hij voorschrijft
- Hygiënisch, gesloten systeem
- Etiket met alle gegevens: naam van het geneesmiddel, beschrijving geneesmiddel...
- Identificatie: foto bewoner
- Financieel haalbaar voor de apotheker

MTS WERELDWIJD

- MTS is wereldwijd actief en heeft zijn degelijk bewezen.
- De MTS blisters kunnen manueel of via robot gevuld worden.
- In het buitenland worden blisters ook in de thuiszorg gebruikt
- Blister voor thuisgezondheidszorg ziet er iets anders uit.

PLATEAU'S EN KARREN

- 2Pharma kan u helpen in de keuze van juiste medicatiekarren, plateau's of medecijn-casseles.

www.2pharma.be

Voor meer info kan u steeds terecht bij:

2Pharma: Kapelstraat 154 - 3550 Heusden-Zolder - T. +32 (0)11 26 95 13 - F. +32 (0)11 23 40 67

2Pharma

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

zorgnet
VLAANDEREN