ZORGWIJZER

28 Magazine | Mei 2012

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 4 nr. 28 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Antwerpen X Mass Post | P 902010

Dossier farmacie

Chris Vander Auwera: "We komen in een stroomversnelling"

zorgnet VLAANDEREN

10 **(R)evolutie in de ziekenhuisapotheek**
19 **Leo Neels: "Werken aan een nieuw model"**
24 **Investeren in infrastructuur: versneld naar enveloppefinanciering?**

Inhoud 28

colofon

Zorgwijzer is het magazine
van Zorgnet Vlaanderen.
Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.
ISSN 2034 - 211 x

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Filip Decruynaere, Wim Verdoodt

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Mine Dalemans,
Peter De Schryver, Patrick Holderbeke,
Jan Locus, Johan Martens

© 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 9 juli 2012.

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, eds@zorgnetvlaanderen.be.

03 Editoriaal
04 Korte berichten

Dossier farmacie

06 Chris Vander Auwera: “Als Vitalink slaagt, kan het snel gaan”
10 Rosette Van Overvelt: “(R)evolutie in de ziekenhuisapotheek”
12 Katy Verhelle: “We staan voor grote uitdagingen”
14 Johan Reyntens: “Samenwerking dringt zich op”
16 Prof. Vander Stichele: “Woonzorgcentra stiefmoederlijk behandeld”
18 Leo Neels: “Werken aan een nieuw model”
21 Uit de praktijk: wzc Sint-Godelieve in Gistel

22 Bewoners woonzorgcentra laten hun stem horen
24 Investeren in ziekenhuizen: versneld naar enveloppefinanciering?
26 Architectuur voor de liggende patiënt
28 Bouwen voor mensen met dementie
30 Spiegeling door Guido Van Oevelen

editoriaal

Moed en visie

Peter Degadt

In 2008 werkten negen ziekenhuizen met verlies, in 2010 waren dat er al zeventien. Dat meer en meer patiënten hun ziekenhuisfactuur niet meer kunnen betalen, zoals uit een enquête van Zorgnet Vlaanderen blijkt, is maar één reden. Een veel belangrijke oorzaak voor de rode cijfers is de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen: de overheid vertikt het systematisch om de reële personeelskosten te betalen, zodat het ziekenhuis belangrijke bedragen - waar de medewerkers recht op hebben - moet bijpassen. Het water komt de ziekenhuizen steeds dreigender aan de lippen te staan door de opeenvolgende besparingen op die enkele diensten die wél nog winstgevend zijn: de klinische biologie, de radiologie en de farmacie. Met de opbrengsten van die diensten konden tot nog toe de putten elders gevuld worden. De overheid roomt echter alle winstgevende diensten af, maar vertikt het om voor de verlieslatende posten bij te springen. Eerder vroeg dan laat zal zich dat wreken.

Bovendien houdt de federale overheid zich niet aan haar woord. Zo is de ziekenhuizen altijd voorgehouden dat efficiëntiewinsten in de ziekenhuisapotheek zouden terugvloeien naar investeringen in een betere medicatiedistributie. Maar wat blijkt? De ziekteverzekering bespaart dit jaar nog maar eens 38 miljoen euro op de geneesmiddelenbudgetten van ziekenhuizen: 15 miljoen door een afroming op de kortingen die ziekenhuizen als goede huisvaders kunnen bedingen, en nog eens 23 miljoen euro als indirect effect van de prijsdalingen op de farmaceutische producten. Ook de besparingen op de klinische biologie en de radiologie – die in wezen terechte besparingen zijn! – zullen de ziekenhuizen pijn doen, omdat er niets wordt gedaan aan de structurele onderfinanciering op de personeelsbestaffing.

Ondertussen wordt van de ziekenhuizen en van de andere zorgsectoren wel verwacht dat ze verder blijven investeren in innovatieve zorgorganisatie en technologie. In deze Zorgwijzer zoomen wij even in op alle veranderingen die aan het gebeuren zijn in de farmacie. Zowel in de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen als in de woonzorgcentra is een ware (r)evolutie aan de gang op het gebied van geneesmiddelen en apotheek. Heel opvallend is trouwens dat twee experten in de ouderenzorg, administrateur-generaal Chris Vander Auwera van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en professor klinische farmacologie Bob Vander Stichele, onafhankelijk van elkaar tot dezelfde conclusie komen als ze het over de ouderenzorg hebben: de overheid heeft te weinig aandacht voor de noden in de residentiële ouderenzorg. Chris Vander Auwera haalt daarbij een oude wijsheid boven: *what you pay, is what you get*.

Het is hoog tijd dat de federale overheid, de FOD-Volksgezondheid en het RIZIV samen alle financieringsmechanismen in de zorg kritisch doorlichten en grondig bijsturen vanuit een strategische beleidsvisie op lange termijn. Dat dit nodig is, daarover zijn alle experten het al vele jaren eens. Jammer genoeg zien wij op dat vlak bijzonder weinig beweging.

Begrijp mij niet verkeerd: dit is geen blind pleidooi voor altijd meer middelen. Het is wel een oproep voor een efficiënte, billijke en sturende heroriëntatie van de bestaande middelen. Daarvoor is visie nodig en vooral veel moed. We moeten jammerlijk vaststellen dat die vooralsnog ontbreken.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

17|03|2013
dag v/d zorg

2de editie Dag v/d Zorg in voorbereiding

Zondag 17 maart 2013 vindt de tweede editie van Dag van de Zorg plaats. Dat is na een uitermate positieve evaluatie beslist in overleg met alle betrokken partijen. Ook Zorgnet Vlaanderen schaart zich opnieuw achter het evenement. Eerstdaags ontvangen de leden een uitnodiging om deel te nemen.

De eerste editie van 'Dag van de Zorg' op zondag 18 maart was een succes. 160 organisaties namen deel met opendeurdagen op 227 locaties. Het aantal bezoekers overtrof de verwachtigen. 88% van de deelnemers is tevreden over het aantal bezoekers in de eigen voorziening. Ook de vacaturestanden kenden in veel organisaties een grote belangstelling. Uit de evaluatie met de deelnemende organisaties blijkt verder dat:

- Alle deelnemers zijn tevreden dat ze deelgenomen hebben aan de eerste editie.
- 98% van de deelnemers raadt collega's aan om deel te nemen aan een volgende Dag van de Zorg..
- 85% is op een positieve manier in de media gekomen naar aanleiding van Dag van de Zorg.
- 96% van de deelnemers is ervan overtuigd dat Dag van de Zorg bijdraagt tot een positieve beeldvorming van de zorg- en welzijnssector.

Wat de organisatie betreft, krijgt Dag van de Zorg van de deelnemers een gemiddelde van 8 op 10.

Ook de mediabelanstelling was een voltreffer. Op 18 maart was Dag van de Zorg al van 's morgens vroeg het hoofdpunt in de radiojournaals. 's Avonds haalde het intiatief het avondnieuws zowel op VRT als op VTM. Inhoudelijk zat het wat de media betreft goed. Ter illustratie een citaat uit een perscommentaar de dag erna:

De brede zorgsector staat vandaag wel voor gigantische uitdagingen. (...) Campagnes om de jobs positief in de kijker te zetten, moeten helpen.
Een Dag van de Zorg ondersteunt die boodschap. (...) We zullen de komende jaren moeten blijven investeren in de zorgsector, en dat zal veel geld kosten. (...) Warmte, zorgzaamheid, inzet, vertrouwen... je kan ze niet in een businessmodel gieten. Maar op het moment dat we zelf een beroep moeten doen op de zorgsector, zijn het wel die dingen die ertoe doen.
Liesbeth Van Impe, Het Nieuwsblad, 19 maart 2012

Gezien de uitermate positieve reacties bij de deelnemers, de koepelorganisaties, zorgambassadeur Lon Holtzer, de Vlaamse overheid, de bezoekers en de media is in overleg met alle partijen beslist om op zondag 17 maart 2013 opnieuw een Dag van de Zorg te organiseren. Vanuit de ervaringen van de eerste editie zal er worden bijgestuurd. Er worden meer middelen vrijgemaakt om de opendeurdag nog beter bekend te maken bij het brede publiek. Om de drempel tot deelname laag te houden, worden de meeste basistarieven verlaagd. Tegelijk wordt het communicatiepakket dat de deelnemers krijgen uitgebreid. Ook het onderwijs wordt nauwer betrokken.

Tot slot nog een getuigenis van een deelnemer:

De Dag van de Zorg bleek voor onze instelling een mega-teambuildingsactiviteit die ons deugd heeft gedaan! Allemaal samenwerken met hetzelfde doel voor ogen: de passie van ons werk overbrengen. Elke deelnemer sprak erover en was fier familie en vrienden te ontvangen. Wij hadden nooit durven dromen om zoveel bezoekers te ontvangen.
(Annelies Devriese, Revalidatieziekenhuis Inkendaal)

Meer informatie en reacties van deelnemers op de eerste editie van de Dag van de Zorg vindt u op www.dagvandezorg.be.

kort

Starten met geheugenkoor in je voorziening?

Op meerdere plaatsen in Vlaanderen gingen recent geheugenkoren van start, waar ouderen met dementie samen zingen met mantelzorgers en vrijwilligers. Dat blijkt meestal voor alle deelnemers een bijzonder positieve ervaring. Twee studenten ergotherapie schreven hun bachelorproef over dit onderwerp en startten hiervoor elk met een geheugenkoor in een woonzorgvoorziening. Hun bevindingen bundelden ze in een handige brochure.

Studenten ergotherapie Sielke Defloo en Pleuni De Loof van de Arteveldehogeschool en de Hogeschool Gent kozen toevallig hetzelfde onderwerp voor hun bachelorproef. Ze besloten de krachten te bundelen. Sielke startte een koor op in dagverzorgingscentrum De Regenboog van woonzorgcentrum Sint-Jozef in Oostkamp. Pleuni deed hetzelfde in woonzorgcentrum Sint-Petrus in Kruishoutem. Een geheugenkoor is een koor waarin mantelzorgers, vrijwilligers en ouderen met dementie samenkomen om te zingen. Er worden liedjes gezongen die kunnen worden opgehaald uit het langetermijngeheugen van de oudere met dementie. Een geheugenkoor kan een meerwaarde betekenen voor zowel de ouderen met dementie als voor de mantelzorgers en de familie.
De doelstellingen van een geheugenkoor liggen in het onderhouden van de cognitieve en de sociaal-emotionele vaardigheden van ouderen met dementie. Tegelijk ervaren mantelzorgers en familie dat de oudere met dementie vaak meer kan dan men vermoedt.
Wie een geheugenkoor wil beginnen, vertrekt best van een concreet plan. De brochure 'Het Geheugenkoor; tips bij het opstarten van een koor voor ouderen met dementie' kan hierbij een leidraad vormen. Zo is het belangrijk om zorgvuldig de doelgroep van eventuele koorleden te bepalen. In welke setting grijpt uw geheugenkoor plaats? Wilt u familie en mantelzorgers laten meezingen in het geheugenkoor? Vraagt u vrijwilligers om deel te nemen? Wat is de gewenste grootte van het koor? Werkt u met één afdeling of afdelingsoverschrijdend? Werkt u enkel met ouderen met dementie of ook nog met andere problematieken? Welke fasen van dementie komen in aanmerking voor het geheugenkoor?
Deze en andere vragen worden helder en beknopt besproken in de brochure, met een persoonlijke toets van beide studenten die kunnen putten uit hun eigen ervaringen.

U vindt een link naar de brochure op de website www.zorgnetvlaanderen.be onder het item Nieuws (archief).

ONBETAALDE FACTUREN IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN

Ziekenhuizen hebben oog voor patiënten met betalingsmoeilijkheden

Een enquête van Zorgnet Vlaanderen leert dat veel patiënten hun ziekenhuisfactuur geheel of gedeeltelijk niet kunnen betalen. Als gevolg daarvan werden in 2010 voor bijna 10,5 miljoen euro aan niet-betaalde patiëntenfacturen afgeboekt. De ziekenhuizen nemen voor deze patiënten zelf de kosten ten laste van opname, behandeling en verzorging.

Een gemiddeld Vlaams ziekenhuis heeft per bed 2.800 euro aan facturen waarvan het twijfelt of die ooit nog zullen betaald worden. Er zijn voorzieningen waar het probleem relatief beperkt is terwijl er ook ziekenhuizen zijn waarvan het bedrag per hoger is dan 4.000 euro.

De enquête leert ook dat de ziekenhuizen initiatieven nemen om mensen met betalingsmoeilijkheden te helpen. Bij de sociale dienst kunnen patiënten terecht met vragen over de betaling van hun factuur. Bijna alle ziekenhuizen bieden de mogelijkheid om de factuur gespreid in de tijd af te betalen. Gaat het over ambulante zorg, dan passen zorgverleners soms het systeem van de sociale betalende derde toe. Dit betekent dat de patiënt enkel het remgeld moet betalen en dat de zorgverlener de rest van het ereloon rechtstreeks factureert aan het ziekenfonds. In sommige ziekenhuizen bestaat er ook een intern solidariteitsfonds. In nog andere ziekenhuizen krijgt de hoofdgeneesheer de bevoegdheid om eigenmachtig ereloon- of materiaalsupplementen te schrappen van de ziekenhuisfactuur. Soms worden ook kamersupplementen kwijtgescholden. Sommige ziekenhuizen hanteren een politiek waarbij er nooit voorschotten worden gevraagd.

“Als Vitalink slaagt, kan het snel gaan”

“Vitalink is vandaag nog een kamerplantje”, houdt administrateur-generaal Chris Vander Auwera van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ons voor. “Pas na oktober weten we of het de meerwaarde biedt die we ervan verwachten. Als dat zo is, komen we in een stroomversnelling.” Al zullen volgens Vander Auwera daarmee lang niet alle problemen opgelost zijn. Een gesprek met de blik op de toekomst.

Chris Vander Auwera: Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werkt voor veel verschillende sectoren. We beheren alle Vlaamse bevoegdheden voor gezondheidszorg en een aanzienlijk deel van welzijn, we leiden het ouderenbeleid in goede banen, we voeren een preventief gezondheidsbeleid met zowel sensibiliserings- als vaccinatiecampagnes, we doen aan infectieziektenbestrijding, we beheren de Vlaamse zorgverzekering en in de toekomst ook het Vlaams sociaal beleid. Die diversiteit aan opdrachten stelt ons voor de grote uitdaging om alles aan te sturen op de diverse niveaus. Bovendien is de maatschappelijke zichtbaarheid erg groot: er zit veel gevoelige materie bij, waarmee we geregeld de aandacht van de media trekken. Mijn taak in dit geheel is tweeledig: enerzijds overzie en beheer ik het geheel en probeer ik alles op elkaar af te stemmen. Anderzijds ben ik nauw betrokken bij een aantal projecten, vooral op het gebied van ICT en kwaliteit. ICT is een van de speerpunten in ons beleid en erop gericht om de administratieve lasten te verlagen en de kwaliteit te verhogen, zowel voor de patiënten/cliënten, de zorgverleners en de andere betrokkenen.

Welke doelstellingen houdt u bij dit alles voor ogen?
Ik probeer altijd om een vijftiental jaar vooruit te kijken. Ik zet bij voorkeur die zaken op de sporen die met een minimum aan inspanning een maximum aan resultaten geven in de goede richting.

En wat ziet u dan als u vijftien jaar vooruit kijkt?
De grote thema's zijn bekend. Vooral de vergrijzing baart me zorgen. De populatie die zorg nodig heeft neemt toe, terwijl de populatie die zorg kan geven, afneemt.

Dat weten we al vele jaren. Zullen we er klaar voor zijn als het zover is?
Ik vrees van niet. Vooral door een gebrek aan mankracht. De overheid verspreidt nog altijd de boodschap dat we de mensen zo lang mogelijk thuis moeten verzorgen. Heel veel middelen gaan naar de thuiszorg. Maar dat is niet altijd de goede keuze qua organisatie. Alleen al die verplaatsingen! Vanaf een bepaald niveau van zorgafhankelijkheid wordt thuiszorg onbetaalbaar en inefficiënt. En toch gaat heel veel aandacht naar de thuiszorg.

U maakt precies dezelfde bedenking als prof. Bob Vander Stichele.
(zie interview in deze Zorgwijzer op p. 16-17.)
Men verkondigt al twintig jaar dat we mensen zolang mogelijk thuis moeten houden. Wie daar tegenin gaat, wordt niet gehoord. Het klinkt populairder om voor thuiszorg te pleiten. Maar de mantelzorg zal ook niet toenemen hoor. Straks worden hoogbejaarden thuis verzorgd door iets minder-hoogbejaarden.

Ontbreekt het de overheid aan moed om de kaart van de residentiële zorg te trekken?
Ik stel alleen vast dat die boodschap niet gebracht wordt. Of dat een kwestie van moed is, weet ik niet.

Wat zou er dan wel moeten gebeuren? Nog meer bouwen dan nu gepland is?
Het is niet uitsluitend een kwestie van bouwen. Na enkele jaren komt er trouwens een einde aan de 'vergrijzingsboom'; we kunnen dus maar beter recycleerbare infrastructuur bouwen. Verder moeten we alle maatregelen nemen die de efficiëntie en het aanbod in de ouderenzorg kunnen verhogen. Het belangrijkste is dat we de financiering afstemmen op wat we willen bereiken. *What you pay, is what you get.* Artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, kinesisten… allemaal moeten ze zich op hun kerntaken richten. Alleen zo kunnen we efficiëntiewinst boeken en overkwalificatie tegengaan. Vandaag worden te veel verpleegkundigen ingezet voor verzorgende taken. Met ICT zou je dat perfect kunnen aansturen. Registreer alle prestaties en betaal geen verpleegkundige meer om iemand thuis te gaan wassen. Verzorgenden kunnen 85% doen van wat een verpleegkundige doet, maar verpleegkundigen houden strikt vast aan het concept 'onder onze leiding'. We moeten ook af van het 'vrijeberoepensyndroom'. We moeten werken aan een goede afhankelijkheidsinschatting, op basis waarvan een concrete en objectieve zorgplanning gemaakt wordt. Het zal dan niet meer kunnen om zelf te beslissen waar en wanneer men bij een patiënt langsgaat.

Ik neem aan dat die analyse niet dateert van gisteren. Waarom wordt er niet sneller werk van gemaakt?
Daarvoor zijn een aantal redenen. Ten eerste is dat politiek een totaal ander discours dan tot nu toe gevoerd is. De politiek is een tanker die maar traag van richting kan veranderen. Bovendien speelt de bevoegdheidsverdeling ons parten. Ook de inertie van het financiële systeem is mee verantwoordelijk. Het is niet eenvoudig om dat te veranderen. En dan zijn er nog de vakbonden die conservatief reageren, waaronder ook de artsenbonden trouwens: allemaal houden ze liever vast aan het vertrouwde. Soms ontbreekt het ook letterlijk aan ruimte voor oplossingen: er is nog weinig ruimte om 'zorgwijken' op te zetten waar zorgbehoevende en gezonde mensen samenleven. Nieuwe woonvormen die thuiszorg in de directe nabijheid van een zorgequipe brengen, kunnen efficiëntie en infrastructuur aan elkaar koppelen.

Ziet u ook positieve dingen als u vijftien jaar vooruit kijkt?
Er komt een enorme ontwikkeling in ICT op ons af, waarbij zowel zorgverleners als zorgontvangers baat hebben. Microchips in de bloedbaan, telemonitoring en afstandsgezondheidszorg… Ook hier gaan we de financiering moeten bijsturen om het waar te maken. Bijvoorbeeld met een vergoeding voor een teleconsult. We zullen de grenzen van onze privacy moeten verkennen, zodat we efficiënter kunnen werken. Er moeten maatregelen komen om de zelfzorg kwaliteitsvol te houden. Met de overvloed aan informatie gaan mensen soms denken dat ze het beter weten dan de arts. Ook de predictieve gezondheidszorg zal nieuwe bakens zetten. We zullen discussiëren over het recht op niet-weten, maar we zullen ook sommige genetische afwijkingen kunnen oplossen.

Het klinkt science fiction, maar in werkelijkheid staan we daar niet ver meer vanaf. Worden op overheidsniveau al concepten ontwikkeld voor die nieuwe realiteit?
Een gemakkelijk antwoord zou kunnen zijn dat het Agentschap in het kader van het Beter Bestuurlijk Beleid een louter uitvoerende opdracht heeft gekregen; voor het beleidsvoorbereidende werk moet u bij het Departement aankloppen. Maar om eerlijk te zijn: neen, daar wordt vandaag nog te weinig over nagedacht. We zijn allemaal te veel bezig met de waan van de dag, die zeer tijdverslindend is. Er is weinig ruimte om te brainstormen en strategisch vooruit te kijken. Begrijp me niet verkeerd: we hebben op dit ogenblik met Jo Vandeurzen een heel goede minister. Het is ooit anders geweest. Maar ik heb toch de indruk dat het talent om strategisch te denken maar mondjesmaat is uitgedeeld.

Straks worden nieuwe bevoegdheden van het federale niveau naar het Vlaamse niveau overgeheveld. Kan dit

een momentum worden voor verandering?
Neen. Zoals al gezegd: *what you pay, is what you get*. Zolang de grote geldstromen bij het RIZIV blijven, zit daar de grote stuurkracht. Los van de centen heb je maar weinig incentives. Je kunt een beroep doen op de goede wil van iedereen, maar daarmee gaan we er niet komen. Ik vrees zelfs dat het nog moeilijker wordt na de bevoegdheidsoverdracht. Van homogene bevoegdheidspakketten is geen sprake.

Vaak wordt naar de mogelijkheden van ICT verwezen als oplossing voor heel veel problemen. Terecht?
ICT zal nooit de oplossing worden voor alle problemen. Maar er is wel een grote vooruitgang mogelijk op het gebied van gegevensdeling zonder extra administratieve lasten. De overheid moet hier de leiding nemen, want de medische wereld is er een van veel kleine zelfstandigen en dat maakt het moeilijk om te standaardiseren en te harmoniseren. Dat is nochtans een voorwaarde om een sprong voorwaarts te kunnen maken met ICT. Eerst moeten we dus leren samenwerken en elkaar vertrouwen, als basis om gegevens te delen met elkaar, rechtstreeks uit de elektronische dossiers. Want dat is een tweede voorwaarde: de elektronische dossiers moeten eerst in orde zijn. Dat evolueert de jongste jaren gunstig, zowel in de ziekenhuizen als bij de huisartsen. Een huisarts zonder elektronisch dossier kan binnenkort met pensioen. In de welzijnssector, waartoe ik ook de ouderenzorg reken, is er nog een kloof te overbruggen. Ik voorspel dat we tussen nu en drie jaar een enorme boost zullen krijgen. Ja, ook in de residentiële ouderenzorg en in de thuiszorg. Daarmee zullen de efficiëntie en de kwaliteit van zorg toenemen. Maar hiermee zijn lang niet alle problemen opgelost. De belangrijkste hefboom blijft de financiering.

Op dit ogenblik wordt alles in gereedheid gebracht voor de eerste pilootprojecten met Vitalink. Hoe is Vitalink eigenlijk ontstaan en wat is de bedoeling?
Een aantal evoluties liggen aan de basis. In de aanloop naar de Eerstelijnsconferentie is een werkgroep ICT opgericht, die afsprak om een kadaster te maken van de artsen en de voorzieningen. Op federaal niveau is het eHealthplatform in ontwikkeling. De ziekenhuizen willen met een hub werken, waar huisartsen alle informatie kunnen vinden over een patiënt. Maar de eerstelijnszorg had geen hub. Die had alleen een verwijzingsrepertorium met informatie over *waar* een dossier zich bevond in welk ziekenhuis, zonder de inhoud van het dossier zelf. Er is dus een soort van kluis nodig om die concrete informatie op te slaan. Zo is het idee ontstaan voor Vitalink. We evolueren van een decentrale opslag naar het centraliseren van een gedeelte van de informatie. Hiervoor is een hoog niveau van beveiliging noodzakelijk. Vitalink wordt een soort van kluis, of beter een verzameling van zes miljoen kluisjes – voor elke Vlaming één – met dubbel gecodeerde informatie die gedeeld kan worden.

Hoe situeert Vitalink zich ten opzichte van eHealth?
eHealth voorziet een aantal basisdiensten: de kadasters, de therapeutische relaties, een identificatiesysteem, een autorisatiesysteem... Vitalink gebruikt die diensten van eHealth, maar gaat een stap verder met de informatiedeling. In de eHealthbox blijft de informatie niet staan – ze wordt doorgestuurd en bin-

nengetrokken. In Vitalink daarentegen blijft de informatie wel staan, zodat de gegevens te allen tijde multidisciplinair geconsulteerd kunnen worden. Voorlopig kiest alleen Vlaanderen hiervoor, maar het is perfect mogelijk om het systeem later uit te breiden.

Als eerste pilootproject is gekozen om de medicatieschema's op Vitalink te delen. Waarom precies de medicatieschema's?

We moeten ergens beginnen. Het medicatieschema heeft het voordeel dat het al gestandaardiseerd en internationaal gevalideerd is. Rond het medicatieschema hebben we dan vier actoren betrokken: de artsen als voorschrijvers, de apothekers als leveranciers, de verpleegkundigen als toedieners en de verzorgenden. We starten met vier pilootprojecten – in Aalst, Limburg, Turnhout en het Zenneland – gekozen uit acht dossiers. Elk pilootproject heeft onderling afspraken gemaakt: niet alleen met de vier betrokken actoren, maar ook met alle leveranciers van elektronische dossiers. Dat wordt immers het eerste werk: het connecteren van de verschillende dossiersystemen met Vitalink, zodat gegevens geïmporteerd en geëxporteerd kunnen worden. Die voorbereiding start nu en loopt tot oktober. In diezelfde periode wordt de patiënten om toestemming gevraagd om hun gegevens te mogen delen. In november start dan het eigenlijke proefdraaien voor zes maanden. Pas dan zullen we weten of het systeem werkt en of het inderdaad de meerwaarde biedt die we ervan verwachten. Concreet: het zou dan mogelijk moeten zijn dat de arts een geneesmiddel elektronisch voorschrift, dat de patiënt naar om het even welke apotheker gaat met zijn SIS-kaart en dat de apotheker het voorschrift elektronisch terugvindt, samen met informatie over andere medicatie van de patiënt. Op die manier kan de apotheker checken of er incompatibiliteiten zijn en kan ook de therapietrouw opgevolgd worden.

Hoe ziet u Vitalink na de proefprojecten verder evolueren?

Als de oefening slaagt, dan voorzie ik dat leveranciers tegen eind dit jaar al met nieuwe dingen op de markt zullen komen. Het is dan bijvoorbeeld perfect mogelijk om het diabetestraject elektronisch op te volgen. Vitalink is vandaag nog een kamerplantje, maar het kan plots heel snel gaan.

Waarom zijn de woonzorgcentra niet van meet af aan betrokken partij?

Omdat die er nog niet klaar voor waren. Ook de leveranciers van de elektronische systemen voor woonzorgcentra moeten we kunnen overtuigen om mee in te stappen. Maar wie dat wil, kan heel binnenkort beginnen. We gaan namelijk het *cookbook*, zoals dat heet, publiek maken. Leveranciers die dat willen, kunnen dan meteen aan de slag. Ik ga ervan uit dat de woonzorgcentra heel snel mee op de trein zullen springen, ik vermoed tegen eind dit jaar al. Het zou een enorme steun zijn voor de coördinerend en raadgevend arts (CRA) in de woonzorgcentra. Maar laat ons nu eerst proefdraaien en de kinderziekten uit het systeem halen. Als in oktober blijkt dat het werkt, dan komen we meteen in een stroomversnelling.

Chris Vander Auwera: "Vitalink wordt een soort van kluis, of beter een verzameling van zes miljoen kluisjes – voor elke Vlaming één – met dubbel gecodeerde informatie die gedeeld kan worden."

(R)evolutie in de ziekenhuisapotheek

Algemeen directeur Rosette Van Overvelt van AZ Monica begon haar loopbaan in het ziekenhuis als apotheker. Zij volgt de ontwikkelingen in de ziekenhuisapotheek dan ook met een bijzondere belangstelling. “Er is de voorbije veertig jaar ontzettend veel veranderd”, zegt ze. “En de uitdagingen waarvoor we vandaag staan, zijn enorm boeiend maar tegelijk heel complex.”

“Ik ben in 1973 begonnen als apotheker in het ziekenhuis”, vertelt Rosette Van Overvelt. “Ik was opgeleid als ‘gewoon’apotheker; de specialisatie ‘ziekenhuisapotheker’ bestond toen nog niet. Pas in 1976 studeerden de eerste gespecialiseerde ziekenhuisapothekers af. Rond diezelfde tijd kwam ook de vestigingswet voor apothekers. Heel wat apothekers hebben toen bewust voor het ziekenhuis als werkterrein gekozen. Het is deze generatie, die nu stilaan met pensioen gaat, die de rol en de functie van de ziekenhuisapotheker zoals we die vandaag kennen, heeft vormgegeven. We zijn geëvolueerd van een quasi louter logistieke functie naar een meer klinische functie. Let wel, het logistieke aspect is door de jaren heen onveranderd gebleven: het juiste geneesmiddel toedienen aan de juiste patiënt op het juiste moment, dat is nog altijd de primaire opdracht. Maar die opdracht is vandaag bijna een evidentie geworden. Net zoals het financieel-administratieve beheer dat erbij komt kijken. Relatief nieuw is de klinische opdracht van de ziekenhuisapotheker, die vooral sinds 2000 opgang maakt. Die klinisch opdracht wordt zelfs zo belangrijk dat we evolueren naar een ziekenhuisapotheek met een back office voor de klassieke opdrachten en een front office voor de patiëntencontacten.”

Boeiende ontwikkelingen

“Vroeger was een ziekenhuisapotheker een renaissancemens: hij moest alles kunnen en kennen”, zegt Rosette Van Overvelt. “Vandaag zien we meer en meer specialisaties: implantaten, magistrale bereidingen (steriele en niet steriele), cytostatica, klinische farmacie, sterilisatie, geneesmiddelendistributie… Daarbovenop moet een ziekenhuisapotheker vandaag ook over heel wat managementvaardigheden beschikken: hij moet aan procesbeheer en procesoptimalisatie doen, hij moet het financiële plaatje beheersen en hij moet een uitstekend *people manager* zijn. Toen ik begon had een ziekenhuis één, hooguit twee apothekers in dienst. Vandaag werken in AZ Monica, een ziekenhuis met 500 bedden, zes apothekers, samen goed voor vijf voltijds equivalenten en een apotheker in opleiding. De ziekenhuisapotheek moet goed functioneren als team, maar moet ook goed en nauw samenwerken met de andere collega’s in het ziekenhuis.”

“Het belang van de ICT-ondersteuning in de ziekenhuisapotheek vandaag is niet te overschatten. Alles is de jongste jaren in versneld tempo geïnformatiseerd: het voorraadbeheer, de elektronische voorschriften, de rapportering… De ontwikkelingen staan niet stil en ik vind het heel boeiend en intrigerend om dat te volgen. België is een relatief kleine markt voor ICT-bedrijven. Dat maakt het er niet gemakkelijker op. Meestal zijn er weinig spelers om nieuwe toepassingen te ontwikkelen, soms is er zelfs sprake van monopolievorming. En elke nieuwe toepassing moet je nog kunnen integreren in de ziekenhuisoverkoepelende ICT-architectuur. Het is niet gemakkelijk om beslissingen te nemen in keuzes van leveranciers, programma’s en toepassingen. Het zijn niet alleen dure keuzes, maar ze hebben ook ziekenhuisbreed gevolgen voor de komende decennia.”

Uitdagingen voor de toekomst

“Ik zie twee grote uitdagingen voor de ziekenhuisapotheek van de toekomst”, vervolgt Rosette Van Overvelt. “Eerst en vooral zullen we focus nodig hebben. Jarenlang is de ziekenhuisapotheker allicht een van de meest onderbenutte professionals gebleven. Vandaag is dat gelukkig niet meer zo. Men heeft de ziekenhuisapotheker ontdekt en zelfs zozeer dat de slinger nu in de andere richting dreigt over te slaan. De ziekenhuisapotheker wordt vandaag overbevraagd. Intern in het eigen ziekenhuis, maar ook door de overheid. Er zijn alsmaar meer wetten, regels en voorschriften, die altijd weer gepaard gaan met administratie en bureaucratie. Intern hebben we in AZ Monica regelmatig overleg met hoofdapotheker Sophie Haverhals, die overigens ook lid is van het directieteam.”

“Een tweede uitdaging is de noodzakelijke samenwerking van de ziekenhuisapotheek met de artsen, de verpleegkundigen, de leidinggevenden… De juiste medicatie op het juiste moment toedienen bij de juiste patiënt is bij uitstek teamspel. De kortere ligduur van patiënten in het ziekenhuis heeft ook effect op de apotheek en de medicatievoorziening. Een ziekenhuis staat 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 klaar voor zijn patiënten. De interne organisatie is hierop afgestemd, ook die van de apotheek. Dat dat niet

Sophie Haverhals en Rosette Van Overvelt: "Jarenlang is de ziekenhuisapotheker allicht een van de meest onderbenutte professionals gebleven. Vandaag is dat gelukkig niet meer zo. Men heeft de ziekenhuisapotheker ontdekt en zelfs zozeer dat de slinger nu in de andere richting dreigt over te slaan."

altijd evident is, blijkt uit het feit dat de veiligheidscultuur rond medicatie en het voorschriftenbeleid dikwijls tere punten zijn in de accrediteringsprogramma's. De interne samenwerking is van cruciaal belang. Maar ook de samenwerking met andere ziekenhuizen kan verder uitgediept worden. Van de overheid vragen wij vooral realistische verwachtingen. De ziekenhuisapotheker draagt een grote verantwoordelijkheid, maar moet ook de ruimte krijgen om die verantwoordelijkheid op te nemen en waar te maken."

"De overheidsbesparingen op de ziekenhuisapotheek zijn enerzijds ergens wel begrijpelijk. Er wordt overal op beknibbeld vandaag. Maar men moet anderzijds toch goed oppassen dat men niet vooral die organisaties straft die een goed beleid voeren."

"De voorbije jaren heeft de klinische farmacie zijn intrede gedaan in de ziekenhuizen. De eerste stappen waren moeilijk, maar ondertussen hebben alle actoren ingezien dat die geen bedreiging vormt voor wie dan ook. Integendeel, artsen en verpleegkundigen zijn vandaag zelf vragende partij voor méér klinische farmacie. In het kader van de kwaliteitszorg is daar ook alle reden toe. De enige beperking hier is van financiële aard. Misschien moet het Federaal Kenniscentrum hier eens onderzoek naar doen: of investeringen in klinische farmacie uiteindelijk geen besparing opleveren in plaats van een kost. Meer kwaliteit in het medicatiebeleid leidt immers tot minder complicaties, minder fouten en een snellere genezing. Daarvan ben ik overtuigd."

Katy Verhelle: "Principieel staan we vierkant achter de nieuwe wetgeving – je kunt nu eenmaal niet tegen meer kwaliteit zijn. Maar de financiële consequenties zijn onduidelijk."

"We staan voor grote uitdagingen"

ziekenhuis-apotheek

Als voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (VZA) en hoofdapotheker van AZ Groeninge in Kortrijk is Katy Verhelle uitstekend geplaatst om een stand van zaken te maken in enkele actuele ontwikkelingen. Zoals daar zijn: openbare aanbesteding, eenheidsdosisverpakking, klinische farmacie, nieuwe wetgeving en professionalisering van de sterilisatie. Maar we beginnen met een voorstelling van de VZA.

"Zowat alle ziekenhuisapothekers zijn lid van de Vlaamse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers", vertelt Katy Verhelle. "Als beroepsvereniging verzorgen wij het post-universitair onderwijs, waarvan ook de accreditering voor ziekenhuisapothekers afhangt. Verder houden we de ziekenhuisapothekers voortdurend op de hoogte van nieuwe medicamenten, recalls, alternatieven... Ons secretariaat volgt alles op de voet. Via de vereniging vinden ziekenhuisapothekers elkaar gemakkelijk als ze vragen hebben over een bereiding of over een klinische studie. Er is een lage drem-

pel om elkaar te helpen. Over belangrijke thema's hebben we werkgroepen. Zo heeft de werkgroep 'pletmedicatie' een databank ontwikkeld met alle mogelijke informatie. De databank is vrij toegankelijk op de website www.vza.be en wordt intensief geraadpleegd, ook door zorgverleners uit woonzorgcentra. Kennis delen is belangrijk, we hoeven niet allemaal het warm water uit te vinden."

"Wat ons op dit ogenblik erg bezighoudt, zijn de nieuwe bepalingen over openbare aanbesteding", zegt Katy Verhelle. "Ook hierover hebben we binnen de vereniging een werkgroep. Het is nog niet duidelijk wanneer de nieuwe wetgeving in voege treedt; dat zou nu al januari 2013 worden. De nieuwe regels zullen administratief een zware belasting betekenen. Er zijn strikte procedures en vanaf een bepaald bedrag moeten we zelfs een Europese aanbesteding organiseren. De ziekenhuizen zijn al bijkomend personeel aan het aanwerven met de nodige economisch-juridische bagage. Kleinere ziekenhuizen zullen allicht de handen in elkaar moeten slaan. Naast de rompslomp die erbij komt, is er vrees voor het onbekende. In Frankrijk zien we gelukkig dat het systeem wel werkt. De specifieke gunningscriteria blijven uiteraard in handen van het medisch-farmaceutisch comité en het comité medisch materiaal. De strenge regels van de openbare aanbesteding kunnen zelfs voor meer transparantie zorgen, wat een goede zaak zou zijn. Maar de schrik voor een rigide administratie en juridische valkuilen zit er wel in."

Eenheidsdosisverpakking

"Eén van de sleutelpunten op het gebied van patiëntveiligheid, efficiëntie en het tegengaan van geneesmiddelenfraude is de eenheidsdosisverpakking", aldus Katy Verhelle. "Samen met enkele andere Europese beroepsverenigingen dringen wij er bij de farmaceutische bedrijven al langer op aan om die eenheidsdosisverpakkingen met barcode aan te bieden. Meer en meer bedrijven hebben daar oren naar, maar zolang niet alle landen op dezelfde lijn zitten, is er voor hen geen incentive om hieraan mee te werken. Ondertussen zoeken ziekenhuizen naar manieren om zelf de medicatie te herverpakken. Dat gaat gepaard met investeringen. Uitbesteden kan ook, maar ook dat kost geld. Op het vlak van medische materialen streven firma's wel naar een uniforme barcoderegeling. Maar de markt zal pas helemaal volgen als er Europese regelgeving komt."

Klinische farmacie

"De klinische farmacie, waarbij de ziekenhuisapotheker op de afdeligen en tot bij de patiënten gaat om het medicatieschema te bewaken en waar nodig bij te sturen, is een vrij jonge subdiscipline, die heel snel zijn nut bewezen heeft. Toen in een ziekenhuis de klinische farmacie teruggeschroefd dreigde te worden, waren de artsen zelfs bereid om ervoor te betalen. Dat is toch het mooiste bewijs! Klinische farmacie is erg intensief. De artsen stellen de diagnose en schrijven de medicatie voor, de verpleegkundigen dienen de medicatie toe, maar de apotheker is de *dedicated person* voor de medicatie. De apotheker kan andere bereidingen voorstellen, andere toedieningsmanieren of kan wijzen op niet-compatibele combinaties of ongunstige bijwerkingen.

De komst van de apotheker op de afdelingen wordt snel niet meer als bedreigend ervaren, wel integendeel. De winst op het vlak van patiëntveiligheid staat als een paal boven water. Op de spoedgevallendienst in AZ Groeninge bijvoorbeeld worden 85-plussers door een apotheker gezien. Altijd vinden wij relevante informatie die niet uit de reguliere anamnese van de thuismedicatie naar boven was gekomen: dat mensen insuline nemen, of een morfineklever hebben, of oogdruppels nemen, of een bepaalde allergie hebben... Dat soort zaken wordt niet bewust verzwegen, maar men denkt er gewoon niet aan dat het belangrijk kan zijn. De apotheker is hierop gefocust en vraagt op een gestructureerde manier door tot het hele plaatje duidelijk is. Dat leidt tot significant betere resultaten en betekent een grote hulp voor de arts, die zich helemaal op de diagnose en de behandeling kan concentreren. De klinische farmacie is ondertussen zo vanzelfsprekend geworden, dat her en der ook initiatieven ontstaan los van federale ondersteuning. Ik denk bijvoorbeeld aan het ROTS-project voor orale anti-tumorale therapie in AZ Sint-Lucas Gent."

Nieuwe wetgeving

"Nog dit jaar treedt ook de nieuwe wet op de ziekenhuisapotheek in voege. De wetgeving wordt strenger op het gebied van de PIC/S-normen *(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme)* en het professionaliseren van de bereidingen. Er is sprake van compartimentering, luchtdrukverschillen, clean rooms... Die nieuwe manier van werken zal ook bijkomende personeelskosten met zich meebrengen en investeringen in opleiding. Als Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers zijn we gelukkig betrokken geweest bij de nieuwe wetgeving. We zijn tevreden over die samenwerking. Maar we maken ons ook zorgen. Wij hebben in de federale werkgroep verschillende keren gewaarschuwd dat de nieuwe regels financieel zwaar om dragen zullen zijn voor de ziekenhuizen, maar dat financiële plaatje is niet de bevoegdheid van de werkgroep. Principieel staan we vierkant achter de nieuwe wetgeving – je kunt nu eenmaal niet tegen meer kwaliteit zijn. Maar de financiële consequenties zijn onduidelijk. Misschien moeten we voor een soort van 'PIC/S-light' gaan, zoals ze in Nederland gedaan hebben? Maar ook dat is geen oplossing, want medische firma's stellen ook hoge eisen als je als ziekenhuis wil deelnemen aan klinische studies. Je moet dus mee, je mag die trein niet missen."

Sterilisatie

"Een zelfde soort bezorgdheid is er over de sterilisatie. Ook hier maken we een sterke beweging naar professionalisering. Nog niet eens zolang geleden werden medische instrumenten gesteriliseerd in een autoclaaf op het operatiekwartier. Vandaag bestaan hiervoor aparte afdelingen met gespecialiseerde infrastructuur en een strenge procesbewaking. Alles wordt performanter. De discussie over zelf doen of uitbesteden is de jongste jaren wat gaan liggen. De meeste ziekenhuizen kiezen ervoor om de expertise in eigen huis te houden. De centrale sterilisatie is zowat de kransslagader van een ziekenhuis. Als alternatief kan men ook kiezen voor insourcing in plaats van outsourcing. Als je de sterilisatie extern uitbesteedt, blijf je als ziekenhuisapotheker en als ziekenhuis wel verantwoordelijk voor het sterilisatieproces. Bovendien is het instrumentarium erg duur en kan er vanalles foutlopen tijdens het transport: verlies, breuken... Positief is wel dat deze discussies ook intern grondig gevoerd worden. In de toekomst zie ik ook meer en meer samenwerking tussen ziekenhuizen groeien. We staan samen voor grote uitdagingen en het zou goed zijn om op sommige vlakken de krachten te bundelen."

“Samenwerking tussen ziekenhuisapotheken dringt zich op”

Ook de apotheken in de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) staan niet stil. De thema’s die in de algemene ziekenhuizen brandend actueel zijn, vind je ook hier terug. Met artikel 107 en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg is er zelfs een extra aandachtspunt voor de psychiatrische ziekenhuisapotheek. We gingen erover praten met Johan Reyntens, apotheker in PZ Sint-Jan in Eeklo.

“De rol en de opdracht van de apotheker in een psychiatrisch ziekenhuis is vergelijkbaar met die in een algemeen ziekenhuis”, stelt Johan Reyntens. “De evolutie naar meer kwaliteitszorg en patiëntveiligheid is ook bij ons op verschillende gebieden zichtbaar. De nieuwe wetgeving die er aankomt, legt een grote nadruk op de goede praktijkvoering. Op het vlak van bereidingen, maar bijvoorbeeld ook wat betreft het zichtbaar maken van elk geneesmiddel op het niveau van de individuele patiënt. Dat maakt de noodzaak tot herverpakken van medicatie nog dwingender. Onder impuls van die nieuwe wetgeving zien we dat ziekenhuizen meer en meer gaan samenwerken. Ik denk aan de vier Gentse ziekenhuizen die gezamenlijk een compounding unit willen uitbouwen, die kwaliteitsbevorderend en kostenbesparend zou zijn.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt samenwerking zo mogelijk nog meer noodzakelijk, aangezien wij nog kleinschaliger werken. In een doorsnee psychiatrisch ziekenhuis is maar één of anderhalf voltijds equivalent apotheker actief. Zelf medicatie herverpakken is in een psychiatrisch ziekenhuis daarom niet haalbaar, ook omdat de apparatuur ontzettend duur is. Toch is het ook bij ons nodig. We evolueren immers naar bedside scanning, waarbij elk geneesmiddel vlak voor inname wordt gescand in een programma dat gekoppeld is aan het elektronisch voorschrift. Op die manier beperk je de foutenmarge maximaal. Dat is nog toekomstmuziek, maar ook de psychiatrische ziekenhuizen gaan mee met die evolutie. Ofwel zullen psychiatrische ziekenhuizen hiervoor onderling moeten samenwerken, ofwel zullen ze krachten bundelen met algemene ziekenhuizen. Het grote denkwerk hierover moet nog beginnen, maar hier en daar worden al mogelijkheden afgetoetst. Je merkt dat ook aan de grote opkomst van directieleden en apothekers op studiedagen hierover. Het wordt er niet eenvoudiger op, maar dat de kwaliteit erbij wint, staat buiten kijf. Nu gaat de apotheek dicht zodra de apotheker naar een vergadering moet of een bijscholing volgt. Een centrale apotheek met meerdere apothekers en dus meer continuïteit zou dat probleem oplossen. En hoeveel tijd zou een verpleegkundige in de psychiatrie niet winnen als de medicatie kant en klaar was voorverpakt op het niveau van de patiënt. Die gewonnen tijd kan dan rechtstreeks naar de zorg gaan.”

Polyfarmacie beperken

“De psychiatrische ziekenhuizen zijn betrokken bij het tot stand komen van de nieuwe wetgeving via de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers, waar ik overigens in het bestuur zit”, vertelt Johan Reyntens. “Maar voor een apotheker van een PZ die er alleen voor staat, is het niet evident om tweewekelijks naar Brussel af te zakken om hierover te vergaderen. In de praktijk zijn het vooral apothekers van de algemene ziekenhuizen die dit dossier van nabij gevolgd hebben. Nu, dat hoeft geen bezwaar te zijn. De evolutie is sowieso niet te stoppen.

Neem nu de bereidingen. Vandaag maakt elk psychiatrisch ziekenhuis nog zijn eigen bereidingen, maar ik vermoed dat kleinere ziekenhuizen dit zullen uitbesteden met de nieuwe wetgeving. De nieuwe vereisten zijn zo streng, dat ze voor een psychiatrisch ziekenhuis nauwelijks haalbaar zijn. Trouwens, de tijd is voorbij dat we in de apotheek specialist kunnen zijn in alles. We zullen dus gemeenschappelijk bereidingen moeten maken, geneesmiddelen verpakken en dan het transport organiseren. Het zal even wennen worden, maar er is ook een positieve zijde aan de medaille, want zo komt er meer tijd vrij voor klinische farmacie. Bereidingen, verpakkingen en distributie zullen op termijn centraal gebeuren door apothekers die zich daarin specialiseren, terwijl andere ziekenhuisapothekers zich in de eigen voorziening kunnen toeleggen op klinische farmacie.

Klinische farmacie staat nog in de kinderschoenen in de psychiatrische ziekenhuizen. PZ Sint-Jan is het enige Vlaamse psychiatrisch ziekenhuis dat in het FOD-project is opgenomen. Toch is het goed dat ook in de PZ de apotheker meer betrokken wordt bij de behandeling van de patiënt op de afdeling. Zelf participeer ik in teamvergaderingen en heb ik speciale aandacht voor het goed gebruik van geneesmiddelen, interacties van geneesmiddelen, mogelijke bijwerkingen enzovoort. Antipsychotica bijvoorbeeld hebben nogal wat hormonale en metabole bijwerkingen, met mogelijke gevolgen voor onder meer obesitas, diabetes en hartziekten. Het is belangrijk om dit nauw op te volgen. Verpleegkundigen en psychiaters hebben hier wel oog voor, maar de apotheker biedt door zijn farmacologische deskundigheid zeker een toegevoegde waarde.

Johan Reyntens, apotheker in PZ Sint-Jan in Eeklo: "Bereidingen, verpakkingen en distributie zullen op termijn centraal gebeuren door apothekers die zich daarin specialiseren, terwijl andere ziekenhuisapothekers zich in de eigen voorziening kunnen toeleggen op klinische farmacie."

Sinds 2003 voeren wij in PZ Sint-Jan een studie naar polyfarmacie. Het is bekend dat in de psychiatrie vaak met combinaties van geneesmiddelen wordt gewerkt, ook binnen eenzelfde groep. Het gebeurt dat een patiënt twee, drie of zelfs vier verschillende antipsychotica neemt. Dat gebeurt niet zomaar. De ene patiënt reageert anders op een antipsychoticum dan de andere en vaak is het wat zoeken en combineren voor een effectief resultaat bij een bepaalde patiënt. Maar dat proces moet bewaakt worden en op een bepaald moment moet er ook afgebouwd worden, zeker als het positief resultaat uitblijft. Het is de taak van de apotheker om dat mee te bewaken en suggesties te doen om het aantal middelen op een farmacologisch verantwoorde wijze te beperken. Hoe meer middelen, hoe hoger de kans op metabole stoornissen, diabetes, hartklachten, hormonale en seksuele stoornissen enzovoort. Zo bewaken wij heel rigoureus mogelijke QT-verlengingen bij allerlei combinatietherapieën. Uiteindelijk is het de arts die beslist, maar wij kunnen de arts hierin deskundig bijstaan. In PZ Sint-Jan krijg ik hiervoor de ruimte, met goed resultaat. Van concurrentie tussen arts en apotheker is absoluut geen sprake. We wisselen collegiaal informatie uit en hebben samen het beste voor met de patiënt."

Art.107 en de apotheek

"Ook bij ontslag van een patiënt is aandacht voor de medicatie erg belangrijk, zeker met het oog op eventuele substitutie naar generische geneesmiddelen. Therapietrouw is één van de belangrijkste manieren om heropname in de psychiatrie te voorkomen. Daarin mag dus best wat geïnvesteerd worden. Zeker nu we met artikel 107 aan de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg willen werken. Als de patiënten sneller kunnen terugkeren naar huis om daar hun behandeling voort te zetten, moet de opvolging van de therapietrouw aangepast worden. Informatie aan de patiënt, maar ook aan familieleden en andere zorgverleners wordt nog belangrijker dan vandaag al het geval is. Mensen hebben vaak veel vragen bij hun medicatie en als ze op eigen houtje het medicatieschema veranderen, kan dat nefast zijn voor de behandeling. In Frankrijk en Engeland bestaat er al zoiets als ambulante klinische farmacie. Meestal gebeurt dat in groep, met de nadruk op informatieverstrekking. Ook bij ons zou het een denkpiste kunnen zijn om in het spoor van artikel 107 poliklinische activiteiten te ontwikkelen als ziekenhuisapotheek. Maar zover zijn we vandaag nog niet", aldus Johan Reyntens.

ouderen-zorg

“Woonzorgcentra worden stiefmoederlijk behandeld”

“De overheid heeft te weinig oog voor kwaliteitszorg als het op medicatie in woonzorgcentra aankomt. Alle aandacht gaat quasi exclusief naar de thuiszorg. Ten onrechte.” Dat zegt dr. Bob Vander Stichele, huisarts en professor klinische farmacologie aan de UGent. Hij voert al jaren onderzoek naar het gebruik van geneesmiddelen, onder meer in woonzorgcentra. Ondanks veel goede wil en inzet in de woonzorgcentra ziet dr. Bob Vander Stichele weinig reden tot optimisme.

Bob Vander Stichele: In 2006 hebben we met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport gepubliceerd over het medicatiegebruik in de woonzorgcentra. Dat rapport is opgepikt in internationale vakbladen en heeft heel wat weerklank gekregen. Maar zes jaar later moet ik vaststellen dat we geen stap verder staan.

Bewoners in een woonzorgcentrum hebben een hoge leeftijd en lijden meestal aan meer dan één ziekte. Hiervoor moeten ze verschillende geneesmiddelen nemen. Elke bewoner neemt gemiddeld zeven chronische medicamenten. Dikwijls is dat ook echt nodig. Maar al die medicamenten hebben een effect op het lichaam en ze kunnen ook problemen veroorzaken. Bejaarden zijn kwetsbaarder voor geneesmiddelen dan jonge volwassenen. Ze verwerken de medicatie dikwijls minder goed. De dosering is daarom van het grootste belang. Spring je daar niet voorzichtig mee om, dan kunnen er complicaties optreden. En dan spreken we nog niet over de interactie van de verschillende geneesmiddelen, die ook voor bijwerkingen kan zorgen. En voor die bijwerkingen moet je dan alweer andere medicatie innemen, wat voor een cascade dreigt te zorgen. Hoogbejaarde mensen hebben vaak ook niet meer de helderheid van geest om klachten helder te uiten. Het is bekend dat bepaalde aandoeningen hierdoor onderbehandeld blijven. Pijn bijvoorbeeld, is moeilijk te verwoorden voor oudere mensen. Net als depressieve gevoelens.

Worden er niet al relatief veel antidepressiva voorgeschreven in woonzorgcentra?

Ja, maar depressie komt ook vaak voor in woonzorgcentra. De mensen die er ver-

blijven zijn vaak ontworteld. Ze hebben afscheid moeten nemen van hun eigen thuis en sommigen krijgen maar weinig bezoek van familie. Zeker in het begin treden vaak ook gevoelens van kwaadheid op.

Toch kunnen we trots zijn op ons uniek systeem van woonzorgcentra. In geen enkel ander land zijn de woonzorgcentra zo goed gespreid en daardoor zo dichtbij huis. In de meeste gevallen kunnen de mensen in hun eigen stad of gemeente naar het woonzorgcentrum, waar ze op hun vaste huisarts een beroep kunnen blijven doen. Dat helpt tegen het gevoel van ontworteling. Bovendien zijn de meeste woonzorgcentra niet gespecialiseerd per doelgroep. Dat is goed, want anders dreig je oudere mensen verschillende keren te moeten verhuizen.

Natuurlijk brengt ons systeem kosten met zich mee, zowel voor de bewoners als voor de overheid. Het beleid is de jongste jaren dan ook erg gericht op zelfredzaamheid en thuiszorg. Hoe langer oudere mensen thuis verzorgd kunnen worden, hoe beter. Op zich is dat een lovenswaardig streven. Maar we mogen niet blind zijn voor de vergrijzing. Hoe sterk je de thuiszorg ook uitbouwt, ook de residentiële ouderenzorg moet verder uitgebreid worden. Dat is voor mij de kern van het probleem vandaag: dat de overheid bijna uitsluitend inzet op de thuiszorg. De thuiszorg is echter niet alleenzaligmakend. Het beleid moet onder ogen durven zien dat er steeds meer ouderen residentiële opvang nodig zullen hebben. Ik zie in de woonzorgcentra enorm veel inzet en goede wil, maar relatief weinig ondersteuning. De woonzorgcentra worden zowel door de Vlaamse Gemeenschap als door het RIZIV heel streng gecontroleerd en geïnspecteerd, maar tegelijk worden ze stiefmoederlijk behandeld.

Ook op het gebied van medicatie?
Zeker op het gebied van medicatie! Een woonzorgcentrum met 100 bedden krijgt al vlug 30 verschillende huisartsen over de vloer. Eén CRA moet in een paar uur per week al die contacten verzorgen. Bovendien beschikt die CRA niet over voldoende bevoegdheden. We hebben nood aan een open systeem om de medicatiefiches te bekijken, te analyseren en waar nodig bij te sturen. Dat zou een voortdurend aandachtspunt moeten zijn om de kwaliteit van zorg en medicatie te bewaken. We hebben de voorbije jaren al verschillende aanbevelingen in die zin gedaan, maar de overheid blijft er doof voor. Ook met de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum is weinig of niets gebeurd. Hier en daar zijn individuele projecten opgestart, maar een globale aanpak blijft uit. Zes jaar later moeten we dan ook vaststellen dat de situatie verergert in plaats van verbetert. Door het plaatsgebrek en de wachtlijsten geven de woonzorgcentra voorrang aan de zwaarst zorgbehoevende bejaarden. Dat is goed. Maar deze mensen hebben ook de zwaarste medicatie nodig en hebben dus ook het meest nood aan een goede opvolging van hun geneesmiddelengebruik.

De voorbije jaren is toch een sterke vooruitgang gemaakt dankzij de informatisering?
Inderdaad. Zes jaar geleden werden alle voorschriften nog met de hand geschreven en stond de medicatielijst nog op een papieren steekkaart. Vandaag zijn in de meeste woonzorgcentra de medicatiefiches geïnformatiseerd. Die overstap is relatief snel en vlot verlopen. De automatisering was een unieke, uitgelezen kans om ook kwaliteitsinitiatieven te ontwikkelen. Hiervoor zijn diverse voorstellen gedaan, maar de steun van de overheid bleef uit. Een gemiste kans! Niet alleen de federale en de Vlaamse overheid hebben hier een verantwoordelijkheid, maar ook de gemeenten, onder meer via de OCMW's. Maar alle aandacht gaat vandaag quasi uitsluitend naar de thuiszorg.

Dr. Bob Vander Stichele: "Dat is voor mij de kern van het probleem vandaag: de overheid zet bijna uitsluitend in op de thuiszorg. De thuiszorg is echter niet alleenzaligmakend. Het beleid moet onder ogen durven zien dat er steeds meer ouderen residentiële opvang nodig zullen hebben. Ik zie in de woonzorgcentra enorm veel inzet en goede wil, maar relatief weinig ondersteuning."

Gaat het alleen over middelen of ook over mentaliteit?
Ook de mentaliteit moet veranderen. Er zijn niet eens zoveel middelen nodig om het verschil te maken. Er is meer samenwerking nodig tussen de verpleegkundige, de arts en de apotheker. We hebben gespecialiseerde mensen nodig die de voorschrijvende artsen kunnen ondersteunen. Dat zou bijvoorbeeld op provinciaal niveau georganiseerd kunnen worden. Per provincie heb je ongeveer 100 woonzorgcentra en 12.000 bewoners. Als we per provincie één arts, één verpleegkundige en één apotheker de opdracht geven om alle medicatiefiches om de zes maanden te analyseren en waar nodig bij te sturen, dan staan we al een heel eind verder. Dat is perfect te organiseren. Het zou een enorme vooruitgang betekenen op het gebied van kwaliteit én het zou ook een besparing met zich meebrengen. Want door interactie, bijwerkingen en een teveel aan medicatie moeten ouderen soms gehospitaliseerd worden, wat veel duurder is dan preventieve kwaliteitsbewaking.

Mijn ervaring is dat de woonzorgcentra erg hun best doen, maar dat de overheid te weinig stimuli voorziet en geen globale aanpak heeft. De formularia zijn de jongste jaren sterk verbeterd. Vanaf volgend jaar worden ze elektronisch beschikbaar. Maar de globale aanpak blijft ook hier uit. Sommige woonzorgcentra zullen dat elektronisch formularium meteen in hun ICT integreren, andere niet.

Vorig jaar ondertekende u mee de oproep van de Passendale Groep aan federaal minister Onkelinx, Vlaams minister Vandeurzen en Waals minister Eliane Tillieux. In die oproep werd sterk aangedrongen om werk te maken van een versnelde informatisering in de woonzorgcentra.
De motie van de Passendale Groep ging uit van de koepels van de woonzorgcentra, waaronder ook Zorgnet Vlaanderen, van de CRA's, de artsen, de universiteiten, de informaticabedrijven... Samen deden we met alle betrokkenen een uniek aanbod vanuit de sector om de informatisering te gebruiken voor een beter kwaliteitsbeleid. Maar ook deze oproep heeft weinig zoden aan de dijk gezet. Ons voorstel voor de woonzorgcentra is niet weerhouden voor Vitalink. Ook hier weer vallen de woonzorgcentra jammerlijk uit de boot.

U klinkt erg negatief en pessimistisch?
Dat klopt. Ik zie elke dag hoe de mensen in de woonzorgcentra roeien met de riemen die ze hebben. Maar ik zie weinig verbetering op het gebied van ondersteuning. En die is nochtans heel erg nodig.

geneesmiddelenindustrie

“Werken aan een nieuw model, zonder taboes en met een toekomstvisie”

“Onze samenleving heeft nood aan een nieuw model van gezondheidszorg”, zegt professor Leo Neels, algemeen directeur van pharma.be. “Elke speler zal zijn métier grondig moeten wijzigen. Ook in de farmasector. Wij zijn alvast bereid om het debat aan te gaan. Zonder taboes en met de blik op de lange termijn.”

"De beste therapeutische output voor de patiënt: dat is wat pharma.be en haar leden nastreven", vertelt Leo Neels. "Hoe die beste output bereikt wordt – ambulant of in een residentiële setting – maakt ons in wezen niets uit. Maar in de residentiële zorg heb je natuurlijk het voordeel van een professionele omgeving. In een ziekenhuis is die professionalisering ver doorgedreven, met de aanwezigheid van artsen, verpleegkundigen en apothekers. Daar wordt ook meer en meer aan klinische farmacie gedaan. In woonzorgcentra gaat men uiteraard ook erg professioneel tewerk, maar de deskundigheid is daar toch vooral toegespitst op de zorg en het verpleegkundige. Gelukkig is er nu ook een model in ontwikkeling voor medische en therapeutische zorg in woonzorgcentra. Welke vorm dat model uiteindelijk zal aannemen, is nog koffiedik kijken. De positie van de coördinerende en raadgevende arts (CRA) in de woonzorgcentra is op vandaag relatief. Wanneer een cliënt verhuist naar een woonzorgcentrum wordt de band met zijn eigen huisarts niet doorgeknipt en de bewoner kan in principe ook zijn geneesmiddelen verder bij zijn vertrouwde apotheker halen. De farmabedrijven staan helemaal buiten dit verhaal. Zij zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van het geneesmiddel, met de merknaam als symbool van hun verantwoordelijkheid . Hierop aansluitend is er de verantwoordelijkheid van de arts, die bepaalt welk geneesmiddel hij of zij voorschrijft. De rol van de apotheker is in ontwikkeling, zeker ook in de ziekenhuizen. Met de invoering van de klinische farmacologie ontstaat er een dialoog tussen het farmaceutisch bedrijf en de ziekenhuisapotheker."

Vrijheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid

"Wij hebben al een eind afgelegd", aldus Leo Neels. "Wij komen van een gezondheidszorg waarin elk 'naar godsvrucht en vermogen' zijn best deed. Veel aandacht voor 'gedeelde zorg' voor de patiënt bestond er vroeger niet. In het prestatiegebonden model keek elkeen toch vooral naar zijn eigen rol: 'heb ik mijn onderdeeltje goed gedaan'? Dat gold zowel voor de chirurg, voor de anesthesist als voor de apotheker. Er was weinig oog voor het totale gezondheidsplaatje van de patiënt, noch voor de implicaties van wat men deed. Wat we in de toekomst moeten nastreven, is vertrekken vanuit gezondheidsdoelstellingen voor een bepaalde patiënt met een gezamenlijke aansprakelijkheid van alle betrokkenen. Ook de patiënt is in dat verhaal niet langer louter het voorwerp van de zorg die hij krijgt, maar mee betrokken partij. Her en der zien we al embryonale initiatieven in die richting. Denk aan de zorgtrajecten of de zorgpaden. Belangrijk is dat iemand de zorgregie voert met een bepaald doel voor ogen en met een juiste inzet van middelen, ook financieel-economisch. Want de middelen zijn beperkt en niet alleen de patiënt verdient een holistische aanpak, ook de samenleving. We moeten er samen kritisch op toezien dat de schaarse budgetten correct worden aangewend."

"Het debat beweegt zich tussen twee uitersten, twee mantra's. De ene mantra is die van de therapeutische vrijheid: 'Ik ben als arts verantwoordelijk voor wat ik doe, geef me dan ook de vrijheid om het op mijn manier te doen.' De andere mantra is die van de maatschappelijke verantwoordelijkheid: 'De middelen zijn schaars, dus moet de therapeutische vrijheid geplaatst worden in een context van maatschappelijke verantwoordelijkheid.' Ik vermoed dat we het met zijn allen eens zijn dat de tweede mantra de voorkeur wegdraagt. Niet alleen omdat dat budgettair beter uitkomt, maar ook als principiële keuze. Naar hedendaagse inzichten is de maatschappelijke inbedding te verkiezen boven ongeremde therapeutische vrijheid. Vandaag hebben we een supertoegankelijk en supersolidair gezondheidssysteem, waarbij de kosten voor ziekte gespreid worden over alle mensen, ook de gezonden. Om dat systeem te vrijwaren moet elke betrokkene zijn maatschappelijke rol correct opnemen. Elk van ons zal zijn métier grondig moeten wijzigen."

"Neem bijvoorbeeld de farmasector. Dé belangrijkste opdracht van de farmasector is *research and development* (R&D), het onderzoek naar en de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Wat is onze maatschappelijke opdracht hier? Daarover moeten we eens kritisch nadenken. Het duurt tien tot twintig jaar om een nieuw medicament te ontwikkelen. Vandaag moeten we dus beslissen welke geneesmiddelen we in 2025-2035 nodig zullen hebben. Hiervoor kunnen we een beroep doen op bestaande studies en prognoses. Zo is dankzij onderzoek van onder meer professor Christine Van Broeckhoven duidelijk dat dementie en de ziekte van Alzheimer grote uitdagingen voor de toekomst zijn. Mensen leven langer en krijgen daardoor ziektebeelden waarover we nog niet erg veel kennis hebben. Hierin moeten we dus vandaag al investeren, om over tien tot twintig jaar hopelijk een goed resultaat te boeken. Een ander voorbeeld zijn de antibiotica. Jarenlang zijn die een fenomenaal succes geweest in de geneeskunde. Vandaag botsen we op de grenzen van dat succes. Te lang zijn we te negligent geweest, zodat er resistentie is ontstaan. We hebben voor de toekomst nood aan nieuwe antibiotica. We weten dus wat ons te doen staat, we weten wat er op ons afkomt. Zo moeten we de R&D van onze farmabedrijven richten op de *unmet medical needs*, de medische behoeften waarvoor nog geen oplossing voorhanden is. De beperkte maatschappelijke middelen moeten we bij voorkeur besteden aan het zoeken naar *valuable medicines*, die het verschil kunnen maken."

Van sales naar informatie

"Een andere wijziging in métier voor de farmabedrijven is een evolutie in attitude", vervolgt Leo Neels. "We moeten voorbij de *sales attitude* die te veel op de verkoop is gericht. Wat we nodig hebben is een attitude van informatie over het geneesmiddel. Voor een medicament op de markt komt, is een bedrijf daar al tien tot vijftien jaar mee bezig. In die tijd heeft het een grote kennis ontwikkeld over het geneesmiddel. We moeten die kennis delen en meer ruimte geven voor de therapeutische praktijk in het dagelijks leven. We hebben nood aan *real life data reporting:* gegevens over de werking en de bijwerking van geneesmiddelen uit de dagelijkse praktijk. Op basis van deze gegevens kunnen geneesmiddelen waar nodig verder bijgesteld worden. Dat is een veel transparanter model dan we vandaag kennen. Het impliceert een andere manier van werken met de overheid en met de ziekenfondsen. Het zou bijvoorbeeld mogelijk moeten worden om een voorwaardelijke terugbetaling te krijgen van een geneesmiddel. Geeft het geneesmiddel na een bepaalde periode of voor een bepaalde patiëntengroep niet het gewenste resultaat, dan wordt de terugbetaling desnoods maar weer geschrapt. Kijk, hoe groter onze kennis van het DNA wordt, hoe beter we kunnen voorspellen welk geneesmiddel werkt bij patiënt A of bij patiënt B. We zouden zelfs op basis daarvan kunnen differentiëren: voor patiënt A werkt het medicament en wordt het dan ook terugbetaald, voor patiënt B

Prof. Leo Neels, algemeen directeur van pharma.be: "Hoe het nieuwe model waarnaar we evolueren eruit zal zien, weet ik niet. Ik wil hier ook geen uitspraken over doen. De analyse is duidelijk. Alleen is er een gebrek aan vertrouwen, wat zich uit in een partijtje armworstelen over het prijsbeleid."

werkt het niet en wordt het dan ook niet terugbetaald. De toenemende kennis en de schaarse middelen nopen ons tot dat soort nieuwe modellen. Erg belangrijk hierbij is volledige transparantie, zowel bij de bedrijven als bij de overheid die geanonimiseerde data-uitwisseling mogelijk moet maken. Neem bijvoorbeeld de klasse-1 geneesmiddelen: de farmabedrijven kunnen tot op vandaag geen gebruik maken van geanonimiseerd*e real life data* die de overheid hierover bezit. Op basis van die gegevens zouden deze medicamenten nochtans verder kunnen worden verfijnd en verbeterd. Maar vandaag moet een bedrijf het stellen met de eigen gegevens of met aangekochte data."

Kritiek op prijzen geneesmiddelen

"Er is vandaag veel kritiek op de prijsstelling van de geneesmiddelen. Ik begrijp die kritiek en misschien moeten we ook op dat vlak het bestaande model in vraag durven te stellen. Zo werkt het vandaag: een bedrijf investeert in onderzoek en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Het doet dat op eigen risico. Uit tien onderzoeken naar nieuwe medicamenten zal er uiteindelijk maar één geneesmiddel op de markt komen, en dan nog dikwijls met een ander therapeutisch doel dan oorspronkelijk was voorzien. De verkoop van dat ene product is dan als het ware een uitgestelde vergoeding voor de investeringskosten in onderzoek en ontwikkeling naar die tien geneesmiddelen, waarvan er negen nergens naar hebben geleid. Zo wordt de prijs van een geneesmiddel bepaald. Natuurlijk, als ik iets wil kopen, dan vind ik de gevraagde prijs doorgaans te hoog en als ik iets wil verkopen, dan vind ik de geboden prijs meestal te laag. Zo zitten we nu eenmaal in elkaar, het is een gezonde economische reflex. Is er een ander model denkbaar? Uiteraard. Misschien moeten we collectiever leren beslissen in welk onderzoek naar geneesmiddelen er wordt geïnvesteerd en dan maar meteen dat onderzoek financieren? Wat je niet kunt verlangen is dat een bedrijf tien tot vijftien jaar in R&D investeert en daarna geen groen licht krijgt of in plaats van 100.000 patiënten alleen terugbetaling krijgt voor een beperkte groep van 6.712 patiënten. We moeten daarover verder nadenken."

"Het geneesmiddelenbeleid van minister Onkelinx vandaag is puur op prijs gebaseerd. De besparing wordt ons opgelegd met een programmawet. De boodschap is duidelijk: de prijs van een medicament als uitgestelde vergoeding voor R&D wordt niet meer gepikt. Goed, dat weten we dan. Maar hoe moeten we nu verder? De krachtproefmethode die nu wordt gebruikt, werkt niet en vernietigt onderzoek en ontwikkeling.

De overheid en de bedrijfswereld zouden samen eens moeten beslissen wat we de komende dertig jaar willen doen. Dat debat wordt het best internationaal gevoerd, onder leiding van die landen die sterk staan in de farmasector, zoals België. Ja, we beseffen te weinig dat we in Europa aan de top staan op het gebied van *clinical trials*, jobcreatie en geïnvesteerde middelen. Nederland en Duitsland zijn hun goede positie op het gebied van innovatie al lang kwijtgespeeld door vrij draconische maatregelen in het geneesmiddelenbeleid. Gemiddeld is de farmasector sowieso al de grootste investeerder: 17 tot 19% van de omzet gaat naar R&D. Dat is een pak meer dan in de ICT- of in de autosector, alleen zijn de innovaties in die sectoren vaak meer zichtbaar. Als we dan kijken naar België, dan zien we een jaarlijkse terugbetaling van geneesmiddelen van 4 miljard euro en een jaarlijkse investering in R&D van 1,9 miljard euro. Dat is 45%. Hiermee staan we aan de wereldtop."

"Hoe het nieuwe model waarnaar we evolueren eruit zal zien, weet ik niet. Ik wil hier ook geen uitspraken over doen. De analyse is duidelijk. Alleen is er een gebrek aan vertrouwen, wat zich uit in een partijtje armworstelen over het prijsbeleid. Ook bij de regeringsvorming is men niet verder geraakt dan substitutie en prijsvergelijking met andere landen. Maar zo werkt het niet. Zo dreig je de hele sector te vernietigen. Over het nieuwe model wil ik graag samenzitten. Zonder taboes of heilige huisjes. Dit is een uitgestoken hand. Elke speler moet afstand kunnen nemen van zijn mantra's. We dragen een grote verantwoordelijkheid, zowel op het gebied van de gezondheidszorg als op het gebied van jobs.

Een nieuwe vertrouwensbasis is nodig. Dat kan alleen als we samen aan tafel zitten met alle betrokkenen, zonder vooraf grote uitspraken te doen. Laat ons de eerstvolgende verkiezing en de eerstvolgende terugbetaling overstijgen en de blik richten op de lange termijn. We zijn de kunst verloren van het maatschappelijke debat. In de jaren 1950 kon je nog mensen van goede wil samenbrengen en dat resulteerde dan in een nieuwe ziekteverzekering. Vandaag lijkt dat niet meer te lukken. En toch zal het moeten. Met een open geest, zonder taboes en met een heldere doelstelling op lange termijn. Het is een kwestie van durven en van vertrouwen. Wij zijn er in elk geval klaar voor."

“Meer patiëntveiligheid en meer tijd voor patiëntenzorg”

In woonzorgcentrum Sint-Godelieve in Gistel is de geneesmiddelendistributie in samenwerking met een apotheek uit Brugge helemaal geautomatiseerd. Om de samenwerking te optimaliseren wordt eerstdaags een nieuw communicatieplatform in gebruik genomen. De winst is duidelijk: meer patiëntveiligheid en meer tijd voor de directe patiëntenzorg.

Christine Snauwaert: “De hoofdreden om te kiezen voor automatisering van de medicatie was de bezorgdheid voor onze bewoners. Diverse onderzoeken tonen dat robotdistributie menselijke fouten kan voorkomen, wat meer patiëntveiligheid betekent. Bovendien levert de apotheker, na overleg met de huisarts, de goedkoopste medicatie, wat uiteindelijk de bewoner ten goede komt.”

“Het woonzorgcentrum Sint-Godelieve in Gistel besloot in 2010 om samen te werken met de Coop-groep uit Gent, die een 38-tal apotheken in Oost- en West-Vlaanderen exploiteert”, vertelt diensthoofd bewonerszorg Christine Snauwaert. “Voordien werd de medicatie manueel door een verpleegkundige van het woonzorgcentrum klaargezet, maar dat was arbeidsintensief en het verliep niet altijd foutloos. Het gebruik van generische producten maakt het er voor de verpleegkundigen ook niet gemakkelijker op. De hoofdreden om te kiezen voor automatisering van de medicatie was de bezorgdheid voor onze bewoners. Diverse onderzoeken tonen dat robotdistributie menselijke fouten kan voorkomen, wat meer patiëntveiligheid betekent. Bovendien levert de apotheker, na overleg met de huisarts, de goedkoopste medicatie, wat uiteindelijk de bewoner ten goede komt.

De samenwerking met Coop houdt in dat de chronische medicatie per slikmoment wordt klaargezet en voor één week per bewoner wordt geleverd. De medicatie wordt verpakt in zakjesstrengen. Op ieder zakje staan alle noodzakelijke gegevens die een verpleegkundige moet weten alvorens de medicatie toe te dienen: tijdstip, de naam van de medicatie, de hoeveelheid, de vorm en typische uiterlijke kenmerken van de medicatie. De zakjesstrengen worden gescand op hun correctheid. Op die manier kunnen de juiste geneesmiddelen, op het juiste moment, in de juiste hoeveelheid, op de juiste wijze, aan de juiste bewoner toegediend worden. Het volledige verpakkingsproces wordt geregistreerd en is dus traceerbaar.”

“Dankzij de automatisering is alles perfect opvolgbaar voor de apotheker”, vervolgt Christine Snauwaert. “Hij heeft op elk moment een duidelijk zicht op de volledige medicatiefiche van elke bewoner. Als verpleegkundigen krijgen wij een meer uitvoerende taak en dankzij de ondersteuning van de apotheker kunnen we professioneler tewerk gaan. Hij informeert ons welke medicatie er niet mag ingenomen worden met bepaalde producten, zoals met pompelmoessap of met melk. Hij geeft ook raad over welke medicatie we al dan niet mogen pletten. Ook het voorschriftenbeheer is helemaal geïnformatiseerd. Dat was een hele verandering in de organisatie, maar we hebben de omslag stapsgewijs ingevoerd. Een belangrijke factor hierbij was de continue communicatie met alle betrokkenen.”

Communicatieplatform

“In samenwerking met onze hoofdverpleegkundigen en met mezelf, heeft Coop onlangs een online communicatieplatform ontwikkeld”, zegt Christine Snauwaert. “Tot nu verliep de communicatie via telefoon, fax of e-mail. Voortaan kan alle communicatie gevoerd worden via één systeem dat voor alle betrokkenen gemakkelijk raadpleegbaar is. Alle verpleegkundigen kunnen op elk tijdstip de nodige bestellingen of wijzigingen ingeven zonder zich rechtstreeks naar de apotheker te moeten richten. De informatie die bedoeld is voor de robotmedicatie wordt rechtstreeks verstuurd naar Gent waar de robotisering plaatsvindt. De apotheker kan op elk tijdstip alle informatie over de medicatie van iedere bewoner raadplegen. Bovendien doet het communicatieplatform ook dienst als archief. Elke verpleegkundige krijgt via een individuele log-in toegang tot het communicatieplatform.

De samenwerking met de apotheek als gespecialiseerde externe partner betekent een belangrijke meerwaarde. Die samenwerking is cruciaal voor het uitwerken van zo’n project. Er moet wederzijds vertrouwen zijn. Dit vertrouwen is gegroeid door voorbereidende afstemmingsgesprekken. De apotheek heeft rekening gehouden met onze wensen, en wij van onze kant zijn bereid geweest om compromissen te sluiten. Op die manier evolueerde ons geneesmiddelenbeleid van ‘pillenzet naar medicatiezorg’. Op korte termijn resulteerde dit project in een aanzienlijke tijdsbesparing voor de instelling, in een substantiële vermindering van de fouten en een toename van de kwaliteit van het medicatiebeleid.”

“Last but not least: in een dergelijk project is het belangrijk dat het proces voor iedereen duidelijk en werkbaar blijft. We moeten de doelstellingen voortdurend voor ogen houden. Het vraagt afstemming, overleg en medewerking van alle betrokkenen. De bijhorende procedures zorgen voor de nodige ondersteuning van elke verzorgende en verpleegkundige. Op die manier kunnen we de patiëntveiligheid verbeteren en hebben de zorgverleners meer tijd voor directe bewonerszorg. Ik geloof dat we hierin met dit project geslaagd zijn. We blikken met fierheid terug op deze realisatie”, aldus nog Christine Snauwaert.

Mieke Vandeputte (wzc Onze-Lieve-Vrouw Gasthuis in Poperinge): "Een stemlokaal in je woonzorgcentrum zorgt voor veel sociaal contact en wat extra leven in de brouwerij. Voor de bewoners is dat een feestdag."

verkiezingen

CAMPAGNE 'LAAT JE STEM HOREN'

Bewoners woonzorgcentra stemmen mee op 14 oktober

Op 14 oktober trekken alle burgers in België naar de stembus om de gemeente- en provincieraadsleden te kiezen voor de komende zes jaar. Alle burgers? Het is bekend dat heel wat bewoners van woonzorgcentra hun stem niet uitbrengen. De actie 'Laat je stem horen' wil dat veranderen.

Ook wanneer je oud en zorgbehoevend bent, maak je nog deel uit van de samenleving en heb je het recht om deel te nemen aan de verkiezingen. Daarom slaan de Vlaamse Ouderenraad, VVSG, Zorgnet Vlaanderen, FOS en Ferubel de handen in elkaar. Samen staan ze achter de campagne 'Laat je stem horen'. Deze actie wil positieve verhalen een steun in de rug geven en bewoners van woonzorgcentra in heel Vlaanderen de kans geven hun stem te laten horen. Dit kan door de bewoners naar het stemlokaal te brengen, of omgekeerd. Technisch gezien is ook een volmachtensysteem mogelijk. De initiatiefnemers willen echter zoveel mogelijk vermijden dat doktersbriefjes moeten worden uitgeschreven waarbij de arts verklaart dat de bewoner om medische redenen niet kan stemmen.

Politiek aan de toog

Wzc Onze-Lieve-Vrouw Gasthuis in Poperinge heeft al ervaring met een stemlokaal in het eigen woonzorgcentrum. Algemeen directeur Mieke Vandeputte: "Zowel in juni 2009 als in juni 2010 konden de bewoners stemmen in het woonzorgcentrum. Ook in 2007 hadden we hiervoor een aanvraag ingediend bij de gemeente, maar blijkbaar iets te laat. Je moet er dus vroeg genoeg bij zijn. Als je zo'n stemlokaal in je woonzorgcentrum krijgt, dan komen er uiteraard ook mensen uit de buurt bij jou stemmen. Dat zorgt voor veel sociaal contact en wat extra leven in de brouwerij. Voor de bewoners is het een feestdag. Bovendien stijgt het aantal bewoners dat zijn stem uitbrengt spectaculair. In 2007 ging maar één bewoner zijn stem uitbrengen, in 2009 en 2010 waren dat er vijftien tot twintig." "Het vergt geen grote inspanning om een stemlokaal in huis te halen", zegt Mieke Vandeputte. "Wij stellen de polyvalente zaal ter beschikking van vrijdag tot maandag. Vrijdag wordt alles opgebouwd, zondag wordt er gestemd en maandag komt de stad alles ophalen. De contacten met de stad verlopen heel vlot. Ik zie niets dan voordelen."

Ook wzc De Voorzienigheid in Bocholt heeft al ervaring met verkiezingen in het woonzorgcentrum. "Er is een stemlokaal vlak naast het woonzorgcentrum", vertelt algemeen directeur Marc Voets. "Wij zorgen voor vrijwilligers en de nodige logistieke ondersteuning om alle bewoners die dat willen, te laten gaan stemmen. Ze gaan bijna voltallig! Dat komt zeker ook door ons initiatief 'politiek aan de toog', dat we zes jaar geleden voor het eerst organiseerden. Het is belangrijk dat bewoners zo actief mogelijk betrokken blijven bij de gemeenschap. Verkiezingen zijn een hoogmis van de democratie en van het gemeenschapsleven. Sommige bewo-

Marc Voets (wzc De Voorzienigheid in Bocholt): "Aangezien onze bewoners niet meer naar het café kunnen om aan de toog over de politiek te praten, halen wij de toog naar hier."

ners waren dertig jaar geleden zelf actief in de politiek of in het verenigingsleven. Velen hebben vandaag een dochter of een kleinzoon op een lokale lijst. Bocholt is een landelijke gemeente van 12.000 inwoners; iedereen kent iedereen. Gemeenteraadsverkiezingen leven hier echt. En aangezien onze bewoners niet meer naar het café kunnen om aan de toog over de politiek te praten, halen wij de toog naar hier."

"We plaatsen enkele barkrukken en een toog en nodigen de plaatselijke partijvoorzitters uit voor een bezoek. We zorgen voor accordeonmuziek en een gezellig kader. Ook familieleden van bewoners die op een lijst staan, mogen zich kort even voorstellen. Die politici stellen dat erg op prijs en onze bewoners evenzeer. Vooraf maken we uiteraard goede afspraken. Politici mogen hier geen misbruik van maken om propaganda te voeren. We spreken duidelijk af wat kan en wat niet. Iedereen wordt gelijk behandeld, iedereen komt evenveel aan bod. Het is niet de bedoeling om een politieke meeting te organiseren met een debat op het scherp van de snee. De bewoners willen graag even de burgemeester zien en de andere mensen die op de lijsten staan. Samen halen ze herinneringen op aan politieke toestanden van jaren geleden. Het verloopt allemaal heel gemoedelijk."

"Ook personeelsleden die op een lijst staan, mogen zich dan kort even voorstellen", zegt Marc Voets. "Met dezelfde afspraken: iedereen komt in gelijke mate aan bod en daar blijft het dan ook bij. Op die manier maak je ook duidelijke en eerlijke afspraken met je medewerkers over wat kan en wat niet kan in aanloop naar de verkiezingen. En iedereen is daar blij mee: de personeelsleden, de bewoners, de politici. Zo worden de verkiezingen een echte hoogdag, ook in het woonzorgcentrum."

Hoe bewoners betrekken bij de verkiezingen?

De bewoners naar het stemlokaal
Enkele tips om de bewoners naar het stemlokaal te brengen:
- schakel bestaande vervoersdiensten in (bv. minder mobielencentrale);
- schakel de busjes van de lokale dienstencentra in;
- schakel de familie en/of vrijwilligers in;
- schakel het personeel in (zij moeten toch ook gaan stemmen, misschien hebben ze nog een plaatsje in de wagen);
- schakel de plaatselijke ouderen- en jeugdverenigingen in;
- mogelijk kunnen de buren iemand een lift geven.

Het stemlokaal naar het woonzorgcentrum (of lokaal dienstencentrum)
De gemeente beslist waar de stemlokalen komen. Een stemlokaal moet voldoende ruim zijn, moet drie dagen vrij zijn, er moeten de nodige faciliteiten aanwezig zijn en de zaal moet toegankelijk zijn.
Voor woonzorgcentra kan dit van onschatbare waarde zijn voor de inbedding in de buurt en de positieve beeldvorming van het woonzorgcentrum.

Volmachten
In ons land geldt stemplicht. Wie om een of andere reden niet kan gaan stemmen, kan een volmacht geven aan een andere kiezer. De volmacht kan gegeven worden aan gelijk welke andere kiezer. Iedere kiezer kan maar één volmacht krijgen.

Antwoorden op vragen over volmachten en de formulieren om volmachten te geven zijn te vinden in het gemeentehuis of op www.vlaanderenkiest.be.

Enkele nuttige tips
14 oktober is uiteraard belangrijk, maar ook de dagen en weken ervoor kunnen verkiezingen 'kleur' brengen in het woonzorgcentrum.

Enkele tips:
- organiseer een debat met lokale politici met als thema 'Wat gaat u de komende zes jaar doen voor ouderen';
- organiseer activiteiten met als thema 'Hoe waren de verkiezingen vroeger';
- haal de buurt, maar ook de lokale politici naar het woonzorgcentrum.

Meer informatie vindt u ook op www.vlaanderenkiest.be.

Maurice Tuerlinckx: "Eén ding staat vast: investeren in ziekenhuizen wordt nooit meer wat het gisteren was."

infra-structuur

Versneld op weg naar totale enveloppefinanciering?

Op 1 en 2 juni 2012 organiseerde Zorgnet Vlaanderen een studietweedaagse over investeringen in psychiatrische en algemene ziekenhuizen. Er zijn immers veel veranderingen op til. Die hebben te maken met de overdracht van bevoegdheden, met evoluties in de patiëntenzorg en met de financieel-economische crisis die ook de bankensector door elkaar heeft geschud. Stafmedewerker Maurice Tuerlinckx van Zorgnet Vlaanderen geeft tekst en uitleg.

"Er verandert heel wat op het gebied van investeringen in ziekenhuizen", vertelt Maurice Tuerlinckx. "Om te beginnen is er de overdracht van bevoegdheden in 2014-2015 van de federale overheid naar de Vlaamse Gemeenschap. Er ontstaat een nieuwe situatie met allicht ook nieuwe spelregels. Dat op zich zorgt al voor heel wat onzekerheid. Bovendien waren er op federaal niveau vrij veel middelen voor de bouw van zorgvoorzieningen beschikbaar. In de Vlaamse Gemeenschap wordt dat een ander verhaal. Het beschikbare bedrag van de Vlaamse overheid voor investeringen in zorginfrastructuur volstaat voor de periode 2010-2015 al niet. Wat wordt dat als Vlaanderen ook de federale investeringen op zich moet nemen? Er zitten tien grote nieuwbouwprojecten in de pijplijn. Nieuwe ziekenhuizen zijn gepland of in aanbouw in Damme-Sijsele, Knokke, Kortrijk, Oostende, Vilvoorde, Leuven, Tienen, Hasselt, Herentals, Roeselare... De meeste van die dossiers zijn al vele jaren goedgekeurd. Vaak zijn ze het gevolg van fusies in de jaren 1980 en 1990. Na al die jaren zijn deze dossiers eindelijk rijp voor uitvoering. Voor deze tien nieuwbouwziekenhuizen alleen al is de eerstvolgende zes à zeven jaar twee miljard euro nodig. En dan hebben we het nog niet over onderhoud, renovatiewerken en uitbreidingen van ziekenhuizen."

Bouwen met kortere levenscyclus

"Een tweede aspect is de evolutie in patiëntenbehandeling", aldus Maurice Tuerlinckx. "Reeds jaren maken de dagklinieken opgang. De ligduur daalt en steeds meer ingrepen en behandelingen vinden plaats in daghospitalisatie. Enerzijds staan in sommige ziekenhuizen de bedden voor chirurgische en inwendige geneeskunde leeg, terwijl er anderzijds dan weer meer nood is aan geriatrische en chronische bedden wegens de veroudering van de bevolking. Dat heeft gevolgen voor de architectuur: er is minder nood aan hospitalisatieafdelingen voor chirurgische en inwendige behandeling, maar des te meer aan dagziekenhuizen en opvang voor een verouderende bevolking. Dat vergt een totaal ander type van zorgarchitectuur. Bovendien zullen deze evoluties niet stilvallen. Terwijl we in België vandaag nog altijd ziekenhuizen bouwen met een perspectief van veertig tot zestig jaar, 'voor de eeuwigheid' als het ware, durft men in Nederland bijvoorbeeld sinds kort over kortere termijnen denken met een perspectief van tien tot twintig jaar. Een nieuwbouw wordt dan zo opgezet dat die na die tien of twintig jaar met een minimum aan kosten grondig kan worden aangepast aan nieuwe behoeften ofwel geheel of gedeeltelijk

met de grond wordt gelijkgemaakt voor een nieuwbouw. Als je vooraf weet dat de infrastructuur maar tien jaar hoeft mee te gaan, kan je op een andere, veel goedkopere en minder duurzame manier bouwen. Een soort containerbouw, zeg maar. In Nederland is men onder druk van de besparingen ook overgeschakeld naar een andere manier van financiering. De overheid heeft het systeem van gegarandeerde investeringen stopgezet, en betaalt er nu een forfait per opname, zonder verdere garanties. Die drastische omschakeling heeft aangezet tot nadenken: moeten we wel zo duur bouwen? Bestaan er geen andere oplossingen? Nu, het valt af te wachten hoe dit verder evolueert in Nederland. Men verwacht dat 10 tot 15% van de ziekenhuizen in de problemen zal komen. Wat er dan zal gebeuren, is koffiedik kijken. De overheid weet het ook niet. Zullen die ziekenhuizen noodgedwongen moeten sluiten? Zullen ze verplicht worden te fusioneren? Zullen ze andere tarieven moeten hanteren? Niemand die het vandaag weet. Maar wel is duidelijk dat in Nederland een mentaliteitsverandering aan de gang is en dat de kosten veel beter afgewogen worden tegenover de opbrengsten."

"Het is belangrijk te beseffen dat die evolutie er ook bij ons zit aan te komen. Federaal waren er al plannen in de richting van forfaitarisering en enveloppefinanciering. Voor herconditioneringswerken bijvoorbeeld. Of voor de intrestlasten op leningen. Het ziet ernaar uit dat met de overname van de bevoegdheden door de Vlaamse Gemeenschap die evolutie nog versneld zal worden. We moeten er natuurlijk wel over waken dat de infrastructuur de patiënt niet tekort doet in zijn emotionele beleving van een ziekenhuisopname. Niemand zit te wachten op puur functionele, kale gebouwen. Een ziekenhuis mag geen fabriek worden. Maar een meer flexibele infrastructuur met een kortere levenscyclus kan wel beter tegemoetkomen aan de snelle evoluties op het gebied van de gezondheidszorg."

Bankensector schuwt risico's

"Een derde element dat speelt is de beschikbaarheid van middelen en de voorwaarden waaronder banken nog geld willen lenen. Voor nieuwe ziekenhuizen is de komende jaren twee miljard euro nodig. Voor renovaties en uitbreidingen nog eens twee miljard euro. En in de ouderenzorg zijn er om de vergrijzing op te vangen de komende jaren investeringen nodig van drie tot vier miljard euro. Alles samen maakt dit zes tot acht miljard euro. De kans is klein dat de banksector deze middelen zomaar ter beschikking zal stellen in tijden van crisis. De financiële markten zijn onzeker. Ook de banken lopen grotere risico's. Zij kiezen ervoor om in de toekomst op kortere termijn te lenen, met herfinancieringen en herzienbare intresten. Maar de overheid kiest voor zekerheid met forfaitarisering en een vaste intrestvoet voor de hele looptijd. Dan komt het risico bij de voorzieningen te liggen. En als dat risico te groot wordt, zullen de banken dan nog willen financieren? En tegen welke voorwaarden? De banken staan echter ook met de rug tegen de muur. Als ze bijvoorbeeld 100 miljoen euro uitlenen voor een nieuwbouwziekenhuis, dan verkoopt de bank die lening meestal aan andere beleggers, zodat er vers geld is voor de bank en er een multiplicatoreffect ontstaat. Als het risico echter te groot wordt, zijn die leningen niet meer 'vermarktbaar'. De banken kunnen dus minder winst realiseren en zullen meer kosten aanrekenen aan de ziekenhuizen. Een oplossing zou kunnen zijn dat het VIPA 100% borg staat voor deze leningen, waardoor het alle risico's op zich neemt. Het ziet er echter niet naar uit dat de overheid dezer dagen staat te springen om nog bijkomende risico's op zich te nemen."

"De banksector is ook op een ander vlak veranderd door de crisis. De tijd dat je als ziekenhuis met één bankier een afspraak kon maken over een grote lening is voorbij. De banken verenigen zich meer en meer in consortia voor grote leningen. We hebben maar vier grote banken meer, dus als die gaan samenspelen, dan kunnen we zelfs geen concurrentie meer uitspelen en verwerven de banken met hun consortium een quasi monopoliepositie."

Alternatieven?

"Misschien moeten we op zoek gaan naar alternatieve manieren van financiering", stelt Maurice Tuerlinckx. "Een denkpiste zou kunnen zijn om zelf de financiële markten op te gaan en bijvoorbeeld obligaties uit te schrijven. Maar voor een gewoon ziekenhuis dat een nieuwbouw wil zetten, is dat niet haalbaar, omdat je niets hebt als garantie: al je middelen zitten immers in die nieuwbouw. Bovendien heb je om de financiële markten op te gaan een financiële rating nodig, wat ook een pak geld kost, net als het uitgeven van obligaties trouwens. Kortom, alleen de grote ziekenhuizen met een stevige financiële structuur zouden zich dat eventueel kunnen veroorloven. Maar Zorgnet Vlaanderen wil geen oplossing die alleen maar voor enkele ziekenhuizen zou opgaan. Wij willen een oplossing voor alle ziekenhuizen. De overheid moet hierbij haar rol opnemen als financier en als regulator op de markt."

"Een andere denkpiste is het PPS-verhaal, de publiek-private samenwerkingen. Voor Zorgnet Vlaanderen is dat bespreekbaar, zolang het maar geen commercieel verhaal wordt. De opbrengst van beleggingen mag niet belangrijker worden dan de zorg voor de patiënt. Nog andere mogelijkheden die weleens werden aangesneden zijn bijvoorbeeld de oprichting van een ethisch fonds voor investeringen in de zorgsector. Of een belastingsvermindering voor investeringen in de zorg, wat het grote publiek over de brug zou kunnen halen. Al deze pistes liggen nog prematuur op tafel voor verder onderzoek. Maar één ding staat vast: investeren in ziekenhuizen wordt nooit meer wat het gisteren was."

ONDERZOEK NAAR EEN MEER MENSELIJKE ARCHITECTUUR VOOR ZIEKENHUIZEN

Architectuur voor de liggende patiënt

Ook Margo Annemans lag ooit in een ziekenhuis. Ze hield er een aversie voor de kleur wit aan over. Dat kan anders, meent de ingenieur-architecte die ze jaren later geworden is. Op vrijdag 1 juni sprak ze hierover op de studiedag 'Investeringen in algemene en psychiatrische ziekenhuizen' van Zorgnet Vlaanderen. "Ziekenhuizen zijn gebouwd op maat van jonge, fitte mensen. Met de beleving van de patiënt houdt de architectuur weinig rekening. Daarin wil ik verandering brengen."

Ingenieur-architecte Margo Annemans: "Ik heb patiënten papier, potlood en een fototoestel gegeven en hen gevraagd om hun verblijf te documenteren"

architectuur

Patiënten brengen hun verblijf in een ziekenhuis vooral al liggend door. Een positie die de beleving van ruimte erg beïnvloedt. "Patiënten zijn één met hun bed. Ze beleven alles van daaruit. Muren en plafonds zijn wat ze het grootste deel van de dag zien", zegt Margo Annemans.

Van dat 'liggende perspectief' maakte ze het vertrekpunt van haar doctoraat. De architecte wil weten hoe patiënten een ziekenhuis beleven. Wat zien ze? Wat horen ze? Hoe voelen ze zich daarbij? En vooral: wat kan er beter? "Ziekenhuizen zijn vaak zeer functionele gebouwen. Ik denk dat de tijd rijp is om architecten warm te maken voor een meer humane architectuur die rekening houdt met de ervaring van de patiënt."

Enkel de liggende? "Neen", lacht Margo Annemans. "Het liggende perspectief gebruik ik als extreem voorbeeld. Mijn onderzoek is veel ruimer. Elk architecturaal detail dat het welzijn van de patiënt kan verbeteren, kan aan bod komen." Een voorbeeld? "Het zit vaak in kleine dingen. Aantrekkelijke ontmoetingsruimtes, de beleving van de kamer, zorgt een open raam voor lawaai van buiten?"

Wat u doet, klinkt vanzelfsprekend. Is het niet verbazend dat dit nooit eerder is onderzocht?

"Elk goed architectenbureau, mag ik hopen, denkt daarover na. De grote uitdaging voor architecten is dat ze vaak gebonden zijn aan een programma van eisen dat hen strenge richtlijnen oplegt. Dat maakt het moeilijk om tijdens een project een stap terug te zetten en zich af te vragen of een patiëntenkamer, binnen het aantal opgegeven vierkante meters, er echt zo moet uitzien, of een ziekenhuis echt lange gangen met kamers errond moet hebben, of aparte bureaus voor artsen echt nodig zijn... In de VS bestaat er een traditie in *evidence based design:* zoeken naar wetenschappelijk onderbouwde informatie die bewijst dat een gebouw mensen 'beter' kan maken. Die studies zijn zinvol, maar bekijken nooit het hele plaatje. Ze gaan of over de luchtkwaliteit, of over de hoeveelheid licht, of over nog iets anders. De meeste van die rapporten leveren ook te weinig concrete informatie op om bruikbaar te zijn voor architecten."

U pakt het dus anders aan?

"Ja, ik vertrek vanuit de beleving van de patiënt, waarin al die elementen samenkomen. De eerste zes maanden ben ik gaan spreken met artsen, verpleegkundigen en patiënten om de betekenis van het liggende perspectief duidelijk te krijgen."

Wat is u uit die gesprekken bijgebleven?

"Dat het ziekenhuispersoneel over dit thema zeer uitgesproken meningen en visies heeft, maar dat diegenen rond wie het draait, de patiënten, het zeer moeilijk hebben om zich verstaanbaar te maken. Als je vraagt hoe zij hun verblijf in het ziekenhuis beleven, vallen ze gauw terug op uitspraken als: 'het eten is lekker, de verpleegster is vriendelijk...' Nu is praten over ruimte vaak moeilijk. De meeste mensen staan daar niet bij stil, of beschikken gewoon niet over het vocabularium."

Dat maakt uw onderzoek er niet gemakkelijker op. Hoe krijgt u toch te horen wat u zoekt?

"Ik heb patiënten papier, potlood en een fototoestel gegeven en hen gevraagd om hun verblijf te documenteren. In de sociologie en de antropologie is dat een beproefde methode. In de ziekenhuissetting waar ik die toepaste, leverde dat voor de hand liggende beelden op, zoals foto's gemaakt al zittend en liggend in bed. Maar ik kreeg ook verrassende resultaten. Een patiënte had foto's gemaakt van haar raam. Dat raam bevond zich aan een overdekt atrium. Daardoor, zo vertelde ze, werd ze gestoord door de geluiden - kletterend bestek en spelende kinderen - van de cafetaria op de verdieping onder haar. Voor haar klonk dat als *Center Parcs*. Dat vond ze geweldig op vakantie, maar niet passen bij haar huidige gemoedstoestand. Zo komen er toch antwoorden naar boven die je niet krijgt als je vraagt: 'Wat vind je van je kamer?'

Er was ook een man die het nut van die foto's niet inzag. 'Waarom zou ik foto's ne-

men', zei hij. 'Je zit hier naast mij. Je ziet toch hoe het er uitziet?' Enfin, voor hem was alles perfect: de mensen waren vriendelijk en hij had niets aan te merken. Tot hij zich zijn verblijf in een Duits ziekenhuis herinnerde. Met de pen en het papier die ik hem gegeven had, tekende hij een schets van de afdeling waar hij toen lag. Wat bleek? Zijn bed stond daar anders, hij had meer privacy, beter licht, er was een scherm tegen de tocht... Zo krijg je een idee van hoe een patiënt de volledige ruimte beleeft. Als architect ben je daar meer mee dan met enkel meetresultaten over bijvoorbeeld de luchtkwaliteit."

Ziekenhuizen zijn vooral functioneel ingericht, met het oog op efficiëntie. Is dat combineerbaar met een betere beleving?

"De twee hoeven elkaar niet uit te sluiten. Een aangenamere beleving betekent niet per definitie minder efficiëntie. Ik bekijk alles: de hele relatie bed-kamer-gang-lift-operatiekamer-onderzoeksruimte... Hoe dat er in de praktijk moet uitzien, weet ik nog niet. Ik denk wel dat we naar een meer menselijke architectuur voor ziekenhuizen moeten evolueren. In Engeland hebben dagcentra voor kankerpatiënten aan enkele bekende architecten gevraagd naar voorstellen voor *healing environments*: omgevingen die patiënten beter ondersteunen op moeilijke momenten, die rekening houden met wat iemand wil doen op het moment dat hij of zij een kankerdiagnose krijgt. De toiletten bieden daar nu voldoende privacy om je even terug te trekken, ze zijn ook ruim genoeg om comfortabel te zijn, er staan zakdoekjes... Dat zijn details, maar ze kunnen het verschil maken.

In die dagcentra zijn ook geen balies meer. Patiënten maken onmiddellijk contact met het zorgpersoneel. Een gevolg daarvan is dat patiënten meer betrokken zijn bij hun behandeling omdat informatie er nu gemakkelijker toegankelijk is. Een ander voorbeeld komt uit Nederland: ziekenhuizen met kleinere kamers en grotere gangen. In plaats van een tot tv-hoek vertimmerde kamer bevinden er zich op de gang kleine 'salons'. Dat bevordert het patiëntencontact. Wie daar geen zin in heeft, trekt het schuifpaneel voor zijn kamer dicht."

Heeft een meer menselijke architectuur ook voordelen voor de ziekenhuizen zelf?

"*Evidence based design*-studies tonen vaak kortere ligduren aan. Dat heeft een impact op de kosten. Patiënten in een comfortabele omgeving zullen ook minder op de bel drukken om een verpleegkundige te roepen, wat tijd bespaart. Een meer menselijke architectuur hoeft ook niet duurder te zijn dan wat men nu bouwt. Het betekent vooral dat architecten met andere zaken rekening houden tijdens het ontwerpen van een gebouw."

Gaat u ook zelf soms nog eens in een ziekenhuisbed liggen?

"Ik ben bij wijze van proef al een keer rondgereden, ja. Het plan is nu dat ik te bed dezelfde routes afleg als de patiënten die ik bevraag. Dat kan leerrijk zijn, al ben ik mij als onderzoeker natuurlijk veel meer bewust van wat ik aan het doen ben. Patiënten zien niet wat ik zie en ik ervaar niet wat zij voelen. Mijn eigen indrukken zal ik met een korrel zout nemen."

Uw onderzoek loopt nog een tijd. Wat wilt u zeker bereiken?

"Als ik architecten kan informeren en sensibiliseren over hoe ze hun ontwerpen kunnen aanpassen aan de patiëntenbeleving, zal ik heel tevreden zijn. Dat is, na de beleving van de patiënt, het tweede luik van mijn onderzoek. Hoe ik dat ga doen, is nog een vraagteken. Architecten houden niet zo van checklists die hun creativiteit beknotten *(lacht)*. Maar ik denk wel dat dit een thema is waarvoor ze warm te maken zijn. Architecten werken graag visueel, mijn methodologie past daar perfect bij."

Dit onderzoek gebeurt met steun van het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT), onder de vorm van een Baekeland-doctoraat, in een samenwerking tussen KU Leuven en Osar architects en onder leiding van Ann Heylighen en Chantal Van Audenhove (KU Leuven) en Hilde Vermolen (Osar architects).

Patrick Verhaest van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen: "Wil je een leeshoek, zorg dan niet voor een tafel met magazines, maar plaats ook een bibliotheekkast. Het plaatje moet kloppen."

archi-tectuur

Bouwen voor mensen met dementie

Ga ik voor de rode sofa tegen de witte muur of voor de beige zetel tegen de groene wand? Wat nu, interieuradvies in Zorgwijzer? Neen. En toch zijn het vragen als deze waar Patrick Verhaest zich tijdens het schrijven van *Architectonica, een thuis voor mensen met dementie* maandenlang over heeft gebogen. "De juiste prikkels, daar gaat het om."

Patrick Verhaest is wetenschappelijk medewerker bij het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Samen met Erik Stroobants, journalist en docent communicatie, schreef hij een boek over dementievriendelijk bouwen en inrichten. Een psycholoog en een schrijver die pagina na pagina volpennen over architectuur, wat drijft hen? "De vaststelling dat inzichten over dementievriendelijk bouwen en inrichten vrij nieuw zijn voor onze zorgsector. We hebben in Vlaanderen heel goede initiatieven op het vlak van kleinschalig genormaliseerd wonen, maar echt gemeengoed is de kennis rond bouwen en inrichten nog niet", legt Patrick Verhaest uit.

U wilde een bruikbaar verhaal vertellen. Hoe bent u daaraan begonnen?
Ik ben in theorie en onderzoek gedoken om na te gaan wat er geweten is over de impact van gebouwen en inrichting op mensen met dementie. Erik Stroobants is met die inzichten op pad gegaan. Hij heeft een twintigtal zorgcentra bezocht. Niet om wetenschappelijk onderzoek te doen, wel om te noteren hoe het er in de praktijk aan toegaat.

Wat is u bijgebleven uit die researchfase?

Onder andere het belang van 'figuren maken tegen de achtergrond'. Voor mensen met dementie is het belangrijk dat bepaalde vormen opvallen en dat al wat kan afleiden of misleiden, op de achtergrond blijft. Meubilair moet goed zichtbaar zijn. Een rode zetel tegen een neutrale wand zal meer uitnodigen dan een beige stoel tegen een achtergrond van dezelfde kleur. Contrast tussen vloer, wand en meubel geeft een ruimte structuur. Een toepassing hiervan is exit-design: aan een deur die 'opgaat' in de muur door er dezelfde kleur aan te geven en er een duwdeur zonder klink van te maken, gaan bewoners veel makkelijker voorbij. Ze voelen zich minder aangesproken om die deur te openen, wat frustratie vermijdt omdat deuren voor hen, om veiligheidsredenen, vaak gesloten zijn.

Een ander belangrijk punt is de leesbaarheid en de begrijpelijkheid van een omgeving. Een woonkamer moet een woonkamer zijn, een salon een salon, geen groep zetels met daartussen enkele eettafels. Mensen met dementie zullen herkenbare omgevingen op een veel natuurlijkere manier gebruiken.

Om een leefruimte in te richten of te bouwen op maat van mensen met dementie, moet je dementie eerst begrijpen. Daar kan uw boek iets bijbrengen?
Dat is onze betrachting. We willen een gids zijn die bouwheren en architecten dichter bij elkaar brengt en ervoor zorgt dat architecten begrijpen wat een bouwheer bedoelt. Maar het boek is er ook voor zorgverleners. Hoe kunnen zij een ruimte zo inrichten dat ze tegemoetkomt aan de noden van mensen met dementie? Ik herinner me een case van een zorgvoorziening waar patiënten verbleven in een grote ruimte met veel lege muren. Niet erg huiselijk. Het personeel merkte dat ook en besloot, vol goede wil, om spullen van thuis mee te brengen en die ruimte aan te kleden. Een leuk initiatief, maar niet op maat van mensen met dementie. Hier stond er wat, daar hing wat, en ginds nog iets anders. Het resultaat was een ruimte die weinig herkenbaar was en waarin de bewoners zich niet rustig voelden. Die onrust neemt trouwens vaak toe in de vooravond. Dat is het klassieke *sundowning*-syndroom: mensen zoeken een veilige plek die ze op dat moment niet vinden in hun woonomgeving. Als er dan een transparante uitgang in de buurt is, een glazen deur bijvoorbeeld, zullen ze daar verzamelen en elkaars onrust nog versterken. Plak een folie op die deur en die situatie lost zichzelf op, op voorwaarde dat er ook een plaats is waar de bewoners wel rust vinden.

Wat is het belangrijkste: de inrichting van een ruimte of de architectuur?
Beide. De essentie van dementievriendelijke architectuur is het vermijden van frustratie en het zo vanzelfsprekend mogelijk maken van ruimtes, zowel op het vlak van gebruik, oriëntatie en begrip. Hoe vroeger je daarmee rekening houdt, hoe grondiger je aanpak. Een visie op zorg en wonen die de noden van mensen met dementie begrijpt, is daarbij cruciaal. Het vroegere institutionele vormgeven creëerde vaak grote, ongedifferentieerde ruimtes. In die moeilijk hanteerbare omgevingen hebben zorgverleners snel de neiging om mensen in een grote U-vorm te plaatsen. In het normalisatie-denken is een woonkamer net heel eenduidig: een salon en een eetplaats. In een ideaal scenario is er zelfs een hobbykamer. Allemaal om verschillende activiteiten elk hun plaats te geven. Ook belangrijk zijn ruimtes of hoekjes waar mensen zich kunnen terugtrekken. Voldoende mogelijkheden voor privacy bevorderen zelfs het sociaal contact in de gemeenschappelijke ruimte. Wie daar niet weg kan, sluit zich mentaal veel sneller af voor anderen.

Als kleinschaligheid goed werkt, hoe moeten grote woonzorgcentra daar dan mee omspringen?
Kleinschaligheid werkt dementievriendelijkheid in de hand, omdat alles overzichtelijker is en er minder prikkels zijn, maar het is niet hét wondermiddel. Ook op grotere schaal kan je dementievriendelijke omgevingen creëren: door geluidsisolatie aan te brengen, door het aantal bewegingen rondom bewoners te beperken. Het opdienen van een maaltijd doe je bijvoorbeeld beter in kleine groepen. Op een grote afdeling richt je best ook meerdere zithoeken in, elk met hun eigen functie. Een polyvalente inrichting is uit den boze. Dat begrijpen mensen met dementie niet. Wil je een leeshoek, zorg dan niet voor een tafel met magazines, maar plaats ook een bibliotheekkast. Schuif daar comfortabele zetels bij, een leeslamp... Het plaatje moet kloppen.

Het valt op dat u zowel spreekt over het vermijden als over het geven van prikkels.
Het is een misvatting dat ruimtes voor mensen met dementie zo prikkelarm mogelijk moeten zijn. Er moeten prikkels zijn, maar die moeten coherent zijn en mensen uitnodigen tot activiteit. Wat

aanvoelt of eruitziet als een zinvol geheel, is voor mensen met dementie makkelijker leesbaar. Dat zet hen aan om dat te gebruiken. Maar zelfs dan blijven de begeleiding en de stimulans van zorgverleners belangrijk.

De zintuigen spelen een grote rol?
Ja, zowel zien, voelen, ruiken als horen. Neem geluid: dat moet zoveel mogelijk beperkt worden, zodat vooral de waardevolle klanken gehoord worden. Mensen met dementie kunnen een geluid moeilijk plaatsen als ze niet zien waar het vandaan komt. Wat betekent dat? Dat je geen ronde gangen bouwt die geluidsbronnen aan het zicht onttrekken. Een patiënt die uit zijn kamer komt, is gebaat bij het onmiddellijk zien van herkenningspunten. Zo weet hij waar de andere ruimtes zich bevinden. Je bouwt ook best met materialen die weinig lawaai maken. Een vloer met voegen waar karretjes overheen rammelen, is uit den boze. De meeste geluiden worden best zoveel mogelijk geabsorbeerd. Andere zijn dan weer heel belangrijk: gesprekken, muziek, natuurgeluiden...

Zijn alle voorwaarden daarmee vervuld om mensen met dementie goed op te vangen?
Het zintuiglijke comfort is belangrijk, maar niet voldoende. Ik vergelijk het met een transitruimte op een luchthaven. Daar lopen duizenden mensen rond en toch is het er niet lawaaierig, je kan je er goed oriënteren en het is er aangenaam wachten. Maar waarom zit ik daar vooral graag? Omdat ik perspectief heb: de reis die komt. Dat perspectief, leven op een zinvolle manier, is de laag bovenop de architectuur en de inrichting die ook in zorgcentra nodig is om het verblijf echt aangenaam te maken.

Meer informatie en het aanbod van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw rond dementievriendelijke architectuur en inrichting vindt u op www.dementie.be.

Zorg aan zet

Eerlang zal de staatshervorming een aantal belangrijke bevoegdheden overdragen aan de gemeenschappen. Vanaf dat moment zal Vlaanderen nagenoeg de volledige bevoegdheid voor de ouderenzorg verwerven. Ook deelbevoegdheden uit de geestelijke gezondheidszorg, de chronische zorg en de ziekenhuiszorg worden overgedragen. Gegeven de demografische ontwikkeling is deze bevoegdheidsuitbreiding een strategisch moment voor de Vlaamse overheid. Het biedt de kans een nieuw, creatief en innoverend gezondheids- en welzijnsbeleid uit te tekenen, dat niet langer gehypothekeerd is door structuren en processen uit het verleden.

De hamvraag is binnen welke structuren en organen dat beleid zal worden uitgetekend en geïmplementeerd. Het huidige beleid is het resultaat van versnipperde bevoegdheden die deels ressorteren onder de federale overheid en deels onder de Vlaamse. Er is allerminst sprake van een homogeen bevoegdheidspakket, waardoor het ontbreekt aan een gemeenschappelijke en duidelijke visie en er geen langetermijnbeleid kan worden gevoerd. Bovendien is het gezondheidszorgbeleid sinds 20 jaar de resultante van budgetbesprekingen.
Beleidsbeslissingen worden op vandaag niet genomen in functie van gezondheidsdoelstellingen, maar zijn het resultaat van tariefafspraken tussen de verstrekkers en de mutualiteiten.

De overheveling van een groot pakket bevoegdheden is een strategisch moment om kritisch na te denken over de plaats en het niveau waar het gezondheids- en welzijnsbeleid gestalte moet krijgen. Hierbij moeten we loskomen van het huidige denkkader.

Gezondheidszorg en ouderenzorg zijn om te beginnen een opdracht voor alle beleidsdomeinen: niet alleen het departement welzijn en gezondheid, maar ook wonen, arbeid, mobiliteit, veiligheid, cultuur, onderwijs.... Tegelijk is het niet aan de overheid om alles zelf te doen. Dat is niet mogelijk, niet betaalbaar en niet wenselijk. Non-profit actoren uit de zorgsector garanderen dat de gemeenschap haar doelstellingen kan realiseren. Beleid voeren betekent keuzes maken: wat doen we wel en wat doen we niet? Waarvoor dient de overheid in te staan en waarvoor dient de bevolking zelf in te staan? Wat doet de overheid zelf en wat vertrouwt ze toe aan derden? Die en andere vragen verdienen een ernstige bezinning.

De Vlaamse overheid is de eindverantwoordelijke voor het gevoerde beleid. Maar een goed en performant beleid is alleen mogelijk in overleg met alle actoren. De stem van de patiënten en cliënten zelf moet aanwezig zijn via de gebruikersorganisaties. De input van de zorgaanbieders is onmisbaar in het uittekenen van een “zorg-vuldig” gezondheids- en welzijnsbeleid. Ook de betrokkenheid van de mutualiteiten lijkt een evidentie. De administratie van de overheid is eveneens een onmisbare schakel: zij is het best geplaatst voor het aanleveren van studiemateriaal en de administratieve beleidsvoering.
Het sociaal overleg vindt verder zijn plaats in de VESOC-organen. Gelet op de nieuw overgedragen materies, moeten er aan werkgeverszijde afspraken gemaakt worden over de nieuwe samenstelling van de delegaties.

De Strategische Adviesraad (SARWGG) blijft zijn belangrijke adviesfunctie vervullen. Ook hier zal de samenstelling moeten worden aangepast aan de nieuwe realiteit. We stellen voor om aan deze raad een Kenniscentrum toe te voegen, dat expertise in zorgbeleid kan opbouwen en verspreiden.

Samengevat stellen wij een beleidsorgaan voor met volgende kernspelers: de gebruikers van zorg, de aanbieders van zorg, de overheid en de mutualiteiten. Samen, in overleg, maken we het meest kans om de nieuwe uitdagingen met succes aan te vatten.

Guido Van Oevelen,
Voorzitter Zorgnet Vlaanderen

23 november 2012
Provinciehuis Leuven

STUDIEDAG PATIËNTENPARTICIPATIE

HET ZIEKENHUIS ALS GEZAMENLIJK PROJECT

Ziekenhuizen leveren grote inspanningen om de patiënt centraal te stellen. Om stelselmatig het patiëntenperspectief te betrekken bij projecten en beleidskeuzes, kan patiëntenparticipatie een belangrijk instrument worden. Op vrijdag 23 november organiseert Zorgnet Vlaanderen hierover een studiedag in Leuven.

Patiëntenparticipatie past in de hedendaagse visie op gezondheidszorg. Vandaag gaat de input van patiënten voor de zorgorganisatie nog grotendeels verloren. Toch willen patiënten meer en meer hun verhaal kwijt. De mogelijke kanalen hiervoor zijn beperkt tot de ombudsdienst of sociale media. Zorgverleners en zorgvoorzieningen willen dan weer af van de vaak eenzijdig negatieve (media)aandacht, die focust op wat foutloopt en veel minder op wat wel goed gaat. We moeten tot een evenwichtig verhaal komen, waarbij we allemaal samenwerken aan een toekomstgerichte ziekenhuiszorg.

Met deze studiedag wil Zorgnet Vlaanderen de acute ziekenhuizen en andere geïnteresseerden laten kennismaken met de voor- en nadelen van patiëntenparticipatie.

23 november 2012, Provinciehuis Leuven

PROGRAMMA

9.30u	Ontvangst
10u	Welkom en situering *Peter Degadt en dr. Johan Pauwels, Zorgnet Vlaanderen*
10.20u	Patiëntenparticipatie als meerwaarde voor de patiënt *Ilse Weeghmans, Vlaams Patiënten Platform*
10.40u	Patiëntenparticipatie in een (inter)nationale context *Tinne Vandensande, Koning Boudewijnstichting, en prof. dr. Yvo Nuyens*
11u	Demofilm met voorbeelden gekozen door patiëntenverenigingen
11.20u	Pauze
12u	Patiëntenparticipatie als meerwaarde voor het ziekenhuis *Katrien Verleye en prof. dr. Paul Gemmel, Vlerick Leuven Gent managementschool*
12.40u	Demofilm met voorbeelden voorgesteld door ziekenhuizen
13.00u	Middaglunch
13.45u	Praktische aanpak patiëntenparticipatie n.a.v. NIAZ accreditering *Dr. Yves Breysem, Jessaziekenhuis Hasselt*
14.05u	Praktische aanpak patiëntenparticipatie n.a.v. JCI accreditering *Prof. dr. Johan Kips, UZ Leuven*
14.25u	Paneldiscussie. *Patiëntenparticipatie als tool voor betrokkenheid: het ziekenhuis als gezamenlijk project*
15.15u	Slotwoord *Peter De Becker, Emmaüs*

Deelnemen kost 100 euro voor leden van ICURO en Zorgnet Vlaanderen, niet-leden betalen 150 euro. Accreditering wordt aangevraagd (rubriek ethiek). Inschrijven kan online op www.zorgnetvlaanderen.be onder de rubriek 'Onze opleidingen'.

Proficiat!
U verdient de kwaliteitsprijs

EXCELLENTIE
in Ziekenhuismanagement

Bekroning voor uw kwaliteitsvolle zorgverlening

U biedt levensreddende zorgverlening dankzij uw constante kwaliteitsbeleid. Dat loven Rode Kruis-Vlaanderen en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap via Excellentie in ziekenhuismanagement.

Doe mee en win 12.500 euro en een beeldverslag

Wordt u het ziekenhuis dat zich het meeste inzet voor duurzame kwaliteitszorg?
Dan krijgt u 12.500 euro én een beeldverslag om het bekroonde initiatief uit te werken en te promoten.

Een initiatief van: Rode Kruis-Vlaanderen en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KULeuven

CZV

Laat uw dagelijkse inzet voor kwaliteitszorg belonen!

Surf naar www.dienstvoorhetbloed.be.
En schrijf u in voor de prijs *Excellentie in ziekenhuismanagement*.

Editie 2012

Efficiënt met een hart

Rode Kruis. Vlaanderen

Vu.: Philippe Vandekerckhove, Motstraat 40, 2800 Mechelen | 2012_048F