ZORGWIJZER

35 Magazine | April 2013

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 5 nr. 35 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

Together we care - ziekenhuiscongres

30 en 31 mei, Handelsbeurs Gent

75

zorgnet VLAANDEREN

10 Versnelling hoger met Prezo Woonzorg
16 VIPA in ouderenzorg: quo vadis?
22 GGZ Kinderen en Jongeren aan vernieuwing toe

Inhoud 35

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, Lieve Dhaene,
Wim Verdoodt, Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Mine Dalemans,
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 27 mei 2013.

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
06 Interview Kristel Gevaert, nieuwe administrateur-generaal Zorginspectie
10 Klaar om versnelling hoger te schakelen met Prezo Woonzorg
12 Prof. Antoon Vandevelde: “We hebben het moeilijk met kwetsbaarheid”
16 VIPA in ouderenzorg: gelijke spelregels en oog voor kwaliteit
19 Vzw Samen Ouder bouwt met sleutel-op-de-deur-formule
22 GGZ Kinderen en Jongeren aan vernieuwing toe
24 Mobiele teams GGZ maken het verschil
26 Mogelijkheden en valkuilen van Zorg 2.0
27 Nieuw financieringsmodel ziekenhuizen: het debat is open
28 Dag van de Zorg bevestigt met 2de editie
30 Momentopname: Mieke De Ruyter van PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge
31 Studiedag ‘De passie van een driehoeks-verhouding’

editoriaal

Veranderen om te behouden

Het ziekenhuiscongres 'Together we care' van Zorgnet Vlaanderen komt geen dag te vroeg. De discussie over de financiering van de ziekenhuizen is volop losgebarsten, en daaraan gekoppeld ook de discussie over de kwaliteit van de zorg en de organisatie van de transmurale zorg. De komende maanden zouden weleens beslissend kunnen zijn. Samen met de ziekenhuizen wil Zorgnet Vlaanderen op het congres de krijtlijnen voor de toekomst mee helpen uittekenen.

Dat Zorgnet Vlaanderen net nu een groots ziekenhuiscongres organiseert, is geen toeval. De uitdagingen waarvoor we staan, zijn immens. Dat is al jaren duidelijk en al jaren wordt in denktanks, aan universiteiten en kenniscentra, op kabinetten en in de koepelorganisaties, naar nieuwe modellen en concepten gezocht. Gaandeweg is hierover een steeds grotere consensus aan het groeien. We moeten af van de duale financiering en de prestatiegeneeskunde met overconsumptie van sommige technische prestaties. We zijn toe aan een nieuw overlegmodel voor belangrijke beleidsbeslissingen, samenwerking moet gestimuleerd worden, we moeten meer aandacht besteden aan meetbare, aantoonbare en outputgerichte kwaliteit en patiëntveiligheid. De financiering moet globaler en moet een antwoord bieden op de vraag naar een betere work-life balance voor jongere en vaak vrouwelijke artsen

Al deze thema's hangen sterk met elkaar samen. Zo is het financieringsmodel een belangrijke hefboom voor het kwaliteitsbeleid in de ziekenhuizen. Het verouderde overlegmodel focust op fragmentering en tarieven, en bestendigt op die manier de duale financiering. De federale regering wil de financiering over een andere boeg gooien. Op advies van onder meer het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wil Minister Onkelinx de piste bewandelen van een meer prospectieve en forfaitaire financiering.

De weerstand hiertegen was voorspelbaar. Niet alleen omdat veranderingen altijd weerstand oproepen, maar ook omdat sommige artsengroepen geen belang hebben bij verandering. Men lijkt niet in te zien dat ook heel wat artsen een grondige hervorming zouden toejuichen.

Is hiermee gezegd dat Zorgnet Vlaanderen achter een totaal geforfaitariseerde geneeskunde zou staan, waar inzet en activiteit geen prikkels meer zouden vormen voor financiering? Nee natuurlijk. Het is immers geen zwart-witverhaal. De verworvenheden van ons Belgisch systeem moeten we behouden. Maar het is nodig om nieuwe zorgmodellen te ontwerpen die beantwoorden aan nieuwe noden. Hierbij zullen ook ziekenhuizen zich moeten aanpassen. De ziekenhuizen zijn hiertoe bereid. Zoals ze zich de voorbije jaren ook bereid hebben getoond om een versnelling hoger te schakelen op het gebied van kwaliteitsbeleid, om zich te laten auditen door externe accrediteringsinstanties en om steeds meer transparant en proactief over hun inspanningen en resultaten op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid te communiceren.

De op til staande veranderingen in de gezondheidszorg zijn noodzakelijk. Niet voor de ziekenhuizen, maar voor de patiënt. Voor de patiënt van vandaag, maar vooral voor de patiënt van morgen en overmorgen. Zonder veranderingen loopt het systeem hopeloos vast en komen de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg zwaar onder druk. Het momentum is er, we moeten er samen voor gaan. Afspraak in Gent op 30 en 31 mei aanstaande.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Nood aan goede praktijkvoorbeelden intergenerationele samenwerking

De Koning Boudewijnstichting wil via de campagne *'Vroeger nadenken over later: een dialoog tussen generaties over de latere levensjaren'* organisaties en burgers mobiliseren voor een doeltreffende dialoog tussen de generaties onderling en hun omgeving. De organisatie hoopt bestaande en te ontwikkelen initiatieven te ondersteunen en de dialoog erover aan te wakkeren.

Ervan overtuigd dat deze campagne gebaat zou zijn bij de input van onze ouderenzorgvoorzieningen, diende Zorgnet Vlaanderen het volgende project in: *'Dialoog tussen jong en oud – uit het leven gegrepen'* waarmee we onder meer de intergenerationele werking in de ouderenzorg willen illustreren aan de hand van beeldreportages.

Het doel van het project is drieledig:

1. mee ondersteunen en verder aanmoedigen van de dialoog tussen jong en oud;
2. inspiratie aanreiken aan andere woonzorgcentra om de verschillende leeftijdsgroepen bij de werking van het woonzorgcentrum te betrekken;
3. bijdragen aan een positievere beeldvorming van de sector ouderenzorg.

Wat?

Concreet kunnen we een vijftal beeldreportages opnemen in woonzorgcentra die op de een of de andere manier intergenerationeel werken. Voorbeelden zijn het koppelen van een kinderdagverblijf aan een woonzorgcentrum, bezoekjes van de lagere school waarbij ouderen aan de jongeren iets leren of omgekeerd, jeugdkampen die in het woonzorgcentrum worden georganiseerd, socioculturele verenigingen die een activiteit in het woonzorgcentrum uitvoeren, en dergelijke meer.

Timing?

Opnames gaan idealiter door in juni of in de zomermaanden (al naargelang het moment waarop uw projecten doorgaan).

Het is belangrijk dat we ter plaatse een aantal stakeholders kunnen interviewen (een medewerker, een projectleider, een jongere...). We nemen maximaal een halve dag van uw tijd in beslag.

Geïnteresseerd?

Voorzieningen die geïnteresseerd zijn om mee te werken, kunnen contact opnemen met Catherine Zenner (0478 99 53 11, cz@zorgnetvlaanderen.be).

VIPA: jaarlijks 34 mio extra vanaf 2014

De Vlaamse overheid heeft in de budgetcontrole 2013 de ruimte gevonden om het hoofd te bieden aan een aantal belangrijke uitdagingen, waaronder de investeringen in ziekenhuizen, ouderenzorg en gehandicaptenzorg via VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds Persoonsgebonden Aangelegenheden).

Minister Jo Vandeurzen kan extra engagementen aangaan die zullen leiden tot extra beschikbaarheidsvergoedingen van 34 miljoen jaarlijks vanaf 2014. Dat moet toelaten om in 2013 belangrijke noodzakelijke vernieuwingsinvesteringen op te starten.

In de loop van de volgende weken zullen er met het kabinet gesprekken opstarten over de verdeling en de toewijzing aan de verschillende sectoren binnen VIPA. Meer informatie volgt.

Ontdek wie al een zorgballon ontving!

Op de feestwebsite van Zorgnet Vlaanderen zijn inmiddels de eerste zorgballonnen uitgereikt aan gedreven, creatieve en dynamische zorgmedewerkers. De verhalen zijn stuk voor stuk pareltjes en een hart onder de riem voor een warme sector. Nomineren kan nog tot 15 juni 2013. www.zorgnetvlaanderen75.be

JAAR VAN HET VOORLEZEN

Inspiratiedag voorlezen in woonzorgcentra

Op voorlezen staat geen leeftijd. Jonge mensen houden ervan, maar ouderen net zo goed. Samen opgaan in een verhaal leidt tot boeiende gesprekken en zorgt voor een moment van contact tussen mensen. Boeken brengen stof tot discussies, gesprek en herinneringen binnen. Daarom wil leesbevorderingsorganisatie Stichting Lezen voorlezen in woonzorgcentra aanmoedigen.

Welke boeken zijn geschikt om voor te lezen in een woonzorgcentrum? Hoe anders is het om een groep of één persoon voor te lezen? Hoe ga je tewerk bij mensen met dementie? Hoe kunnen woonzorgcentra en de plaatselijke bibliotheek elkaar vinden? Op 11 juni 2013 organiseert Stichting Lezen hierover een inspiratiedag. Bibliotheekmedewerkers en animatoren van woonzorgcentra kunnen er kennismaken met de mogelijkheden van voorlezen aan bewoners en krijgen er praktische tips. Voor meer info over het programma: www.jaarvanhetvoorlezen.be.

Jaar van het Voorlezen

2013 is in heel Europa uitgeroepen tot Jaar van het Voorlezen. Het Jaar van het Voorlezen wil iedereen laten ervaren dat voorlezen plezierig en waardevol is, zodat er vaker wordt voorgelezen. Niet alleen aan kinderen, maar ook aan oudere mensen. Stichting Lezen zet de schouders onder het initiatief en biedt inspiratie, vorming en leestips aan iedereen die activiteiten over voorlezen organiseert.

Voorleesambassadeur

Lees je zelf voor in een woonzorgcentrum, ziekenhuis of bij je thuis? Laat je zien als voorleesambassadeur op www.jaarvanhetvoorlezen.be en maak kans op een boekenpakket!

Kristel Gevaert: "Ik heb erg veel als patiënt in ziekenhuizen verbleven, zowel in eigen land als in Nederland. Het verschil in vriendelijkheid tussen ziekenhuizen is enorm. En voor een patiënt maakt dat heel veel uit. Dat is ook kwaliteit, maar dan niet in regeltjes te vatten."

"Kwaliteit van zorg hoeft niet altijd veel geld te kosten"

Sinds 1 februari heeft Zorginspectie weer een administrateur-generaal aan het hoofd. Kristel Gevaert voelt zich duidelijk in haar sas in haar nieuwe functie. Ze straalt van gezonde ambitie, ze kent de zorg- en welzijnssector van binnen en van buiten en ze heeft er heel veel zin in. Wij gingen alvast even kennismaken.

Kristel Gevaert (45) is pedagoge van opleiding. Van 1999 tot 2006 was ze adjunct leidend ambtenaar van het VAPH, toen nog het 'Vlaams Fonds voor Personen met een Handicap'. Bij de grondige herstructurering van de Vlaamse overheid onder het motto 'Beter Bestuurlijk Beleid', verhuisde Kristel Gevaert naar het Agentschap voor Facilitair Management, waar ze tot voor kort administrateur-generaal was. Ze kijkt met gemengde gevoelens terug op die periode. "Ik heb er geen spijt van, maar het was uiteindelijk niet echt mijn wereld", bekent ze eerlijk. Haar keuze voor een terugkeer naar zorg en welzijn is dan ook een bewuste keuze. "Het voelt als thuiskomen", lacht ze.

Wat hebt u als administrateur-generaal van het Agentschap voor Facilitair Management geleerd dat u in uw nieuwe functie van pas kan komen?
Kristel Gevaert: Een belangrijke les is dat je het management en het operationele niet mag mengen. En dat je op managementniveau niet altijd een consensus kunt afwachten om beslissingen te nemen. Of dat *management-by-mail* niet werkt. Er is een periode geweest waarin ik overdag de ene vergadering na de andere had en dan 's avonds mijn mails las en beantwoordde, en mijn medewerkers zo aanstuurde. Dat werkt dus niet. Er is een direct contact nodig. Dat wordt trouwens een mooie uitdaging, want van de 104 medewerkers van Zorginspectie zijn er meer dan 80 inspecteurs die de baan op zijn. Maar ik heb mijn les geleerd. 'Niets gebeurt voor niets', luidt mijn motto. Ik zal mijn ervaringen positief gebruiken.

Zorginspectie heeft het een tijdlang zonder voltijds administrateur-generaal moeten stellen. Is dat voelbaar op de dienst?
Marc Morris heeft Zorginspectie de voorbije vijf jaar geleid, in combinatie met zijn functie van secretaris-generaal van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Tijdens die periode is hard gewerkt aan onder meer een degelijke structuur en een performant informaticasysteem. En al die tijd werd ook zeer degelijk inspectiewerk geleverd. Naast de duizenden inspecties werden ook nieuwe methodieken uitgewerkt, zoals de flitsinspecties in de kinderopvang en het nieuwe toezichtsmodel voor de algemene ziekenhuizen.

Er is dus niet echt iets blijven liggen, maar voor de relaties met onze stakeholders zal het toch een meerwaarde zijn dat er nu iemand is die zich voltijds kan wijden aan die taak. En ook intern kunnen we nu gemakkelijker een aantal uitdagingen aangaan. Zo kunnen we met vijf jaar ervaring op zak onze missie, visie en ons toezichtskader nog eens grondig tegen het licht houden.

Hoe zijn uw eerste weken bij Zorginspectie verlopen?
Prima! Ik voelde me hier vanaf het eerste moment welkom. Meteen na de beslissing van de Vlaamse overheid over mijn benoeming kreeg ik thuis een boeket bloemen van de medewerkers van Zorginspectie. Ik heb de voorbije weken al heel wat gesprekken gevoerd, de doelstellingen zijn helder en de verwachtingen van minister Vandeurzen duidelijk. Het ondernemingsplan 2013 is er, de trein rijdt... De komende weken wil ik verder afstemmen met de functionele entiteiten, met het middenveld... Kortom: met alle stakeholders.

Welke prioriteiten wilt u leggen als administrateur-generaal?
Onze kerntaak is meewerken aan kwaliteit. Zorginspectie is in 2006 onafhankelijk gemaakt van de functionele entiteiten. We kunnen in alle objectiviteit inspecteren en rapporteren. Die rapporten worden gebruikt om het beleid waar nodig bij te sturen. We willen geen schoonmoeder spelen, maar wel ons steentje bijdragen om de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Een tweede prioriteit voor dit en voor volgend jaar is het decreet Zorginspectie. We streven naar meer transparante bevoegdheden. Zorginspectie is op tal van domeinen actief – in de ziekenhuizen,

de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in de jeugdzorg, gehandicaptenzorg en de kinderopvang bijvoorbeeld – en de bevoegdheden van de inspecteurs zijn telkens anders. Ik wil hier meer lijn in krijgen, zoals ook wordt geadviseerd in een studie van prof. Put van de KU Leuven over die versnippering.

Een derde aandachtspunt is het toezichtskader: hoe stellen we ons op als inspectie? Richten we ons puur op administratieve processen? Of gaan we ons concentreren op wat echt nodig is? Ik kies voor het tweede. Er zijn almaar meer voorzieningen en dus moeten ook wij keuzes durven maken. Ik wil 'risicogestuurd' inspecteren en mee evolueren met de sector, die meer en meer kwaliteitsgericht werkt.

Ook de staatshervorming wordt een belangrijk thema, maar het is nog onduidelijk wat de gevolgen daarvan zullen zijn voor Zorginspectie.

Ik wil verder ook onderzoeken hoe derden kunnen participeren in het toezichtsmodel. Ik denk aan de accreditering. Het toezicht blijft finaal een kernopdracht van de overheid. We moeten dus een middenweg vinden. Niet alleen voor de ziekenhuizen, maar voor alle sectoren in zorg en welzijn.

Een actueel thema is ook de openbaarheid van de inspectierapporten. Hoe staat u daartegenover?
Ik ben voorstander van een actieve openbaarheid en van transparantie. Ik geloof in de meerwaarde en we moeten de maturiteit opbrengen om hiermee op een positieve manier om te gaan, met de medewerking van de zorgvoorzieningen. Het openbaar maken van de rapporten is een extra motivatie voor wie goed bezig is en een stimulans voor wie beter kan. De meeste voorzieningen werken trouwens goed. Tegelijk moeten we beseffen dat de inspectierapporten maar een deel van het verhaal zijn. De stem van de gebruiker moet ook gehoord worden.

Ik wil de gebruikers als ervaringsdeskundigen trouwens meer een rol geven bij de inspectie. Zo betrekken we bij de inspecties in de gemeenschapsinstellingen de jongeren die daar verblijven. Onze inspecteurs worden vooraf opgeleid over hoe ze jongeren kunnen ondervragen over de kwaliteit van de zorg. Ook in ziekenhuizen krijgen de patiënten meer dan vroeger een stem bij de inspectie. Sinds maart wordt het chirurgisch traject in de ziekenhuizen bekeken, waarbij we ook in gesprek gaan met patiënten.

Tegelijk willen we de administratieve last van de inspecties voor de voorzieningen verminderen. We gaan geen dagen meer kamperen, maar kiezen resoluut voor korte, gerichte bezoeken. Bovendien evolueren we mee met het trajectmatig werken van de sector. Wat telt is niet alleen de zorg in de thuiszorg, de ziekenhuizen en de woonzorgcentra, maar ook de linken en de schakels die worden gelegd tussen de verschillende zorgaanbieders zijn belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. Ik ben daarin vrij ambitieus. De hele sector is in beweging en het Agentschap Zorginspectie moet mee in die vernieuwingsgolf. Dat is ook de uitdrukkelijke wil van onze inspecteurs, die een grote beroepsfierheid hebben en zich goed voorbereiden voor ze op pad gaan. De gedrevenheid die de zorg- en welzijnssector kenmerkt, vind je ook bij onze mensen.

Volgt Zorginspectie de veranderingen, of hebt u ook de ambitie om de veranderingen mee te sturen?
We moeten natuurlijk de functiescheiding bewaken. Dat is soms een spanningsveld. Onze inspecteurs stellen weleens dingen vast, waarvan ze vinden dat er strenger moet worden op ingegrepen. Maar dat is niet onze bevoegdheid. Toch kunnen onze rapporten signalen geven aan het beleid. Ik denk aan het rapport over de woonzorgcentra of aan het rapport over de rechtspositie van de minderjarigen in de integrale jeugdhulp. Hier maakte Zorginspectie themagerichte rapporten met conclusies waarmee het beleid iets kan doen.

U bent gemeenteraadslid en OCMW-raadslid in Dendermonde geweest. Neemt u ook die ervaring mee naar Zorginspectie?
Ik heb maar één mandaat vervuld. Ik heb het OCMW veeleer ervaren als een microniveau in het grote welzijnsgebeuren. Veel hangt af van de mensen ter plekke, van de politieke mandatarissen en van de OCMW-voorzitter. Ik ben ervan overtuigd dat het lokale politieke niveau een belangrijke bijdrage kan leveren, mits er voldoende transparantie is en het lukt om de politiek te overstijgen met het oog op de kwaliteit van de zorgvoorzieningen.

U hebt zelf een fysieke handicap, veroorzaakt door een medische fout. Bent u daar op een of andere manier nog kwaad om?
Het is al even geleden. Ik voel me meer ontgoocheld dan kwaad. Kwaadheid is verloren energie. Achteruit kijken levert niets op. Ik heb een lang verwerkingsproces achter de rug, maar ik heb ermee leren leven. Het accepteren zal wel nooit helemaal lukken. Toen ik voor het VAPH werkte, heb ik mijn ervaringen op een positieve manier willen aanwenden. Ik heb me onder meer ingezet voor meer hulpmiddelen en voor het Persoonsgebonden Assistentiebudget (PAB). Daarnaast wou ik een voorbeeldrol vervullen voor andere mensen. Een fysieke handicap betekent niet dat je bij de pakken moet blijven zitten. Die voorbeeldrol geeft me veel voldoening. Ik toon graag de mogelijkheden in plaats van te focussen op de negatieve kanten.

U bent ervaringsdeskundige. Dat werpt allicht ook een ander beeld op wat u van de kwaliteit van zorg verwacht?
Ik ben altijd uitstekend opgevangen door mijn man en mijn dochter. Zonder hun steun zat ik hier vandaag niet. Maar sommige mensen hebben die steun niet. Dat maakt een immens verschil. Zorgverleners moeten zich daarvan bewust zijn. De context, de hele omgeving waarin een patiënt vertoeft, is ontzettend belangrijk. Ik heb mensen gekend die er minder goed zijn uit gekomen, ook jonge mensen. Want ik had nog het geluk dat ik als valide persoon heb kunnen studeren in Gent. Stel je maar eens voor wat het betekent voor een student in een rolstoel in plaats van op de fiets.

Ik heb ook veel misbruiken gezien. Mensen die wel nog stappen, maar zich in bochten wringen om toch een rolstoel te krijgen. Ik speel badminton en ik zie rondom mij hoe zorg gebruikt en ook misbruikt wordt. Daartegen valt weinig te beginnen, zolang er artsen zijn die een attest schrijven. Artsen-adviseurs dragen een grote verantwoordelijkheid. Als er geen integriteit is, dan kan je zoveel wetten en regeltjes maken als je wilt.

Ik heb erg veel als patiënt in ziekenhuizen verbleven, zowel in eigen land als in Nederland. Het verschil in vriendelijkheid tussen ziekenhuizen is enorm. En als patiënt maakt dat heel veel uit. Dat is ook kwaliteit, maar dan niet in regeltjes te vatten. Ik heb het meegemaakt

dat een man die helemaal verlamd was, maar nog ontzettend kon genieten van een kop warme soep, zijn soep wel kreeg opgediend, maar dat er pas twintig minuten later iemand hem kwam helpen om te eten. Het lijkt iets kleins, maar het is schrijnend. Of die jongeman, die tijdens de bezoekuren in een tilsysteem poedelnaakt door de gang naar de badkamer werd gereden. Kwaliteit van zorg hoeft niet altijd veel geld te kosten. Het volstaat om zich eens in de plaats te stellen: stel je voor dat het om jouw moeder ging, of om jouw kind. Dan deed je zoiets toch niet?

Ik heb ook mooie mensen ontmoet. Gelukkig werken er in de zorgsector overwegend overtuigde en gedreven mensen, mensen die zichzelf wegcijferen voor de patiënt, mensen die je het gevoel geven dat je om hulp mag vragen zonder als 'lastig' bestempeld te worden. Ik vrees dan ook dat te verregaande besparingen op het vlak van personeel in zorgvoorzieningen nefast kunnen zijn voor dat soort kwaliteit.

In maart hebben de eerste inspectiebezoeken 'nieuwe stijl' in de ziekenhuizen plaatsgevonden. Wanneer komt er een eerste evaluatie?
We willen kort op de bal spelen en na de zomer een tussentijdse evaluatie maken. Eerst intern, daarna ook met alle betrokkenen. We vragen ook expliciet feedback aan de ziekenhuizen waar we langsgaan. Dat doen we trouwens altijd, in alle sectoren. We hechten veel belang aan klantentevredenheid.

In oktober 2012 werd een 'Rapport van de Vlaamse woonzorgcentra' voorgesteld. Wat leert u daaruit?
Om te beginnen is het overgrote deel van het rapport positief. In de media komt dat soms te weinig aan bod, maar ik blijf transparantie belangrijk vinden. Een tweede vaststelling is dat er heel wat beweegt in de woonzorgcentra. Er is een positieve tendens naar een actief kwaliteitsbeleid. Maar we zijn er nog niet. Elektronische dossiers kunnen een grote stap vooruit betekenen, maar dan moeten alle zorgverleners er ook mee kunnen werken. En aandacht voor hygiëne en een stevig MRSA-beleid blijven grote thema's.

Het uiteindelijke doel lijkt misschien dat we ons als Zorginspectie overbodig maken. Maar zover zal het nooit komen. Controle blijft nodig. We moeten de aandacht voor kwaliteit scherp houden. Als we een voorziening bezoeken, komen we altijd vanuit een vertrouwen in die organisatie. We geven ook graag eens een pluim. En we proberen altijd redelijk te zijn. Tijdens renovatiewerken gaan we ons niet op de infrastructuur focussen. Dat zou onredelijk zijn.

Ik ben ervan overtuigd dat werken in de zorg- en welzijnssector altijd boeiend zal blijven en zeker motiverend als we allemaal hetzelfde doel voor ogen houden, namelijk mensen die zorg nodig hebben zo goed mogelijk proberen te omringen met professionele omkadering en menselijke warmte.

Jos Grootaers en Jeanine De Gevy van wzc Aalmoezenier Cuypers: "Prezo Woonzorg is als een grote kast, mooi geordend, alles netjes op zijn plaats en vrij volledig. Je moet niet alles in één keer uit de kast halen, maar je kiest, je legt prioriteiten en je kijkt wat bruikbaar is en wat de voorziening het beste verder helpt."

Prezo Woonzorg

"Wij waren klaar om een versnelling hoger te schakelen"

Wzc Aalmoezenier Cuypers in Stabroek is een van de elf pilootvoorzieningen die sinds januari actief zijn met Prezo Woonzorg. Hoewel het woonzorgcentrum met 92 bewoners ook volop bezig is met de bouw van 41 serviceflats en een kinderopvang, schakelt het zijn kwaliteitsbeleid een versnelling hoger. Wij gingen even luisteren naar de motivatie om in Prezo Woonzorg te stappen en naar de eerste ervaringen.

"We zijn al enkele jaren bewust met kwaliteitsbeleid bezig", zegt directeur Jos Grootaers. "We hebben een zekere traditie van metingen. Daarmee evalueren we onszelf en sturen we ons beleid bij. Maar wat we misten, was een mogelijkheid tot benchmarken. Hoe doen wij het in vergelijking met de andere woonzorgcentra? Toen Zorgnet Vlaanderen Prezo Woonzorg voorstelde, zagen we hier meteen een kans in. Vooral omdat het project ook in ondersteuning voorziet en er vooruitzichten zijn op informatisering. Dat is belangrijk, want uiteraard willen we de werklast beperkt houden. We voeren op dit ogenblik een bouwproject uit, we kunnen dus niet veel extra hooi op onze vork nemen. We hebben dit intern goed bekeken, maar het enthousiasme van stafmedewerker en kwaliteitscoördinator Jeanine De Gevy heeft snel de doorslag gegeven."

"Als je met zo'n project start, ken je natuurlijk niet zijn volle draagwijdte", stelt Jeanine De Gevy. "Gelukkig hoefden we niet van nul te beginnen. We voeren de kwaliteitsmetingen al enkele jaren uit met een team van referentiepersonen. Prezo Woonzorg gaat natuurlijk verder, maar we hebben die referentiepersonen kunnen motiveren om eraan mee te werken door de meerwaarde die Prezo biedt op het vlak van benchmarking. Prezo biedt bovendien ook de bevestiging dat je inderdaad goed bezig bent. Dat is een stimulans voor onze mensen. Wat ook meespeelt, is dat Prezo Woonzorg mooi aansluit bij waar de overheid naartoe wil.

We hebben niet het gevoel dubbel werk te doen. Integendeel zelfs, want Prezo Woonzorg gaat verder, maar biedt ook ondersteuning."

Handige gids

"Dat aan Prezo Woonzorg finaal ook een kwaliteitscertificaat verbonden is, is mooi meegenomen, maar niet de hoofdzaak", zegt Jos Grootaers. "Wij waren klaar om een versnelling hoger te schakelen. Je bepaalt als voorziening bovendien zelf het tempo. Dat maakt het haalbaar en beheersbaar."

"Alles wat we tot nu toe deden op het gebied van kwaliteitsbeleid, zelfevaluatie, metingen en verbeterprocessen, wordt met Prezo Woonzorg gebundeld en in een ruimer kader geplaatst. Het Prezo Woonzorg-handboek biedt handvaten die je snel verder helpen: *nice to know*-hoofdstukjes en *toolkits*, maar ook verwijzingen naar de wetgeving en naar websites voor meer informatie. Alles wat je anders uit handboeken, wetteksten en andere bronnen moet verzamelen – en waar heel wat tijd in kruipt – krijg je in het handboek kant-en-klaar voorgeschoteld. Het is geen theoretisch naslagwerk, maar een handige gids, een goed gedocumenteerd werkinstrument", meent Jeanine De Gevy.

"Samen met de andere pilootwoonzorgcentra laten we de eerste thema's die we behandelen samenvallen met de dataset die de overheid tegen eind juni verlangt", gaat Jeanine De Gevy verder. "Het gaat dan over medicatie, valincidenten, decubitus maar ook over de afspraken over het levenseinde. Zes weken na de opname bespreken we met elke bewoner het zorgplan en hebben we expliciete aandacht voor het levenseinde. Ook hier biedt Prezo Woonzorg bruikbare suggesties. Want het blijft een moeilijk terrein. Je kunt dan wel zeggen dat iedereen een plan voor het levenseinde moet hebben, maar in de praktijk werkt dat niet zo. Het gaat om iets heel individueels. Sommige mensen hebben daarover een uitgesproken mening, anderen willen daar liever niet over praten. We moeten openstaan voor alles, maar we mogen niets opdringen."

"Prezo Woonzorg biedt kapstokken aan. Het is als een grote kast, mooi geordend, alles netjes op zijn plaats en vrij volledig. Je moet niet alles in één keer uit de kast halen, maar je kiest, je legt prioriteiten en je kijkt wat bruikbaar is en wat de voorziening het best verder helpt. En zoals Jeanine al zei: het is prettig om in Prezo Woonzorg de bevestiging te vinden dat je op heel wat terreinen al goed bezig bent. Ook al blijft er uiteraard nog heel wat te doen, maar daarin biedt Prezo Woonzorg dan ook sturing, tips, input en stimulansen."

"Voor elk thema omschrijft Prezo Woonzorg de verplichte indicatoren van de overheid en wat je daarbovenop nog meer kunt doen, geïnspireerd door het 'GPS 2021'-verhaal van Zorgnet Vlaanderen. Voor de overheid moet je bijvoorbeeld één maand lang de valincidenten meten. Prezo Woonzorg raadt aan om dat regelmatiger te doen en om ook met de resultaten aan de slag te gaan. Want wat gebeurde er met de bewoner na het incident? Waren er blijvende gevolgen? Moest de bewoner naar het ziekenhuis? Is het incident met de familie besproken? Prezo Woonzorg laat je de vrijheid om te kiezen hoever je dit thema wilt uitwerken, maar je krijgt praktische tips om ermee aan de slag te gaan."

Stimulans

"Elke maand komen de elf pilootvoorzieningen samen in wzc De Regenboog in Zwijndrecht. Roel Van de Wygaert en Bernadette Van den Heuvel van Zorgnet Vlaanderen leiden deze bijeenkomsten, samen met iemand van Prezo Woonzorg", licht Jos Grootaers toe. "We zijn pas in januari gestart. Hier en daar moet het Prezo-verhaal nog beter vertaald worden naar de Vlaamse situatie, maar dat is een van de doelstellingen in deze pilootfase. Het is een echte werkgroep. De eerste keer mocht ik als directeur de vergadering bijwonen, maar daarna mocht per voorziening maar één persoon afgevaardigd worden, met name de kwaliteitscoördinator." "De bijeenkomsten zijn inderdaad werkvergaderingen", beaamt Jeanine De Gevy. "We krijgen elke keer huiswerk mee. We moeten registraties doen en kijken waar eventueel nog knelpunten zitten. Als je wilt benchmarken, dan mag er bijvoorbeeld geen ruimte zijn voor interpretatie. Als de overheid vraagt om de medicatie van een patiënt per dag te registreren, dan moeten er duidelijke afspraken komen: medicatie die maar één keer per week of maar één keer per maand wordt toegediend, moet wel degelijk ook worden meegeteld. Hierover is nu een consensus, zodat benchmarking mogelijk wordt. De feedback van de elf pilootvoorzieningen tijdens de bijeenkomsten is herkenbaar. Er zijn wel verschillen tussen de groepen met meerdere woonzorgcentra en de individuele woonzorgcentra. Aalmoezenier Cuypers is zo'n alleenstaand woonzorgcentrum, waardoor de lijnen veel korter zijn en alles sneller kan verlopen."

"Het is een menselijke reflex om je telkens te willen meten met de anderen", zegt Jos Grootaers. "En dan wil je niet onderdoen, natuurlijk. Het gevaar bestaat dan ook dat cijfers een beetje opgeschoond worden. Niemand wil met de billen bloot. Ook dat is een voordeel van Prezo Woonzorg: het is op geen enkele manier bedreigend. Het geeft je handvaten om dingen bespreekbaar te maken, ook voor de directie en de raad van bestuur. Zo groeit de betrokkenheid van de hele voorziening bij het kwaliteitsbeleid."

"Ondertussen hebben wij met de input van Prezo Woonzorg al enkele procedures lichtjes aangepast, voor een betere afstemming op de registraties", zegt Jeanine De Gevy. "Als kwaliteitscoördinator steek je daarin natuurlijk tijd, maar ik hoef het niet alleen te doen. Ik kan rekenen op de steun van de directie en van de referentiepersonen en de medewerkers."

"Zoiets kan je inderdaad niet alleen realiseren", springt Jos Grootaers bij. "Je hebt een leider nodig die het project trekt, maar je hebt evenzeer een sterk team en korte lijnen nodig. Soms moet je mensen ook beslissingen laten nemen. Ook het bestuur moet hier achter staan, want anders sta je als directie in de woestijn te preken. Kwaliteitszorg is teamwerk."

"Als pilootvoorziening vergt het een extra inspanning, maar het levert ook iets op. Het zal een pak lichter worden als de informatisering verder staat. Ideaal zou zijn als je na de registratie op een geautomatiseerde manier meteen de resultaten kreeg. Maar dat is toekomstmuziek", besluit Jeanine De Gevy.

“Wij hebben het moeilijk met kwetsbaarheid”

Eén op de vijf Vlamingen vindt dat wie te veel drinkt, de zorg voor zijn leveraandoening zelf moet betalen. Bijna de helft vindt dat niet-rokers bij een hartoperatie voorrang moeten krijgen op rokers. De cijfers komen van de Studiedienst van de Vlaamse Regering, die hierover 1.210 Vlamingen interviewde. Hoog tijd voor een gesprek met filosoof professor Antoon Vandevelde, die eerder al publiceerde over rechtvaardigheid, verantwoordelijkheid en toeval op het gebied van gezondheidszorg.

ethiek

Prof. Antoon Vandevelde: “Wat doe je met iemand die op skivakantie gaat? Van sommige collega’s weet je vooraf dat ze een been zullen breken. En toch kiezen ze er zelf voor. Eigen schuld, dikke bult?”

Was u verrast door de resultaten?

Prof. Antoon Vandevelde: Ik vond het nog meevallen. De zaak werd wat opgeschroefd in de pers. Bij dat soort enquêtes kan je antwoorden met ‘zeer overtuigd’, ‘overtuigd’, ‘gemiddeld’..., maar in de communicatie wordt dat vaak op een hoopje gegooid. 20 tot 25% van de mensen vindt de individuele verantwoordelijkheid zo zwaar doorwegen dat er bestraffend mag worden opgetreden. Dat percentage ligt in de lijn van de verwachtingen. De maatschappij doet reusachtige inspanningen op het vlak van ziektepreventie en wie daar tegenin gaat, krijgt weleens een blaam. Maar om eerlijk te zijn: dat 60 of 70% van de bevolking vindt dat euthanasie bij ouderen met dementie moet kunnen, vind ik veel verontrustender.

Toch lijkt individuele verantwoordelijkheid meer en meer een gezondheidsthema te worden?

Natuurlijk zijn we allemaal mee verantwoordelijk voor wie we zijn en wat we doen. Maar we moeten realistisch blijven. Wie gezond leeft, kan ook ziek worden. Een goede vriend heeft longkanker en hij heeft nooit gerookt.

Vindt u dat uw vriend bij een eventuele longtransplantatie voorrang moet krijgen op een verstokte roker?

Er zijn verschillende manieren van responsabilisering. Wat niet kan, is dat wie een ongeluk veroorzaakt door dronken te rijden, zelf niet verzorgd zou worden. Of dat wie dertig jaar heeft gerookt, geen medische hulp zou krijgen. Dat is een kwestie van mededogen. Kijk naar onze puberende kinderen. Allemaal begaan ze weleens stommiteiten. Bij de ene draait dat slecht uit en bij de andere net niet. Het kan een verschil tussen hemel en aarde geven, en dat verschil wordt grotendeels door toeval bepaald.

Bovendien is veel gedrag klasse-afhankelijk. Dat plaatst de individuele verantwoordelijkheid in een ander perspectief. Mij lijkt het beter om mensen die ongezond leven mee te laten betalen, bijvoorbeeld via belastingen op tabak of alcohol.

Wat nu de voorrang bij orgaantransplantatie betreft: in de meeste gevallen zal de arts prospectief redeneren. Wie kan best geholpen worden met de transplantatie? Bij rokers zal de kans op herstel meestal geringer zijn. Op die manier krijgt wie gezond leeft, doorgaans wel het voordeel. Maar dat is een andere argumentatie dan het bestraffen van slecht gedrag. Die prospectieve argumentatie is wel verdedigbaar. Het toekennen van een schaars orgaan aan de persoon met de hoogste overlevingskans, is niet discriminerend.

Het aandeel van de individuele verantwoordelijkheid bij ziekte ligt statistisch hoog. In landen waar mensen gezond leven, leven ze ook langer. En in Oostbloklanden waar veel alcohol gebruikt

wordt, sterven de mensen vroeg. Maar statistiek zegt niets over individuen. Ook in gezonde landen heb je mensen die vroeg sterven en ook in het Oostblok zijn er mensen die lang leven.

De Britse wetenschapper Michael Marmot heeft een grootschalig onderzoek geleid bij de Londense ambtenaren. Deze *Whitehall Study* volgt de gezondheid van alle ambtenaren al meer dan dertig jaar en kijkt wie ziek wordt, wat de levensverwachting is, enzovoort. Alle ambtenaren werden ingedeeld in vijf categorieën op basis van rang en inkomen. Het gaat uitsluitend om ambtenaren, niet om arme mensen, van wie we al langer weten dat ze een lagere levensverwachting hebben. Welnu, uit het onderzoek blijkt dat gezondheid exact correleert met de maatschappelijke hiërarchie. Dat noem ik pas verbazingwekkend. Allemaal mensen met een fatsoenlijke baan en inkomen, en toch kan je de levensverwachting en de gezondheid rechtstreeks linken aan de rang en het loon. Dat stelt torenhoge vragen bij de individuele verantwoordelijkheid.

Marmot heeft ook onderzocht hoe dat komt. Wat de doorslag geeft, is de controle over je leven en je werk. Hoe hoger op de sociale ladder, hoe meer controle. Hoe lager, hoe meer anderen bepalen wat je moet doen. Dat wordt ook bevestigd door stressonderzoek. Niet de hoeveelheid werk is belangrijk, maar het gevoel er vat op te hebben en het zelf te kunnen organiseren. Proffen werken doorgaans hard, maar ze leven lang, omdat ze hun werk zelf kunnen organiseren en dus minder stress hebben. Die variabele van controle hebben, blijkt ontzettend belangrijk te zijn. Niet zozeer armoede maakt ziek, maar veeleer de ongelijkheid tussen mensen.

Je zou hieruit kunnen besluiten dat de individuele verantwoordelijkheid groter is voor wie bovenaan op de ladder staat dan voor de lagere klassen. Een Amerikaans filosoof heeft zo'n denkexperiment gedaan. Een universiteitsprofessor is sociaal gedetermineerd om gemiddeld vijf jaar tijdens zijn leven te roken. Bij een staalarbeider is dat twintig jaar. Dus, redeneert de filosoof, als de universiteitsprofessor na vijftien jaar roken kanker krijgt, dan moet hij zelf de medische kosten betalen, want hij heeft veel langer gerookt dan van hem verwacht mocht worden. Als de staalarbeider na vijftien jaar kanker krijgt, dan moet de gemeenschap de kosten op zich nemen, want die man heeft minder gerookt dan voorspelbaar was.

Ik ben het hiermee niet eens, maar het zet wel aan het denken. Maar wat doe je dan met iemand die op skivakantie gaat? Van sommige collega's weet je vooraf dat ze een been zullen breken. En toch kiezen ze er zelf voor. Eigen schuld, dikke bult? Sport is natuurlijk ook gezond, maar wat met alle sportletsels? Het op een weegschaal afwegen van individuele verantwoordelijkheid is bijna niet te doen. Bovendien is het een ingreep in het privéleven van mensen. En er zijn al zoveel regeltjes.

Als ons gedrag zo sociaal gedetermineerd is, is het dan niet even discriminerend om hoge taksen te heffen op tabak en alcohol?
Je treft er inderdaad vooral de lagere klassen mee. Toch vind ik dit een verstandige vorm van responsabilisering. Maar het blijft een soort van armentaks, jawel.

Of omgekeerd: moeten we het prijsbeleid niet nog meer gaan gebruiken om te sturen? De prijs van chips en cola verhogen en die van appels verlagen?
Je zou dat kunnen doen, al is ook dat een belasting op de armen. Maar hoe ver ga je daarin? Moeten we ook de taart bij de bakker zwaarder belasten? Het is moeilijk om consistent te zijn.

Moeten we per se consistent zijn?
In Denemarken heeft men het geprobeerd, maar werd die piste vrij snel verlaten. En ja, je hebt toch enige coherentie nodig. Als je chips meer belast, dan ook frieten, mayonaise en vleeswaren. Ik ben daar in principe niet tegen. Ons denken over dat soort zaken kan snel evolueren. Een vleesbelasting zou er ook kunnen komen om ecologische motieven. Het nadeel is dat je een heel sturende maatschappij krijgt, het voordeel is dat je daarmee niet binnentreedt in het privéleven van de mensen.

Wat ik een grote absurditeit vind, is dat je tussen de duizenden overbodige producten in de supermarkt nauwelijks nog de basisproducten kunt terugvinden. Ik sta daar als filosoof met verwondering naar te kijken. Duizend smaken yoghurt, maar zoek maar eens yoghurt natuur zonder suiker.

Om mensen meer naar gezonde producten te leiden, wordt weleens *nudging* voorgesteld. Het is een verborgen en liberale vorm van paternalisme, waarbij je de winkel zo inricht dat je het aankoopgedrag van de mensen stuurt naar meer gezonde producten. Ik zie daar wel iets in. Het is het proberen waard.

Een ander thema is de verhouding tussen individuele verantwoordelijkheid, maatschappelijke verantwoordelijkheid en politieke verantwoordelijkheid als het over zorg gaat. Wie moet er zorg dragen voor mijn ouders als ze oud en dement zijn?
Hierin zien we een grote evolutie. Vroeger namen de mensen zelf hun ouders in huis, dan zijn de woonzorgcentra gekomen, maar vandaag moeten we het geweer misschien weer een beetje van schouder veranderen. Terug naar de vroegere situatie kan niet. Tweeverdieners met kinderen kunnen de zorg voor hun ouders niet alleen aan. De maatschappij heeft dan ook terecht een aanbod van diensten ontwikkeld. Maar de zorg lukt nog altijd het best als ook de kinderen hun verantwoordelijkheid nemen. Feit is dat er vroeger veel meer kinderen waren, zodat de last beter verdeeld kon worden. Continu mantelzorg bieden is enorm belastend. De maatschappij moet hier ondersteunend optreden. En dat gebeurt ook. Het zorgnetwerk van kinderen, de buurt... wint weer aan belang en dat is

absoluut nodig. De laatste levensfase is de zwaarste wat zorgbehoevendheid betreft. Vroeger duurde die fase vijf tot zes maanden, vandaag duurt ze vijf jaar.

Moeten we daar blij om zijn?
De wetenschap heeft voor een toename van de levensverwachting gezorgd. Het aantal gezonde levensjaren is spectaculair gestegen. Een ongewild effect is dat ook die zware, laatste fase verlengd is. Het probleem is dat we steeds later geconfronteerd worden met kwetsbaarheid. Als ik vandaag aan mijn studenten vraag wie al een dierbaar iemand verloren heeft, dan antwoordt maar een derde bevestigend. Vroeger had bijna iedereen op die leeftijd al een dierbaar iemand weten sterven. We hebben het daarom moeilijker dan vroeger met die kwetsbaarheid. We willen ze liefst helemaal uitwissen. Maar dat is overmoed. Hier is geen menselijke oplossing voor.

Meer en meer mensen vinden nochtans van wel. Waar schuilt het gevaar?
Er is een positieve evolutie, waarbij therapeutische hardnekkigheid wordt verlaten. We moeten aanvaarden dat we het leven niet eindeloos moeten verlengen, zeker niet artificieel. Veel mensen dromen ervan om plots dood te vallen of zonder ziekteproces gewoon in hun slaap te sterven.

U niet?
Neen, ik probeer daar nogal rationeel in te zijn. Ik ga ervan uit dat ik zo oud word als mijn vader – 88 jaar – en dat de laatste vijf jaar niet veel goeds meer zullen brengen. Ik zal dat ondergaan. Na een actief leven, moet een mens zich dat kunnen permitteren. Ik ben geen voorstander van euthanasie. Mijn vader heeft gevochten in Wereldoorlog II. Hij begreep niet dat er mensen waren die een einde aan hun leven wilden maken. Een mens moet zo lang mogelijk iets proberen te maken van zijn leven. Ik heb weinig sympathie voor mensen van vijftig die al aan uitbollen denken. De draagkracht van mensen verschilt, maar je kunt je daarin ook trainen. We moeten onze *courage* in het leven behouden.

Mijn beide ouders hebben in een woonzorgcentrum(RVT) verbleven en ja, ik ken het geroep, het geween en de vertwijfeling. Iedereen moet dat trouwens eens meemaken. We mogen onze ogen niet sluiten voor die realiteit. Ik heb begrip voor de terminaal zieke mens die zegt: 'het gaat niet meer'. Maar het idee van een maatschappij die categorieën aanbiedt, zoals de diagnostiek van 'ondraaglijk lijden' waarin mensen zich vervolgens gaan passen, stoot mij tegen de borst. Ziek zijn is voor een deel een sociale constructie. Het normaliseren van euthanasie ontneemt mensen kracht. Mijn grootmoeder van 92 zat in haar zetel, keek hoe de zon opging en hoe de zon onderging en zei: 'Ik wacht tot God mij komt halen'. Nu zouden nogal wat mensen zeggen: 'Wat ik meemaak is ondraaglijk lijden. Ik ben alleen nog tot last'.

> *"Proffen werken doorgaans hard, maar ze leven lang, omdat ze hun werk zelf kunnen organiseren en dus minder stress hebben. Die variabele van controle hebben, blijkt ontzettend belangrijk te zijn. Niet zozeer armoede maakt ziek, maar veeleer de ongelijkheid tussen mensen."*

Euthanasie is een teken van zwakte?
We moeten als mens kunnen aanvaarden dat er voor ons gezorgd wordt. Ik ben voorstander van een heel actief leven, maar aan het einde van het leven moet je zorg kunnen aanvaarden. Dat hoort bij de wijsheid van het leven. Je hebt veel gegeven, in de laatste fase moet je ook kunnen ontvangen.

Ik vind de discussie over psychisch lijden en euthanasie gevaarlijk. Er zijn inderdaad mensen die niet geholpen kunnen worden, maar er zijn evengoed mensen die jarenlang manisch-depressief zijn en er uiteindelijk toch in slagen om de draad weer op te pikken, na een lange passage door de hel. Die mensen het signaal geven dat er ook een andere oplossing is, neen, dat kunnen we niet maken.

Het gebod om niet te doden is het eerste ethische gebod, we moeten daar heel terughoudend mee omspringen. De manier waarop we hier vandaag over praten – 'Je hoeft dit niet te verdragen, je kunt er ook een eind aan maken' – is gevaarlijk. Het is een devaluatie van het leven en een devalorisering van de zorg voor de meest kwetsbare mensen. In woonzorgcentra zie je kinderen en familie vaak met heel veel liefde en genegenheid zorg dragen voor hun ouders. Dat is mooi en ontroerend om te zien.

Gaan we nu aan die mensen zeggen: 'Je hoeft dat niet te doen, je kunt ook voor euthanasie gaan'. Neen toch. Dat is het leven: ouders zorgen voor hun kinderen, kinderen zorgen voor hun ouders. Het is lastig, het is zwaar en soms denken we 'hoe lang moet dit nog duren'? In het leven loopt niet alles zoals we het wensen. Geluk ligt niet in het opzij schuiven van alle beperkingen en obstakels, maar in het leren leven met die beperkingen. Dat is niet altijd plezant. En ja, sommige mensen wordt meer getroffen in het leven dan anderen. Dat is het lot. In mijn straat is onlangs een kindje met het downsyndroom geboren. Dat zet het leven van die jonge ouders op zijn kop. Je kunt daar niet licht over gaan. Maar betekent dat dat ze niet meer gelukkig kunnen worden? Neen, helemaal niet. Allicht zijn ze er drie weken niet goed van, huilen ze misschien meer dan ze lachen, maar dan gaan ze het stilaan, met vallen opstaan, een plaats geven in hun leven. Soms lukt dat niet, maar meestal wel. En dan kunnen die mensen alsnog samen het geluk vinden.

Justice, Luck & Responsibility in Health Care, redactie Yvonne Denier, Chris Gastmans, Toon Vandevelde, ISBN 9789400753341, uitgeverij Springer-Verlag Berlin and Heidelberg, 2013.

Stefan Van Sevecotte en Clara Van den Broeck bij Huize Mariatroon in Dendermonde.

VIPA

Zorgnet Vlaanderen pleit voor gelijke spelregels en oog voor kwaliteit

Er zijn meer woonzorgcentra nodig om de vergrijzing op te vangen. Maar de middelen zijn beperkt en VIPA ligt al een tijdje onder vuur. Een recente studie wakkerde de discussie aan. Het is niet ondenkbaar dat de regelgeving in de komende legislatuur grondig zal worden bijgestuurd. Zorgnet Vlaanderen schuift alvast enkele prioriteiten naar voor. Op het terrein wordt er ondertussen naarstig voortgebouwd, al is de onrust hier en daar voelbaar.

De commerciële sector, die vooralsnog bijna uitsluitend in de ouderenzorg actief is, krijgt geen VIPA-subsidie voor de bouw van voorzieningen en gaat er prat op dat deze sector goedkoper bouwt dan de social profit. Bovendien slepen VIPA-dossiers te lang aan. Er wordt ook weleens beweerd dat aannemers en bouwbedrijven hun prijs durven opdrijven als ze weten dat VIPA subsidieert. En hoe zit het met de invloed op de dagprijs die de bewoners moeten betalen? Om klaarheid te brengen, liet minister Vandeurzen een vergelijkende studie uitvoeren naar de bouwkost en de dagprijs in gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde woonzorgcentra.

"De studie onder leiding van prof. Pacolet wijst uit dat bouwen zonder VIPA-subsidies 24% goedkoper is dan

met subsidies", zegt stafmedewerker Clara Van den Broeck van Zorgnet Vlaanderen. "Dat is geen verrassing, al moeten de resultaten gerelativeerd worden: de studie is gebaseerd op slechts 19 dossiers. De hogere kostprijs van bouwen met VIPA heeft twee oorzaken. Ten eerste zijn er de extra eisen die VIPA oplegt op het gebied van duurzaamheid, bijvoorbeeld in de energiebeheersing. Het voordeel is dat de exploitatiekosten achteraf lager liggen. VIPA-initiatieven bouwen ook groter (gemiddeld meer oppervlakte per bewoner) met meer comfort voor de bewoners en personeel. Een tweede oorzaak van de hogere prijs is de VIPA-verplichting van een openbare aanbesteding. De meerkost daarvan bedraagt tot 11%. Wie zonder VIPA bouwt, kiest vrij een aannemer en kan onderhandelen. De commerciële sector doet dat. Europa legt op dat organisaties die voor meer dan 50% met overheidsmiddelen werken, het systeem van de openbare aanbesteding moeten toepassen. Sommige commerciële spelers flirten met die bovengrens van 50%. Maar voor Zorgnet Vlaanderen moet deze plicht voor iedereen of voor niemand gelden. De regel dient immers om concurrentievervalsing tegen te gaan, terwijl hij nu precies het omgekeerde veroorzaakt. Het is positief dat de studie er is. De conclusies zijn genuanceerd, ook al willen sommigen die aangrijpen om VIPA af te kraken."

zich in de praktijk beperkt tot ongeveer 52% à 58%."

"De studie Pacolet werd op 13 maart 2013 besproken tijdens een hoorzitting van het Vlaams Parlement. Daar is ook Zorgnet Vlaanderen gehoord, net als de Federatie voor Onafhankelijke Seniorenzorg (FOS) en de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten (VVSG), die verantwoordelijk is voor de OCMW-ouderenzorg. Bovendien heeft de oppositie een resolutie ingediend voor een alternatieve aanwending van de VIPA-middelen. Die zal allicht niet goedgekeurd worden, maar ze wakkert het debat verder aan. De vraag rijst of men in een volgende legislatuur de investeringspolitiek zal hervormen."

"Zorgnet Vlaanderen is bereid om daaraan mee te werken, maar dan op basis van de juiste argumenten. Zo wijzen tegenstanders van VIPA erop dat de subsidies in de ouderenzorg 43 miljoen euro per jaar kosten, maar dat de dagprijs voor de bewoners in VIPA-voorzieningen niet lager ligt. Daarvoor is ook een reden. Vzw's zetten immers meer personeel in, vooral in ondersteunende functies, zodat de zorgmedewerkers zich op hun zorgtaken kunnen concentreren. Bovendien is het basispakket dat in de dagprijs inbegrepen is, ruimer in de social profit voorzieningen. In commerciële woonzorgcentra moet de bewoner vaak bijkomende supplementen betalen. Het debat voeren op het niveau van de dagprijs, is dan ook onjuist. De volledige factuur moet worden bekeken. Idem dito wat de OCMW-woonzorgcentra betreft: die hebben soms een lagere dagprijs, maar de gemeente of de stad neemt het verlies op zich. Als we transparantie willen, dan moeten we naar één systeem van boekhouding en facturatie, zowel voor vzw's als voor OCMW's en vennootschappen. Nu werkt elk volgens zijn eigen regels en wetten, wat vergelijken bijzonder moeilijk maakt."

"Wij pleiten voor een 'level playing field'*: de overheid legt dezelfde voorwaarden op aan alle erkende zorgaanbieders. Die voorwaarden moeten een hefboom zijn voor de kwaliteit van zorg."*

VIPA niet zomaar opdoeken

"Ook bij de leden van Zorgnet Vlaanderen is VIPA niet altijd even geliefd", vervolgt Clara Van den Broeck. "Maar je kunt VIPA niet zomaar opdoeken, lopende dossiers moeten investeringsmiddelen kunnen krijgen volgens de huidige procedures. Het belangrijkste minpunt is het lange traject: het duurt soms wel vijf tot tien jaar voor een project kan worden opgeleverd. Bovendien komt VIPA in principe tussen voor 60% van de theoretische bouwkost, 'het bouwplafond', maar vele voorzieningen overschrijden dat bouwplafond of moeten hogere rentelasten dragen, waardoor de subsidie

"Een techniek in de commerciële sector is om de zorgexploitatie te scheiden van de infrastructuur. Het gebouw wordt dan verkocht aan een immobiliënvennootschap, wat veel cash oplevert. Er wordt dan een huurprijs betaalt aan die immobiliënvennootschap, een soort van *sale-&-lease-back*-formule dus. Met de cash van de verkoop, kunnen die commerciële bedrijven sneller groeien. Dat is een sterke economische logica, maar geen duurzaam systeem voor de zorgverlening."

Iedereen gelijk voor de wet

"Toch staat Zorgnet Vlaanderen open voor de discussie. Wij pleiten voor een *level playing field*: de overheid legt dezelfde voorwaarden op aan alle erkende zorgaanbieders. Die voorwaarden moeten een hefboom zijn voor de kwaliteit van zorg. We vragen een uniforme, transparante boekhouding en een plafond op de rendementen die uitgekeerd kunnen worden aan aandeelhouders. En de spelregels moeten gelijk zijn: ofwel werkt iedereen met openbare aanbesteding, ofwel niemand."

"Daarnaast pleit Zorgnet Vlaanderen voor een drieledige financiering van de totale woonkost. De basis moet een vaste wooncomponent zijn, een overheidsfinanciering op basis van specifieke eisen voor collectieve zorginfrastructuur. Daarbovenop is er een huisvestingskost die de cliënt betaalt via de dagprijs. Dat gedeelte moet afhankelijk zijn van het inkomen en het vermogen van de cliënt, met ruimte voor sociale correcties. Een derde deel is de preferentiegebonden infrastructuur, bijvoorbeeld een extra grote kamer of een kamer met zeezicht. Daarvoor moet de cliënt zelf een supplement betalen. Minder eenheidsworst dus, maar toch een vaste basis om van te vertrekken."

"Ten derde vraagt Zorgnet Vlaanderen dat VIPA de waarborgregeling optrekt van 90% naar 100% van het bouwplafond. VIPA spreidt de investeringsfinanciering over 20 jaar, waardoor voorzieningen dure langetermijnkredieten dienen aan te gaan. Banken zouden lagere rentetarieven kunnen bieden wanneer de overheid 100% van het bouwplafond borgt. De zorg blijft een veilige en zekere sector om in te investeren, en dus moet een verruiming van de overheidswaarborg kunnen."

“Zonder VIPA komen vooral kleinere vzw’s in de problemen”

Stefan Van Sevecotte is sectorverantwoordelijke verzorgingsinstellingen bij de Broeders van Liefde. “Wij bouwen vaak met VIPA, vooral in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptensector, maar ook in de ouderenzorg. Op dit ogenblik bouwen we een woonzorgcentrum met 104 woongelegenheden in Dendermonde en hebben we ook zorg- en welzijnsprojecten in Zelzate, Woluwe, Brakel en Lummen. Als het kan, kiezen we voor VIPA. De subsidie mag dan misschien niet de volle 60% dekken, het blijft toch een tegemoetkoming die de eigen financiële positie beschermt. Dan kan je de eigen middelen in de exploitatie steken. We zijn vooruitziend en we hebben al berekend wat het zou betekenen als VIPA zou wegvallen. Voor grote voorzieningen zijn er alternatieven denkbaar, maar voor de kleine vzw’s zou het een ramp betekenen. En hoe dan ook zal het zijn weerslag hebben op de kostprijs voor de bewoner of de cliënt”, meent Stefan Van Sevecotte.

“Uit de studie Pacolet blijkt dat een nieuwbouw in de commerciële sector 1.423 euro per vierkante meter kost, met VIPA is dat 1.868 euro. Een verschil van een goede 400 euro dus, maar VIPA draagt zelf wel 900 euro per vierkante meter bij. Er is dus een positief netto-effect. De gebouwen zijn ook duurzamer, wat scheelt in de uiteindelijke exploitatiekosten.”

“Een nadeel is de verplichting van openbare aanbesteding. En dat de subsidie bij nieuwbouw op 100% wordt berekend en bij herconditionering maar op 75%. Dat is totaal achterhaald, onder meer door de energieprestatienormen die herconditionering quasi even duur maken als nieuwbouw, terwijl herconditionering wel duurzamer is.”

“En dan zijn er nog andere verzuchtingen, zoals de extra kosten die verplicht archeologisch onderzoek met zich kunnen meebrengen. In Dendermonde heeft ons dat 160.000 euro gekost. Men heeft er een negentig skeletten van een pestkerkhof uit de 16de eeuw gevonden. In die extra kost komt VIPA niet tussen. Elders is het dan weer stedenbouw die eist dat je een ondergrondse parking bouwt, maar daarvoor geen middelen voorziet. Of als je voorziening toevallig een beschermd gebouw is, dan zit je pas echt in een kluwen, want er is geen afstemming tussen Erfgoed en VIPA. Er is dus zeker verbetering mogelijk, maar ik vrees dat het steeds moeilijker zal worden voor iedereen”, zegt Stefan Van Sevecotte.

FRANK MARCHAND VAN VZW ZORG-SAAM ZUSTERS KINDSHEID JESU

“De markt is niet transparant”

Frank Marchand is algemeen beleidsadviseur en afgevaardigd bestuurder van de vzw Zorg-Saam Zusters Kindsheid Jesu. Hij coördineert alle bouwwerken van de vzw. “Recent hadden we met VIPA de realisatie van wzc Regenboog in Zwijndrecht (270 woongelegenheden) en wzc Sint-Vincentius in Kaprijke (78 woongelegenheden). Op dit ogenblik is er een aanvraag voor een woonzorgcentrum met 240 woongelegenheden in Liedekerke. We hebben ook kleinere projecten van vervangingsnieuwbouw met uitbreiding en assistentiewoningen, maar die doen we zonder tussenkomst van VIPA. Een voorbeeld zijn de werken in wzc Sint-Elisabeth in Eeklo. We kijken per project wat aangewezen en wat haalbaar is binnen het totale masterplan. De grootte van de investering is uiteraard een criterium, maar ook de snelheid en het schaaleffect. Met VIPA zit er dikwijls acht jaar tussen de eerste schets en het effectief in aanbesteding gaan. Dan loop je het risico dat je al een verouderd concept hebt nog voor de bouw goed en wel begonnen is.”

“De wet op de overheidsopdrachten is zeer complex. De meeste betuurders en directies begeleiden maar één of twee keer in hun loopbaan een bouwproject, en hebben daar doorgaans dus weinig ervaring mee. Bovendien zijn de belangen van de aannemers soms erg tegengesteld aan die van de bouwheer. Bij een openbare aanbesteding wint de goedkoopste, maar al te dikwijls zijn er juridische valkuilen en bijkomende werken. De wet is goed, maar de transparantie in de markt ontbreekt. Misschien kan VIPA een actievere rol opnemen in het begeleiden van de voorzieningen?”

“Werken zonder VIPA-middelen? We weten allemaal dat het financieel moeilijk wordt om het huidige beleid aan te houden. Zijn er andere mogelijkheden? Er is in ons land een gigantische som aan spaargeld aanwezig dat tegen een lage rente uitstaat. Met een volkslening kan dat spaargeld gemobiliseerd worden, ook voor investeringen in zorg en welzijn. Het kan de bouw aanzwengelen, de motor van de economie. Daarnaast zullen we ook de woonkost onder de loep moeten nemen. Ouderen die over voldoende middelen beschikken, kunnen hier een stukje meer in bijdragen. Het is niet ideaal, maar ook in de sociale woningbouw zijn er financiële grenzen. Wat zal de verdere regionalisering van de ouderenzorg brengen? Krijgt elke oudere een soort van rugzakje met middelen waaruit hij dan zelf de zorg op maat kan kiezen die hij wil? En zit daar ook het stukje woonfunctie bij?”

“Welke kant het ook uitgaat, een overheidswaarborg is heel belangrijk. De OCMW’s van Hasselt en Gent geven nu wooncertificaten uit, een soort obligaties met een waarborg van de stad. Maar het lijkt mij niet de taak van de gemeente om die waarborg te geven, maar van de hogere overheid. En die overheid mag ook best wat meer initiatief nemen om banken te overtuigen om gemakkelijker krediet te verlenen aan de zorgsector. Er is vandaag een te grote terughoudendheid in de banksector.”

“Allicht moeten we onszelf ook eens bezinnen. We zijn allemaal met een baksteen in de maag geboren. In het buitenland bouwt men niet voor veertig jaar en lukt het met wat minder kwaliteit, wat meer flexibiliteit en een goedkopere prijs. Onze woonzorgcentra hebben een grote waarde als onroerend goed. Maar op een dag neemt de vergrijzing af en wat doen we dan met al die dure gebouwen?”

VZW SAMEN OUDER OPENT SLEUTEL-OP-DE-DEUR-WOONZORGCENTRUM GROOTENBOSCH

Geert Vercauteren en Koen Michiels: "Je kunt VIPA niet zomaar overboord gooien, maar er zijn wel degelijk andere pistes mogelijk.

samen-werking

Van koele minnaars tot enthousiaste bouwheren

Als mensen elkaar vinden, wordt er soms heel veel mogelijk. Zeker als die mensen ook nog eens hun koudwatervrees voor experimenten overwinnen. Zo is in maart in het Waasland het eerste Zorgnet Vlaanderen-woonzorgcentrum geopend dat met een sleutel-op-de-deur-formule werd gebouwd. Voorzitter Koen Michiels en gedelegeerd bestuurder Geert Vercauteren van vzw Samen Ouder zijn een en al enthousiasme.

Maar laten we beginnen bij het begin: het ontstaan van de vzw Samen Ouder. Het idee groeide bij verschillende bestuurders van woonzorgcentra, onder wie Geert Vercauteren, ook stafmedewerker bij de congregatie Zusters Jozefienen, en Koen Michiels, tevens algemeen directeur van AZ Nikolaas.

"Het idee om samen te werken is al drie jaar oud", vertelt Geert Vercauteren. "We waren toen met drie woonzorgcentra – De Ark, Het Hof en Heilig-Hart Tereken. Daarnaast was er één woonzorgcentrum in opstart, wzc Grootenbosch, dat in maart in gebruik genomen werd. Bij de gesprekken over samenwerking waren vier congregaties betrokken. Allemaal wilden we de krachten bundelen in één vzw-structuur, terwijl we tegelijk de eigenheid van de vier woonzorgcentra wilden bewaren. Samenwerking moest er vooral komen op het gebied van administratie, HR, boekhouding, informatica, verzekeringen en andere ondersteunende functies."

"Je moet de krachtenbundeling zien in de tijdsgeest", valt Koen Michiels bij. "De congregaties zijn aan het uitdoven en ze beseffen dat. Ze zijn dus op zoek naar andere vormen van bestuur, zodat hun mooie werk kan worden voortgezet.

Bovendien is samenwerking vandaag absoluut nodig. Je kunt als individueel woonzorgcentrum nauwelijks overleven. Met vier heb je zoveel meer expertise in huis. Daar ligt de ontstaansreden voor de vzw Samenwerkingsverband Ouderenzorg Waasland, kortweg 'Samen Ouder'."

Koele minnaars in het begin

De nieuwe vzw toonde zich meteen heel ambitieus. De plannen voor de bouw van wzc Grootenbosch in Beveren-Waas waren er, maar vzw Samen Ouder koos voor een heel ongebruikelijk experiment. "Wij hebben als eerste niet-commercieel woonzorgcentrum geopteerd voor een sleutel-op-de-deur-formule", zegt Koen Michiels. "Met één aannemer voor het hele proces van *design* tot en met *build*. En zonder gebruik te maken van VIPA-middelen. Op anderhalf jaar stond het gebouw er: de eerste steen werd gelegd in augustus 2011, in maart 2013 zijn we opengegaan. Bijzonder is dat het woonzorgcentrum vlakbij de ziekenhuiscampus van AZ Nikolaas in Beveren werd ingeplant. Het woonzorgcentrum kwam er immers na een legaat aan de vzw Maria Middelares Ouderenzorg (*de officiële bouwheer, nvdr*), een restant van het vroegere ziekenhuis Maria Middelares, dat in 2007 fusioneerde in AZ Nikolaas. Het klinkt wat ingewikkeld, maar de basis voor de financiering lag dus in een legaat. Voor de rest van het bedrag heeft de congregatie een lening gegeven."

vzw Samen Ouder

- wzc De Ark: 105 bewoners + 5 kortverblijf
- wzc Het Hof: 189 bewoners + 42 serviceflats
- wzc Heilig-Hart Tereken: 145 bewoners + 30 serviceflats (vanaf 1/1/2014 + 5 kortverblijf + 10 dagopvang)
- wzc Grootenbosch: 88 bewoners + 7 kortverblijf + 21 serviceflats

"Voor de bouw zijn we in zee gegaan met de nv Ibens uit Antwerpen", zegt Geert Vercauteren. "Die vennootschap is al een tijd actief op de markt van de ouderenzorg, met diverse realisaties in de commerciële sector. Ze kennen de sector goed, al was dit hun eerste social profit project. Maar wij zijn tevreden over de hele lijn, zowel over hun engagement voor de kwaliteit van het gebouw als voor hun engagement naar de zorg die hier moet worden verleend."

"Ja, uiteraard was er in het begin wat scepsis", lacht Koen Michiels. "Heel veel scepsis zelfs. We zijn gestart als koele minnaars, zeg maar. Maar we hebben lange gesprekken gevoerd, ook met de architecten en met het studiebureau, en gaandeweg is het vertrouwen gegroeid. Op geen enkel ogenblik werd dat vertrouwen beschaamd. Er is voortdurend oog geweest voor de bouw én voor de zorg."

Stopcontact verplaatsen

"Het kan dus ook zonder VIPA, in een echt partnerschap. Want ook het budget is doorheen het hele proces voortdurend bewaakt en gerespecteerd. Open en transparant en zonder haarkloverij. Als je met VIPA en dus een openbare aanbesteding bouwt, dan kan je zelfs geen stopcontact verplaatsen zonder hoge extra kosten. Daarvan hebben wij deze keer geen last gehad", zegt Koen Michiels.

"De bouwfirma heeft zich erg geëngageerd getoond", beaamt Geert Vercauteren. "Aannemer en architect bouwden

aan een woonzorgcentrum, niet aan een of ander bedrijfsgebouw. Ze dachten met ons mee om samen de beste zorg te kunnen bieden. Uiteindelijk gaat het om vertrouwen. En ja, het is ook goedkoper bouwen zonder VIPA. Heeft de studie van Pacolet het over 24%? Dat verbaast me niet. VIPA stelt dan ook extra eisen die veel geld kosten. En het systeem van openbare aanbesteding is duur. Koen gaf al het voorbeeld van het stopcontact. Je hebt weinig bewegingsruimte bij een openbare aanbesteding. In deze sleutel-op-de-deur-formule wel. Je hebt één coördinator met wie alles afgesproken wordt en die zich flexibeler kan opstellen. Ook wij hebben aandacht gehad voor duurzaamheid. We zijn verder gegaan dan de Vlaamse normen opleggen, maar met een grotere vrijheid dan met VIPA."

Toch willen beide heren VIPA niet helemaal begraven. "We werken ook samen met VIPA in wzc Heilig-Hart Tereken. Je moet geval per geval bekijken welke pistes voorhanden zijn. Je kunt VIPA niet zomaar overboord gooien. Dat zou voor onoverkomelijke problemen zorgen in de kapitaalstructuur van veel voorzieningen. Maar dat betekent niet dat er niet kan worden bijgestuurd. We moeten durven nadenken over meer effectieve en efficiënte manieren van bouwen en tegelijk de betaalbaarheid voor de bewoner in het oog houden", zegt Geert Vercauteren.

Er beweegt veel

"Of de sector minder koudwatervrees moet hebben om andere formules te ontdekken? Tja, wij zijn natuurlijk een traditionele sector, dat is historisch zo gegroeid. We komen uit een behoudsgezinde traditie, maar vandaag beweegt er heel veel op het terrein", meent Koen Michiels. "Dat zie je ook aan andere initiatieven. In het Waasland bouwen we aan een transmuraal netwerk met AZ Nikolaas, de woonzorgcentra, de thuiszorg... Voorlopig zijn het informele contacten, maar ook hier willen we kijken wat samenwerking kan opleveren voor alle partners. Ik denk in de eerste plaats aan het logistieke en facilitaire domein. We hebben de meerwaarde van samenwerking al ervaren bij de opstart van wzc Grootenbosch, met het ziekenhuis vlakbij. In de schoonmaak, de voeding en voor de toelevering van materialen is nauw samengewerkt in die opstartfase. En dat voel je natuurlijk. Het project is meer 'gedragen', er is meer kennis en knowhow voorhanden, er zijn meer praktische mogelijkheden."

"Ook op het gebied van ziekenhuishygiëne werken we ondertussen samen", zegt Geert Vercauteren. "Thema's als infectiebeheersing, opleidingen diabetes... Op heel wat terreinen kunnen kennis en ervaring worden uitgewisseld. Er zijn immers ook veel transfers van bewoners uit het woonzorgcentrum naar het ziekenhuis en omgekeerd. Hoe beter we samenwerken, hoe beter de kwaliteit van de zorgcontinuïteit."

En er zijn nog meer concrete plannen. "AZ Nikolaas en vzw Samen Ouder hebben samen een vergunning voor de bouw en de exploitatie van een zorghotel van 60 bedden", verklapt Koen Michiels. "Een plek tussen het ziekenhuis, het woonzorgcentrum en de thuiszorg in, waar mensen enkele dagen tot maximum twee maanden kunnen verblijven. Op dit ogenblik zitten we in de voorbereidingsfase. En ook hier willen we alle mogelijkheden bekijken, zonder vooroordelen. We overleggen hierover ook met de thuiszorg, want samen moeten we evolueren naar nieuwe zorgvormen in de regio."

Woonzorgcentrum Grootenbosch ging in maart open als eerste Zorgnet Vlaanderen-wzc dat sleutel-op-de-deur werd gebouwd.

Samen voor een betere toekomst van zorg voor kinderen en jongeren

GGZ

Na de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (artikel 107, weet je wel) volgt nu een grondige hertekening van het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren. Het belooft een moeilijke maar ook boeiende oefening te worden. Zorgnet Vlaanderen neemt het initiatief om in overleg met de sector te wegen op het toekomstscenario. Samen met Gorik Kaesemans, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg, gingen we langs bij Raf Opstaele, directeur van het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Deinze-Eeklo-Gent.

"Uit onderzoek blijkt dat kinderen en jongeren met een GGZ-problematiek niet of onvoldoende geholpen worden in België", steekt Raf Opstaele van wal. "Er is te weinig aanbod, vooral ambulant, maar voor sommige onderdelen ook residentieel. We hebben daarenboven nood aan flexibele zorg voor deze doelgroep. Een zorg die op urgente vragen kan ingaan, binnen het uur als het nodig is, maar ook in crisismomenten paraat staat met snelle hulp en waar nodig ook aanklampend kan werken. De Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) is om advies gevraagd over de reconversie van bedden. Maar die heeft, terecht, een veel breder advies gegeven en heeft zes prioriteiten naar voren geschoven (*zie kader, nvdr*). De federale en de Vlaamse overheid hebben zich over dat advies gebogen op de Interministeriële Conferentie van 10 december 2012. Daar is beslist om een redactiecomité op te richten om een gids te schrijven voor de veranderingen in de GGZ voor kinderen en jongeren (GGZkj). Vergelijk het met de aanpak voor artikel 107, waarvoor ook een gids werd opgesteld. Alleen is de beginsituatie niet vergelijkbaar."

"De veranderingen onder artikel 107 zijn in gang gezet met een herbestemming van bedden, wat enige financiële ruimte gaf. Maar in de GGZ kinderen en jongeren zijn er geen bedden op overschot, veeleer integendeel. Bovendien is er ook het puur Vlaamse verhaal van de Integrale Jeugdhulp, dat een betere hulpverlening nastreeft, ook in de GGZ. Er is dus een zekere overlapping: bij de Integrale Jeugdhulp zijn onder meer de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) betrokken, maar de psychiatrische ziekenhuizen dan weer niet en evenmin de PAAZ'en (psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen), de poliklinieken of de revalidatiecentra. Een goede afstemming zal nodig zijn als we kinderen en jongeren in al hun contexten – thuis, in de vrije tijd, op school... – willen helpen. Ondertussen wordt ook de overheveling van de revalidatiecentra voor kinderen en jongeren van het federale niveau naar Vlaanderen voorbereid", vertelt Raf Opstaele.

"Er zijn dus meerdere bewegingen aan de gang", vult Gorik Kaesemans aan. "Dat is boeiend, maar het stelt ons ook voor grote uitdagingen. Vooral omdat nog niet alle kaarten op tafel liggen. Wat de staatshervorming betreft, weten we bijvoorbeeld nog niet hoe de overgedragen bevoegdheden in Vlaanderen precies vorm zullen krijgen."

Kwetsbare kinderen

Is de Integrale Jeugdhulp een goede zaak voor de GGZ? Raf Opstaele: "Het concept is in elk geval goed. Op vandaag is de zorg voor kinderen en jongeren erg aanbodgericht. Voorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) ontfermen zich over jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen; de geestelijke gezondheidszorg werkt met jongeren met een psychische of psychiatrische problematiek; de Bijzondere Jeugdzorg buigt zich onder meer over jongeren die in problematische opvoedingssituaties verblijven (POS) of een als misdrijf omschreven feit (MOF) hebben gepleegd. Allemaal verschillende termen en diensten om één en dezelfde doelgroep te helpen: kwetsbare kinderen en jongeren, in hun vaak complexe contexten. Het doel van de Integrale Jeugdhulp is om meer met modules te werken en de zorg beter op maat te maken. Vraaggestuurd dus, in plaats van aanbodgestuurd. Op het werkveld is er al een hecht netwerk gegroeid. De samenwerking verloopt in een open sfeer. Nu hebben ook de overheidsstructuren elkaar gevonden: de administraties en de kabinetten. Dat is een positieve evolutie. Een gemiste kans is wel dat gekozen is voor twee soorten gemandateerde voorzieningen die kunnen ingrijpen en aanklampend werken in verontrustende situaties: de vertrouwenscentra voor kindermishandeling en de ondersteuningscentra jeugdzorg. Voor de helderheid had men beter voor één van deze twee voorzieningen gekozen. Maar goed, de Integrale Jeugdhulp is een grote stap in de goede richting. Het decreet moet nog gestemd worden, maar dat is waarschijnlijk een kwestie van weken. Zoals het er nu naar uitziet, zal op 16 september de provincie Oost-Vlaanderen als pilootregio starten met de Integrale Jeugdhulp. De andere regio's volgen dan vanaf 1 januari 2014."

Grote regio's

"Het is fijn om te zien hoe alle betrokkenen uit de bestaande kokers komen", zegt Gorik Kaesemans. "Bij elke verandering is er wel wat weerstand en worden kritische vragen gesteld, maar de evolutie naar zorgprogramma's en zorgnet-

Gorik Kaesemans en Raf Opstaele: "Bij elke verandering is er wel wat weerstand en worden kritische vragen gesteld, maar de evolutie naar zorgprogramma's en zorgnetwerken, gekoppeld aan de veranderingen in de Integrale Jeugdhulp, is positief."

werken, gekoppeld aan de veranderingen in de Integrale Jeugdhulp, is positief. Afstemming tussen alle niveaus en actoren is hierbij het sleutelwoord. Om een en ander mee te sturen, heeft Zorgnet Vlaanderen een tijd geleden de Werkgroep GGZ Kinderen & Jongeren opgericht, met Patrick Cokelaere en Raf Opstaele als voorzitters. Net zoals we gedaan hebben in voorbereiding op artikel 107, zullen we in overleg met het werkveld aanbevelingen doen en mee de lijnen uitstippelen in het redactiecomité dat nu aan de slag gaat. Zorgnet Vlaanderen overkoepelt diverse betrokken voorzieningen, wat ons extra armslag geeft."

De sector geestelijke gezondheidszorg heeft de voorbije maanden met artikel 107 alvast ervaring kunnen opdoen op het vlak van veranderingen, samenwerking en het slopen van muurtjes. Vallen hieruit lessen te leren voor de op til staande veranderingen in de GGZ kinderen en jongeren? Raf Opstaele: "Ik wil ervoor pleiten om de regio's minstens provinciaal af te bakenen, voor bepaalde zorgnoden mag het zelfs nog iets ruimer. De residentiële behandeling van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en een bijkomende GGZ-problematiek hoef je niet in elke stad aan te bieden. Idem dito wat de *infants* betreft, de GGZ voor kindjes van nul tot drie jaar. Het basisaanbod moet wel sterk lokaal ingebed zijn. Aangezien kinderen al in vele maatschappelijke structuren zitten, is er een verschil met de GGZ voor volwassenen: de GGZ voor kinderen en jongeren werkt al langer intensief samen met de andere zorgdomeinen zoals de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Bijzondere Jeugdbijstand, VAPH... Een tweede verschil is dat zorgverlening voor kinderen en jongeren met GGZ-problemen al hoofdzakelijk ambulant, en dus *in* de samenleving gebeurt. De 'vermaatschappelijking' is dus geen nieuwe opgave. Een grote uitdaging wordt wel om het erkende en gefinancierde aanbod te combineren met het poliklinische en private gebeuren. Denk aan de vele private praktijken van psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. We moeten oppassen voor een vermarkting van de zorg en voor een standenzorg. Ook over de financiering van het project blijven er nog vragen. Het 'verdelen van schaarste' is nooit gemakkelijk. Een eerste analyse leert dat met de huidige programmatie 60 à 70% van het benodigde behandelaanbod wordt gerealiseerd. Er moét iets gebeuren. Daarover is iedereen het eens. We kunnen onze kinderen en jongeren niet aan hun lot overlaten, zoals vandaag al te vaak het geval is."

Prioritaire noden GGZ leeftijdsdoelgroep 0-18 jaar (NRZV)

Onderstaande is een samenvatting van de prioriteiten uit het advies van de NRZV.

1. De organisatie van zorgprogramma's en netwerken waar alle GGZ-actoren samen verantwoordelijkheid opnemen voor de uitbouw van een zorgprogramma.
2. De uitbouw van de ambulante zorgverlening, zowel algemeen als gespecialiseerd.
3. De uitbouw van een samenhangend geheel van urgentie-, crisis- en aanklampende assertieve zorg.
4. De residentiële zorgfase is onderdeel van het bredere, individuele zorgtraject van de patiënt en zijn omgeving, in samenwerking met de GGZ-partners om de residentiële capaciteit zeer doelgericht in te zetten.
5. Bijkomende kinderpsychiatrische bedden (K) volledige hospitalisatie zijn mogelijk indien er na uitzuivering van de opgenomen problematieken en de bereikte patiënten in deze bedden geografisch of naar specifieke leeftijdsgroepen nog manifeste lacunes blijven.
6. Een kruispunt met andere kinder- en jeugdzorgdomeinen: ontwikkelen van psychische basiscompetentie door de domeinen zelf met mobiele aanlevering van gespecialiseerde zorg en ondersteuning door de GGZkj en de realisatie van een beperkt aantal intensieve behandelvormen voor ernstige GGZ-problematieken in comorbiditeit of met andere ernstige problemen (handicap, verslaving, delinquentie, gedwongen opname).

Vooraan op de foto Dette Court en David Dol, achteraan (van links naar rechts) Eddy Daems, dr. Olivier Bollen (psychiater A-team Reling Zuid) en dr. Nele Delahaye (psychiater B-team Reling Zuid).

GGZ

Mobiele teams
maken het verschil

Over zowat heel Vlaanderen zijn ondertussen de mobiele teams via artikel 107 actief of in de opstartfase. Een van de vroegste initiatieven was Reling in Limburg. Zowel het mobiel team voor acute en kortdurende zorg als dat voor langdurige psychiatrische zorg aan huis zijn er al een jaar in werking. Wij gingen even langs bij Reling Zuid, actief vanuit Sint-Truiden.

"We zitten goed wat de doelgroepen betreft", zegt netwerkcoördinator David Dol. "In 65% van de gevallen dat het acute of het crisisteam wordt opgeroepen, gaat het om depressie en suïcidaal gedrag. Op het begeleidings- of het langdurige team wordt dan weer vooral een beroep gedaan door iets oudere mensen, vaak met een dubbeldiagnose. In perioden van relatieve gezondheid kunnen die mensen thuisblijven, maar soms is een crisisopvang van drie tot vijf dagen nodig om weer even tot rust te komen. Wij noemen die crisisopvang 'bed op recept'. De thuisbegeleiding kan intensief of 'hoog-geschakeld' zijn met bijna dagelijkse bezoeken, maar ze kan ook 'kortgeschakeld' zijn, met bijvoorbeeld één telefoon

per maand om een vinger aan de pols te houden. De sterkte van het concept bestaat uit die flexibiliteit in het schakelen, met de mogelijkheid van een 'bed op recept' voor crisisopvang."

"De werking met de mobiele teams betekende een aanpassing voor de teamleden", vervolgt David Dol. "Vroeger werkten ze intramuros en in team, nu gaan ze alleen de baan op. Enkel bij een eerste aanmelding of als er wordt ingeschat dat het nodig is, gaat het crisisteam met twee mensen op pad. Er zijn uiteraard teamvergaderingen en briefings, maar toch sta je er in de praktijk dikwijls alleen voor. Dat is een andere beleving."

"Mijn rol als netwerkcoördinator is sterk geëvolueerd", gaat David Dol verder. "Bij de opstart was het een ondersteunende en uitvoerende job, vandaag neem ik veeleer een functie op als procesbegeleider van het netwerk. Dat netwerk moet verder groeien. De betrokken organisaties moeten samen haalbare doelstellingen vooropstellen, met een plan van aanpak en een prioriteitenbepaling. Dat gaat niet vanzelf. De opstart gaf een *boost* bij iedereen, en die moeten we proberen vast te houden. Ja, soms voel je een zekere 'netwerkmoeheid'. Het vergt een inspanning van de organisaties. We hebben het vergadertempo wat lager gezet en ruimte gecreëerd voor inhoudelijke werkgroepen die nieuwe concepten uitdenken. We moeten onszelf wat ademruimte gunnen."

Cijfers in lijn der verwachtingen

Dette Court leidt het mobiel A-team voor Reling Zuid, het team dat instaat voor acute en kortdurende psychiatrische zorg aan huis. "Wij zijn nu precies één jaar bezig", vertelt ze. "We hebben eerst drie weken vorming gehad en procedures opgesteld; in mei 2012 zijn we effectief begonnen. Mei tot november kan je beschouwen als de opstartfase. Sedert november halen we maand na maand de 30 aanmeldingen die de overheid vooropstelt. Of we er ook in slagen om het aantal opnames te verminderen, is moeilijker uit te maken. Daarvoor bestaan nog geen meetinstrumenten. Van sommige patiënten weten we dat ze vroeger geregeld eens opgenomen werden en nu, dankzij het mobiel team, niet meer. Maar andere patiënten hebben geen voorgeschiedenis in de GGZ en dan is het moeilijker om uitspraken te doen. Ik geloof wel dat we preventief werken. Ik heb net de kwartaalcijfers voor de eerste drie maanden van 2013 gemaakt. 33% van onze patiënten heeft depressieve klachten, 32% heeft een suïcidepoging ondernomen of heeft suïcidegedachten en 15% kampt met een psychose of manieën. Die cijfers liggen in de lijn der verwachtingen."

"Qua manier van werken is een mobiel team totaal anders dan intramuros", weet Dette Court. "In de aanvangsfase zijn we altijd met twee medewerkers op pad gegaan, uit veiligheidsoverwegingen, maar ook om onszelf de kans te geven nieuwe vaardigheden aan te leren. Als je er alleen voor staat, moet je goed een situatie kunnen inschatten en de juiste interventie doen. Je moet zelfstandig en accuraat kunnen werken. En je moet heel wat flexibiliteit aan de dag leggen. Je weet vooraf nooit wat er zal gebeuren en er is een grote *turn-over*. Je hebt een soort van 'innerlijke flexibiliteit' nodig om daarmee om te gaan. Uiteraard is ook de verantwoordelijkheid van onze mensen op de baan groter. Al kunnen ze bij twijfel altijd terecht bij een collega of een psychiater. Maar als je 's avonds bij iemand op huisbezoek gaat en je trekt daarna de deur achter je dicht, dan weet je dat je daar iemand alleen laat, zonder nachtverpleegkundige in de buurt. En ja, thuis zit je daar dan weleens verder over na te denken. Je ziet ook schrijnende situaties bij de mensen thuis. Het mobiel team bestaat daarom uit mensen met veel ervaring. We zijn er voor elkaar. Twee keer per dag is er een briefing en we proberen 's middags samen te eten. Die gedeelde momenten zijn belangrijk. Ik geloof dat dit de juiste aanpak is. Natuurlijk kan het altijd beter en daar werken we ook aan. Maar in één jaar hebben we toch al een en ander bereikt."

Positieve balans

Ook teamleider Eddy Daems van het mobiel team voor langdurige psychiatrische zorg aan huis maakt een positieve balans op. "Wij zijn in februari 2012 gestart", zegt hij. "Als ik de oorspronkelijke projectfiche erbij haal, dan stel ik vast dat we de doelgroepen bereiken die we wilden bereiken: mensen met een complexe problematiek die vastlopen op verschillende levensdomeinen. We zien zowel mensen die al jaren gekend zijn in de GGZ als mensen die altijd tussen de mazen van het net glipten of bewust zorg meden. In sommige gevallen gaat het zelfs om zorgwekkende zorgmijders. Met het mobiel team slagen we er beter in om deze mensen te bereiken. De drempel is lager: ze hoeven niet zelf initiatief te nemen, wij kloppen bij hen aan. Meestal op vraag van een huisarts. En als we de eerste keer niet welkom zijn, dan proberen we nog een keer. Tot de deur op een kier staat en we voorzichtig een vertrouwensrelatie kunnen vestigen. Als je volhoudt, dan krijg je na verloop van tijd dikwijls een mandaat om een eindje mee op weg te gaan met de patiënt. Daar kan je het verschil maken met een mobiel team."

"In Sint-Truiden was er de afgelopen tien jaar een team Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie (PZT) actief , maar bij een crisissituatie moet het PZT verwijzen naar een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ (psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuizen, nvdr). Wij kunnen nu de patiënt wel verder begeleiden en/of behandelen in de thuissituatie", gaat Eddy Daems verder. "Bij een crisis zorgen wij voor een 'opschaling' en komt de patiënt op het 'planbord', wat betekent dat het hele team erbij betrokken wordt en dat we een tandje bijsteken. Alleen in nood kiezen we soms voor een tijdelijke opname, maar zelfs dan blijven we de patiënt opvolgen en pleiten we ervoor om zo snel mogelijk terug te keren naar de thuissituatie. Wij blijven de 'rode draad' in de zorg voor de patiënt. En dat appreciëren de mensen. We proberen ook de vicieuze cirkel van 'draaideurpatiënten' die om de zoveel tijd eens opgenomen worden, samen met de patiënt te doorbreken. En dat lukt soms. Op dit ogenblik hebben we een honderdtal patiënten in begeleiding, maar het voorbije jaar hebben we er ook 20 afgerond en terug naar het netwerk verwezen. Je moet je voordeur openstellen, maar ook je achterdeur bewaken en de patiënt loslaten als het moment er rijp voor is. Psychiatrische zorg aan huis is niet vanzelfsprekend. Je ontmoet er de patiënt letterlijk in zijn context. Jij bent zijn gast, hij is de gastheer. De patiënt beslist of het gesprek in de keuken plaatsvindt of bij een koffie in het salon. Je bevindt je als zorgverlener *in* de context van de patiënt, wat iets anders is dan over die context horen praten. Je ziet de woonsituatie, de partner, de buurt... En soms begrijp je beter waarom het verkeerd gaat. Het is verrijkend voor de zorg dat we ook in die momenten kunnen terugvallen op ons netwerk en bijvoorbeeld een beroep kunnen doen op een sociale woningmaatschappij. Dat is een echte meerwaarde, dankzij de mobiele teams en de zorg aan huis."

communi-
catie

Mogelijkheden en valkuilen van zorg 2.0

Dinsdag 12 maart 2013 gaat dan misschien wel de geschiedenis in als de meest sneeuwrijke 12de maart aller tijden, toch liet de 'Wegwijzer sociale media in de zorg' zich niet van de wijs brengen. Van de 240 ingeschrevenen voor deze studiedag wist ongeveer de helft de vele obstakels door afgeschafte treinen en onbeklimbare bruggen te overwinnen. Tot ieders grote verbazing wisten ook alle sprekers Lamot in Mechelen te bereiken en een weinig later dan voorzien nam de studiedag zijn aanvang.

Met deze studiedag wou Zorgnet Vlaanderen een aantal mogelijkheden van sociale media in de zorg in kaart brengen. Zo legde Steven Van Belleghem (B-Conversational) uit hoe je je eigen medewerkers kan inzetten als ambassadeurs van je organisatie (*the conversation company)*, toonde Lucien Engelen (Radboud REshape & Innovation Center, Nederland) hoe nieuwe trends vertaald kunnen worden naar de zorgpraktijk en leerde Lieven Van Nieuwenhuyze (Ehsal Management School en USG People) hoe je via e-rekrutering nieuwe werknemers werft. De inzichten van deze experten in zorg 2.0 en sociale media kregen concreet gestalte in vier goede praktijkvoorbeelden uit de zorg. Het panelgesprek, onder leiding van VRT-nieuwsanker Goedele Wachters, moest helaas in speedtempo beklonken worden. De sneeuw dreigde immers de terugkeer van heel wat deelnemers te bemoeilijken.

Vervolgtraject

Maar niet getreurd. De 'Wegwijzer sociale media in de zorg' vormt een eerste stap in een heus vormingstraject, waarin verder gedebatteerd kan worden over de mogelijkheden en ook de valkuilen van sociale media.

Spreker Lucien Engelen, initiatiefnemer van het Radboud Reshape & Innovatie Center (verbonden aan het UMC Sint Radboud in Nijmegen), nodigt Zorgnet Vlaanderen uit voor een geleid bezoek aan dit centrum waar zorginnovaties na een 'snelkookpan' naar de praktijk worden gebracht. Hij zal er ook een presentatie geven over het gebruik van sociale media in de zorg.

Daarnaast voorziet Zorgnet Vlaanderen workshops. Een zal handelen over e-rekrutering en vormt zo een uitdieping van de presentatie van Lieven Van Nieuwenhuyze. Een andere behandelt het belang van een *social media policy* in de organisatie. Een aantal goede voorbeelden bestaan al en die kunnen uiteraard een inspiratie vormen voor collega's.

Concrete informatie (data en inschrijvingsmodaliteiten) over deze initiatieven volgt binnenkort.

Publicatie

Naar aanleiding van de studiedag bracht Zorgnet Vlaanderen de *Wegwijzer sociale media in de zorg* uit. Daarin vindt u de resultaten van de enquête die Zorgnet Vlaanderen uitvoerde naar het gebruik van sociale media door zijn leden. Het boekje bevat ook reflecties van een aantal communicatie-experten en enkele goede praktijkvoorbeelden uit de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de algemene ziekenhuizen. Deze publicatie vindt u terug op www.zorgnetvlaanderen.be (rubriek publicaties).

Ondanks de hevige sneeuwval werd de studiedag 'Wegwijzer sociale media in de zorg' een succes. Wie er niet bij kon zijn, krijgt een nieuwe kans met workshops en een bezoek aan het Radboud Reshape & Innovatie Center in Nijmegen.

Het debat is geopend

congres 'Together we care'

Minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx wil de financiering van de ziekenhuizen op een andere leest schoeien. De prestatiegeneeskunde moet plaats maken voor een meer globale financiering. Dat zou de betaalbaarheid van de gezondheidszorg moeten vrijwaren. Het debat hierover is de voorbije weken in alle hevigheid losgebarsten.

Het initiatief van minister Onkelinx komt niet uit de lucht gevallen. Al in 2010 pleitte de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voor een grondige bijsturing van het huidige financieringsmodel. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg spreekt zich bij monde van directeur Raf Mertens uit voor een wijziging. Zowel in debat met dr. Moens in Terzake als in diverse krantenartikels verdedigt dr. Mertens het systeem van een meer globale financiering per patiënt. "Patiënten zouden minder overbodige onderzoeken en ingrepen ondergaan", stelt dr. Mertens in De Standaard (DS 13/4), wat de overheid veel geld zou uitsparen. "Maar dat hoeft niet ten koste van de zorg voor patiënten te gaan. Want artsen zullen nog steeds onderzoeken voorschrijven die echt nodig zijn. Alleen al om zich tegen verkeerde diagnoses te beschermen", meent dr. Mertens. En verder: "Met dat argument zullen ze zich ook beschermen tegen de druk van de ziekenhuisdirecties om zo weinig mogelijk onderzoeken of ingrepen uit te voeren."

Ook de rol van de ziekenhuisdirecties staat dus ter discussie. In het verleden zouden ziekenhuizen hun artsen aangespoord hebben om méér onderzoeken te doen, in het nieuwe systeem zouden ze hun artsen weleens kunnen aanzetten om minder onderzoeken te doen. Of artsen zouden zelf geneigd kunnen zijn om het aantal onderzoeken te beperken of om alleen nog patiënten te behandelen met weinig risico op complicaties. Dat is dan ook het grote argument van dr. Marc Moens van de artsenvakbond BVAS, die zich hardnekkig tegen elke verandering blijft kanten. "Als artsen voor een bepaalde aandoening een vast budget krijgen, zullen sommigen geneigd zijn om hun patiënten nauwkeurig te selecteren. Oudere of verzwakte personen vinden dan minder gemakkelijk een behandelend arts. Want bij hen treden sneller complicaties op." (DS 13/3). Of nog: "Met zo'n systeem krijgen patiënten niet langer de beste zorg. Als arts moeten we het met een vast bedrag doen, ook al is elke patiënt verschillend. Zo kun je complexe aandoeningen als borstkanker toch niet behandelen?" (DS 12/4). Dr. Moens dreigt in de beste vakbondstraditie meteen met een staking.

Toch reageren lang niet alle artsen even scherp. Het nieuwe financieringsmodel zou immers ook de al jaren aanslepende discussie over de enorme inkomensverschillen tussen artsen kunnen beslechten. Artsen met veel technische prestaties verdienen al jaren een veelvoud van hun collega's die vooral intellectuele akten stellen. Als de nieuwe financiering leidt tot minder overconsumptie in technische prestaties, dan zal dat vooral die groep artsen treffen die al jaren de grootverdieners zijn. Toch lijkt niemand van dit debat gebruik te willen maken om het inkomen van de artsen ter discussie te stellen.

Ook huisarts en docent huisartsgeneeskunde Thierry Christiaens van UGent laat zich in die zin uit. "Ik ken nogal wat specialisten die vragende partij zijn voor een forfaitaire financiering", zegt dr. Christiaens (DS 15/4). "Natuurlijk mag je geen forfaitaire financiering invoeren zonder veralgemeende en transparante kwaliteitscontrole. Maar ik zie weinig gevaar voor onderconsumptie. Geen arts zal het risico lopen een behandeling of diagnose te weinig te stellen." En op de vraag of de artsen dan niet minder zullen verdienen, antwoordt dr. Christiaens: "Alleen wie aan overconsumptie doet. Natuurlijk moet de forfaitaire vergoeding voldoende groot zijn."(Zie hierover ook de blog van Zorgnet Vlaanderen 'Vacature voor ziekenhuismanager', www.zorgblog.be). Voor Zorgnet Vlaanderen is het debat over nieuwe financieringsmodellen overigens geen zwart-witverhaal. Een totaal geforfaitariseerd systeem, dat geen rekening zou houden met inzet en activiteit is niet aan de orde. We moeten zoeken naar meer globale, geïntegreerde modellen die een antwoord bieden op nieuwe uitdagingen (chronische zorg, multimorbiditeit, superspecialisatie...) en goede zorg belonen.

Together we care

De financiering van de ziekenhuizen is ook een van de thema's op het ziekenhuiscongres 'Together we care' van Zorgnet Vlaanderen op 30 en 31 mei in Gent. Op vrijdagvoormiddag 31 mei worden verschillende modellen voorgesteld, met daaropvolgend een debat met Ri De Ridder (RIZIV), Marc Moens (BVAS), Guy Peeters (Socialistische mutualiteiten) en Dirk Ramaekers (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen).
Voor informatie en inschrijvingen: www.togetherwecare.be.

DAG VAN DE ZORG BEVESTIGT MET 2DE EDITIE

Deelnemers heel tevreden over hun Dag van de Zorg

beeld-
vorming

Zondag 17 maart vond de 2de editie van de Dag van de Zorg plaats. Ook veel leden van Zorgnet Vlaanderen zetten hun deuren open voor het publiek en werkten actief mee aan een positieve beeldvorming van de sector. De vacaturestanden kenden veel belangstelling, er werden vrijwilligers gerekruteerd en mensen werden wegwijs gemaakt. Zorgnet Vlaanderen zelf organiseerde naar aanleiding van Dag van de Zorg samen met Radio 2 een enquête, die heel wat positieve weerklank kreeg in de pers. Ondertussen komt de voorbereiding voor de 3de Dag van de Zorg op 16 maart 2014 op gang.

Zo'n 180 organisaties namen deel aan de 2de Dag van de Zorg. Ziekenhuizen, woonzorgcentra, revalidatiecentra, psychiatrische ziekenhuizen en andere zorg- en welzijnsorganisaties verwelkomden vele tienduizenden bezoekers. Net als vorig jaar toonden de bezoekers zich erg geïnteresseerd. De deelnemers waren dan ook erg tevreden met het resultaat, zo blijkt uit de grondige evaluatie achteraf.

98,72% van de deelnemers zegt tevreden te zijn over zijn deelname aan Dag van de Zorg. 97,06% raadt collega's aan om ook eens deel te nemen.

De meeste organisaties hadden vooraf duidelijke doelstellingen naar voren geschoven voor hun deelname. De top-5 van de doelstellingen waren: sollicitanten en medewerkers aantrekken, naambekendheid en imago versterken, mensen wegwijs maken in het aanbod en informeren, werken aan een positieve beeldvorming voor de sector en een goed contact met 'klanten' (patiënten, cliënten, bewoners) en potentiële klanten. Na evaluatie zegt 89% van de deelnemende organisaties de vooropgestelde doelstellingen ook effectief behaald te hebben.

Nog enkele cijfers uit de evaluatie: 85% van de deelnemers is positief in de media gekomen naar aanleiding van Dag van de Zorg; 85% was tevreden over het aantal bezoekers in de eigen voorziening.

Wat de verhouding prijs/kwaliteit betreft, toont 80,88% van de deelnemers zich tevreden. En ook heel belangrijk: 94,52% van de deelnemers is ervan overtuigd dat deelnemen aan Dag van de Zorg voor een positieve en enthousiaste sfeer heeft gezorgd bij de medewerkers in de eigen organisatie.

Alles in aanmerking genomen, geven de deelnemende organisaties de 2de editie van de Dag van de Zorg een hoge score van gemiddeld 8 op 10.

Enquête

Als koepelorganisatie wilde ook Zorgnet Vlaanderen zijn steentje bijdragen aan Dag van de Zorg. Samen met Radio 2 organiseerde Zorgnet Vlaanderen een enquête over jongeren en de ouderenzorg. Opvallend: jongeren staan over het algemeen open voor ouderenzorg en hebben een positief beeld van de zorgsector.

Bijna de helft van de ondervraagde jongeren tussen 15 en 25 jaar wil later zijn hulpbehoevende ouders in huis opnemen. 1 op de 3 respondenten vindt een job in de zorgsector aantrekkelijk.

Bijna de helft (48%) van de jongeren tussen 15 en 25 wil zijn hulpbehoevende ouders thuis opnemen. Vrouwen blijken over het algemeen sneller bereid om de hulpbehoevende ouders thuis op te nemen dan mannen. Mannen zijn eerder bereid om geld te geven, zodat anderen voor hun ouders kunnen zorgen (33% tegenover 22% van de vrouwen).

Hoe ouder de ondervraagden, of hoe hoger opgeleid, hoe minder ze geneigd zijn om hun hulpbehoevende ouders thuis op te nemen.

40% van de respondenten met een universitair opleidingsniveau willen geld geven zodat anderen voor hun ouders kunnen zorgen. Bij de lager opgeleiden en niet-universitair opgeleiden is dat maar 30%. Bij de middelbaar opgeleiden zelfs maar 23%.

Ongeveer 1 op de 5 van de 15 tot 25-jarigen (18,6%) denkt vaak tot regelmatig aan wie later voor zijn hulpbehoevende ouders zal zorgen.

Een kwart van alle ondervraagden had in de afgelopen twee jaar een woonzorgcentrum bezocht. Daarvan had 3 op de 4 (77%) een goede tot heel goede indruk van de daar verleende zorg.

Wat de beeldvorming betreft: 1 op de 3 van de jongeren vindt een beroep in de zorg heel aantrekkelijk tot aantrekkelijk. 66% van wie een zorgberoep uitoefent in de zorgsector doet dat 'omdat ik graag zorg voor mensen'. Het tweede antwoord 'omdat ik zeker werk heb' (24%), wordt in de meerderheid door mannen aangegeven. 87% is nog steeds tevreden over zijn keuze voor een zorgberoep of zorgstudie. Als grote troeven van het zorgberoep worden 'menselijk contact' en 'voldoening' aangehaald.

Van alle ondervraagden die de laatste twee jaar een woonzorgcentrum bezocht hebben, heeft 3 op de 4 (77%) een goede tot heel goede indruk van de zorg in een woonzorgcentrum.

De enquête is uitgevoerd door studiebureau Bing research in opdracht van Radio 2 en Zorgnet Vlaanderen. Het algemeen uitganspunt was: hoe staan jongeren tegenover zorg (ouderenzorg, zorg voor jonge kinderen en zorgberoepen). 715 respondenten tussen 15 en 45 jaar hebben eind januari 2013 deze online bevraging ingevuld.

Dag van de Zorg 2014

Nu al staat vast dat er ook een 3de Dag van de Zorg komt, met name op zondag 16 maart 2014. Zorgnet Vlaanderen wil als een van de vaste partners van Dag van de Zorg opnieuw sterk aanwezig zijn op die dag. Meer informatie vindt u alvast op www.dagvandezorg.be of bel 09 224 06 84.

dag v/d zorg

"Veel voldoening gehaald uit deze dag"

Enkele citaten uit de evaluatieformulieren van de deelnemers aan Dag van de Zorg 2013.

"Zeer tevreden over Dag van de Zorg! De voorbereiding was wel veel werk, maar het was het allemaal waard! Voor deze dag gingen we een samenwerking aan met Kinderopvang De Paddestoel, Woonzorgcentrum De Oever en Kerckstede vzw. Vier verschillende organisaties die de handen in elkaar geslagen hebben om er een boeiende dag van te maken voor de bezoekers. Er werd zelfs busvervoer voorzien tussen de vier locaties. Deze samenwerking zullen we ongetwijfeld verderzetten in de toekomst."
Lokaal DC 't Scharnier in Staden

"Mensen vinden het leuk om de voorziening volledig te zien en niet enkel aan de buitenkant te kennen. Kandidaat-bewoners en familieleden mengen zich onder de bewoners en beginnen te praten. Medewerkers laten graag zien hoe zij zich elke dag inzetten."
Wzc Sint-Eligius Lochristi

"Dag van de Zorg heeft de verbondenheid tussen de medewerkers versterkt."
Revalidatiecentrum Inghelburch Brugge

"Er was een groot engagement van de deelnemers, een samenhorigheidsgevoel en een fierheid op de organisatie."
Sint-Trudo ziekenhuis Sint-Truiden

"Ook de medewerkers hebben veel voldoening gehaald uit deze dag."
Vzw Sint-Vincentius Lendelede

"Ondanks dat we een kleinschalige voorziening zijn en enkel erkend als dagcentrum, slaagden we er toch in om een inhoudelijk interessant en speels parcours uit te werken: het stimuleerde sterk de creativiteit bij de medewerkers."
Omega vzw in Wetteren

MIEKE DE RUYTER, VAKCOÖRDINATOR VERPLEEGKUNDE EN VERPLEEGKUNDIGE OP DE REHABILITATIEAFDELING IN PZ ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE

“Een patiënt verwacht steun en eerlijkheid”

moment-opname

“In ons ziekenhuis heeft elke specialiteit, van psychologen tot maatschappelijk werkers, een vakgroep. Sinds januari ben ik vakcoördinator van het departement verpleegkunde. Elke maand komen we een uurtje samen met een groep enthousiaste verpleegkundigen om onze expertise te delen en de vinger aan de pols te houden van ons werkveld. Ik probeer om van elke kliniek – verslaafdenzorg, psychosenzorg, persoonlijkheidsstoornissen, ouderenpsychiatrie... – van het ziekenhuis minstens één verpleegkundige in de vakgroep te krijgen.

De vakgroep verpleegkunde bestaat al een tijd. Het is iets waarin ik altijd erg geloofd heb. Vanuit die interesse en na enkele gesprekken met mijn diensthoofd heb ik gesolliciteerd voor de job. Ik had echt het gevoel: ‘hiervoor wil ik gaan’. Mijn sollicitatie bij de directie heb ik heel goed voorbereid, ik had ook al een aantal projecten uitgewerkt die ik met de vakgroep wou realiseren. Nu ik coördinator ben, ben ik nog altijd even enthousiast. Het is maar acht uur per week, de andere dagen werk ik op de rehabilitatieafdeling, maar voor mij is dat elke week opnieuw een zalige dag.

Een van de projecten die ik uitgewerkt had, was een themanamiddag over het correct toedienen van depotmedicatie (medicatie die wordt geïnjecteerd, nvdr). Ook een correcte overdracht, concreet en relevant, is een thema dat ik binnen de vakgroep wil behandelen.

Dit is mijn dertiende jaar in het PZ Onze-Lieve-Vrouw. Daarvoor heb ik drie jaar op een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis gewerkt in Antwerpen. Hier ben ik gestart als nachtverpleegkundige. Zeven jaar heb ik de nachtdienst gedaan op de behandelafdeling voor personen met een verslavingsproblematiek. Sinds november 2011 werk ik dagdiensten op de afdeling rehabilitatie. Dat is van bij de opstart van die afdeling.

Ik heb voor de zorg gekozen omdat ik mensen met een hulpvraag wou bijstaan. Mijn keuze voor de psychiatrie is ingegeven door interesse voor het onbekende en door nieuwsgierigheid naar de diepere dimensie die ik toch ervaar in de omgang met personen die psychisch lijden.

Wat me na al die jaren vooral is bijgebleven, is dat wat voor ons evident lijkt, dat voor psychiatrische patiënten vaak helemaal niet is. Zoals opnieuw de stap zetten naar de maatschappij na een opname. Dat is absoluut niet evident. Het is van groot belang dat een dergelijk individueel traject begeleid wordt met een multidisciplinair team.

Ik maak zelf deel uit van zo’n team. Ik werk samen met andere verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, een ergotherapeut en de afdelingscoördinator.

De voorbije jaren heb ik duidelijk gemerkt dat er steeds meer sprake is van maatwerk in de psychiatrie, in functie van de patiënt. De maatschappij kijkt ook anders naar de psychiatrie dan vroeger. Ik heb de indruk dat de sector toch iets toegankelijker is geworden. Er hangt nog altijd een waas van schaamte over psychische problemen, maar het verbetert langzaam aan.

In mijn omgang met de patiënten probeer ik steeds in hun referentiekader te stappen. Ik probeer te begrijpen wat hun knelpunten zijn. Patiënten benader ik altijd heel onbevangen. Voeling krijgen met de lijdensdruk van een patiënt is niet gemakkelijk. Maar het laat je wel toe om hem beter te helpen en een rol van betekenis te spelen. Heel belangrijk daarbij zijn nabijheid, steun, openheid, eerlijkheid en geruststelling. Dat is wat de meeste patiënten verwachten van een verpleegkundige.”

STUDIEVOORMIDDAG ONDERWIJS, ONDERZOEK EN WERKVELD
MAANDAG 3 JUNI

De passie van een driehoeksverhouding

Datum:
maandag 3 juni
9u30-13u15

Adres:
Lombardstraat 69, Brussel

Maandag 3 juni organiseert Zorgnet Vlaanderen i.s.m. het Platform Wetenschap & Praktijk een studievoormiddag in het Brussels Parlement met als thema: 'De passie van een driehoeksverhouding. Naar een totaalproces van kennisdeling in de verpleegkunde tussen onderwijs, onderzoek en werkveld.'

Kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van zorg zijn van essentieel belang voor een degelijke zorg. Hiervoor moet de verleende zorg zo goed mogelijk aansluiten bij de hedendaagse inzichten en een adequaat antwoord geven op concrete zorgvragen. Onderzoek in de gezondheidszorg genereert deze nieuwe inzichten en innovatieve benaderingswijzen. Toch blijkt dat nog te vaak zorg wordt verleend vanuit traditie en gewoontes. Er is een kloof tussen wetenschap en praktijk.

Om die kloof te overbruggen, is interactie nodig tussen wetenschap en praktijk. Naast deze twee polen is er nog een belangrijk aandachtsveld: het onderwijs. Hier wordt de zorgverstrekker tijdens zijn opleiding ondergedompeld in een bad van kennis, vaardigheden, attitudes en inzichten. Hier ligt de basis van zijn of haar handelen. Maar evengoed bepaalt de opleiding hoe en óf een zorgverstrekker nieuwe inzichten zal integreren in de dagelijkse zorgpraktijk.

We kunnen dan ook spreken van een driehoeksverhouding tussen onderwijs, onderzoek en werkveld. Zij vormen samen drie dimensies in het proces van kennisdeling. Een goede samenwerking kan leiden tot een vlottere kennisoverdracht en kennisdeling in de zorg.

Meer info op www.zorgnetvlaanderen.be (Onze opleidingen)

Programma

9u30 **Onthaal**

10u **Inleiding**
Peter Degadt – gedelegeerd bestuurder Zorgnet Vlaanderen

10u15 **De verleiding door het ONDERWIJS**
Lon Holtzer – coördinator Gezondheidszorg Associatie KU Leuven

10u30 **Het ONDERZOEKende voorspel**
Drs. Jef Adriaenssens – Coördinator Platform Wetenschap & Praktijk

10u45 **De gepassioneerde actie in het WERKVELD**
Herman Van der Mussele – Beleidsverantwoordelijke Strategie & Zorg GZA

11u00 **De driehoeksverhouding in woord en beeld – panelgesprek met een selectie van goede praktijken**
- *Patricia Claessens* - Opleidingscoördinator Verpleegkunde Arteveldehogeschool
- *Eddy Deproost* - Directeur patiëntenzorg Kliniek Sint-Jozef Pittem
- *Laurent Kosten* - Studiegebiedverantwoordelijke verpleegkunde VVKSO–HBO5
- *Anita Jorens* - Departementshoofd Gezondheidszorg Karel de Grote Hogeschool

Moderator: Nico De fauw, stafmedewerker Zorgnet Vlaanderen

11u30 **Kennisdeling (in de verpleegkunde) als hefboom voor toekomstige zorg**
Luc Van Gorp – voorzitter Zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen' Flanders' Care

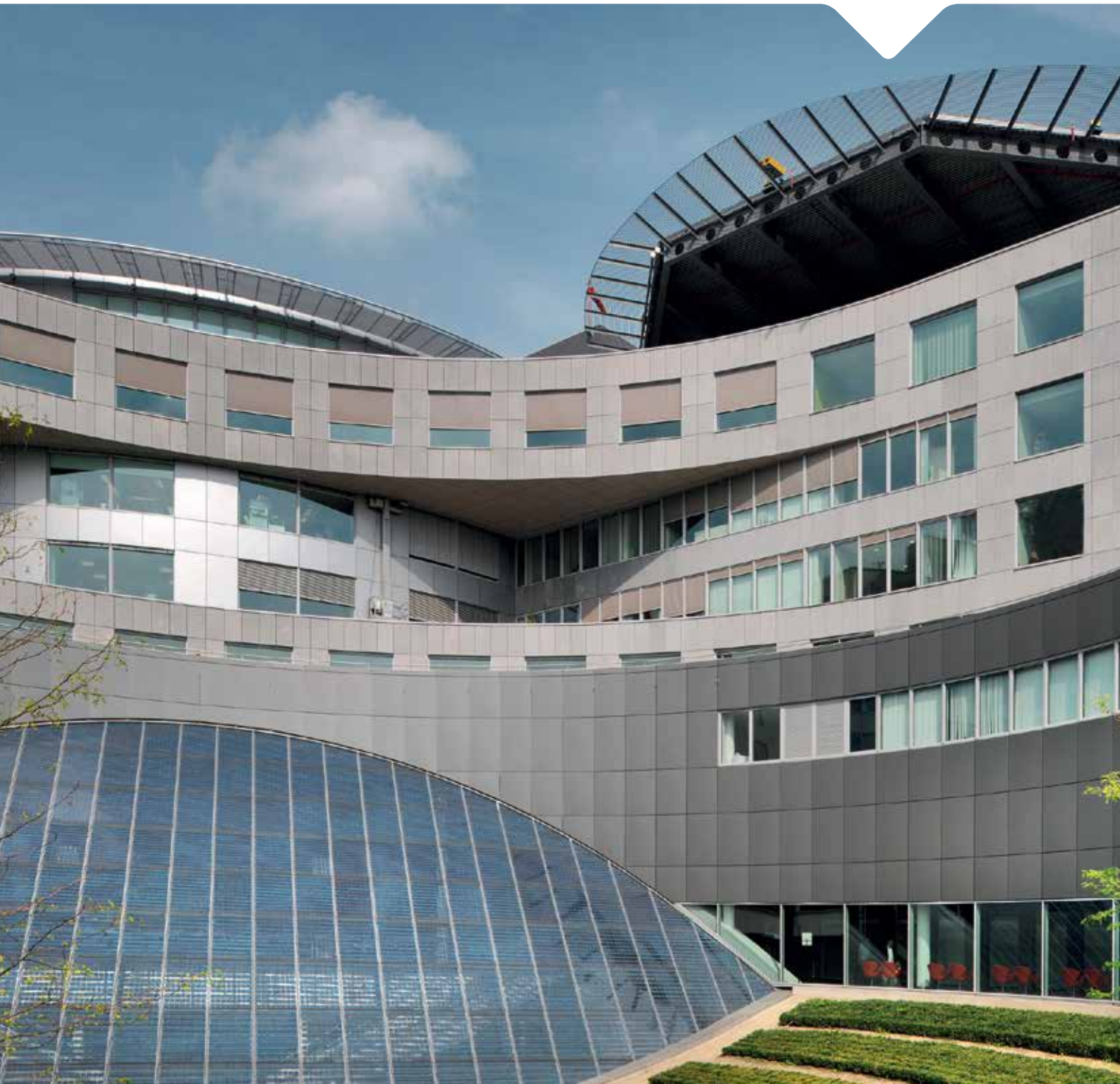
11u50 **Hoe brengen we het vuur van de passie over?**
Call for action
Drs. Jef Adriaenssens – Coördinator Platform Wetenschap & Praktijk

12u10 **Netwerkmoment en broodjeslunch**

13u15 **Einde**

KBC
Bank &
Verzekering

Een ziekenhuis moet vooral een gezond huis zijn …

Een ziekenhuis is een plek waar mensen samenkomen. In goede en slechte tijden. Het mag dus best meer zijn dan enkel een huis voor zieken. Want gezondheid draait niet alleen om koude, rationele technologie, maar ook om warmte, zorg en vooral … mensen. Een filosofie waar KBC zich als sector-specialist perfect in kan vinden. Maar waar we ook de prijs van kennen. Daarom denken we graag mee met de sector over alle aspecten die van een ziekenhuis een gezond huis maken.

KBC. Wij spreken uw taal.