Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 6 nr. 41 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

ZORG WIJZER

41 | Magazine | Januari 2014

Staatshervorming als hefboom voor nieuw beleid

Dubbelinterview met Karine Moykens en Dirk Dewolf

zorgnet VLAANDEREN

14 Nieuwe bestuursploeg Zorgnet Vlaanderen
16 Kinderen en jongeren verdienen alle kansen
26 Het goede zit in elk van onze medewerkers

41

03 Editoriaal

04 Korte berichten

06 Karine Moykens en Dirk Dewolf - "Staatshervorming als hefboom voor nieuw beleid"

12 Prof. Kristof Eeckloo - "Raad van bestuur cruciaal voor kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis"

14 Dr. Etienne Wauters - "Ik reik de hand naar al onze partners"

16 Isabel Moens en Ann Moens - "Kinderen en jongeren verdienen alle kansen"

19 André Verdegem - De draaischijffunctie van de Centra voor Leerlingenbegeleiding

21 Kris Peeters - Samenwerking tussen zorgsectoren en ondernemingen

24 Ziekenhuizen zetten nieuwe stap kwaliteitsbeleid

26 Bart Depelchin - "Het goede zit in elk van onze medewerkers"

28 AZ Groeninge - Voorbereiding en impact JCI-accreditering

30 Terugblik slotevent 75 jaar Zorgnet Vlaanderen

Colofon

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

Redactie & coördinatie:
Filip Decruynaere, Lieve Dhaene,
Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Peter De Schryver, Patrick Holderbeke, Johan Martens, Mieke Vasseur

© Zorgnet Vlaanderen

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 25 februari 2014.

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.

EDITORIAAL

Het klappen van de zweep

2014 wordt een cruciaal jaar voor de gezondheidszorg in ons land. Op zondag 25 mei vindt de 'moeder aller verkiezingen' plaats. Zowel op federaal en Europees vlak als op Vlaams niveau wachten de beleidsverantwoordelijken grote uitdagingen.

Op federaal niveau is er onder meer de aangekondigde herziening van de ziekenhuisfinanciering. Vriend en vijand zijn het er ondertussen over eens dat een ingrijpende hervorming nodig is. De nieuwe financiering moet de samenwerking, zowel binnen de ziekenhuizen als tussen de ziekenhuizen en de andere zorgverstrekkers, stimuleren. Tegelijk moet ze enerzijds de perverse mechanismen die vandaag tot overconsumptie leiden zo goed als mogelijk uitsluiten, en moet ze anderzijds een oplossing vinden voor de onderfinanciering van de personeelskost. Een sterke federale minister van Volksgezondheid kan hier het verschil maken. Ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zijn de verwachtingen hooggespannen.

Op het Vlaamse niveau wenkt de uitvoering van de zesde staatshervorming, die grote delen van de gezondheidszorg onder Vlaamse bevoegdheid brengt. Dat zal vooral in de ouderenzorg voor een omwenteling zorgen. Maar ook de revalidatiesector, de ziekenhuisnormering, de organisatie van de eerstelijnszorg en de volledige financiering van de ziekenhuisinfrastructuur worden Vlaamse bevoegdheden. En met de bevoegdheden komt ook het personeel over van het federale naar het Vlaamse niveau. Om alles keurig voor te bereiden, heeft de Vlaamse overheid nog minder dan één jaar tijd. Op 1 januari 2015 krijgt ze immers de volle verantwoordelijkheid over haar nieuwe bevoegdheden, ook financieel.

Het zal dus snel moeten gaan. Toch is een goede voorbereiding van het allergrootste belang. Niet zozeer omdat het over veel centen gaat – in de ouderenzorg komt er meer dan 2 miljard euro over – maar eerst en vooral omdat het over *mensen* gaat. Over kwetsbare mensen bovendien, met wie niet mag worden gesold. Bovendien biedt de staatshervorming een unieke kans om de organisatie van de gezondheids- en de welzijnszorg eens kritisch door te lichten en structureel bij te sturen. Dat momentum mag niet verloren gaan, ook niet onder tijdsdruk.

In die context krijgt ook de Vlaamse administratie een grote verantwoordelijkheid. Zij moet ervoor zorgen dat de overdracht van bevoegdheden rimpelloos verloopt en dat de nieuwe Vlaamse regering alle data, scenario's en documentatie heeft om snel en met grote kennis van zaken belangrijke knopen door te hakken. Zij start niet vanaf nul. Het groenboek is er. Een heel waardevol werkstuk, maar daarmee is de kous niet af. Dat is nog maar het begin.

Net nu zijn er twee belangrijke wijzigingen aan de top van de Vlaamse administratie. Marc Morris en Chris Vander Auwera gingen met pensioen. We danken beiden voor de aangename samenwerking. Marc en Chris werden op 1 januari 2014 opgevolgd door respectievelijk Karine Moykens en Dirk Dewolf, die allebei uit het kabinet van minister Jo Vandeurzen komen. Zij kennen dus het klappen van de zweep en dat zal nodig zijn.

Samen met andere actoren uit het middenveld, zoals de collega's van de thuiszorg, de eerstelijn, de andere zorgverstrekkers, het Vlaams patiëntenplatform, de mutualiteiten en de andere koepels wil Zorgnet Vlaanderen een betrouwbare partner zijn in het overleg.

Het is ongetwijfeld de verdienste van minister Vandeurzen dit overleg nieuw leven te hebben ingeblazen. Wij willen helpen om het nieuwe Vlaams verhaal vorm te geven, conform onze uitgangspunten: betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg voor alle cliënten en patiënten.

Laat ons dus optimistisch het nieuwe jaar tegemoet zien. De uitdagingen zijn groot, maar dat zijn ook de opportuniteiten. Het komt er nu op aan om de kansen te grijpen en om in te zetten op een goed en billijk beleid voor de mensen, met een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren onder ons.

Ik wens u allen, uw familie en vrienden een heel mooi, spannend en gezond 2014 toe.

Peter Degadt / Gedelegeerd bestuurder

Beurs “50 tinten goede zorg”

Op 3 april 2014 gaat de beurs “Vijftig tinten goede zorg” door, een initiatief van de Werkgroep Bezieling en Kwaliteitszorg en de Vormingswerkgroep van Caritas West-Vlaanderen. Organisaties in de ouderenzorg kunnen er hun innoverende projecten voorstellen.

Uit tevredenheidsonderzoeken blijkt immers hoeveel talent en creativiteit er in de sector is en hoeveel unieke en vernieuwende projecten er bestaan in de woonzorgcentra. Op de beurs, waar ze in de kijker staan, vormen ze een uitstekende inspiratiebron voor alle collega’s.

36 verschillende organisaties dienden tot nu toe samen 53 projecten in. Van fietsen met bewoners tot meetinstrumenten in de zorg, van muziektherapie tot flexibel roosteren en mannenactiviteiten. Ook Zorgnet Vlaanderen zal aanwezig zijn met een stand.

Alle zorgmedewerkers die werken in de Vlaamse woonzorgcentra en docenten ouderenzorg zijn welkom op het domein Groenhove in Torhout. Meer informatie vindt u op www.zorgetvlaanderen.be, rubriek ‘events’

Zorgethisch lab: ervaren en begrijpen

Eind vorig jaar opende vzw sTimuli een nieuw zorgethisch lab. Daarin kunnen hulpverleners aan den lijve ondervinden hoe het is om een zorgbehoevende patiënt te zijn. Na het pilootproject in Moorsele in 2008 is dat het tweede lab dat inleefsessies organiseert voor de ouderenzorg. Het gaat door in de gebouwen van het PVT Andreas in het centrum van Lubbeek en krijgt medewerking van Familiehulp, het UZ Leuven, KH Leuven, KH Limburg en het Leuvense Sint-Franciscusinstituut.

Dokters, verpleeg- en zorgkundigen, managers en afdelingshoofden van ziekenhuizen krijgen tijdens de inleefsessies van twee dagen en een nacht de kans om te beleven wat een patiënt ervaart als hij gewassen wordt, eten krijgt, in de tillift hangt... Studenten staan, mits een minimale begeleiding van docenten, in voor de verzorging. Op het einde krijgt iedereen een feedbacksessie en ethische reflectie en na 6 tot 8 weken volgt er een terugkomsessie over het gebruik van hun ervaringen in de dagelijkse praktijk.

Goede zorg is meer dan theorie. In een zorgethisch lab leren de huidige en toekomstige zorgverleners hoe ze met patiënten moeten omgaan. Ze doen inspiratie op en leren wat wel en niet aangenaam is. Het uiteindelijke doel is om tot een betere meer kwaliteitsvolle en waardigheidsondersteunende zorg te komen.

Studiedag over ethische afwegingen bij de fixatie van ouderen

Verpleegkundigen zijn intensief betrokken in de zorg voor (kwetsbare) ouderen. Ze worden regelmatig geconfronteerd met ethische problemen zoals het al dan niet gebruiken van fysieke fixatie. Zulke beslissingen liggen gevoelig, ze houden immers verband met onze opvattingen over goede zorg en menselijke waardigheid.

Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap en het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven hebben de voorbije vijf jaar een grootschalig onderzoek uitgevoerd naar het ethisch denken en handelen van verpleegkundigen in situaties van fysieke fixatie. Ook leden van Zorgnet Vlaanderen werkten eraan mee. Tijdens een workshop zullen de onderzoekers de belangrijkste resultaten van de studie bekend maken en vanuit een ethisch perspectief toelichten.

Prof. Bernadette Dierckx de Casterlé (KU Leuven) legt de probleemstelling en de gevolgde methodologie van het onderzoek uit. Vervolgens presenteert Dr. Sabine Goethals (KU Leuven) de resultaten van de studie. Ten slotte besteedt prof. Chris Gastmans (KU Leuven – Zorgnet Vlaanderen) aandacht aan de ethische betekenis van de verpleegkundige besluitvorming inzake fysieke fixatie.

De workshop is bedoeld voor verpleegkundigen en artsen, directies en leden van raden van bestuur, leden van commissies voor ethiek, ethici en pastores.

De studiedag gaat door op maandag 28 april 2014 in het Provinciehuis Vlaams-Brabant in Leuven.

Meer informatie over programma en inschrijving op www.zorgnetvlaanderen.be, rubriek "onze opleidingen"

Dirk Dewolf: "De term civil servants vind ik trouwens correcter dan de term ambtenaren, die louter de functie benadrukt en geen oog heeft voor de waardevolle, maatschappelijke dienstverlening."

DUBBELINTERVIEW SECRETARIS-GENERAAL KARINE MOYKENS
EN ADMINISTRATEUR-GENERAAL DIRK DEWOLF

“Staatshervorming als hefboom voor nieuw beleid”

Een nieuw jaar, een nieuw begin. Dat geldt zeker voor Karine Moykens en dr. Dirk Dewolf, tot eind december respectievelijk kabinetschef en adjunct-kabinetschef van minister Jo Vandeurzen. Karine Moykens is sinds 1 januari secretaris-generaal van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG), Dirk Dewolf administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Allebei zullen ze de komende maanden en jaren onder meer een belangrijke rol spelen in de uitvoering van de zesde staatshervorming, die de rode draad doorheen dit dubbelinterview vormt.

Laat ons beginnen met wat duidelijkheid te scheppen: wat doet het departement, wat is de taak van het agentschap en hoe verhouden die twee zich tegenover elkaar?

Karine Moykens: Elk beleidsdomein van de Vlaamse overheid heeft een departement, dat het bindmiddel vormt tussen de verschillende agentschappen. De kernopdracht van het departement is het beleid voorbereiden en evalueren. Het departement heeft daarvoor rechtstreeks contact met de minister en het kabinet. Het bereidt bijvoorbeeld de beleidsnota voor. Het doet dat uiteraard niet alleen, maar in overleg met de agentschappen. Het departement coördineert vooral. Een andere kernopdracht is het management van de agentschappen ondersteunen. Als een agentschap juridisch advies of ondersteuning nodig heeft voor de voorbereiding van een wettekst, dan kan het departement daarvoor zorgen.

Dirk Dewolf: Het Agentschap Zorg en Gezondheid is veeleer operationeel actief en dat op enkele specifieke terreinen: de ouderenzorg en de gezinszorg, de ziekenhuiszorg, de zorgverzekering, het toezicht op de volksgezondheid, de preventie en bepaalde aspecten van de eerste lijn. Het agentschap zorgt ook voor de verwerking van allerlei data: de sterfte- en geboortecijfers, de oorzaken die mensen ziek maken... Op basis van die gegevens kunnen we het beleid sturen. Er komt een groot pakket nieuwe bevoegdheden naar Vlaanderen. We zullen moeten bekijken of onze structuren voldoende aangepast zijn om dat op te vangen. In elk geval moeten we meer dan vroeger nauwer samenwerken. Met het departement, maar ook met andere agentschappen zoals het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en Kind & Gezin. Als we willen uitgaan van een persoonsgerichte zorg, moeten we de verkokering actief bestrijden.

Karine Moykens: De staatshervorming wordt de hefboom voor een nieuw beleid. Zo moet de ouderenzorg een nieuw financieringsmodel krijgen met een aangepaste structuur. Het departement kan zijn expertise, waaronder die van het Kenniscentrum, ter beschikking stellen om die nieuwe visie te ontwikkelen. Een mooi voorbeeld daarvan is het hulpmiddelenbeleid, dat erg verspreid en leeftijdsafhankelijk was. Nu komen we tot één beleid, gecoördineerd door het departement, maar met de agentschappen als uitvoerende entiteiten. Voor de volledigheid: ook het departement zelf omvat twee uitvoerende entiteiten, met name het VIPA en de afdeling Welzijn en Samenleving.

Dirk Dewolf: Kennisdeling is belangrijk. Je kan niet alles strak afbakenen. Vanuit de agentschappen bieden we expertise aan het departement en vice versa. Een goede verstandhouding is cruciaal.

Karine Moykens: Dat geldt ook voor de samenwerking met andere domeinen: wonen, onderwijs, werk, ruimtelijke ordening.. Ook op dat niveau vallen de schotten meer en meer weg.

Dirk Dewolf: Dat klopt: de Centra voor Leerlingenbegeleiding functioneren op het snijpunt tussen zorg en onderwijs. De sector van de sociale huisvesting werkt samen met de zorgsector. En onder de noemer W2 worden werk- en welzijnstrajecten op maat uitgewerkt in de sociale economie. Overal zie je synergieën groeien.

U keert allebei vanuit het kabinet terug naar uw vroegere werkplek. Is dat louter een voordeel? Of mist u daardoor misschien toch ook wat onbevangenheid om aan uw opdracht te beginnen?

Dirk Dewolf: Na zes jaar op het kabinet is mijn blik in elk geval veel breder geworden. Ik heb een beter inzicht in de besluitvorming. Het was prettig om vast te stellen dat de adviezen van de agentschappen wel degelijk een belangrijke impact hebben. Ik weet nu uit de eerste hand hoe ze met die adviezen omgaan. Ook de link met het bedrijfsleven kan ik nu beter naar waarde schatten. Ook daar beweegt veel. Zorginnovatie komt vanuit de zorg, de kenniscentra en vanuit de ondernemingen.

Karine Moykens: Voor mij is het inderdaad in zekere zin thuiskomen. Ik ben

tien jaar weggeweest. In die periode zijn zowel de administratie als ikzelf erg veranderd. Zoals Dirk zegt: we hebben nu allebei een ruimere blik, we weten hoe de besluitvorming werkt. Dat is ontegensprekelijk een voordeel. Zoals ik het indertijd ook een pluspunt vond om met mijn bagage uit de administratie in het kabinet te kunnen werken.

Dirk Dewolf: Een kabinet kan niet goed functioneren zonder gedetacheerde ambtenaren. Daarvan ben ik overtuigd. Het klinkt onbescheiden, maar die brugfunctie is essentieel.

Karine Moykens: Ook de administratie is trouwens erg veranderd. Inhoudelijk is ze enorm versterkt. Het departement beschikt vandaag over een *datawarehouse* waarvan wij vroeger alleen maar konden dromen. Op alle vlakken zie je innovatie. Het domein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vervult vandaag toch wel een voorbeeldfunctie op dat vlak.

Over enkele maanden vinden de verkiezingen plaats. Welke rol speelt het departement bij regeringsonderhandelingen? En hoe verloopt een eerste gesprek met de nieuwe minister?

Karine Moykens: Er zijn verschillende fasen. Vandaag zitten we in de eerste fase: de Vlaamse overheid schrijft momenteel een bijdrage aan het regeerakkoord met de aspecten die ze belangrijk vindt voor de komende regeerperiode. Je kan die teksten vergelijken met de memoranda van de koepelorganisaties. In die werkgroep wordt WVG vertegenwoordigd door het departement. Al die bijdragen worden verzameld in het Managementcomité en zullen na de verkiezingen door de voorzitter van het College van Ambtenaren-Generaal (CAG) worden overhandigd aan de formateur.

De tweede fase is die van de regeringsonderhandelingen. Uiteraard zijn we daar niet bij betrokken, maar we staan wel klaar om input te geven als daarom gevraagd wordt. Het gaat dan om cijfers en data, niet om inhoudelijke keuzes.

Als er dan een nieuwe minister is, neemt het departement contact en geven we algemene informatie over het beleidsdomein. Het is de gewoonte dat de minister ook elk agentschap uitnodigt voor een stand van zaken. Het departement moet dan, in samenwerking met de agentschappen, heel snel een beleidsnota schrijven. Die is uiterst belangrijk, want ze stippelt de lijnen uit voor de volgende legislatuur.

Hoe groot is de macht van het departement om op het beleid te wegen bij een nieuwe minister die de materie nog niet beheerst? Tenslotte moet de beleidsnota heel snel klaar zijn?

Dirk Dewolf: Een minister staat er uiteraard nooit alleen voor. Hij heeft een partij achter zich, met een studiedienst, en er is ook het regeerakkoord waarvan de beleidsnota een uitwerking is. De beleidsnota is altijd een mix van input uit verschillende hoeken, maar de inbreng vanuit de administratie is belangrijk.

Karine Moykens: Een nieuwe minister neemt in de eerste weken ook aandachtig de memoranda van de koepelorganisaties door en voert verschillende gesprekken. De uiteindelijke beslissing over welke kant het nieuwe beleid uitgaat, ligt bij de minister zelf. Dat is het primaat van de politiek.

Dirk Dewolf: Zeker. Maar de agenda voor de komende legislatuur zal, tenminste wat Zorg en Gezondheid betreft, hoe dan ook sterk bepaald worden door de uitvoering van de zesde staatshervorming.

Welke erfenis laten uw respectievelijke voorgangers u na? U begint allebei met een schone lei?

Karine Moykens: Ik erf een goed geoliede machine met zeer competente medewerkers. Mijn voorganger Marc Morris was een meester in coördinatie en het bereiken van een consensus. Het wordt een uitdaging om even goed te doen. Marc geniet ook een goede reputatie buiten het eigen beleidsdomein. De lat ligt dus hoog. Of ik andere accenten zal leggen? Zeker, zoals iedereen zijn eigen accenten legt. Maar het is te vroeg om daarover uitspraken te doen. Ik wil gesprekken voeren met mijn medewerkers, ik wil inspelen op wat de agentschappen nodig hebben en uiteraard zal veel afhangen van het beleid van de volgende minister én van de uitvoering van de staatshervorming.

Dirk Dewolf: Ik heb meer dan tien jaar nauw samengewerkt met mijn voorganger Chris Vander Auwera. Chris heeft een sterke stempel gedrukt op het Agentschap Zorg en Gezondheid. Hij is erin geslaagd hoog opgeleide medewerkers aan te trekken, die als *civil servants* ten dienste van de maatschappij werken. De term *civil servants* vind ik trouwens correcter dan de term 'ambtenaren', die louter de functie benadrukt en geen oog

Karine Moykens en dr. Dirk Dewolf:
"Kiest Vlaanderen voor het verzekeringsmodel, dan kunnen we het **unieke instrument van de Vlaamse zorgverzekering verder uitwerken.** *We zouden tot één premie kunnen komen die zowel de persoonsvolgende financiering in de gehandicaptenzorg als de kinderopvang en de ouderenzorg dekt."*

heeft voor de waardevolle, maatschappelijke dienstverlening. Chris Vander Auwera heeft ook de ICT geïntroduceerd in de administratie én deels in de sector. Ik ben blij dat ik in zijn voetsporen mag treden. Ik wil Chris trouwens graag uitnodigen om ICT-projecten in goede banen te leiden.

Het woord is onvermijdelijk al enkele keren gevallen: de zesde staatshervorming bepaalt de komende maanden en jaren de agenda. Elke verandering brengt kansen en valkuilen met zich mee. Hoe kijkt u daar tegenaan?

Dirk Dewolf: Met de staatshervorming komt de residentiële ouderenzorg volledig naar Vlaanderen. Daarmee is een budget gemoeid van meer dan twee miljard euro. Ook belangrijke delen van onder meer de revalidatiesector, de ziekenhuisnormering en de organisatie van de eerste lijn gaan naar de Gemeenschappen. Hoe gaan we ons daarop voorbereiden en organiseren? Dat moeten we in 2014 oplossen, want op 1 januari 2015 komt de financiële bevoegdheid naar de Gemeenschappen. Zorgen voor continuïteit en een vlotte overgang worden een enorme uitdaging. Bovendien gaat die beweging gepaard met de overkomst van federale ambtenaren naar Vlaanderen. Een voorhoede van experten komt vanaf maart onze dienst versterken.

Karine Moykens: We zijn volop bezig met de voorbereiding, maar voor een aantal zaken moeten we wachten op de beslissingen van de volgende regering. Wat gebeurt er bijvoorbeeld met het jeugdsanctierecht? Gaat dat naar Jongerenwelzijn of wordt er voor het hele justitiële luik een apart agentschap opgericht? En wat met de justitiehuizen? Vallen die onder de afdeling Welzijn en Samenleving van het departement? Er is nog veel onduidelijkheid. Het zou best kunnen dat we nieuwe agentschappen moeten creëren, al zit niemand te wachten op een grote uitbreiding. We hebben vooral sterke agentschappen nodig. Maar het is aan de volgende regering om knopen door te hakken.

Ook het VIPA wordt uitgebreid, want dat krijgt nu de volledige ziekenhuisinfrastructuur onder zich. Al die veranderingen zijn een kans om het bredere plaatje kritisch te bekijken. Het VIPA kunnen we bijvoorbeeld best in zijn globaliteit herstructureren, ook voor de ouderenvoorzieningen, de voorzieningen voor personen met een handicap en de kinderdagverblijven, zodat we één helder en uniform Vlaams beleid hebben. VIPA wordt in de toekomst trouwens ook belangrijker als kenniscentrum, zowel bouwtechnisch als financieel. Voor een directeur van een kleine voorziening is het niet evident om een nieuwe infrastructuur te bouwen. Het VIPA moet daar, nog meer dan vandaag, ondersteuning kunnen bieden.

Dirk Dewolf: Dat streven naar eenvoudiger structuren is een grote opportuniteit van de staatshervorming. Op 7 december werd tijdens de Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg nog expliciet gepleit voor heldere en tegelijk minder structuren. De grootste uitdaging lijkt mij de keuze van Vlaanderen voor een verzekeringsmodel of een overheidsmodel. Het overheidsmodel zien we vandaag in de gezinszorg en de gehandicaptensector. De verdeling van de middelen gebeurt door regelgeving en wordt uitgevoerd door de agentschappen. Bijvoorbeeld: in de gezinszorg krijgt de dienstverlenende organisatie per uur geleverde zorg een basisbedrag van de overheid. Het verzekeringsmodel daarentegen steunt op bijdragen van verzekerden, die aangevuld worden door overheidsmiddelen, en op het medebeheer van de middelen door de instanties die de zorg moeten leveren.

Karine Moykens: Kiest Vlaanderen voor het verzekeringsmodel, dan kunnen we

het unieke instrument van de Vlaamse zorgverzekering verder uitwerken. We zouden tot één premie kunnen komen die zowel de persoonsvolgende financiering in de gehandicaptenzorg als de kinderopvang en de ouderenzorg dekt. Zeker in de ouderenzorg doet zich een unieke kans voor, nu alle chronische zorg Vlaamse bevoegdheid wordt en we dus vanuit één beleid meer continuïteit en zorg op maat kunnen bieden.

De grote vraag is: vanwaar komen de middelen? Exclusief uit algemene middelen? Of gedeeltelijk ook uit een bijdrage? En moet die bijdrage dan betaald worden aan de zorgvrager zelf, aan een verzekeringsinstantie of aan de zorgaanbieder? En welke sociale correcties moeten we voorzien? Kiezen we voor een inkomensafhankelijk systeem zoals vandaag in de kinderopvang en de gezinszorg? Of voor een niet-inkomensafhankelijk systeem zoals in de gehandicaptensector?

Dirk Dewolf: Al die vragen staan expliciet in het groenboek, dat zijn vervolg moet krijgen in een witboek. De grote lijnen van dat witboek zullen allicht in het volgende regeerakkoord staan. Er ligt dus veel werk op de plank, ook voor het nieuwe parlement. Het wordt in elk geval geen saaie legislatuur.

In de gehandicaptensector gaan we naar een persoonsvolgend budget. Is dat een blauwdruk voor wat er in andere domeinen staat te gebeuren, met de ouderenzorg op kop?

Karine Moykens: Het decreet over het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap is principieel goedgekeurd en ligt nu bij de Raad van State. Hopelijk wordt het nog tijdens deze legislatuur definitief, zodat de volgende regering het kan uitvoeren. Er zijn twee pijlers: er is een basisondersteuning en er is een handicapspecifiek budget voor zwaardere zorg op maat. Er zijn argumenten pro en contra om een gelijkaardig systeem ook voor de ouderenzorg in te voeren. We moeten hoe dan ook de financiering van de ouderenzorg herbekijken vanuit een continuüm van zorg: van het thuismilieu naar het thuiszorgondersteunend milieu naar het thuisvervangend milieu en eventueel terug. Zal die financiering gebeuren met een zogenaamd 'rugzakje' dat de zorgvrager krijgt? Zo ja, dan moeten we ook bekijken of en hoe we de voorzieningen verder kunnen ondersteunen. De woonzorgcentra evolueren tot plaatsen waar de meest zorgbehoevende ouderen worden verzorgd, met specifieke noden en behoeften. Hoe wordt de infrastructuur van deze voorzieningen in de toekomst gesubsidieerd? Rechtstreeks aan de voorzieningen? Of indirect door een extra budget dat de zorgvrager meekrijgt? En de vragen gaan verder: hoe wordt de werking van de vertegenwoordigers van de zorggebruikers gefinancierd? Krijgen het Vlaams Patiëntenplatform en de budgethoudersverenigingen middelen van de overheid of via het budget van de gebruikers? Idem dito voor de koepelorganisaties: krijgen zij middelen van de overheid of alleen indirect via hun ledenorganisaties? Dat zijn allemaal heel dwingende en ook dringende vragen.

Dirk Dewolf: Het is meteen duidelijk dat de dialoog met de zorggebruikers én met de zorgaanbieders de komende maanden en jaren heel intens zal zijn. Zowel voor de uitwerking van het concept als voor de concrete uitvoering van nieuwe regelgeving. Daarbij moeten we rekening houden met het principe dat vernieuwing noch voor de administratie noch voor de voorzieningen voor extra werklast mag zorgen, want het is nu al duidelijk dat we het werk met minder handen zullen moeten klaren.

Ondanks de overdracht van meer bevoegdheden naar Vlaanderen blijft in de toekomst ook een goede samenwerking met het federale niveau cruciaal?

Dirk Dewolf: Uiteraard. En dat begint al met het opstellen van overgangsprotocollen in het kader van de staatshervorming om de continuïteit van dienstverlening te garanderen. Eind februari wordt daarover op de Interministeriële Conferentie een ontwerp voorgelegd. Een ander voorbeeld: als Vlaanderen de ziekenhuisnormen wijzigt, zal het moeten aantonen dat dat voor de federale overheid budgetneutraal blijft. Wat vandaag wel sterk voelbaar is, is dat het federale niveau de Gemeenschappen als veel meer significant beschouwen, ook al blijft het grootste budget, dat van de ziekteverzekering, federaal.

Karine Moykens: De contacten met het federale niveau gaan ook breder dan louter het domein gezondheidszorg. Denk maar aan het belang van de fiscaliteit in dossiers als de problemen van de onthaalouders of het bouwen van

assistentiewoningen. Ook als vanuit het werkveld innovatieve initiatieven ontstaan en er steun wordt gevraagd aan de overheid is het vaak aangewezen om de violen met alle bestuursniveaus te stemmen.

U heeft de voorbije jaren een zeer actieve rol gespeeld in het kabinet van Vlaams minister Jo Vandeurzen. Hoe evalueert u de voorbij legislatuur? Wat zijn de belangrijkste verwezenlijkingen van de voorbije jaren?

Karine Moykens: Meer dan ooit tevoren heeft deze legislatuur in zowat alle sectoren tankers in beweging gezet. Ik gebruik het woord heel bewust: een tanker is een groot schip dat je moeilijk in beweging krijgt en dat, eenmaal de koers is uitgezet, ook niet zomaar van richting kan veranderen. De Integrale Jeugdhulp, de Centra voor Algemeen Welzijn, de woonzorgsector, de gehandicaptensector, de dagopvang, het decreet vernieuwd sociaal beleid... op zowat alle gebieden is een nieuwe koers uitgezet. En ook op de overkoepelende thema's is zwaar ingezet: kwaliteitsbeleid, ICT, goed bestuur, het aanpakken van grensoverschrijdend gedrag... Tegelijk heeft deze legislatuur voor continuïteit én vernieuwing gezorgd, bijvoorbeeld in de gezondheidsdoelstellingen op het vlak van kankerpreventie, suïcidepreventie, vaccinaties en ga zo maar door. Meer dan ooit staat de gebruiker centraal. Het mooiste voorbeeld is de persoonsvolgende financiering in de gehandicaptensector. En ook de vermaatschappelijking van de zorg krijgt vorm. De overheid heeft duidelijk aangegeven dat zij niet de middelen en de capaciteit heeft om alle problemen alleen op te lossen. Ik geloof in het model met de 'cirkels van zorg', waarin elke zorgbehoevende zorg en ondersteuning krijgt op het juiste niveau: allereerst via zelfzorg en met de hulp van het gezin en de familie, waar nodig aangevuld met reguliere zorg, en finaal met gespecialiseerde zorg. Ik ben trots dat ik heb kunnen meewerken aan al die verwezenlijkingen. Ik heb ook het gevoel dat ik de bakens die nu zijn uitgezet, in mijn nieuwe functie mee zal kunnen helpen uitvoeren en implementeren.

U heeft allebei al mandaten opgenomen voor CD&V, respectievelijk als gemeenteraadslid in Herselt en schepen in Overijse. Hoe moeilijk zou het voor u zijn om met een minister van een andere signatuur samen te werken?

Dirk Dewolf: Zowel Karine als ik hebben eerder ook onder minister Mieke Vogels en minister Adelheid Byttebier gewerkt, allebei van Groen!. Dat was een heel loyale samenwerking. Ik denk niet dat u ons op enige kritiek kan betrappen. Van deze ministers heb ik trouwens ook altijd een sterke appreciatie voor het werk van de administratie gevoeld.

Sinds 1 januari zijn Karine en ik uit het kabinet van minister Jo Vandeurzen teruggekeerd naar de administratie. Wie politiek verantwoordelijk wordt, mag voor ons geen rol spelen. De minister is de enige democratisch gelegitimeerde instantie om beslissingen te nemen. Onze loyauteit mag nooit in vraag gesteld worden. Vergeet niet dat wij voor onze nieuwe functie allebei een *assessment* hebben doorlopen door een privaat en onafhankelijk selectiebureau. Karine is daar als enige kandidaat uitgekomen. Uit het *assessment* voor de functie die ik nu opneem, zijn we ook maar met twee overgebleven, ikzelf en een externe kandidaat. De Vlaamse regering heeft na een vraaggesprek uit deze overblijvende kandidaten de mandaathouder aangeduid.

Karine Moykens: Wie ervoor kiest om ambtenaar te worden, op gelijk welk niveau, weet per definitie dat hij in een omgeving terechtkomt waar een minister het laatste woord heeft. Als ambtenaren geven we advies ten bate van de burger – vandaar de voorkeur voor de term *civil servant*. Onze eigen politieke overtuiging speelt geen rol. Wie die loyauteit niet kan opbrengen, moet geen ambtenaar worden.

Tijdens onze periode op het kabinet hebben Dirk en ik altijd het adagium gevoerd van correct te zijn in al onze contacten. We hebben geen politieke spelletjes gespeeld, maar beleid gevoerd ten dienste van de burger. En dat zullen we blijven doen.
Trouwens, uit onze antwoorden blijkt toch duidelijk hoe complementair wij werken? Dirk en ik zijn goed op elkaar ingespeeld. We vertrouwen elkaar door en door. Is het niet, Dirk?

Dirk Dewolf: We hebben zes jaar intensief samengewerkt op het kabinet en geen enkele keer ruzie gemaakt. Dat betekent toch al iets?

"Meer dan ooit tevoren heeft deze legislatuur in zowat alle sectoren ***tankers in beweging*** *gezet. Ik gebruik het woord heel bewust: een tanker is een groot schip dat je moeilijk in beweging krijgt en dat, eenmaal de koers is uitgezet, ook niet zomaar van richting kan veranderen."*

Karine Moykens

PROF. KRISTOF EECKLOO PLEIT VOOR KWALITEITSBELEID OP BESTUURSNIVEAU

Raad van bestuur cruciaal voor kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis

Half december werden in het kader van het Vlaams Indicatorenproject voor het eerst kwaliteitsindicatoren van algemene ziekenhuizen openbaar gemaakt. Meer dan ooit is kwaliteit ook op bestuursniveau een prominent thema. "Een goede zaak", vindt prof. Kristof Eeckloo. "Hoe meer de raad van bestuur betrokken is bij het kwaliteitsbeleid, hoe hoger de kwaliteit en de patiëntveiligheid in het ziekenhuis."

Prof. Kristof Eeckloo doceert Management en beleid van Gezondheidszorg aan de UGent en staat sinds twee jaar ook aan het hoofd van de Strategische Beleidscel van het UZ Gent. Hij pleit er al langer voor om het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen expliciet ook op het niveau van de raad van bestuur te brengen.

"Vijf jaar geleden stelde ik aan de KU Leuven mijn doctoraat voor over hospital governance", zegt Kristof Eeckloo. "Een van de aanbevelingen uit dat onderzoek was precies om de raad van bestuur nauwer bij het kwaliteitsbeleid te betrekken. We zien die evolutie ook internationaal. Dat is niet verwonderlijk. Kwaliteit is meer dan ooit een prominent thema in de gezondheidszorg. Daarvoor zijn tal van oorzaken. De crisis speelt zeker mee, want die versterkt de roep naar meer efficiëntie, wat hand in hand gaat met een steviger kwaliteitsbeleid. Ook de huidige trend van accreditering door erkende internationale instituten als NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) en JCI (Joint Commission International) wijst in dezelfde richting. De maatschappij eist meer en meer verantwoording over wat er met de schaarse middelen gebeurt. Ziekenhuizen moeten niet alleen een hoge kwaliteit nastreven, ze moeten daarover ook communiceren. Ook Europa stimuleert de zorgvoorzieningen om hun kwaliteit zichtbaar te maken. Dat gebeurt onder meer in het kader van de Cross Border-richtlijn van 2011, die het mogelijk maakt dat Europese inwoners in een ander land van de unie zorg zoeken. Op basis van de richtlijn moeten lidstaten hun zorgaanbieders ertoe aanzetten om de kwaliteit van de zorg te meten en te objectiveren. Ten slotte blijkt ook uit literatuuronderzoek dat ziekenhuizen die het kwaliteitsbeleid tot op het niveau van de raad van bestuur brengen, beter scoren op klinische performantie en een betere klinische *outcome* realiseren."

"Dat de betrokkenheid van de raad van bestuur het verschil kan maken, heeft onder meer te maken met de symboolfunctie", verklaart Kristof Eeckloo. "De raad van bestuur blijft het hoogste orgaan in het ziekenhuis en als die het kwaliteitsbeleid ernstig neemt, straalt dat af op de hele organisatie. Veel ziekenhuizen werken vandaag met een beleidscyclus waarin de raad van bestuur een actieve rol speelt. Als die raad oog heeft voor kwaliteit, dan wordt dat quasi automatisch een belangrijk punt in het beleidsplan. Een extra stimulans is ook de groeiende aanwezigheid van externe deskundigen in de raden van bestuur van zorgvoorzieningen. Vaak komen die externen uit totaal andere sectoren, waar ze andere kwaliteitsmethodieken hanteren. Die kennis sijpelt vaak heel informeel de organisatie binnen."

Kwaliteitscomité

Of de raad van bestuur effectief een bepalende rol speelt in het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis, kan blijken uit een aantal toetsstenen. "Vaak heeft de raad van bestuur een subcomité dat zich expliciet over het kwaliteitsbeleid buigt. Dat is alvast een goed teken. Het gebruik van boordtabellen met informatie over kwaliteitsindicatoren vindt meer en meer ingang. Dat leidt ertoe dat ook bij het opstellen van de strategische doelstellingen kwaliteitsthema's aan belang winnen."

"Hoe sterker de betrokkenheid van de raad van bestuur bij het kwaliteitsbeleid, hoe beter voor het ziekenhuis", stelt Kristof Eeckloo. "Op elke bestuursvergadering hoort kwaliteit expliciet op de agenda te staan. Het kwaliteitsbeleid mag gerust 25% van de tijd en de aandacht krijgen op bestuursniveau. Internationaal zien we dat de evaluatie van senior executives – het hogere management en de beleidsverantwoordelijken – meer en meer expliciet gelinkt wordt aan kwaliteitsindicatoren. In de Verenigde Staten is zelfs de bonus afhankelijk van de kwaliteitsresultaten. Je kan daar voor of tegen zijn, maar in elk geval verhoogt het de betrokkenheid van de raad van bestuur bij het kwaliteitsbeleid."

Valkuil

Toch blijkt ook hier een valkuil te bestaan. "De raad van bestuur mag in zijn streven naar meer kwaliteit en een hogere betrokkenheid niet in de val trappen om het operationele beleid naar zich toe te trekken", zegt Kristof Eeckloo. "Het operationele moet het terrein van het management blijven. Een manier om die valkuil te vermijden is de indicatoren niet per pathologie op te volgen, maar geaggregeerd. Belangrijk op bestuursniveau is de vraag of er een evolutie in de juiste richting aantoonbaar is en of de normen die als strategische doelstelling gesteld zijn, effectief gehaald worden. Hiervoor is een goed indicatorensysteem nodig, met software die toelaat om waar nodig ook te *downdrillen*, zodat als zich een probleem voordoet, meteen meer in detail kan worden gekeken wat aan de basis hiervan ligt. Die software bestaat en laat de raad van bestuur toe zijn rol op het strategische vlak optimaal te vervullen, zonder tussen te komen in het operationele beleid."

"Ook de manier van rapporteren is ontzettend belangrijk. Als de raad van bestuur een eigen kwaliteitscomité heeft, fungeert die als een eerste filter. De samenstelling van dat kwaliteitscomité bepaalt de kracht ervan. Naast bestuursleden kunnen daar best ook andere actoren in het kwaliteitsbeleid bij betrokken worden: de hoofdarts, eventueel de algemeen directeur, de voorzitter van de medische raad, de kwaliteitscoördi-

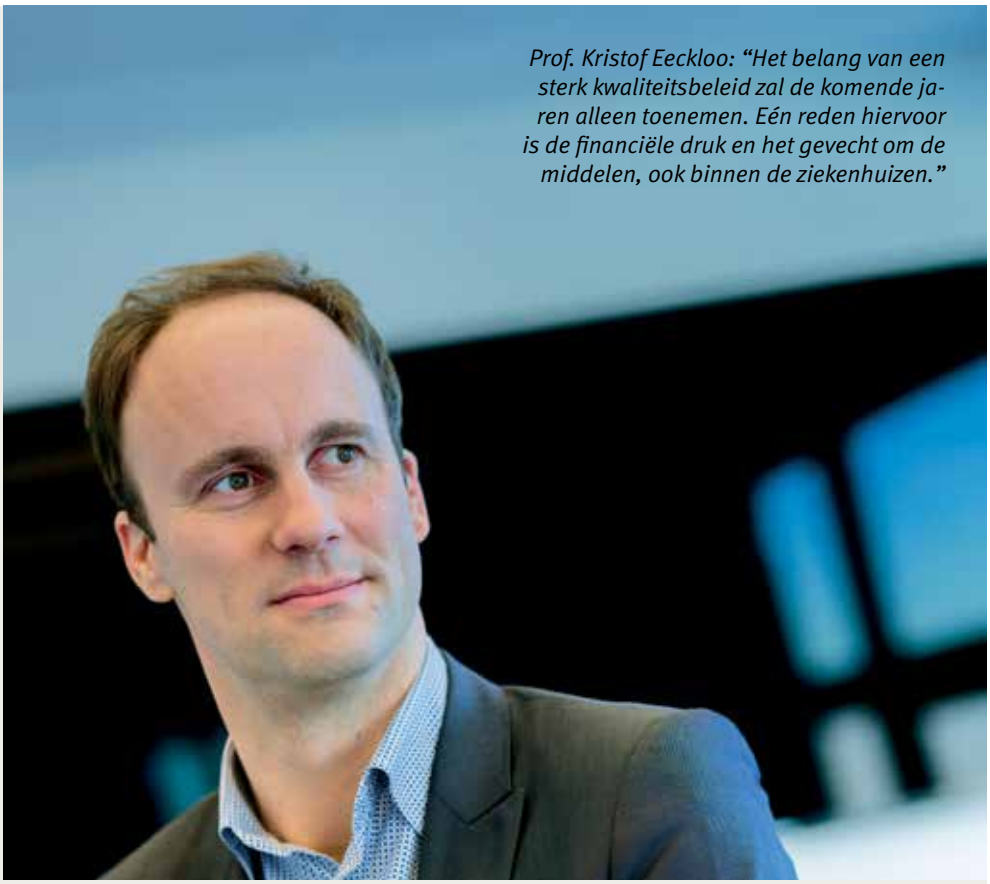
nator... Alle data en cijfers die het kwaliteitscomité aan de raad van bestuur presenteert, moeten uiteraard accuraat zijn. Maar dat volstaat niet. Op zijn minst is de cultuur van kwaliteit en patiëntveiligheid even belangrijk. Die kan je niet in cijfers vatten, maar veeleer in verhalen. Het valt dan ook sterk aan te raden om op de raad van bestuur ook geregeld iemand uit te nodigen die een verhaal kan vertellen. Bijvoorbeeld de ombudspersoon. Niet om op concrete gevallen in te gaan, maar veeleer exemplarisch. Door verhalen uit de dagelijkse praktijk te horen – los van de cijfers – krijgen bestuurders meer voeling met de realiteit in het ziekenhuis."

Cruciale factor

"Het belang van een sterk kwaliteitsbeleid zal de komende jaren toenemen", stelt Kristof Eeckloo. "Eén reden hiervoor is de financiële druk en het gevecht om de middelen, ook binnen de ziekenhuizen. Anders dan in de bedrijfswereld is financiële winst voor zorgvoorzieningen niet de ultieme toetssteen van goed beleid. De doelstellingen liggen op een ander vlak, met heel wat belanghebbenden. Eén criterium steekt er meer en meer bovenuit, en dat is precies de kwaliteit van dienst- en zorgverlening. Kwaliteit is meer dan ooit een cruciale factor bij het nemen van belangrijke beslissingen. De moeilijke financiële situatie maakt dat nog dwingender."

"Een tweede reden voor het groeiende belang van het kwaliteitsbeleid op bestuursniveau is het afbrokkelen van het hospitalocentrisme. Ziekenhuizen werken meer en meer samen in netwerken van zorg. Dat vergt heldere afspraken met andere zorgaanbieders. Die akkoorden worden uiteindelijk bezegeld op het niveau van directie en raad van bestuur. Het is dus cruciaal dat de raad van bestuur mee is in dat verhaal, dat de bestuurders beseffen waarom die samenwerking en netwerkvorming nodig zijn, met name voor een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt. Goede zorg vandaag is zorg die over de muurtjes heen wordt georganiseerd."

"Ook het Vlaams Indicatorenproject brengt heel wat in beweging. Half december zijn de indicatoren over de borstkliniek als eerste openbaar gemaakt. De komende maanden volgen andere indicatoren. Uiteraard zorgt dat voor enige druk op bestuursniveau om nog meer aandacht te besteden aan het kwaliteitsbeleid."



Prof. Kristof Eeckloo: "Het belang van een sterk kwaliteitsbeleid zal de komende jaren alleen toenemen. Eén reden hiervoor is de financiële druk en het gevecht om de middelen, ook binnen de ziekenhuizen."

Positieve dynamiek

"Er is de jongste jaren al heel wat gebeurd", weet Kristof Eeckloo. "Veruit de meeste raden van bestuur van ziekenhuizen zijn sterk geprofessionaliseerd, onder meer door het engageren van externe deskundigen. Er wordt ook expliciet naar competenties gezocht om de raad van bestuur te versterken. Als een nieuwe bestuurder aangetrokken wordt, gebeurt dat vandaag vaak op basis van een helder profiel. Naast financiële en juridische expertise, is het ook goed om verpleegkundige en medische deskundigheid in de raad van bestuur binnen te halen. Wat de medische expertise betreft, is dat niet altijd evident. Het financieringssysteem wakkert de tegenstrijdige belangen tussen artsen en het eigen ziekenhuis aan. Gelukkig is er nu zicht op een nieuw financieringssysteem, dat dit euvel weg zou moeten werken. Het zal allicht nog enkele jaren duren, maar die angel moet eruit. Tot het zover is, kiezen sommige ziekenhuizen ervoor om een arts van een ander ziekenhuis of een huisarts in hun raad van bestuur op te nemen."

"Nu de kwaliteitsindicatoren gaandeweg openbaar gemaakt worden en ook in de media geanalyseerd worden, komt het kwaliteitsbeleid ongetwijfeld nog meer op de bestuurstafel. De impact van die transparantie op de patiënten is al bij al gering. Dat blijkt uit alle internationale studies. De invloed speelt vooral intern. Niemand gaat graag af op een criterium als kwaliteit. Ik verwacht dan ook een positieve dynamiek, mee gestuurd door de vrijwillige accreditering."

Bestuurders voorbereiden

"Als academicus blijf ik *best practices* op internationaal gebied van nabij volgen", vertelt Kristof Eeckloo. "Het is heel boeiend om te zien hoe raden van bestuur mee evolueren met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. We moeten proberen de impact van een raad van bestuur nog fijner in kaart te brengen."

"Bestuursleden moeten ook voorbereid zijn op hun opdracht. Het is helemaal niet evident om een boordtabel met kwaliteitsindicatoren te lezen en correct te interpreteren. Universiteiten en koepelorganisaties kunnen daarvoor samenwerken. Ook consultance- en softwarebureaus kunnen nog veel terrein ontginnen. Denk maar aan een relevante aggregatie van indicatoren en linken met het elektronisch patiëntendossier, zodat ziekenhuizen kunnen werken met actuele gegevens in plaats van data van drie jaar oud. Vergeet niet dat de indicatoren over de borstkliniek die onlangs openbaar werden gemaakt, gebaseerd zijn op cijfers van 2007-2008. Natuurlijk zijn deze indicatoren nog relevant; behandelingswijzen en de manier van organisatie veranderen niet zo snel. Maar toch, hoe actueler de data, hoe beter de raad van bestuur strategische beleidsbeslissingen kan nemen voor een hogere kwaliteit en patiëntveiligheid."

DR. ETIENNE WAUTERS
NIEUWE VOORZITTER ZORGNET VLAANDEREN

“Ik reik de hand naar al onze partners”

De bijzondere algemene vergadering van Zorgnet Vlaanderen benoemde, na interne verkiezingen, op 12 december 2013 een nieuwe bestuursploeg. Dr. Etienne Wauters wordt de nieuwe voorzitter, Inge Vervotte de ondervoorzitter en Peter Degadt blijft gedelegeerd bestuurder. Het nieuwe bestuur trad aan op 1 januari 2014.

Meer dan 500 zorgvoorzieningen zijn lid van Zorgnet Vlaanderen. De directies van deze voorzieningen nemen mandaten op in de sectorale bestuurscolleges, het bureau en de raad van bestuur. De mandaten hebben een looptijd van vier jaar en worden ingevuld via een democratisch verkiezingssysteem, georganiseerd per sector en per regio.

Aftredend voorzitter Guido Van Oevelen was niet langer kandidaat. Zijn plaats wordt ingenomen door dr. Etienne Wauters. Dokter Wauters is sinds 2002 afgevaardigd bestuurder van de GasthuisZusters Antwerpen en maakt al zes jaar deel uit van het bureau van Zorgnet Vlaanderen.

Begonnen als huisarts

“Weinig mensen weten dat ik eind jaren 1970 mijn loopbaan begonnen ben als huisarts in Gooik”, vertelt Etienne Wauters. “Ik had er een solopraktijk, wat toen nog heel gewoon was. Ik vind huisarts nog altijd een prachtig beroep, maar als solist in een landelijke gemeente voelde ik mij eenzaam. Gelukkig had ik de kans om in die periode ook als verantwoordelijke arts in een V-dienst te werken: een ‘verpleegdienst’ voor chronisch zieken, zowat de voorloper van de RVT’s. De dienst was ook verbonden met wat toen nog een rustoord heette. Dat was een boeiende omgeving voor een jonge arts. Op korte tijd kon ik kennismaken met de praktijk van de eerste lijn, de tweede lijn en de chronische zorg.”

Enkele jaren later werd dokter Wauters adviserend geneesheer bij de CM, waar hij opklom tot geneesheer-directeur van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. “Ik leerde er het reilen en zeilen van het gezondheidszorgbeleid kennen: het RIZIV, de Medicomut en de diverse overlegplatformen op Vlaams en federaal niveau.”, zegt Etienne Wauters. “Die ervaring zal me goed van pas komen als voorzitter van Zorgnet Vlaanderen. Denk maar aan belangrijke dossiers zoals de uitvoering van de zesde staatshervorming of aan het nieuwe financieringsmodel voor de ziekenhuizen.”

“Zorgnet Vlaanderen is uitgegroeid tot een schitterende organisatie. Ik heb niets dan lof voor de huidige ploeg medewerkers en voor uittredend voorzitter Van Oevelen. Op mijn beurt hoop ik mijn steentje te kunnen bijdragen aan het bestendigen en het versterken van onze koepelorganisatie.”

“Intern wil ik Zorgnet Vlaanderen nog sterker profileren als ledenorganisatie. We staan voor grote uitdagingen. De muurtjes tussen de verschillende sectoren vallen weg. De samenwerking op het terrein groeit. Zorgnet Vlaanderen is als brede koepelorganisatie uitstekend geplaatst om in dat proces een actieve rol te spelen, in overleg met onze leden. Die leden zijn vandaag overigens heel tevreden over de dienstverlening van Zorgnet Vlaanderen. Ik wil dan ook dicht bij onze voorzieningen blijven staan en goed luisteren naar wat er leeft, zodat we hen optimaal kunnen ondersteunen.”

“In het externe beleid wordt de uitvoering van de staatshervorming een zware klus. Zorgnet Vlaanderen wil de toekomst van de zorg in Vlaanderen mee uittekenen, samen met andere partners. Het sociaal ondernemerschap moet voldoende kansen krijgen en verdient alle steun. Door de vergrijzing en het dreigende tekort aan zorgmedewerkers staat de ouderenzorg de komende jaren voor cruciale uitdagingen. Het is belangrijk om bij de overheveling van bevoegdheden naar Vlaanderen van meet af met een goed model te starten.”

“Op federaal niveau werken we mee aan een nieuw financieringsmodel voor de ziekenhuizen. Het water staat veel ziekenhuizen aan de lippen. Cruciaal in het nieuwe model wordt de link naar de transmurale zorg. In de geestelijke gezondheidszorg willen we de projecten 107 voor een vermaatschappelijking van de zorg voortzetten. Ook de grote noden in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren moeten we dringend aanpakken.”

Uitgestoken hand

Waar wil dokter Wauters over vijf jaar met Zorgnet Vlaanderen staan? “Ik wil

De nieuwe bestuursploeg van Zorgnet Vlaanderen

Maken deel uit van het Bureau

Etienne Wauters, voorzitter
Inge Vervotte, ondervoorzitter
Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder

Rosette Van Overvelt, voorzitter sectoraal bestuurscollege algemene ziekenhuizen
Jan Deleu
Koen Michiels
Filip Mallems, voorzitter sectoraal bestuurscollege ouderenzorg
Wino Baeckelandt
Paul Van Tendeloo
Koen Oosterlinck, voorzitter sectoraal bestuurscollege geestelijke gezondheidszorg
Patrick Cokelaere
Marc Van Hauwenhuyse

Overige leden van de raad van bestuur

Stefana Bostyn
Bernard Bruggeman
Jos Claes
Clarette De Coene
Marita Demedts
Marc Geboers
Vera Lambert
Frank Lippens
Jos Peuskens
Jaak Poncelet
Hilde Reynders
Guy Rusch
Tonnie Steeman
Joël Tally
Wim Tambeur
Frans Theys
Christa Van Criekingen
Martine Van de Walle

de positie van Zorgnet Vlaanderen als spreekbuis en vertegenwoordiger van de zorgsector zowel in Vlaanderen als federaal versterken. Op basis van de brede waaier aan voorzieningen die Zorgnet Vlaanderen vertegenwoordigt, verdienen we in alle overlegorganen een belangrijke stem, wat vandaag nog niet altijd het geval is."

"Wie mij wat kent, weet dat ik al dertig jaar voor overleg en samenwerking sta. Dat is ook de weg die ik wil blijven bewandelen. Ik reik dan ook de hand naar al onze partners in de zorg. Heel in het bijzonder ook naar de artsen, die een ongelooflijk belangrijke rol spelen in onze gezondheidszorg, ook beleidsmatig en in de organisatie van de ziekenhuiszorg. Waar de meningen uiteenlopen, moeten we aan beide kanten de moed hebben om elkaar te vinden. Bouwen aan vertrouwen is cruciaal. Ik wil mij hiervoor voor de volle honderd procent inzetten", besluit Etienne Wauters.

Dr. Etienne Wauters: "Ik wil dicht bij onze voorzieningen blijven staan en **goed luisteren naar wat er leeft**, *zodat we hen optimaal kunnen ondersteunen."*

Isabel Moens: "Met de verkiezingen voor de boeg wordt, samen met alle bevoegde overheden van dit land, harder gewerkt aan een oriëntatienota die op de volgende Interministeriële Conferentie (IMC) van 24 februari ter goedkeuring wordt voorgelegd. Het is de bedoeling dat die nota de basis vormt van de gids en van het actieplan dat door de volgende regering kan worden geïmplementeerd. Op die manier hoopt Zorgnet Vlaanderen dat er eindelijk werk gemaakt wordt van de noodzakelijke en dringende hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren."

LANDSCHAP ZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN VOLLE EVOLUTIE

“Kinderen en jongeren verdienen alle kansen”

De zorg voor kinderen en jongeren is een landschap in beweging. Het onderwijs kiest voor meer inclusie. De sector personen met een handicap zet in op persoonsvolgende financiering. In de geestelijke gezondheidszorg worden netwerken en zorgcircuits voorbereid. En vanaf 1 maart overkoepelt de Integrale Jeugdhulp alles wat met jongerenwelzijn te maken heeft. Op 18 november 2013 organiseerde Zorgnet Vlaanderen daarover een studiedag. Samen met sectorcoördinator Isabel Moens en stafmedewerker Ann Moens blikken we daarop terug en kijken we ook vooruit.

“Zowel op Vlaams als op federaal niveau beweegt er heel wat in de zorg voor kinderen en jongeren”, zegt Isabel Moens. “Zorgnet Vlaanderen is aanwezig op verschillende fora en dus goed geplaatst om het geheel mee in kaart te brengen en mee aan te sturen, en dat vanuit onze bekommernis voor een kwaliteitsvol, betaalbaar en toegankelijk aanbod voor deze kwetsbare doelgroep. Met de studiedag wilden we de diverse bewegingen kaderen en tonen hoe ze op elkaar ingrijpen. We hebben veel positieve reacties gekregen. Dankzij de studiedag hebben de verschillende actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een beter zicht gekregen op het totaalplaatje, wat hen stimuleert om een actieve rol op te nemen in de verdere ontwikkeling van de ggz voor kinderen en jongeren.”

“De ggz voor kinderen en jongeren is de voorbije jaren stiefmoederlijk behandeld”, vervolgt Isabel Moens. “We zijn toe aan een forse inhaalbeweging. De komende regeringen – federaal en Vlaams – moeten hiervan een prioriteit maken. Wat je voor kinderen en jongeren doet, is een investering in de komende generaties. Ook puur economisch gezien is het de juiste piste. Elke investering in de zorg voor kinderen en jongeren verdient zich op de lange termijn meer dan terug.”

“De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) komt tot de conclusie dat 70% van de kinderen en jongeren met een geestelijk gezondheidsprobleem niet wordt behandeld. Bovendien gaat in Vlaanderen verhoudingsgewijs een groot deel van het budget naar de residentiële zorg en relatief weinig naar mobiele of ambulante zorg. Daardoor is de druk op de ‘bedden’ heel hoog, want er is dus een groot aanbodtekort en te weinig alternatieven. Het gaat er echter niet om of residentiële zorg beter is dan ambulante zorg. Er moet een evenwichtig en geïntegreerd zorgaanbod bestaan dat sterk op elkaar is afgestemd. Nog volgens de WHO heeft 20% van de kinderen en jongeren een geestelijk gezondheidsprobleem. Niet altijd even ernstig uiteraard, en we mogen ook niet overmedicaliseren. Maar 5 à 6% van de kinderen en jongeren heeft wel degelijk nood aan gespecialiseerde ggz. Omgerekend naar de leeftijd tot 18 jaar gaat het in Vlaanderen om ongeveer 68.000 kinderen en jongeren.”

“Volgens de WHO wordt slechts 10 à 22% van de situaties door de eerste lijn herkend. Een recent Europees rapport stelt dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in *screening*, diagnose en behandeling, inclusief *counseling* en advies, en medicamenteuze aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen. We moeten dus ook de huisarts, de pediater en andere eerstelijnhulpverleners verder in de hervorming betrekken en kijken wat hun noden en vragen zijn.”

Krachten

“Een tweede element om mee te nemen in alle hervormingen is de kracht van de familie en de omgeving, die mee de hulpverlening kunnen ondersteunen. Die keuze sluit aan bij de vermaatschappelijking van de zorg en wordt ook expliciet gevraagd door ouders en familieleden. Zij willen actief betrokken worden, ook bij het behandelplan. Hulpverleners ervaren soms dat ouders niet meer kunnen, dat ze ten einde raad zijn. Daarom moeten we proberen om vroeger in te grijpen, vóór de ouders aan het einde van hun krachten zijn. Want vroeg of laat komt het kind of de jongere terug naar zijn omgeving. Die band mag niet verbroken worden.”

“Vaak gaat het in de ggz voor kinderen en jongeren om complexe, unieke situaties”, weet Isabel Moens. “Standaardop-

lossingen bestaan niet. Samenwerken in netwerken van zorg is de enige weg. Ondanks de beperkte middelen munt de sector vandaag al uit in creativiteit. Ook in de nabije toekomst gaan we die vindingrijkheid nodig hebben om het aanbod nog beter op elkaar af te stemmen. We moeten proberen bepaalde dingen samen én tegelijk te doen. Een jongere met een handicap én een psychiatrisch probleem, moet in één beweging kunnen worden geholpen in een "coproductie" van het VAPH en de geestelijke gezondheidszorg. Elk vanuit zijn expertise, maar samen en tegelijk. Dat is ook het streven van minister Vandeurzen. Daarvoor is er een specifiek beleid nodig. Jammer genoeg liggen daar maar weinig politici van wakker. Het is aan ons om hen wakker te schudden."

Netwerken en zorgcircuits

"Ondertussen wordt op federaal en Vlaams niveau gewerkt aan netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren. Alle ministers van Volksgezondheid ondertekenden een 'Gemeenschappelijke verklaring', met daarin drie mijlpalen. De eerste is de redactie van een gids, naar analogie met het beleid voor volwassenen. Die gids moet worden voorgelegd aan de diverse regeringen. Het is immers belangrijk dat ook andere domeinen betrokken worden, voor Vlaanderen zijn dat bijvoorbeeld niet enkel de welzijnssectoren maar ook onderwijs, jeugd en sport. De tweede mijlpaal wordt een concreet actieplan, met realistische prioriteiten gekoppeld aan een kostenplaatje en een financiering. De derde mijlpaal ten slotte, is de organisatie van pilootprojecten op het terrein."

"Met de verkiezingen voor de boeg wordt er, samen met alle bevoegde overheden van dit land, hard gewerkt aan een oriëntatienota die op de volgende Interministeriële Conferentie (IMC) van 24 februari ter goedkeuring wordt voorgelegd. Het is de bedoeling dat die nota de basis vormt van de gids en van het actieplan dat door de volgende regering kan worden geïmplementeerd. Op deze manier hoopt Zorgnet Vlaanderen dat er eindelijk werk gemaakt wordt van de noodzakelijke en dringende hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren."

"Het is dan aan de nieuwe federale en regionale regeringen om op een IMC in het najaar van 2014 de gids, de prioriteiten én de financiering goed te keuren, met budgetten vanaf 2015 vanuit alle overheden in een geconcerteerde beweging, wanneer ook de pilootprojecten starten. Met de oriëntatienota in de hand gaan we alle politieke partijen sensibiliseren om deze hervorming van de ggz voor kinderen en jongeren mee op te nemen in hun verkiezingsprogramma."

"Al bij al ben ik optimistisch gestemd", zegt Isabel Moens. "Er ligt een ambitieus plan voor en ondanks de financieel-economische crisis lijkt er een consensus te groeien dat de ggz voor kinderen en jongeren een prioriteit voor de komende jaren moet zijn. We moeten de blik op de lange termijn durven te richten. Nu investeren om later erger te voorkomen. Kinderen verdienen alle kansen. Het is in de geestelijke gezondheidszorg niet anders dan in de somatische zorg: problemen die je niet tijdig behandelt, worden alleen maar erger en groter. We mogen onze kop niet langer in het zand steken."

"We hebben weinig boodschap aan zware structuren, **wel aan een flexibele en functionele samenwerking** ten dienste van de gebruiker. De beschikbare middelen moeten **naar de effectieve zorguitvoering** gaan, niet naar vergaderingen."

Ann Moens

"Studiedag heeft sector de ogen geopend"

"De studiedag was een *eye-opener* voor de sector", zegt stafmedewerker Ann Moens. "De sector ggz voor kinderen en jongeren moet dringend versterkt worden om goed te kunnen samenwerken met de andere domeinen. Centraal moeten de individuele patiënt en zijn familie staan. We hebben weinig boodschap aan zware structuren, wel aan een flexibele en functionele samenwerking ten dienste van de gebruiker. De beschikbare middelen moeten naar de effectieve zorguitvoering gaan, niet naar vergaderingen. De ggz voor kinderen en jongeren is een erg dynamische sector met veel positieve krachten. Het komt erop aan om die sterktes maximaal in te zetten."

"De Integrale Jeugdhulp is een feit. Het is nu aan het werkveld om te kijken hoe we de zorg het best kunnen afstemmen of 'scharnieren'. In de zorg voor de meervoudige problematieken hebben we elkaars expertise nodig. Belangrijk is om alle actoren van meet af aan te betrekken, zodat we tot gedragen oplossingen komen. Zo zullen we met de veldwerkers zelf een actieve dialoog opzetten over de oriëntatienota en de gids voor de verdere ontwikkeling van een geestelijk gezondheidszorgprogramma in netwerken."

"Geestelijke gezondheid is bij uitstek de verantwoordelijkheid van de hele samenleving. Alle maatschappelijke domeinen moeten erbij betrokken worden. De gespecialiseerde ggz kan niet alles oplossen. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar ook voor andere maatschappelijke spelers, binnen en buiten de strikte hulpverlening."

Op 1 maart 2014 wordt het nieuwe decreet Integrale Jeugdhulp over heel Vlaanderen uitgerold. Een van de hoofdrolspelers worden de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), die altijd al een draaischijffunctie hadden. “De meeste CLB’s en CGG’s werken op het terrein goed samen”, zegt André Verdegem. “Soms delen ze zelfs hetzelfde gebouw.”

DE DRAAISCHIJFFUNCTIE VAN DE CENTRA VOOR LEERLINGENBEGELEIDING

“Het zijn niet de structuren die de problemen zullen oplossen, maar **de mensen op het veld** die het moeten doen.”

André Verdegem was een van de panelleden op de studiedag van Zorgnet Vlaanderen over het veranderende zorglandschap voor kinderen en jongeren. Hij startte zijn loopbaan als maatschappelijk werker in het toenmalig Vrij PMS-centrum in Ninove, werd later gedetacheerd naar het departement onderwijs en is sinds 1998 betrokken bij alle ontwikkelingen rond de Integrale Jeugdhulp. Sinds 2010 is hij coördinator beleid en communicatie bij de Vrije CLB-koepel.

“Het Vlaamse systeem van CLB’s is uniek: enerzijds zijn we sterk verbonden met het onderwijs, anderzijds blijven we een onafhankelijke instantie. Aangezien alle kinderen leerplichtig zijn tot 18 jaar, hebben we een groot bereik. Kinderen en jongeren vinden ons zowel via de school als rechtstreeks”, vertelt André Verdegem.

“Een van de opdrachten van het CLB is om een draaischijf te zijn. We zijn gebonden aan het beroepsgeheim, maar dat betekent niet dat we geen overleg kunnen plegen met andere hulpverleners. Op voorwaarde dat de cliënt zijn toestemming geeft, uiteraard. Hulpverleners zijn samen verantwoordelijk voor het welzijn van de kinderen en jongeren. De CLB’s maken specifiek de vertaling naar de schoolcontext. Het onderwijs is door zijn opdracht vaak resultaatgericht, terwijl hulpverleners net tijd nodig hebben om met de cliënt een proces te doorlopen. Het CLB zorgt er mee voor dat het kind die tijd krijgt op school, samen met het zorgbeleid binnen de school. In sommige gevallen worden kinderen en jongeren ook even uit de schoolcontext gehaald. De samenwerking met het onderwijs blijft dan cruciaal. Vroeg of laat keert het kind immers terug. Dat is niet altijd gemakkelijk. Gelukkig zien we meer en meer initiatieven die zorg op maat bieden.”

“De draaischijffunctie van de CLB’s is decretaal vastgelegd. We kijken zowel naar links als naar rechts en geven - mits toestemming - informatie door in functie van het welzijn van de kinderen en jongeren. Naast de CGG’s kunnen zowat alle hulp- en zorgverleners partners zijn. Als een kinderpsychiater autisme vaststelt bij een kind, dan is het aan het CLB om dat naar de schoolse context te vertalen. Voor ons telt niet wat het kind heeft, maar wel wat het nodig heeft om goed te kunnen functioneren. In het onderwijs en het CLB wordt handelingsgericht gewerkt en worden handelingsgerichte diagnoses gesteld.”

“Het CLB is verantwoordelijk voor het inschalen van kinderen en jongeren voor het Buitengewoon Onderwijs. Ook Bednet, dat onderwijs biedt aan kinderen die ziek thuis of in het ziekenhuis verblijven, is partner van het CLB. Net als de VDAB, met regionale samenwerkingsverbanden. En uiteraard is ook Kind & Gezin nauw betrokken. Kind & Gezin volgt de kinderen op van de geboorte tot en met de kleuterschool. Daarna nemen de CLB’s het over.”

Ongelooflijke kans

“In Oost-Vlaanderen loopt sinds enke-

le maanden het proefproject Integrale Jeugdhulp, waarbij nog wat technische problemen opduiken. Toch is dit decreet Integrale Jeugdhulp, wat mij betreft, in de eerste plaats een ongelooflijk grote kans voor de CLB's om vanuit onze unieke positie erkenning te krijgen. De CLB's worden nog meer dan vroeger een onmisbare schakel. We zijn betrokken bij de brede instap, want ons netwerk is vaak uitgebreider dan bijvoorbeeld dat van de CAW's. De Huizen voor het Kind zien ons als een belangrijke partner, wat logisch is als verlengstuk van Kind & Gezin. En dan is er nog onze mogelijke rol als Multidisciplinair Team (MDT) in functie van de Toegangspoort tot de niet-rechtstreekse jeugdhulp en onze opdracht in het kader van het Buitengewoon Onderwijs. Al die opdrachten vormen voor ons een samenhangend geheel. Het is pas sinds enkele jaren dat de CLB's op die vlakken een prominentere rol krijgen. Het is voor mij dan ook totaal onbegrijpelijk dat sommige partijen de werking van de CLB's in vraag stellen. Dat kan volgens mij alleen wijzen op onwetendheid en het niet kennen van de CLB-sector."

"Het decreet Integrale Jeugdhulp vraagt van alle hulpverlenende instanties nog meer overleg. Ik moet trouwens bekennen dat ik schrok toen ik op de studiedag van Zorgnet Vlaanderen hoorde hoe weinig medewerkers de CGG's tellen. (900 voltijdse medewerkers in twintig centra helpen jaarlijks 60.000 mensen, nvdr.) Onze maatschappij evolueert snel. Veel mensen hebben problemen en de complexiteit daarvan neemt toe. De vermaatschappelijking van de jeugdzorg is op zich een goede zaak, maar hoeveel rek zit daarop? Idem dito voor de CLB's trouwens. Ook wij hebben te weinig mensen en middelen. Ja, we worden als cruciaal, onmisbaar en erg belangrijk gezien, en we beschouwen dat als een grote erkenning van onze positie, maar als het op middelen aankomt, blijft het stil bij de overheid. Het is uiteindelijk toch de overheid die een samenhangend beleid moet voeren en die beslist over de middelen voor welzijn én voor onderwijs?"

"De geestelijke gezondheidszorg mag gerust wat meer aandacht krijgen. Uit alle onderzoeken blijkt depressie een van de grootste ziekte-oorzaken in de toekomst te worden. Het suïcideplan 2020 toont volkomen terecht veel ambitie én dat is goed. Maar dat vertaalt zich nog niet altijd in de middelen voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik ken veel schrijnende verhalen en heus niet alleen in de kinderpsychiatrie. En het is altijd iemands kind hé. De ouders missen vaak de kracht om daarmee op een goede manier om te gaan. Er rust nog altijd een taboe op geestelijke gezondheidszorg. Vooral de meest kwetsbare en kansarme groepen vinden moeilijk de weg naar de hulpverlening. Het decreet Integrale Jeugdhulp wil daaraan helpen, maar ik onderschrijf de roep tijdens de studiedag naar meer middelen. Met alleen mooie plannen op papier zullen we het niet redden."

Expertise versterken en vertrouwen

"Meer samenwerking op het terrein is nodig, maar het zou naïef zijn daar alle heil van te verwachten. Natuurlijk zou het goed zijn als een cliënt niet elke keer opnieuw zijn verhaal moet doen. Maar tegelijk kijkt elke hulpverlener vanuit zijn deskundigheid met een andere bril naar de situatie en pikt dus ook andere dingen op uit het verhaal van de cliënt. We moeten vooral elkaars expertise versterken én vertrouwen. Een gebrek aan vertrouwen is een groot obstakel voor goede hulpverlening. Ook voor de ouders is het belangrijk dat alle hulpverleners op één lijn zitten en hetzelfde verhaal vertellen. Alleen is het in de praktijk niet altijd gemakkelijk om er bij een verwijzing voor te zorgen dat de hulpverlener met de informatie direct aan de slag kan. Een diagnose uit zich dikwijls als een etiket of een label, terwijl het in de geestelijke gezondheidszorg net ongelooflijk belangrijk is om de nuance een kans te geven, om de context te integreren en om het functioneren van het kind centraal te stellen. Dat doe je niet door enkel etiketten op kinderen te plakken."

"Als we vanuit het CLB een kind of een jongere doorverwijzen, dan eindigt onze opdracht niet. We blijven de link met de school bewaken. Ik wil trouwens een lans breken voor de scholen. Hun eerste opdracht blijft het organiseren van goed onderwijs. De voorbije jaren zien we dat scholen een goed zorgbeleid hebben ontwikkeld, met een zorgcoördinator of een leerlingenbegeleider. Dat zorgbeleid is met beperkte middelen uitgebouwd. Leerkrachten en scholen botsten hier op hun grenzen. Zij moeten inderdaad in staat zijn signalen te detecteren. Het is echter niet aan hen om de problemen alleen op te lossen. Ze moeten weten dat ze er ergens mee terechtkunnen."

"Op zich kost samenwerking geen extra geld", zegt André Verdegem. "Maar meer overleg betekent wel dat er tijd weggenomen wordt van het eigenlijke werk. We hebben vandaag vooral veel meer mensen nodig in de CLB's en de CGG's. We vragen geen middelen om in structuren te investeren. We willen geen *overkill* aan gestructureerd overleg. Hulpverleners komen elkaar sowieso al veel tegen. Dat is ook een valkuil voor het Integraal Jeugdhulpbeleid: als de procedures al te rigide gevolgd worden, dreigen we de cliënt uit het oog te verliezen. We moeten vooral in de geest van het decreet werken en zorg op maat bieden. Soms kan het goed zijn om gewoon vanuit het CLB eens te telefoneren naar een collega van het CGG om raad of advies te vragen. Het zijn niet de structuren die de problemen zullen oplossen, maar de mensen op het veld die het moeten doen. Ook participatie is belangrijk. We moeten samen met de cliënt en met zijn familie en context op weg. Dat vergt tijd. Noodzakelijke tijd. We moeten erover waken dat ouders nog het lef hebben om te zeggen dat het niet meer gaat. De draagkracht van mensen is niet onbeperkt. We moeten laagdrempelig werken, met effectieve ondersteuning. Soms is het beter om vijftien minuten per week langs te gaan bij een gezin, dan een uur per maand. Dat soort flexibiliteit is noodzakelijk. Maar daarvoor zijn mensen en tijd nodig, veeleer dan structuren."

André Verdegem: "Voor ons telt niet wat het kind heeft, maar wel wat het kind nodig heeft om goed te kunnen functioneren."

VLAAMSE REGERING STEUNT SAMENWERKING TUSSEN ZORGSECTOR EN ONDERNEMINGEN

“Ik voel **internationaal respect** voor wat in Vlaanderen gebeurt”

Een hechte samenwerking tussen de zorgsector en de ondernemerswereld kan leiden tot innovaties die zowel economisch als op het gebied van zorg en welzijn het verschil kunnen maken. Eind november schreef de Vlaamse Regering daarom een projectoproep uit in het kader van het Nieuw Industrieel Beleid, met een budget van 3 miljoen euro. “Op internationaal vlak moeten we laten zien dat onze Vlaamse innovaties toekomstgericht zijn, met oog voor de kwaliteit van zorg”, vertelt minister-president Kris Peeters.

Met haar Nieuw Industrieel Beleid (NIB) wil de Vlaamse Regering ondernemingen steunen en inspireren. De wereld verandert en dus moet ook de industrie zich aanpassen. Grote én kleine ondernemingen moeten op zoek naar slimme specialisaties: producten voor nichemarkten, liefst op wereldschaal, die tegemoetkomen aan nieuwe noden. De Vlaamse Regering ziet opportuniteiten, ook met het oog op de toekomstige werkgelegenheid en welvaart.

Ook de zorgeconomie biedt kansen. De gezondheids- en welzijnssector staat immers voor grote uitdagingen. Regio’s zullen alle zeilen moeten bijzetten om de zorgverstrekking betaalbaar en haalbaar te houden. “Innovatie moet leiden tot een verbetering van de zorg én tot economische activiteit waar Vlaanderen wel bij vaart”, luidt het op de website van het Agentschap Ondernemen.

Daarom doet de Vlaamse overheid een oproep voor projecten die inzetten op nieuwe vormen van zorgorganisatie waar de samenleving baat bij heeft én die wereldwijd economisch kunnen renderen. Het budget bedraagt 3 miljoen euro, met een maximaal subsidiebedrag per individueel project van 500.000 euro. Het is de bedoeling om via de gesubsidieerde projecten *Zorgeconomie* samenwerking tussen de ondernemerswereld en de zorgsector te ondersteunen.

Het gaat om een ‘vierde oproep Nieuw Industrieel Beleid’. Waarop lag de focus in de drie vorige oproepen? En vanwaar komt nu het thema zorgeconomie?

Minister-president Kris Peeters: Met het Nieuw Industrieel Beleid hebben we altijd sterk ingezet op de *bottum-up* dynamiek. Het zijn immers de ondernemingen, de innovatie- en kennisinstellingen, maar bijvoorbeeld ook de zorgactoren die op het terrein het nieuwe ondernemerschap tot stand brengen. Met het NIB willen we hen ondersteunen om innovatieve projecten op te zetten. Daarom lanceren we die oproepen naar projecten. De eerste oproep was vrij breed en liet ruimte voor projecten rond ‘open’ productieconcepten en de realisatie van transformatietrajecten. Bij de tweede oproep lag de focus op het inzetten van *Key Enabling Technologies* (KET), zeg maar grote nieuwe technologische vernieuwingen, als motor van grondige veranderingen in de productiemethoden. Beide oproepen samen resulteerden in zo’n 52 NIB-projecten. De derde oproep laat toe *roadmaps* voor economische uitdagen financieel te ondersteunen; die open oproep werd pas eind oktober gelanceerd en de instroom komt pas nu op gang.

Omdat we vaststelden dat onze innovatieve bedrijven heel wat nieuwe oplossingen creëren voor de uitdagingen in de zorg en dat tegelijk de zorgsector sterk vragende partij is voor innovatieve oplossingen, hebben we nu een specifieke oproep gelanceerd voor vermarktingsprojecten in de zorgsector. De oproep wil vooral oplossingen bieden voor de bijzondere uitdaging van de economische markt voor zorgproducten. Die markt is bijzonder omdat ze hoge kwalitatieve oplossingen vraagt, maar ook sterk gestuurd wordt door overheidstussenkomst. De projecten moeten deze markt beter toegankelijk maken voor onze bedrijven, zodat de zorgsector sneller gebruik kan maken van de innovaties die de bedrijven creëren. Daarom deze specifieke oproep, die tegelijk helemaal aansluit bij onze Flanders’ Care ambities.

We kenden inderdaad al Flanders’ Care, de demonstratieprojecten, de innovatieve proeftuinen... Hoe verhouden al deze initiatieven zich tegenover elkaar? Zit er één lijn in?

De oproep Nieuw Industrieel Beleid volgt naadloos op de andere initiatieven. De demonstratieprojecten zijn gericht op het uitproberen en de wetenschappelijke validatie van innovatieve producten en diensten via een *real live testing* bij de toekomstige zorgvrager. Daaraan is ook een economisch luik verbonden: er moet een businessplan worden ge-

maakt. In de proeftuinen draait dan weer alles rond co-creatie: het samen uitwerken en testen van innovaties. De oproep NIB focust op het uittekenen van trajecten om die producten naar de brede, zelfs internationale markt van de zorgsector te kunnen brengen.

Centraal in de oproep staat het begrip *lead-customer*. Waar komt die term vandaan?

De zorg staat centraal en daarom willen we vertrekken vanuit de klantenbehoefte. De noden van de eindgebruiker sturen het transformatieproces. De *lead-customer* is de uiteindelijke koper van het nieuwe zorgproduct of de nieuwe dienst. Door die *lead customer* in te brengen in het project hebben de bedrijven een partner aan boord die het product ook effectief wenst aan te schaffen. Tegelijk kan de *lead customer* zeer goed aangeven aan welke eisen het nieuwe product of de nieuwe dienst moet beantwoorden, welke nieuwe noden moeten worden opgelost. Kortom, de *lead customer* weet precies wat de markt vraagt. Dat kan een zorgactor zijn, maar evengoed een ondernemer of een partner in de waardeketen zijn die nauw verbonden is met de sector. Ook die benadering is innovatief, maar voorbeelden uit de praktijk hebben bewezen dat dit tot zeer goede resultaten in marktintroductie kan leiden.

Welke rol kan een zorgvoorziening daarin spelen? Hebt u concrete voorbeelden?

Een mooi voorbeeld is de oogscreening. Oogscreening op jonge leeftijd kan tot vroege diagnose van oogproblemen leiden, wat toelaat tijdig te behandelen en ernstige gezichtsproblemen te voorkomen. Kind & Gezin had behoefte aan een screeningtoestel om snel dergelijke diagnoses te stellen. Met hun duidelijke kennis van de behoefte – zoals de bruikbaarheid bij kinderen op jonge leeftijd, de analyse van de juiste factoren, de nood aan een snelle onderzoekstijd van enkele seconden in plaats van een tiental minuten – is Kind & Gezin naar de bedrijfswereld gestapt. Dankzij de heldere en concrete behoeftenomschrijving en de inzet van nieuwe technologieën werd een screeningstoestel ontwikkeld dat helemaal aan de noden beantwoordt. Zonder de kennis en de medewerking van Kind & Gezin was dit product niet tot stand gekomen.

De zorgsector is constant op zoek naar nieuwe oplossingen. De uitdagingen zijn groot door maatschappelijke veranderingen zoals de vergrijzing, migratie, nieuwe ziekten enzovoort. We zullen dus nog lang moeten inzetten op innovatie in de zorgvoorzieningen en de zorg in het algemeen. Niet alleen in nieuwe technologische oplossingen, maar ook in modellen van samenwerkingen.

Overal in de wereld zoekt men innovatieve oplossingen voor meer efficiëntie in de zorg en om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Is elke regio apart bezig of wordt er grensoverschrijdend samengewerkt?

Vlaanderen maakt deel uit van verschillende Europese netwerken, zoals het Enterprise Europe Netwerk met zijn sectorgroep Healthcare of de European Innovation Partnerschip on Active and Healthy Aging. Onze onderzoeksinstellingen zoals IMEC, VIB en NERF zijn internationaal verweven in het zoeken naar de oplossingen voor de toekomst. De netwerken van DSP Valley, Flanders Bio en andere zetten in op concrete samenwerkingen tussen bedrijven en kennisinstellingen.

Bovendien telt Vlaanderen een aantal internationale bedrijven, zoals Johnson & Johnson, die vanuit hun netwerk de nieuwe trends mee helpen vormgeven. De universitaire ziekenhuizen zijn eveneens internationaal verweven en verrichten op vele vlakken toonaangevend werk. Het Microsoft Innovation Center Health is ook een Vlaamse link in een goedwerkend internationaal netwerk. Het klopt dat ieder land zijn eigen accenten legt, maar in de uitwerking wordt er absoluut samengewerkt.

Hoe sterk staat Vlaanderen op het gebied van de zorgeconomie? Welke troeven hebben we? En welke nadelen?

Vlaanderen is sterk in diversiteit, bezit veel *knowhow* en, zoals net aangehaald, maken we deel uit van heel wat netwerken. In Vlaanderen wijzen door het project Flanders' Care alle neuzen in dezelfde richting en zetten we in op innovatie en ondernemerschap in de zorg. Op internationaal vlak moeten we laten zien dat onze Vlaamse innovaties toekomstgericht zijn, met oog voor de kwaliteit van zorg. Telkens als ik op de internationale scène kom, voel ik bij mijn gesprekspartners het respect voor wat in Vlaanderen gebeurt in een aantal domeinen. Maar we mogen ons daardoor niet in slaap laten wiegen. Er is concurrentie, maar er zijn zoveel uitdagingen en nieuwe kennis, dat elkeen zich wel ergens kan in specialiseren. Daarom dat zoveel gesproken wordt over *smart specialisation strategies*. Iedere regio richt zich op het gebied waar hij het best in is. En voor Vlaanderen horen daar zeker een aantal zorgdomeinen bij.

Wat verwacht u van deze *call*? Zal het kiezen worden tussen heel veel projecten of is het moeilijk om dit soort innovaties van de grond te krijgen?

Momenteel hebben we al heel wat mensen warm gemaakt om mee oplossingen te zoeken voor de volgende generatie van zorgbehoevenden. We verwachten kwalitatief hoogstaande voorstellen, die effectief door onze steun kunnen evolueren naar een *blueprint* voor toekomstige zorgmodellen.

Welke concrete resultaten hebben de eerste drie oproepen Nieuw Industrieel Beleid opgeleverd?

Op de website www.nieuwindustrieelbeleid.be vind je het volledige projectportfolio terug: dat geeft een goed beeld van het nut van de diverse projecten. Op de website www.nieuwindustrieelondernemen.be lees je de getuigenissen van ondernemers en andere actoren in verband met hun initiatieven. Echt mooie inspirerende verhalen.

Minister-president Kris Peeters: "De lead-customer is de uiteindelijke koper van het nieuwe zorgproduct of de nieuwe dienst. Door die lead customer in te brengen in het project hebben de bedrijven een partner aan boord die het product ook effectief wenst aan te schaffen."

"Het zijn **de ondernemingen, de innovatie- en kennisinstellingen**, maar bijvoorbeeld ook de **zorgactoren** die op het terrein het nieuwe ondernemerschap tot stand brengen."

Minister-president Kris Peeters

ZIEKENHUIZEN ZETTEN NIEUWE STAP IN KWALITEITSBELEID

Positieve dynamiek zet zich door

Met het baanbrekende dossier *Kwaliteit kenbaar maken in de zorg* zette Zorgnet Vlaanderen begin 2010 als eerste koepelorganisatie de bakens uit voor een nieuw en alomvattend kwaliteitsbeleid. Vier jaar later laten zowat alle ziekenhuizen zich door een internationaal erkend accrediteringsinstituut auditen. Bovendien zijn half december de eerste kwaliteitsindicatoren openbaar gemaakt. "Daarmee zet de positieve dynamiek zich door, die zal leiden tot een hogere kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuizen", vertelt dr. Johan Pauwels.

Het dossier *Kwaliteit kenbaar maken in de zorg* wond er geen doekjes om. "In perceptie behoren we tot de top, onder meer ten gevolge van de vrije keuze voor de patiënt en van het ontbreken van wachtlijsten voor acute zorg. Maar we hebben in ons land op basis van gezondheidszorgresultaten wel een internationaal geloofwaardigheidsprobleem. (...) In elk geval is er een sterke nood aan betere kwaliteitsgegevens. (...) Ook het Federaal Kenniscentrum stelde in 2006 naar aanleiding van het rapport *Klinische kwaliteitsindicatoren*: 'België heeft de beste gezondheidszorg ter wereld ... bewijzen kunnen we die stelling niet.'"

De diagnose stellen is één ding, verandering brengen is minder evident. Samen met de voltallige ziekenhuissector namen de ziekenhuiskoepels de handschoen op en ontwikkelden ze een nieuw model voor kwaliteitsbeleid. Dat steunt op drie pijlers: accreditering, kwaliteitsindicatoren en een aangepast toezichtsmodel vanuit de Vlaamse overheid.

Nauwelijks vier jaar later hebben zowat alle algemene ziekenhuizen zich in dit nieuwe model ingeschreven. Hoewel het van de ziekenhuizen een stevig engagement, grote inspanningen en een zelfkritisch kwaliteitsdenken vereist, mogen we vandaag gerust van een doorbraak spreken. Dat succes is te danken aan de directe betrokkenheid van de voorzieningen zelf, aan de vrijwilligheid om in te stappen en aan de brede gedragenheid en ondersteuning vanuit de ziekenhuiskoepels, het Agentschap Zorg en Gezondheid, het Agentschap Zorginspectie en de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren.

Indicatoren in de media

De jongste stap in dit brede kwaliteitsverhaal vond half december plaats, namelijk het openbaar maken van de eerste resultaten van het Vlaams Indicatorenproject. Verschillende ziekenhuizen hebben de resultaten van de kwaliteitsindicatoren borstkanker op hun website gepubliceerd. Dat gebeurt op vrijwillige basis.

Annemie Doms, waarnemend administrateur-generaal van Zorg en Gezondheid, zegt daarover: "Vanuit het agentschap vinden we het belangrijk dat de bepaling van indicatoren en het gebruik ervan zorgvuldig worden aangepakt en voorbereid. Daarom zal de informatie stapsgewijs worden aangeboden. Patiënten zullen in staat gesteld worden om een meer weloverwogen keuze te maken voor een ziekenhuis. Ook huisartsen en andere verwijzers van patiënten zullen deze informatie kunnen gebruiken. Vlaanderen volgt zo de trend van de publieke transparantie die ook in andere landen is ingezet. Dat alles moet op een correcte manier gebeuren zonder de complexiteit van een ziekenhuis uit het oog te verliezen. Ook de media hebben daarin een verantwoordelijkheid."

Dr. Johan Pauwels:
"De ziekenhuizen beslissen zelf of ze hun resultaten openbaar maken.
Die vrijwilligheid bepaalt de sterkte van dit verhaal.
Er is moed voor nodig, ja. En hoe meer ziekenhuizen eraan meewerken, hoe meer het vanzelfsprekend zal worden om open over kwaliteit te communiceren."

Vlaams minister Jo Vandeurzen: "De ziekenhuizen hebben op korte tijd **belangrijke vooruitgang** *geboekt. Dat we vandaag zover staan is te danken aan een* **unieke samenwerking** *tussen ziekenhuizen, artsen, patiëntenvertegenwoordigers en overheid."*

Over de mogelijke reactie van de media werden vooraf inderdaad heel wat vragen gesteld. De vrees leefde dat gegevens uit hun context zouden worden gerukt en dat de sensatiezucht het zou halen op goede duiding en informatie. Ziekenhuizen zijn bereid om gegevens over hun kwaliteitsresultaten te publiceren, maar verwachten dat de media daarmee zorgvuldig omgaan. Ranglijstjes of een top-10 van de zogezegd 'beste ziekenhuizen' horen daar niet bij, omdat die per definitie te weinig rekening houden met de context. Bovendien zijn de resultaten die vandaag gepubliceerd worden gebaseerd op gegevens van enkele jaren geleden. Het uiteindelijke doel van de kwaliteitsindicatoren is om de kwaliteit en de veiligheid voor de patiënt steeds verder te verbeteren.

De reactie in de media op de eerste publicatie van gegevens valt in elk geval mee. De pers focust terecht vooral op de grote stap die de ziekenhuizen zetten. *Ziekenhuizen zetten cijfers over kwaliteit online*, kopte *De Standaard* op 13 december. In de andere kranten vinden we eenzelfde teneur: *Ziekenhuizen openbaren cijfers over kwaliteit van hun diensten* (*Het Laatste Nieuws* en *De Morgen*), *Ziekenhuizen zetten hun rapport online* (*Het Nieuwsblad*), *Ziekenhuizen gaan kwaliteit van zorg openbaar maken* (*Het Belang van Limburg*). Dat de ziekenhuizen daarvoor zelf het initiatief nemen, wordt positief onthaald.

Ook de dagen erna is de berichtgeving vrij objectief en regionaal worden her en der goede resultaten in de verf gezet: *Limburg scoort goed voor behandeling van borstkanker* (*Het Belang van Limburg*), *Borstkanker wordt uitstekend behandeld in de regio* (*Het Nieuwsblad*), *Sint-Trudo Ziekenhuis scoort goed voor borstkankerzorg* (*Het Nieuwsblad*).

Uiteraard worden ook de minder mooie resultaten benoemd, maar zonder de sensatie te zoeken. *De Standaard*: "Ook meer gedetailleerde cijfers over de behandeling van borstkanker doen vermoeden dat vrouwen niet overal de beste zorg krijgen. Zo ondergaat in elf van de zestig Vlaamse ziekenhuizen niet eens de helft van de vrouwen een borstsparende operatie, hoewel die kan worden overwogen. Hun borst wordt geamputeerd, hoewel de tumor niet groot is."

Verheugend nieuws

Ondertussen plaatsen meer en meer ziekenhuizen hun resultaten online. En dat is een goede evolutie, vindt ook stafmedewerker Johan Pauwels van Zorgnet Vlaanderen: "De ziekenhuizen beslissen zelf of ze hun resultaten openbaar maken. Die vrijwilligheid bepaalt de sterkte van dit verhaal. Er is moed voor nodig, ja. En hoe meer ziekenhuizen eraan meewerken, hoe meer het vanzelfsprekend zal worden om open over kwaliteit te communiceren. Ondertussen verschaffen de kwaliteitsindicatoren elk ziekenhuis objectieve informatie over het eigen presteren, wat een goede basis vormt om de eigen processen en resultaten kritisch te bekijken en steeds verder te verbeteren. Daarmee zet de positieve dynamiek zich door, die zal leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en meer patiëntveiligheid in de ziekenhuizen. We hebben nog een weg te gaan, maar we nemen onze verantwoordelijkheid. Aan de overheid vraagt Zorgnet Vlaanderen een wettelijke verankering van de internationale door Isqua geaccrediteerde ziekenhuisaccreditering, om te vermijden dat om het even wie een accrediteringslabel of een certificeringslabel voor ziekenhuizen kan lanceren. Voorts zou het goed zijn als de overheid, naar analogie met de 211 miljoen euro die jaarlijks wordt gespendeerd aan de accreditering van de artsen, ook eens nadenkt over een passende financiering van deze extra inspanningen door de ziekenhuizen."

Ook Vlaams minister Jo Vandeurzen toont zich enthousiast: "De ziekenhuizen hebben op korte tijd belangrijke vooruitgang geboekt. Dat we vandaag zover staan is te danken aan een unieke samenwerking tussen ziekenhuizen, artsen, patiëntenvertegenwoordigers en de overheid. Het unieke bestaat er vooral in dat dit alles op vrijwillige basis gebeurt en zonder het opleggen van regels. Dat is verheugend nieuws. Het uiteindelijke doel is de zorg voor de patiënt verbeteren en die initiatieven dragen daar in belangrijke mate toe bij."

Lees ook de artikels "Raad van bestuur cruciaal voor kwaliteit en patiëntveiligheid in het ziekenhuis" (pagina 12) en "Na de eerste briefing dacht ik: dit komt nooit goed" (pagina 28).

BART DEPELCHIN VOERT STERK ETHISCH BELEID IN WZC TEN ANKER

“Het goede zit in elk van onze medewerkers”

Woonzorgcentrum Ten Anker in Nieuwpoort ligt op een boogscheut van de Noordzee. Bart Depelchin is er al 24 jaar directeur. Al die tijd legt hij een bijzondere aandacht voor het ethisch beleid aan de dag. Niet zozeer de grote theorieën interesseren hem, maar veeleer het dagelijkse ethisch handelen vanuit ‘een zekere goedheid’. Een gesprek met een inspirerend man.

In de kwarteeuw dat Bart Depelchin directeur van wzc Ten Anker is, is er ontzettend veel veranderd. “Toen ik hier begon, telde Ten Anker 45 plaatsen”, herinnert hij zich. “Vandaag hebben we 100 residentiële bewoners met een hoge zorggraad, 10 plaatsen kortverblijf en een dagcentrum met gemiddeld 20 bezoekers per dag. Ons personeelsbestand groeide van 27 naar 108 medewerkers. En het houdt niet op. In de toekomst voorzien we een verdere uitbreiding met 36 plaatsen. Sinds enkele jaren zijn we bovendien een autonome vzw geworden, maar door de aanwezigheid van religieuzen in het bestuur blijven we verankerd met de congregatie waaruit we ontstaan zijn.”

“Uiteraard hebben die groei en die veranderingen een invloed op de cultuur in ons woonzorgcentrum. Van een kleine equipe zijn we uitgegroeid tot een flink uit de kluiten gewassen ploeg, met meer mogelijkheden tot specialisatie. Een constante doorheen al die jaren is echter onze aandacht voor een sterk ethisch beleid.”

Ethische reflectie

“Begin jaren 1980 was ik als hoofdverpleegkundige op een dienst inwendige ziekten al sterk begaan met ethische kwesties. Het trof me dat we als verpleegkundigen volledig in functie van de artsen moesten werken. Zo moesten we ook helpen bij het nodeloos verlengen van het leven, met soms schrijnende situaties tot gevolg. Ik voelde me daar slecht bij. Samen met een jonge arts ben ik toen naar prof. Paul Schotsmans in Leuven getrokken. We wilden graag weten hoe hij dacht over het al dan niet toedienen van sondevoeding. Zulke vragen waren toen niet evident. Er bestonden weinig theorieën over en nog minder richtlijnen. In de loop der jaren is dat gelukkig veranderd.”

“Rond 2000 had ik het voorrecht om mee aan de wieg te staan van de werkgroep Toegepaste ethiek van Caritas West-Vlaanderen, met Axel Daenekindt als voorzitter. Onze bedoeling was om samen te reflecteren over ethische kwesties en om opleiding en begeleiding aan te bieden. In samenwerking met Vives Roeselare – toen nog Katho – organiseerden we in 2004-2005 de eerste van een hele reeks langlopende postgraduaatopleidingen. Maar de hamvraag bleef al die tijd: ‘hoe kan je ethiek op een goede manier in de organisatie integreren?’ Daarom heb ik binnen wzc Ten Anker een stuurgroep Ethiek in het leven geroepen, met de steun van Luc Anckaert, docent aan Vives/Katho. De stuurgroep is meer dan zomaar een praatgroepje. Alle leden volgden de langlopende postgraduaatopleiding. Zowel verpleegkundigen, psychologen, sociaal werkers, de pastoraal medewerker als de directie maken er deel van uit. We hebben ook een arts met een bijzondere gevoeligheid voor ethiek gevraagd om zich te engageren, om ook bij het artsenkorps casussen en visies bespreekbaar te maken.”

“De stuurgroep reikt een denkkader aan voor de ethische adviezen van Zorgnet Vlaanderen. Ja, we maken daar dankbaar gebruik van. Dat werk zouden we als woonzorgcentrum onmogelijk zelf kunnen doen. We proberen de adviezen zo goed mogelijk te vertalen naar onze eigen organisatie, zodat we ze optimaal kunnen implementeren. We starten met het maken van een vlot leesbare tekst voor onze medewerkers. Vervolgens leggen we de tekst ter goedkeuring voor op de raad van bestuur, waarna we hem in de verschillende dienstvergaderingen voorstellen. Ook procedures en protocollen worden door de stuurgroep gemaakt en besproken met de kwaliteitscoördinator; hij zorgt voor de integratie in het kwaliteitshandboek. Alle grote vraagstukken komen aan bod: parenterale voeding, het levenseinde, het fixatiebeleid…”

“Dankzij de inspanningen van de stuurgroep slagen we er meer en meer in om een ‘ethische cultuur’ in onze organisatie te vestigen. We zijn daar bewust mee bezig. We geven daarvoor tijd en ruimte aan onze mensen. Want met procedures en protocollen alleen kom je er niet. We willen alle medewerkers betrekken bij de grote en kleine vraagstukken van elke dag. We doen dat op verschillende manieren. Zo organiseren we in het voorjaar 2014 een vertoning van de film *Intouchables*. Daarin zoekt een rijke, zieke man een oppas. Hij krijgt heel wat kandidaten over de vloer die keurig solliciteren met het juiste diploma en de juiste vaardigheden. Plots verschijnt er een buitenbeentje. Een ongeschoold iemand, die echter meteen de juiste toon aanslaat, contact legt, menselijk is en gevoel voor humor toont. Uiteindelijk krijgt die persoon de voorkeur. De film is een opeenstapeling van situaties die tot nadenken stemmen. En die tot discussie leiden, wat uiteraard de bedoeling is.”

“Medewerkers die geraakt worden en zich uitgedaagd voelen door deze benadering van ethiek kunnen zich engageren in een werkgroep. Deze werkgroep zorgt

voor de integratie van de ethische reflectie op de werkvloer. Vanuit alle echelons van de organisatie kunnen medewerkers aansluiten en vanuit hun eigen competenties meewerken aan de implementatie van ethiek op de werkvloer."

Goedheid

"Goede zorg verlenen is méér dan de optelsom van wetenschappelijke inzichten. We hebben bij onze medewerkers een bevraging georganiseerd over wat nodig is om goede zorg te verlenen. De werkgroep Ethiek van Caritas West-Vlaanderen stuurde de enquête aan om te onderzoeken wat aan de basis leeft en om van daaruit vorming te organiseren. We verklaarden één antwoord taboe: 'we hebben geen tijd'. Dat mochten ze dus niet antwoorden. We kregen veel boeiende reacties, veel persoonlijke verhalen ook. Wat echter ontbrak in de antwoorden, was wat ik 'het gelaat van de andere' zou willen noemen. Goede zorg ontstaat in een relatie waarin je als zorgverlener ook veel terugkrijgt. De inspanning die je doet om voor anderen te zorgen, kan heel zwaar wegen als je niet beseft hoeveel je ervoor terugkrijgt. De dankbaarheid is een loutering voor de inspanning."

"Ethiek is nog altijd een beladen woord. Ten onrechte, eigenlijk. Het goede zit in elk van onze medewerkers. Elk van ons heeft waarden die belangrijk zijn. Met opleiding en vorming proberen we de grote ethische thema's te kaderen. Dat geeft onze medewerkers een veilig gevoel. Iedereen heeft ideeën over euthanasie of het fixeren van bewoners, maar een heldere en duidelijke visie geeft rust. Dat geldt ook voor de kleine, dagelijkse dingen. Belangrijk is bijvoorbeeld om zorgzaam om te gaan met de bewoners en hun familie vanuit een zekere 'goedheid'. Daarvoor heb je weinig geleerde achtergrond nodig, maar er bewust mee bezig zijn, maakt het verschil. We reiken de middelen aan om onze mensen te laten nadenken over hoe ze werken. Iemand van de stuurgroep licht de grote thema's toe. Zo stijgt de gevoeligheid voor het ethisch handelen gaandeweg, met een duidelijke impact op de werkvloer. Dat is ons streven. Niet alleen de grote theorieën en de ethische visies zijn belangrijk, maar wel de ethische gevoeligheid in de praktijk."

"Als ik terugdenk aan mijn beginjaren in de zorg, dan zie ik een enorme evolutie. De belangrijkste vaststelling is dat ethiek een naam gekregen heeft. Het is een thema geworden dat telt. Ook de verhoudingen zijn uiteraard veranderd. Niet alleen tussen arts en verpleegkundigen, maar tussen alle zorgverstrekkers. Vandaag is er een gezonder evenwicht, waarin elk vanuit zijn deskundigheid bijdraagt en in team samenwerkt. Maar we zijn er nog niet. De professionalisering is gestegen, maar ook de context is veranderd. Het respect voor de autonomie van de bewoner neemt toe. De participatie van de zorgvragers komt op de voorgrond. Dat maakt de zorgverlening complexer. Tegelijk is het een kans om de ethische keuzes nog meer gedragen en in overleg te maken. Ons streven mag niet zijn om iedereen op één lijn te krijgen. Het overleg is net zinvol omdat er verschillende meningen bestaan. Het kader waarbinnen we werken, is wel belangrijk. Natuurlijk kan niet iedereen zomaar zijn zin doen. We gaan samen op weg. In overleg. Met een stevige inbreng van de basismedewerkers en van de bewoners. De fundamenten blijven doorheen alle veranderingen onveranderd: vriendelijk zijn, je inleven in de andere, zorgzaam zijn... De essentie van 'goedheid' verandert niet. Alleen de expressie ervan evolueert."

Bart Depelchin:
*"**De essentie van 'goedheid'** verandert niet. Alleen de expressie ervan evolueert."*

MEDEWERKERS AZ GROENINGE VERTELLEN OVER VOORBEREIDING EN IMPACT JCI-ACCREDITERING

“Na de eerste briefing dacht ik: **dit komt nooit goed**”

AZ Groeninge in Kortrijk mocht onlangs als eerste niet-academische ziekenhuis van de Benelux de JCI-accreditering (Joint Commission International) in ontvangst nemen. Na twee jaar voorbereiding en een zes dagen durende audit is de fierheid op het bereikte resultaat navenant. Maar hoe beleven de medewerkers zo’n accrediteringsproces? Hoe kijken ze terug op de voorbije twee jaar? En delen ook zij in de trots? We gingen even poolshoogte nemen.

“Ik reageerde aanvankelijk nogal sceptisch”, bekent Geert Gunst, hoofdverpleegkundige van de spoedopname. “Er zijn al zoveel labels. Maar zodra ik zicht had op de inhoud, was ik overtuigd. JCI is een sterk patiëntgericht en relevant instrument. Het was snel duidelijk dat we op korte termijn een grote sprong voorwaarts zouden kunnen maken. Hoewel JCI vaak over evidente kwaliteitsaspecten gaat, haalt het proces je uit de dagelijkse routine en maakt het je opnieuw bewust van de manier van werken.”

“Ik dacht dat we goed bezig waren, maar JCI is een *eye-opener*”, beaamt Veerle Foulon, hoofdverpleegkundige van de PAZA/ontwaakafdeling. “Ook ik was sceptisch. Hoe kan een Amerikaans label in een Kortrijks ziekenhuis de zorg komen verbeteren? Ik zag op tegen het extra papierwerk. We mogen de patiënt niet uit het oog verliezen. Maar al bij al viel het papierwerk mee. Bovendien bleek JCI ook een handige hefboom te zijn om een aantal zaken te realiseren waarover we al lang droomden. Ouders mogen nu bijvoorbeeld wél mee op het operatiekwartier. Dat zorgt voor een positieve dynamiek in het team. En hoewel JCI arbeidsintensief is, ga je er als team toch helemaal voor. ‘We moeten het label halen’, klonk het in koor. Dat werkt motiverend.”

“JCI is een langdurend traject”, zegt Arnold Vanhecke, stafmedewerker catering. “In december 2011 vond al de pre-audit plaats en die was voor veel mensen confronterend. In de voedingsdienst hadden we gelukkig al een inhaalbeweging achter de rug. In december 2012 haalden we de *Smiley* van het Federaal Voedselagentschap (FAVV), het hoogst haalbare label voor de keuken. Bovendien kunnen wij elke dag onaangekondigd de inspectie over de vloer krijgen. We zijn altijd voorbereid. Voor de schoonmaakdienst was het streven naar een kwaliteitslabel wel nieuw. Een van de positieve punten van JCI is dat alle diensten en afdelingen betrokken worden. Deze accreditering gaat erg breed. De keukenmedewerkers worden niet alleen op hun eigen werk geïnspecteerd, maar bijvoorbeeld ook op hun kennis van de evacuatie-afspraken, de afvalverwerking en het algemeen beleid van het ziekenhuis. Uiteindelijk zijn drie van de vier campuskeukens gecontroleerd voor JCI. Alles is vlot verlopen.”

Medewerkers enthousiast maken

Leidinggevenden spelen een cruciale rol bij een accrediteringsproces. Het is belangrijk dat zij overtuigd zijn van het nut ervan. Maar hoe slagen de leidinggevenden er op hun beurt in hun medewerkers daarvoor warm te maken? Tenslotte duurt de voorbereiding twee jaar en vergt ze heel wat inspanning, terwijl het op veel afdelingen zo al erg druk is.

“Je medewerkers meekrijgen in dat verhaal is inderdaad nog iets anders”, zegt Geert Gunst. “Spoedverpleegkundigen liggen niet wakker van een label. Zij gaan honderd procent voor de patiënten. Dat zijn er op de spoeddienst ondertussen 38.000 per jaar. Ik heb dan ook veeleer onrechtstreeks naar de JCI-audit toegewerkt. Patiëntveiligheid en -vriendelijkheid staan centraal op de spoeddienst. Elke week maak ik een nieuwsbrief voor de spoedmedewerkers, met daarin een vaste rubriek over veiligheid en vriendelijkheid. Langs die weg heb ik de verbeterpunten uit de pre-audit stap voor stap aangepakt, zonder té expliciet naar JCI te verwijzen. Bovendien kregen de leidinggevenden veel steun vanuit de kwaliteitsdienst. Zij organiseerden *tracers* of korte interne audits rond bepaalde thema’s. Op de spoeddienst hebben we zelf een aantal extra *tracers* georganiseerd. Niet als een soort van politieagent, maar vanuit de positieve attitude om steeds betere zorg te willen aanbieden aan de patiënt. Zo hebben de medewerkers het ook ervaren. Ten slotte hadden we ook elke maand één actiepunt in het kader van JCI.”

“Hoed af voor onze kwaliteitsdienst”, zegt ook Veerle Foulon. “Die *tracers* hebben goed gewerkt. Aanvankelijk waren de medewerkers daar wat zenuwachtig voor, maar door de positieve aanpak is alle schrik snel weggeëbd. Het is goed dat andere mensen eens kritisch naar het reilen en zeilen van je afdeling komen kijken. Zelf zit je er zo dicht met je neus op, dat je vaak niet meer ziet wat er foutloopt of wat er nog beter kan. Om de medewerkers helemaal mee te krij-

Veerle Foulon, Geert Gunst en Arnold Vanhecke van AZ Groeninge: "Het is goed dat andere mensen eens kritisch naar het reilen en zeilen van je afdeling komen kijken. Zelf zit je er zo dicht met je neus op, dat je vaak niet meer ziet wat er foutloopt of wat er nog beter kan."

gen, zijn we ook creatief geweest. We hebben een quiz georganiseerd, maar ook een muzikaal pak met vragen! Op die manier zorgde JCI voor heel wat samenhorigheid. Ook over de diensten en afdelingen heen. Twee jaar lang hebben we ons allemaal samen ingespannen voor dat ene doel: een nog betere kwaliteit en patiëntveiligheid, met als resultaat het fel begeerde JCI-label."

"Ja, de beroepsfierheid speelt zeker mee", vult Geert Gunst aan. "Zelfs al hechten sommige medewerkers niet veel waarde aan het label op zich, ze willen natuurlijk niet afgaan. En op elke afdeling heb je mensen die het voortouw nemen, die er helemaal voor gaan en die de andere collega's enthousiast maken". "Voortrekkers heb je inderdaad nodig", weet ook Arnold Vanhecke. "Zij zorgen voor een goede sfeer, ondanks het vele werk. Want onderschat het niet: JCI checkt maar liefst 1.100 controlepunten."

Auditstress

In november 2013 was het dan zover. De JCI-auditoren streken neer in AZ Groeninge in Kortrijk en trokken van afdeling naar afdeling om streng maar rechtvaardig hun oordeel te vormen. Het waren zenuwslopende dagen."Dat kan je wel zeggen! Bij elke deur die opengaat, elke bel die overgaat, denk je: ze zijn daar!", lacht Veerle Foulon.

"De audit zelf duurde een volle week. Dat is méér dan lang genoeg. Iedereen loopt op de tippen van zijn tenen. Het lijkt wel een weekdurend examen", zegt Geert Gunst.

"Ondertussen ben je dan ook helemaal *gebrainwasht* door JCI", zegt Arnold Vanhecke. "Er zijn opleidingen geweest, interne audits, folders... Je bent helemaal van JCI doordrongen. Tijdens de week van de audit hing er veel spanning in de lucht. Vanaf dag twee kregen alle afdelingshoofden elke ochtend een briefing met feedback van de auditoren. Daarop was telkens 150 tot 200 man aanwezig! Om 8 uur 's morgens nota bene, voor de start van de shift! Na de eerste briefing dacht ik: dit komt nooit goed. Het klonk allemaal heel streng. Maar naarmate de week vorderde, werd de toon positiever. Tegelijk voelde je die grote samenhorigheid, over alle afdelingen heen. Iedereen steunde elkaar, belde met elkaar en gaf tips door. Ja, ook tijdens de audit nog. Als dan uiteindelijk het verlossende sein komt dat we allemaal samen effectief het JCI-label hebben behaald, is de fierheid navenant. Iedereen is blij en tegelijk ook opgelucht. Ja, we zijn fier op onszelf en op elkaar. Een dikke proficiat aan alle collega's!".

Niet achteroverleunen

"Het komt er nu op aan om dat gevoel en de resultaten zo lang mogelijk vast te houden", zegt Geert Gunst. "Sommige verbeterpunten zijn ondertussen zo sterk verankerd in de organisatie, dat ik zeker weet dat ze zullen blijven. Van andere punten weet je nu al dat ze blijvend aandacht zullen vergen. Ik ben alvast van plan om op de spoeddienst *tracers* te blijven organiseren, zodat we scherp blijven."

"De voorbije twee jaar zijn zo intensief geweest, dat het gevaar bestaat dat we nu terug naar de orde van de dag gaan. Al is er toch iets wezenlijks veranderd. We hebben bijvoorbeeld alle procedures op punt gesteld. Aanvankelijk is dat een vervelende klus, maar na enige tijd gaat dat vlotter en vlotter en krijg je er zelfs een zeker plezier in. Het is uiteindelijk ook prettig het gevoel te hebben in een veilig kader te werken", vertelt Arnold Vanhecke.

"Ook op de ontwaakafdeling is er heel wat veranderd dankzij JCI. De medewerkers zijn vandaag veel bewuster bezig met kwaliteitszorg", zegt Veerle Foulon. "In die zin is die lange voorbereidingsperiode van twee jaar ook erg zinvol geweest", vindt Geert Gunst. "De kwaliteitsattitude moet de tijd krijgen om werkelijk in het DNA van de organisatie binnen te dringen. Dat is veel belangrijker dan het label op zich."

"Het label blijft trouwens maar drie jaar van kracht", weet Arnold Vanhecke. "Veel tijd om achterover te leunen zal er dus niet zijn. Deze maand nog werkt de kwaliteitsdienst al een nieuw actieplan uit om verworvenheden te borgen. De lat ligt telkens een beetje hoger. En zo hoort het ook."

Zorgnet Vlaanderen **viert feest**

2013 was voor Zorgnet Vlaanderen een feestjaar. Onze organisatie bestond 75 jaar. Om dat te vieren, gaven we 75 zorgballonnen aan 75 zorgvips. Dat zijn creatieve, gedreven en enthousiaste zorgmedewerkers die door hun collega's genomineerd werden. Op die manier kreeg de zorg in al haar diversiteit een gezicht. Wekelijks verschenen hun verhalen op onze feestelijke website, een speciale editie van *Zorgwijzer* heeft alle portretten gebundeld.

Op het slotevent (21 november) in de Capitole in Gent werden de zorgvips nog eens extra in de bloemetjes gezet. Zij staan symbool voor de vele tienduizenden zorgverleners die in onze organisaties en voorzieningen werken en elke dag het beste van zichzelf geven. We blikten natuurlijk ook terug op 75 jaar rode draad doorheen onze geschiedenis en stelden een nieuwe publicatie voor over waardengedreven leidinggeven in de zorg. Ten slotte zorgde Scala voor een fantastische afsluiter.

Neem zeker een kijkje op onze website www.zorgnetvlaanderen75.be en geniet nog even na.

De zorgsector en de witte economie zijn volop in beweging.
Z-Healthcare plaatst zorg en innovatie gedurende 30 weken in de kijker.

De nieuwe reeks werpt niet enkel een blik op de technologische evoluties in de sector, maar toont ook hoe innovatie voor meer comfort, meer levenskwaliteit en een menselijkere aanpak zorgt.

Z-Healthcare

Elke woensdag op Kanaal Z

kanaal Z
24u/24u via digitale tv

KBC Rode Kruis Solidariteit voor het Gezin zorg net PHILIPS

In samenwerking met: actumedica