Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 6 nr. 42 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

ZORG WIJZER

“Als mensen gelukkig zijn op hun werk, dan bieden ze een goede dienstverlening”

Interview met minister Monica De Coninck

zorgnet VLAANDEREN

11 Sluit niet langer de ogen voor een burn-out
14 Samenwerken in de woonzorg: trendy of noodzakelijk?
26 Alle implantaten moeten tegen 2016 traceerbaar zijn

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: Mine Dalemans, Peter De Schryver, Patrick Holderbeke, Jan Locus, 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 8 april 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.

42

03 Editoriaal

04 Korte berichten

06 Interview met minister Monica De Coninck

11 Sluit niet langer de ogen voor een burn-out

14 Prof. Joris Voets - "Grote eensgezindheid over de richting die we uit moeten"

16 Prof. Chris Ham - "Uiteindelijk moet iedereen mee aan boord"

18 Geografische software brengt risico's en opportuniteiten in kaart

21 Perceptiemeting werken in de zorg

22 Beurs "50 tinten goede zorg": mooie staalkaart van innovatie en creativiteit in ouderenzorg

26 Alle implantaten moeten tegen 2016 traceerbaar zijn

28 AZ Sint-Lucas Gent en UZ Leuven pilootprojecten traceerbaarheid implantaten

30 Korte berichten

Een **gedeelde** droom

Af en toe zijn er van die studiedagen en congressen waarvan je op het moment zelf ten volle beseft dat ze een belangrijke mijlpaal zullen markeren. Het congres *GPS 2021 – Nieuwe navigatie voor de ouderenzorg* in 2010 was zo'n cruciaal moment, net als het ziekenhuiscongres *Together we care* in 2013. Op beide gelegenheden werden bakens voor de toekomst uitgezet. Niet met wollige woorden en vage plannen, maar met heldere doelstellingen en een eerste concrete verkenning van de paden ernaartoe.

De studietweedaagse *Samenwerken in de woonzorg: trendy of noodzakelijk?* die Zorgnet Vlaanderen begin februari organiseerde in Leuven, borduurde daarop verder. Samen met internationale deskundigen en experten van de verschillende universiteiten onderzochten ruim 200 actoren uit het werkveld hoe we de noodzakelijke samenwerking voor een geïntegreerde zorg het best vorm kunnen geven. Zonder hier diep in te gaan op alle besproken thema's, deel ik graag enkele interessante bevindingen.

Eerst en vooral is samenwerking in de woonzorg een proces met zeer diverse actoren. De ouderenzorg in al haar vormen en gedaanten is er uiteraard bij betrokken, maar ook de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, het woonbeleid, de welzijnssector en tal van andere maatschappelijke domeinen. Het komt erop aan om verbindingen te maken waar elke partner zich goed bij voelt en die gericht zijn op een kwaliteitsvolle, cliëntgerichte en geïntegreerde zorg- en dienstverlening.

Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Samenwerkingsvraagstukken zullen de komende weken en maanden bij veel organisaties op de bestuurstafel komen. We zullen ons met zijn allen een andere manier van denken eigen moeten maken: een denken dat vanuit de vraag van de cliënten vertrekt en vanuit een kader van samenwerking. Niet langer de eigen organisatie zal centraal staan bij strategische keuzes, maar veeleer de cliëntgerichte samenwerking.

En jawel, samenwerking is een gedoe. Het wordt een hele uitdaging om verschillende belangen en ambities samen te brengen tot een gemeenschappelijk gedragen opvatting en doelstelling. Het vraagt visie, geloof en doorzettingsvermogen. Het vergt een draagvlak én daadkracht. Maar bovenal vergt het verbindend leiderschap, vanuit een gedeelde ambitie en een oprechte interesse in elkaars belangen.

Meer dan ooit bleek op de studietweedaagse in Leuven wat we eigenlijk met zijn allen al langer beseffen: samenwerking is de toekomst. En die toekomst wordt vandaag al voorbereid en vormgegeven. Langzaam maar zeker vallen de muurtjes tussen de voorzieningen en de sectoren weg, vanuit een gedeelde droom voor goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Peter Degadt / Gedelegeerd bestuurder

16 maart 2014:
Derde editie Dag van de Zorg

Op zondag 16 maart 2014 vindt de derde editie van de Dag van de Zorg plaats. Overal in Vlaanderen zetten ziekenhuizen, woonzorgcentra, welzijnsvoorzieningen en andere zorgorganisaties hun deuren open, ook scholen en onderzoekscentra doen mee.

Centraal staat de positieve beeldvorming van de zorg. Gezondheid en welzijn zijn immers een van de belangrijkste sectoren (ook economisch en op het vlak van werkgelegenheid) en hebben een groot maatschappelijk belang voor alle mensen, jong en oud.

Dit jaar gaat de aandacht naar vijf thema's: vacatures, bouw- en architectuurprojecten, innovatie, samenwerking en het Jaar van het Brein. Op meer dan 165 locaties staan duizenden mensen klaar om bezoekers wegwijs te maken in de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Vaak is er een apart programma voor kinderen voorzien. Een echte gezinsdag dus.

Tijdens de vorige editie was Radio 2 voor het eerst partner van de Dag van de Zorg; dat leverde heel wat mooie reportages op. Ook nu slaan de Dag van de Zorg en Radio 2 de handen in elkaar, zo organiseert de zender tussen 10 en 15 maart een heuse Week van de Zorg.

Op 6 maart verschijnt de Dag van de Zorgkrant bij *Het Nieuwsblad*, de *Gazet van Antwerpen* en *Het Belang van Limburg*.

Nieuw zijn ook de Mannen van de Zorg. Sinds 3 december gaan Lou en Yari elke week op stap en bezoeken ze enkele deelnemers van deze editie. Gewapend met een camera en een gitaar gaan ze op zoek naar pakkende verhalen en leuke beelden. Elke dinsdag laten ze op Facebook hun kijk op de zorg en welzijn zien.

Voor het volledig programma, zie www.dagvandezorg.be

On track again:
app voor jonge suïcidepogers

De organisatie Zorg voor Suïcidepogers ontwikkelde in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en met de steun van Cera, Ga voor geluk, Porticus en de Vlaamse Overheid een app voor jonge suïcidepogers. *On track again* is speciaal bedoeld voor jonge mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Door de app kunnen ze zichzelf beter helpen, zichzelf evalueren en eigen hulpbronnen organiseren en bijhouden.

Persoonlijk veiligheidsplan

Jongeren kunnen een gepersonaliseerde hulpkit samenstellen, een dagboek bijhouden en dat eventueel delen met mensen die hen kunnen helpen. Daarnaast kunnen ze contacten toevoegen van familie of vrienden en hulplijnen die ze in nood kunnen contacteren. Verder kunnen ze rustgevende muziek, beeldmateriaal en helpende quotes bewaren. Ten slotte kunnen ze ook filmpjes bekijken met getuigenissen van jongeren over wat hen heeft geholpen. Op die manier kunnen ze de app gebruiken om een persoonlijk veiligheidsplan samen te stellen. Ze zijn slechts één klik verwijderd van hun hulpbronnen en hebben de informatie steeds bij de hand.

Jongeren kunnen de app gratis downloaden en gebruiken op de site www.ontrackagain.be. Hij is geschikt voor smartphones die op iOS en Android werken en staat ook in de applestore.

Deze innovatieve tool maakt deel uit van een psycho-educatieve toolkit voor jonge suïcidepogers en hun naasten (ouders en schoolomgeving). De kit bestaat uit brochures en de websites www.ontrackagain.be en www.opnieuwverder.be

OB57601

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 zorgnet PHILIPS

In samenwerking met: actumedica

“Als mensen gelukkig zijn op hun werk, dan bieden ze een goede dienstverlening. Zo simpel is het”

Federaal minister van Werk Monica De Coninck kent als voormalig voorzitter van het OCMW Antwerpen de zorgsector als haar broekzak. Onlangs lanceerde ze een tweede campagne tegen burn-out, ze wil het anciënniteitssysteem hervormen en meer flexibele arbeidsuren mogelijk maken. Over de huidige regeerperiode is ze duidelijk: “Ik beweer niet dat alles nu perfect loopt, maar je kan niet ontkennen dat veel taboes gesneuveld zijn.” Een interview.

U was elf jaar voorzitter van het OCMW Antwerpen. Hebben die ervaringen uw opdracht als minister van Werk beïnvloed?

Monica De Coninck: Elf jaar OCMW-ervaring kan je niet uitwissen. Het tekent je wereld- en mensbeeld mee, op een positieve manier welteverstaan. Ken je de tv-serie *De Rechtbank?* Wel, daarmee kan je het een beetje vergelijken: je ziet heel kwetsbare mensen in complexe situaties. Ze voelen zich machteloos, maar hebben toch de wil om er iets aan te doen. Het is een venster op de wereld vanop grassroot level. Veel mensen beseffen niet hoe moeilijk sommige mensen het hebben.

Tegelijk heb ik het OCMW Antwerpen enorm zien evolueren, met Zorgbedrijf Antwerpen (de openbare ouderenzorg, nvdr) en ZNA Antwerpen (de openbare ziekenhuizen, nvdr) als verzelfstandigde organisaties. Alles samen had het OCMW 15.000 mensen in dienst. Dat kan al tellen op het gebied van management. Professionalisme en transparantie zijn ontzettend belangrijk in zo’n context. Je moet efficiënt werken, het kostenplaatje moet altijd kloppen, maar tegelijk ben je bezig met mensen en een sociale problematiek. We moeten zorg dragen voor kwetsbare mensen. Er zijn veel noden die dringend zijn. Het moet dus vooruitgaan. Daarom geloof ik bijvoorbeeld sterk in het systeem van de dienstencheques, ook al is de scheiding tussen poetsen, zorg en boodschappen doen niet altijd duidelijk. Maar de dienstencheques verhuizen binnenkort naar de gewesten.

Toch krijgen dienstencheques soms ook de kritiek ‘subsidies voor de rijken’ te zijn?

Zo’n uitspraken doen mijn tenen krullen! De vergrijzing confronteert ons met enorme uitdagingen. We willen allemaal dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dat is de beste en de goedkoopste oplossing voor de mensen én voor de maatschappij. Of iemand nu een hoog of een laag pensioen heeft, maakt in die context geen verschil. Het alternatief van de dienstencheques is zwart werk. Wie vandaag met dienstencheques werkt, bouwt tenminste zijn sociale zekerheid op.

In het begin was er ook kritiek op de sociale restaurants. We zouden moeten controleren of iemand wel 60 jaar en behoeftig is en dus effectief mag genieten van het goedkopere tarief. Wat moeten we doen? Aan de mensen vragen om hun belastingsbrief mee te brengen? Een administratief medewerker in dienst nemen om controles te doen? Een sociaal restaurant draait om méér dan goedkope maaltijden. Mensen ontmoeten er buren, oude vrienden, wijkgenoten. Eenzaamheid is de ziekte van de toekomst. Ook ‘rijke’ mensen kunnen alleen zijn hoor. De kwaliteit van de relaties tussen mensen vormt ons sociaal kapitaal. Als mensen elkaar versterken, dan is er veel mogelijk. Maar als mensen tegen elkaar opgezet worden, dan lukt er niets meer. Elk systeem kent profiteurs, maar daarom is het nog niet slecht. Trouwens, er is toch niets verkeerds mee dat tweeverdieners ook dienstencheques gebruiken? Zij hebben het vaak oprecht moeilijk om gezin en werk te combineren. En het is goed voor de sociale zekerheid van de werknemers.

Door de vergrijzing en de pensioengolf die op ons afkomt zijn er de komende jaren veel nieuwe medewerkers nodig in de zorg- en welzijnssector. Op Vlaams niveau doet zorgambassadeur Lon Holtzer inspanningen om de zorgberoepen te promoten. Moeten we ook op federaal niveau extra acties ondernemen?

Er is de jongste jaren veel geïnvesteerd in betere arbeidsvoorwaarden in de zorgsector. Het beeld dat de lonen in de zorgsector zeer laag zijn, klopt al lang niet meer. Hetzelfde geldt voor het onderwijs. In beide sectoren gaat het om mensenwerk. Werknemers moeten hun ziel en emoties in het werk kunnen leggen, met leuke en ook moeilijke momenten. Ik geloof nog altijd dat je in de wieg gelegd moet zijn voor een job in de zorg. Daarnaast ben ik ervan overtuigd dat af en toe van werkomgeving veranderen voor iedereen goed is. Dat kan ook binnen dezelfde organisatie of binnen de sector. Functioneringsgesprekken die oprecht peilen naar de dromen en verwachtingen van werknemers en daarmee ook rekening houden, zijn erg belangrijk.

De organisatie van de arbeid en de betrokkenheid van de werknemers zijn cruciale factoren voor een retentiebeleid en het voorkomen van burn-outs. Afwisseling van spijs doet eten, zegt de volksmond. Je moet mensen de kans geven hun batterijen op te laden en geregeld andere horizonten op te zoeken. Ik weet wel, mensen veranderen niet altijd graag. Maar als we ze een duwtje in de rug geven, dan zijn ze daarna toch gelukkig dat ze de stap gezet hebben.

U lanceerde in 2012 een eerste campagne over burn-out en eind 2013 volgde een tweede actie. Wat was voor u de aanleiding om daar zoveel belang aan te besteden?

Elke tijd heeft zijn ziektes. Vandaag zien we door allerlei factoren vooral een toename van chronische patiënten. Ook de werkomgeving is een bepalende factor. We leven in een maatschappij in verandering, met nieuwe taken, een ander tempo, een andere werk- en gezinsorganisatie, nieuwe uitdagingen. En net zoals we de arbeidsongevallen van nabij opvolgen, moeten we ook aandacht hebben voor stress en burn-out. Psychische problemen zijn steeds vaker de reden voor afwezigheid op het werk en voor het afhaken van mensen. Ik besef dat we met campagnes niet alle problemen gaan oplossen, maar ik wil op zijn minst aandacht vragen voor de symptomen. Neem stress ernstig. Praat erover. Doorbreek het taboe op psychische problemen. Nog te vaak wordt een burn-out weggelachen als plantrekkerij van mensen die liever lui dan moe zijn. Zeer ten onrechte.

Een belangrijke factor is de mate van autonomie die een werknemer op het werk ervaart. Ook onderzoek bij verpleegkundigen wijst in die richting: hoe meer autonomie de medewerkers krijgen, hoe minder kans op een burn-out. Een burn-out heeft veel te maken met gevoelens van machteloosheid en onrechtvaardigheid. En het ligt niet alleen of niet altijd aan de 'bazen'. Soms leggen mensen ook voor zichzelf de lat te hoog. Ze willen het beste van zichzelf geven, ze willen meer doen dan nodig, ze streven naar perfectionisme. Dat kan zich wreken.

Ook externe factoren spelen een rol. Het mobiliteitsprobleem, bijvoorbeeld. Als je na je werk de trein moet halen om op tijd je kind van de crèche te kunnen oppikken, dan kan je je de hele dag opgejaagd voelen. Mensen krijgen soms het gevoel dat ze voortdurend falen, dat ze steken laten vallen als werknemer, als moeder en als partner.

Ik ben trouwens geschrokken van de vele reacties op de campagne. Ook van mannen. Een burn-out is echt een ziekte van deze tijd. En van onze maatschappij. Ik was onlangs op reis in Duitsland en zelfs daar had ik al het gevoel dat alles er wat trager en gemoedelijker loopt. Als in Zweden de winkel om 17 uur sluit, dan komt de klant er na 16.45 uur niet meer in. Bij ons is de klant koning en verwachten we zelfs een kwartier na sluitingstijd bediend te worden. Die flexibiliteit zorgt voor verwarring, stress en onzekerheid bij de mensen. Keerzijde van de medaille is dat we een hoge levensstandaard hebben. We beseffen dat niet altijd, maar wie op reis gaat ziet het wel. Griekenland hoort ook bij de Europese Unie hé.

We kunnen het fenomeen burn-out vanuit een driedubbele focus bekijken: de rol van de samenleving, de werkgever en het individu zelf. Hoe werken die drie perspectieven op elkaar in?

In de samenleving gaat het steeds sneller: nieuwe wetgeving, innovatie, sociale media... Alles verandert ontzettend vlug. Ook de gewone dingen. Wie vroeger een telefoon kocht, was voor twintig jaar gerust. Nu willen we allemaal om de twee jaar een nieuwe gsm, als het al niet sneller moet. Dat jaagt ons op. Sommige mensen kunnen daar heel goed mee om, anderen hebben daar meer problemen mee. Ze verliezen grip op de dingen. Ze draaien mee in een *rat race*, vaak zonder het te beseffen.

De bedrijven moeten rekening houden met die veranderde context. Allereerst door mensen die symptomen van een burn-out vertonen niet met de vinger te wijzen, maar er oog voor te hebben. Ook de arbeidsorganisatie is in veel gevallen nog heel conservatief. Tal van jobs kan je perfect van thuis uit vervullen, wat de mobiliteit ten goede zou komen. Nadeel is wel dat mensen werk en privé dan moeilijker kunnen scheiden. Thuiswerkers moeten de discipline hebben om aan hun werk te beginnen én om ermee te stoppen. Flexibiliteit hoeft niet altijd een vloek te zijn. Integendeel. Het kan

> **"Over tien jaar zal het bilan positief zijn,**
>
> ook al lijkt het vandaag in de media soms alsof **deze regering** uit domme mensen bestaat die hun job niet doen.
>
> **Dat beeld klopt van geen kanten."**

perfect werken als ze aan de wensen van de werknemer én van de werkgever beantwoordt. Het moet van twee kanten komen.

Wat het individu betreft, moeten we altijd rekening houden met de context. De generatie jongeren van vandaag kan je niet vergelijken met mijn generatie. Nu liggen de verwachtingen veel hoger. Jongeren zijn een hoog welvaartsniveau gewend en beseffen niet dat dat niet zo vanzelfsprekend is. Jongeren willen vaak te veel alles in één keer: een auto, een kind, een huis en vier keer per jaar op reis. Maar er is fasering nodig, anders jagen we onszelf voortdurend op. Hier speelt ook het *Mr. Jones-effect*: we vergelijken onszelf en onze situatie altijd met onze buren. Soms moeten we als individuen andere keuzes durven te maken. Maar het is niet aan de politiek om in te grijpen in het persoonlijke leven van de mensen.

De politiek kan wel proberen om goede voorwaarden te creëren. Bijvoorbeeld door bedrijven ertoe aan te zetten hun arbeidsorganisatie te moderniseren. Of door ziekenhuizen ertoe aan te sporen om geen onderbroken diensten in te voeren als een medewerker drie kwartier ver woont.

Als mensen gelukkig zijn op hun werk, dan bieden ze een goede dienstverlening. Zo simpel is het. Organisaties en bedrijven hebben er alle belang bij dat hun medewerkers zich goed voelen op het werk.

We maken vandaag een beweging naar een vermaatschappelijking van de zorg mee, met meer verantwoordelijkheid voor elke burger. Op zich een positief verhaal, maar critici vragen zich af hoe een vijftiger vandaag én voor de kleinkinderen én voor zijn zorgbehoevende ouders kan zorgen als iedereen op de arbeidsmarkt 'geactiveerd' moet worden en langer moet werken.

Eerst en vooral: activeren betekent voor mij emanciperen. Dat was ook mijn betrachting als voorzitter van het OCMW: mensen die steun komen vragen sterker maken. Er is een groep in onze maatschappij die niet kan functioneren in het reguliere circuit. Het gaat om pakweg 25% van de OCMW-cliënten. Dat betekent dat we de anderen, driekwart van de OCMW-cliënten dus, moeten uitdagen, kansen geven, stages laten lopen, Nederlands leren... Dat is activeren. Wederkerigheid is cruciaal: je geeft mensen kansen en stelt ook verwachtingen voorop.

Wat de vermaatschappelijking betreft: het is soms jammer dat we er als samenleving niet voldoende in slagen even afstand te nemen en ons af te vragen: welke stad willen we eigenlijk? Of welke overheid? Natuurlijk leven we in een complex land. En het wordt nog complexer met de staatshervorming. Maar we moeten ook nadenken waar we naartoe willen, welke doelstellingen we vooropstellen. Ik geloof bijvoorbeeld dat we voor grote ecologische uitdagingen staan. We zullen op dat vlak een tandje moeten bijsteken. Een voorbeeld: energiezuinig wonen blijft erg duur. Wel, als we die uitgangspunten combineren, waarom kiezen we er dan niet resoluut voor om energievriendelijk te bouwen, dat zou werkgelegenheid creëren én het milieu ten goede komen. Als de verschillende instanties die daarbij betrokken zijn de middelen daarvoor samenleggen, dan is dat een haalbare en realistische optie. En in elk geval beter dan schone lucht te kopen zoals de

Vlaamse regering nu doet. Dat geld is weg hé. Foetsie. Het had beter geïnvesteerd kunnen worden.

Ook in de zorgsector moeten we vanuit verschillende beleidsdomeinen de krachten meer bundelen. Neem de ouderenzorg. Vaak wordt het voorgesteld als een keuze tussen of thuiszorg, of residentiële zorg. Maar de realiteit is veel genuanceerder. Je hebt aangepaste flats, zorgflats, kangoeroewoningen... En minstens even belangrijk is de ruimtelijke ordening in een hele wijk: hebben oudere mensen nog een kruidenier of een bakker in de buurt, ligt het voetpad er mooi bij...? Dat is inclusief beleid. We moeten nieuwe concepten durven onderzoeken. Zou het bijvoorbeeld geen goed idee zijn om een school, een bibliotheek, een kinderopvang en een winkelcentrum in één gebouw onder te brengen? Waarom ligt een speelplaats op school er in de vakanties verlaten bij, terwijl veel kinderen een plek zoeken om te spelen? Vaak nemen we verkeerde beslissingen omdat we niet verder kijken dan onze neus lang is. Veel scholen hebben de afgelopen jaren het bereiden van warme maaltijden afgeschaft, terwijl we allemaal weten dat een gezonde voeding essentieel is en in de strijd tegen kinderarmoede helpt. Als de investering in de keuken het probleem van de scholen is, dan moeten we misschien naar grotere *units* evolueren in plaats van de keuken te sluiten. Waarom zouden een school, een woonzorgcentrum en een sociaal restaurant niet kunnen samenwerken? Dat soort flexibiliteit moeten we meer aan de dag leggen.

Over flexibiliteit gesproken: zowel de werkgevers als de werknemers in de zorgsector vragen meer flexibele werkuren. U hebt aan de Nationale Arbeidsraad gevraagd om een voorstel uit te werken?

Ik heb nog de ervaring van Zorgbedrijf Antwerpen. We telden veel vrouwelijke medewerkers met de gekende contracten: sommigen werkten voltijds, anderen halftijds of twee vijfden of zelfs één vijfde. We hadden zoveel mogelijkheden dat we extra mensen in dienst moesten nemen om de uurroosters samen te puzzelen. In Zweden zag ik een interessant systeem: mensen konden er kiezen voor een vast ritme van vier dagen werk, drie dagen rust, ongeacht werkweek of weekend. Uit de praktijk blijkt dat als verzorgenden en verpleegkundigen lang genoeg op voorhand hun uurrooster kennen, zij zich daarop kunnen organiseren. De meeste problemen ontstaan als ze onverwachte diensten moeten doen.

Kijk, voor mij mag er veel, op voorwaarde dat het van twee kanten komt. Werkgevers én werknemers moeten er zich gelukkig bij voelen. Voor zowat elk probleem bestaan redelijke oplossingen. Denk bijvoorbeeld aan schoolbelcontracten: co-ouderschapcontracten voor mensen die de ene week de kinderen thuis hebben en de andere week niet. Tijdens die ene week kunnen ze wat meer werken dan tijdens de andere.

U wil ook sleutelen aan het anciënniteitssysteem: werknemers moeten meer verdienen aan het begin van hun carrière en minder aan het einde?

Vandaag kennen we de citroenloopbaan: mensen worden tussen hun twintigste en hun vijftigste uitgeperst op de arbeidsmarkt en daarna stoten we hen af omdat ze te veel kosten en minder productief zijn. Het is een karikatuur, maar je begrijpt wat ik bedoel. Volgens mij is het probleem niet de leeftijd, want 50-plussers zijn ook wijzer en milder en alle onderzoeken wijzen uit dat een goede mix van leeftijden het beste werkt. Neen, het probleem zijn de hoge lonen van oudere werknemers. In Scandinavische landen werken veel mensen tot hun zeventigste, maar in een veel vlakkere loopbaan. Geef de mensen meer inkomen aan het begin van hun loopbaan, wanneer ze de centen het best kunnen gebruiken, en geef bijvoorbeeld vanaf een bepaalde leeftijd minder loonstijgingen. Over de hele carrière gezien zou het totale loon constant blijven, maar met een meer evenwichtige spreiding. Mensen zouden langer actief kunnen blijven, wat trouwens ook goed is voor hun gezondheid.

Hoe kijkt u terug op uw eerste mandaat als minister? Hebt u kunnen realiseren wat u voor ogen had? Gaat u voor een tweede termijn?

Het was een korte regeerperiode van amper twee jaar, maar als men over tien jaar een objectieve analyse zal maken, dan zal blijken dat we met de voltallige regering veel taboe-onderwerpen aangepakt hebben die jarenlang onbespreekbaar waren. Voor de zelfstandige ondernemers hebben we veel gerealiseerd op het gebied van de aanwerving van de eerste werknemers, het pensioen, de kinderbijslag, het ouderschapsverlof... We hebben de degressiviteit in de werkloosheidsuitkering doorgevoerd. Nu krijgen jongeren zonder werk na vier maanden begeleiding. Na jaren is het migratie- en asielbeleid eindelijk krachtdadig aangepakt. Ook het eenheidsstatuut is eindelijk gerealiseerd. Ik beweer niet dat alles nu perfect loopt, maar je kan niet ontkennen dat veel taboes gesneuveld zijn. We zijn bezig met een loonlastenverlaging en een hervorming van de fiscaliteit. Ook de fraudebestrijding zit in een stroomversnelling.

Deze regering heeft een aantal moeilijke maatregelen genomen, maar is er tegelijk in geslaagd om de ongelijkheid niet te laten toenemen. De koopkracht van de zwaksten is gevrijwaard. Over tien jaar zal het bilan positief zijn, ook al lijkt het vandaag in de media soms alsof deze regering uit domme mensen bestaat die hun job niet doen. Dat beeld klopt van geen kanten.

Of ik nog een termijn ambieer? Ach, ik word dit jaar 58. Ik zie wel wat er komt. Ik ben heel loyaal naar de partij, maar ook kritisch. Als ze me kunnen gebruiken, dan vinden ze me wel. Dat is een voordeel van ouder worden: je klampt je minder vast en relativeert meer. En zoals gezegd: verandering van spijs doet eten. Nieuwe uitdagingen houden me jong.

“Kijk, voor mij mag er veel, op voorwaarde dat het van twee kanten komt. Werkgevers én werknemers moeten er zich gelukkig bij voelen. **Voor zowat elk probleem bestaan redelijke oplossingen.”**

ZORGNET VLAANDEREN BEREIDT ACTIEPLAN VOOR

Sluit niet langer de ogen voor een burn-out

Luk Dewulf: “Wie denkt dat een burn-out vooral voorkomt bij mensen die er graag de kantjes aflopen, heeft het verkeerd voor. Integendeel. **Medewerkers die erg gemotiveerd zijn, lopen een groter risico op een burn-out.** Zij beschouwen hun werk immers als een belangrijk deel van hun leven.”

Telt uw ziekenhuis 1.000 medewerkers en artsen? Dan is de kans vrij groot dat een 60-tal van uw mensen een burn-out heeft en nog eens 120 collega's een hoog risico op een burn-out lopen. Samen maakt dat 180 medewerkers of bijna 1 op 5. Bovendien gaat het doorgaans om intrinsiek heel gemotiveerde medewerkers. Dat zijn confronterende cijfers, waarvoor we niet langer de ogen mogen sluiten. Zorgnet Vlaanderen moedigt zijn voorzieningen aan om werk te maken van de preventie van burn-out. Het startschot werd alvast gegeven met een studiedag op 30 januari 2014.

Onlangs publiceerde de FOD Volksgezondheid en Werk de resultaten van een onderzoek naar burn-out bij verpleegkundigen en artsen. Daaruit blijkt dat momenteel ongeveer 6% van de artsen en verpleegkundigen met een burn-out kampt, nog eens dubbel zoveel loopt een ernstig risico. Met de baseline *Zo duidelijk zijn de signalen nooit* lanceerde minister van Werk Monica De Coninck eind vorig jaar een campagne tegen een burn-out. Ze richt zich vooral op de ondernemingen en wil ervoor zorgen dat werkgevers sneller symptomen van een burn-out herkennen.

Zorgnet Vlaanderen wil, als grootste werkgeversorganisatie in de zorg, een positieve bijdrage leveren om de thematiek bespreekbaar te maken en aan te pakken. Want een burn-out is te voorkomen en te genezen. De studiedag was het startschot van een actieplan en tegelijk een *wake-up call*. Met affiches, artikels in *Zorgwijzer* en een website met getuigenissen en *best practices* uit de voorzieningen, streeft Zorgnet Vlaanderen ernaar dat elke voorziening in 2015 hiervoor een plan van aanpak heeft.

Luk Dewulf, pedagoog van opleiding, verbonden aan de talentpraktijk van Kessels & Smit en coauteur van *Help mijn batterijen lopen leeg*, was een van de sprekers op de studiedag. Zijn kennis en inzichten zijn grotendeels op eigen ervaringen gebaseerd. "Ik ben ondernemer, ik heb 11 collega's in België en ben internationaal actief. En ja, ik ben mezelf ook een paar keer tegengekomen de jongste jaren. Gelukkig had ik mijn goede vriend en collega Guido Vangronsveld van VOCA Training & Consult (Acerta). Hij hielp me om bepaalde inzichten scherp te stellen. Samen ontdekten we dat de relationele insteek bij een burn-out erg belangrijk is. Samen met Guido Vangronsveld heb ik dat denkspoor verder uitgewerkt in het boek *Help, mijn batterijen lopen leeg* uit 2012. Het onderzoek van Stijn Vanheule van de UGent was daarbij een belangrijke inspiratiebron."

Meester en slaaf

"Ongeveer 30% van de mensen zal nooit een burn-out hebben", zegt Luk Dewulf. "Dat zijn personen met heel veel zelfvertrouwen die zich niet door emoties laten meeslepen en die altijd een gezonde afstand kunnen nemen. De keerzijde van die medaille: als zo iemand leidinggevende is, dan zal die het moeilijk hebben om een medewerker met een burn-out te begrijpen. De 70% mensen die wel kwetsbaar zijn voor een burn-out, vallen uiteen in twee dynamieken. Twee op drie van hen komt in een vechtdynamiek of een relationele dynamiek terecht. Eén op drie krijgt een burn-out in de klassieke visie."

"In de klassieke visie vertonen de mensen met een burn-out drie kenmerken. Ten eerste werken ze hard. Het zijn bezige bijen die zelfs tijdens vergaderingen zitten te denken over wat ze allemaal hadden kunnen doen in plaats van te zitten praten. Bovendien zijn het perfectionisten. Ze zoeken en vinden altijd fouten en als ze zelf publiekelijk op een fout gewezen worden, dan valt hen dat heel zwaar. Ten slotte zijn deze mensen ongelooflijk loyaal en erg gevoelig voor het appèl dat men op hen doet. Hoe meer stress er zich voordoet, hoe scherper die eigenschappen worden. Als de druk op de ketel te hoog is, dan wordt de bezige bij een kip zonder kop, dan slaat het perfectionisme om in stress en dan leidt de loyaliteit ertoe dat je te veel 'ja' hebt gezegd en het niet meer kan waarmaken. Je geraakt met andere woorden het stuur kwijt. Je hebt het gevoel dat je niet meer kan kiezen, dat je geleefd wordt. Vaak zien we een combinatie van stress op het werk, in het gezin en in de vrije tijd. Het is hollen aan één stuk door. Het lichaam geeft signalen, maar je hoort ze niet of ontkent ze. Tot plots het lichaam radicaal protesteert en je in een burn-out terechtkomt. Dat is de eerste dynamiek, die het meest bekend is."

"In de tweede dynamiek, die dubbel zo vaak voorkomt, is er sprake van een gevecht in een of andere vorm. 'Iemand houdt mij in zijn macht en ik vecht voor mijn vrijheid.' Dat is de essentie. Het gaat om een relatie die verkeerd zit en waarin je klemvast geraakt. Denk aan Hegel en zijn verhaal van de slaaf en de meester: de slaaf vecht voor zijn vrijheid en precies in het voeren van het gevecht bevestigt hij zijn slaaf-zijn. Hoe kun je die cirkel doorbreken? De slaaf denkt dat hij geen keuze heeft, dat hij wel moet vechten. Maar in werkelijkheid kan je altijd kiezen. Neem je werksituatie. Je kan om te beginnen kiezen om er niet meer te werken. Je ervoor opteren om je energie op iemand anders te richten. Of je kan positief beslissen om toch te blijven. Maar als je vasthoudt aan het gevecht, verlies je drie dingen: je energie gaat drastisch naar omlaag, want je kan niet stoppen met piekeren; je geraakt je zelfsturing en de greep op je leven kwijt; je weet niet meer wat je wilt, je hebt het gevoel: als die ander niet verandert, dan kan ik niet meer verder. De enige manier om uit die patstelling te ontsnappen, is het besef dat je wel degelijk een keuze hebt."

Zoek hulp bij een sherpa

"Belangrijk als oplossing in beide dynamieken, is dat je iemand hebt waarmee je kan praten. Ik noem dat een sherpa. Iemand die ver van het conflict staat en ver van het energieverlies waaraan je lijdt. Iemand die het over jou heeft, die jouw talenten en dromen centraal stelt. Om de negatieve beklemming te doorbreken, moet je met een ander een verbinding maken. Zo creëer je weer ruimte voor echt contact. Zo kan je je leven weer in handen nemen. Van zodra je dat beseft, is je burn-out voorbij. In het boek gebruiken we daarvoor de metafoor van Doornroosje: ze prikt zich, verzinkt in een diepe slaap, maar wordt gered en krijgt haar autonomie terug door een kus van een prins die van heel ver weg komt."

"Ja, het is belangrijk dat je steun zoekt bij iemand die op een afstand staat. Zoek je die steun binnen jouw werkomgeving, bij collega's of bij de personeelsdienst, dan ben je eigenlijk op zoek naar suppor-

STAFMEDEWERKER NICO DE FAUW VAN ZORGNET VLAANDEREN

“We hebben nog een weg te gaan”

“Als werkgeversorganisatie wil Zorgnet Vlaanderen niet aan de zijlijn blijven staan”, zegt stafmedewerker Nico De fauw. “Een burn-out richt immers op persoonlijk en familiaal vlak heel wat menselijk leed aan. Bovendien is er ook het economische verlies wanneer iemand voor langere tijd zijn of haar job niet kan uitoefenen. En dat terwijl we met een preventieve aanpak een burn-out kunnen vermijden of in een vroeg stadium kunnen detecteren en aanpakken. Ook in de zorgsector kampt ongeveer 6% van de medewerkers met een burn-out. Het gaat dan over zorgkundigen, verpleegkundigen, psychologen, artsen en andere medewerkers uit de ziekenhuizen, woonzorgcentra of de geestelijke gezondheidszorg. We mogen daarvoor niet blind blijven.”

“Met de studiedag hebben we alvast het thema mee op de kaart gezet. We hebben gepoogd om de complexiteit van de problematiek te tonen, door vanuit drie invalshoeken te werken. In de media komt dikwijls alleen het perspectief van het individu, de werknemer, aan bod. Maar ook over de rol van de werkgever en van de maatschappij als geheel valt veel te vertellen. De samenleving is erg prestatiegericht en het lijkt er soms op dat we met z’n allen altijd bereikbaar moeten zijn. Dat is niet altijd gezond.”

“Maar laat ons er vooral een positief verhaal van maken. Preventie is immers mogelijk. Als we tenminste bereid zijn om de signalen te zien. Daarvoor is een cultuurverandering nodig, ook in de zorgsector. Vandaag is het nog niet evident om over een burn-out te spreken. Dat hebben we ook bij de voorbereiding van de studiedag gemerkt. We hadden graag enkele getuigenissen gebracht, maar dat was niet eenvoudig. Er rust nog altijd een groot taboe op, zelfs al gaat het om 6% van onze medewerkers en nog eens dubbel zoveel die een groot risico lopen. Mensen hebben blijkbaar schrik voor de reacties uit hun omgeving, ook van hun werkgever als ze ermee naar buiten komen. We hebben dus nog een weg te gaan.”

“Zorgnet Vlaanderen wil de voorzieningen helpen om een actieplan op te stellen. Eerst en vooral willen we sensibiliseren. We moeten met z’n allen het probleem willen en durven erkennen. Daarom starten we een affichecampagne over het belang van zelfzorg en signaalherkenning. Op een website zullen we anonieme getuigenissen en goede praktijkvoorbeelden plaatsen. Op 30 januari 2015, precies een jaar later, willen we een workshop organiseren om een stand van zaken te geven en voorzieningen de kans te geven van elkaar te leren en concrete tips te geven bij het opstellen van een plan van aanpak. In de loop van 2015 verwachten we dat elke voorziening minstens een plan klaar heeft.”

“Er spelen diverse elementen in het voorkomen van een burn-out. Zo is het bekend dat hoe meer autonomie medewerkers hebben, hoe lager de kans op een burn-out is. Hier en daar zie je al organisaties met zelfsturende teams of zelfroosteren experimenteren. Dat geeft medewerkers het gevoel grip te hebben op hun leven en hun werk. Ook een duidelijke rolomschrijving kan helpen. Mensen willen weten wat van hen verwacht wordt en daarop ook eerlijke feedback krijgen. Ze willen aangesproken worden op hun talenten en daarvoor ook erkend worden. Het lijkt allemaal zo vanzelfsprekend, maar in de praktijk is er nog werk aan de winkel.”

“De leidinggevenden spelen een cruciale rol. Maar ook de collegialiteit, de sfeer en de cultuur op het werk zijn ontzettend belangrijk. Een burn-out is een complex fenomeen, een puzzel met heel veel stukjes. We hebben er allemaal belang bij om die puzzel samen te leggen, besluit Nico De fauw.

ters. Je probeert een coalitie te smeden. Maar die mensen hebben ook een belang in het conflict. Ze kunnen de strijd zelfs nog aanwakkeren. Je grootste supporter is je partner. Je komt thuis, vertelt wat er gebeurd is en wat zegt jouw partner: ‘Je moet je niet laten doen!’. Het conflict wordt daardoor verder aangestookt.”

Hoge motivatie

“Wie denkt dat een burn-out vooral voorkomt bij mensen die er graag de kantjes aflopen, heeft het verkeerd voor”, zegt Luk Dewulf. “Integendeel. Medewerkers die erg gemotiveerd zijn, lopen een groter risico op een burn-out. Zij beschouwen hun werk immers als een belangrijk deel van hun leven, als hun kans op zelfrealisatie. Als iets die zelfontplooiing in de weg staat, dan is dat heel ingrijpend. Wie daarentegen zijn werk als louter werk beschouwt en het leven daarbuiten veel belangrijker vindt, zal minder snel een burn-out hebben.”

“Het aantal mensen dat door een burn-out uit de boot valt en de arbeidsmarkt verlaat, is veel groter dan de *braindrain*, het aantal slimme koppen dat ons land verlaat. Als bedrijf, voorziening of organisatie zijn we daar mee verantwoordelijk voor. Ik zeg niet: ‘schuldig aan’, wel ‘verantwoordelijk voor’. We kunnen ons dat niet meer veroorloven. Als in een ziekenhuis of een woonzorgcentrum relatief veel mensen met een burn-out kampen, dan moet de directie zich daarover bezinnen. Veel organisaties moeten nog afstappen van het idee dat hiërarchie om macht draait. Vandaag is leiding geven ten dienste staan, motiveren, faciliteren en coachen.”

SAMENWERKEN IN DE WOONZORG: TRENDY OF NOODZAKELIJK

“Grote eensgezindheid over de richting die we uit moeten”

Hoe kunnen we onze gezondheidszorg optimaal organiseren om vandaag en in de nabije toekomst tegemoet te komen aan de veranderde noden en behoeften in de samenleving? Die complexe en urgente vraag houdt deskundigen over de hele wereld bezig. Zorgnet Vlaanderen nodigde een aantal nationale en internationale experten uit op een tweedaagse studiedag voor het werkveld. Het werd een boeiend en inspirerend treffen.

Onze samenleving verandert drastisch. Jaar na jaar neemt de levensverwachting toe. Tal van acute ziekten zijn de jongste decennia bedwongen en chronisch geworden. Mensen sterven er niet meer acuut aan, maar blijven vaak nog jaren leven met ziekten die onder controle gehouden worden. Veel oudere mensen kampen met verschillende chronische ziekten tegelijk: ze hebben een zwak hart, lijden aan diabetes en aan nierfalen. Aangezien die ziekten zich tegelijk voordoen, beïnvloeden ze elkaar. Daarom is het erg belangrijk dat de behandelende artsen en verpleegkundigen een goed zicht hebben op het totaalplaatje. Toch kunnen veel oudere mensen, ondanks diverse aandoeningen, heel lang thuis blijven wonen en zorg krijgen, met alleen een ziekenhuisopname in acute situaties.

Ook sociaal-economisch verandert er heel wat. Het medisch-technisch kunnen en de technologische mogelijkheden stijgen jaar na jaar, maar de middelen zijn beperkt. Meer efficiëntie en effectiviteit kunnen de kosten drukken en tegelijk de kwaliteit van zorg bevorderen. Sleutelwoorden in dit verhaal zijn samenwerking, afstemming en continuïteit van zorg. Of om het in één begrip te vatten: geïntegreerde zorg.

Na het congres *GPS 2012: een nieuwe navigatie voor de ouderenzorg* (2010) en het ziekenhuiscongres *Together we care* (2013), waar de bakens voor een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg werden uitgetekend, ging de tweedaagse studiedag op 6 en 7 februari in Leuven vooral dieper in op concrete organisatiemodellen voor samenwerking. Een blauwdruk die overal toepasbaar is, bestaat jammer genoeg niet. Wel zijn er verschillende theoretische kaders en ondertussen ook een aantal (internationale) praktijkvoorbeelden van wat wel en wat niet werkt. *(Zie ook het interview met prof. Chris Ham op pagina 16-17, nvdr.)*

Het belang van een glas wijn

De studietweedaagse werd in goede banen geleid door prof. Joris Voets van de Vakgroep Management, Innovatie en Ondernemerschap van de UGent. Meteen na afloop van het programma vroegen we naar zijn eerste indrukken. Voldeed de studietweedaagse aan zijn verwachtingen?

Prof. Joris Voets: Vooraf waren mijn verwachtingen gemengd, eerlijk gezegd. Enerzijds vermoedde ik wel dat dit thema sterk zou leven. Uit de literatuur en de recente ontwikkelingen blijkt steeds meer dat er geen andere weg is dan de evolutie naar geïntegreerde zorg. Verder hadden we met verschillende partners op het terrein hard gewerkt om een zo sterk en aantrekkelijk mogelijk programma in elkaar te steken, op maat van het doelpubliek. Anderzijds hield ik toch wat mijn hart vast. Iets beseffen is nog niet hetzelfde als iets omarmen. Zeggen dat meer samenwerking nodig is om de patiënt betere zorg aan te bieden is gemakkelijk. Maar zijn we er echt klaar voor? Zijn we echt bereid? Gelukkig is mijn voorbehoud tijdens deze tweedaagse als sneeuw voor de zon gesmolten. De belangstelling was groot, de sfeer zat goed en er was sprake van zowel kritisch realisme als voorzichtig optimisme: iedereen weet dat er werk aan de winkel is en dat het niet vanzelf zal gaan, maar elke deelnemer zag en hoorde ook van zowel wetenschappers als collega’s op het terrein dat het kan.

Wat hebt u persoonlijk geleerd tijdens deze tweedaagse?

Ik ben als bestuurskundige al jaren geïnteresseerd in allerhande aspecten van samenwerking tussen organisaties, zoals het management, de organisatie en de prestaties ervan, maar ik ben geen expert in de zorgsector en de woonzorg. Ik heb dus enorm veel geleerd in aanloop naar en ook tijdens deze tweedaagse. De complexiteit en de rijkheid van het werkveld zijn enorm. Ook de grote variatie aan samenwerkingspraktijken heeft me verrast - er gebeurt duidelijk al heel wat interessants op het terrein. Het was dus een boeiende ontdekkingstocht.

Welke thema’s of ideeën zullen u bijblijven?

Het is erg opvallend dat de sprekers, hoe divers ook, allemaal in dezelfde richting denken, namelijk dat samenwerken om een meer geïntegreerde zorg aan te bieden gewoonweg moet. We hadden ze dat vooraf nochtans niet ingefluisterd. Het leert mij dat er een grote eensgezindheid bestaat over de richting die we uit moeten, al bleek ook uit de presentaties dat de wegen ernaartoe niet noodzakelijk dezelfde zijn.

Voorts is mij de grote realiteitszin opgevallen. We staan voor enorme uitdagingen, de wil en de motivatie om die aan te pakken zijn er, maar we zijn

ook realistisch in onze werkwijzen en doelstellingen. Prof. Patrick Kenis wees bijvoorbeeld expliciet op het gevaar van te veel en te snel samenwerking aan structuren te koppelen. We moeten vanuit concrete doelstellingen vertrekken – wat willen we bereiken en is samenwerking daarvoor de beste weg? – en afhankelijk van die analyse de juiste samenwerkingsstrategie kiezen. Soms zal de oplossing in eenvoudige, informele akkoorden of in een afsprakennota van één pagina liggen, soms zullen we een nieuwe juridische structuur moeten oprichten. Maar we mogen ons niet verliezen in het opzetten van structuren die nergens toe leiden of wanneer de doelstellingen via andere, meer eenvoudige manieren van samenwerking bereikt kunnen worden.

Ik vond ook de stem van de cliënten tijdens deze tweedaagse belangrijk. Zorgvoorzieningen worstelen nog vaak met de participatiegedachte, zo bleek uit de presentatie van prof. Chantal Van Audenhove. Op prikkelende wijze schetste Mathieu Martens van Okra hoe de cliënt het vertrekpunt moet zijn door zijn of haar wensen concreet te maken. En soms geeft dat verrassende inzichten. Het belang van een glas wijn te kunnen drinken bij de maaltijd. Of van te kunnen kiezen hoe laat je ’s morgens opstaat. Dat soort wensen botst dikwijls met de praktische organisatie van de zorg, maar allicht moeten we onze processen nog meer in vraag durven te stellen. Ook door onze frontlijnmedewerkers wat meer autonomie te geven om in te gaan op wensen van bewoners, kunnen we de ervaren levenskwaliteit verhogen zonder grote kosten.

Er zijn veel ideeën, voorstellen en modellen gepresenteerd. Hoe moet het nu verder?

We hebben heel wat verwachtingen gecreëerd door de tweedaagse in een ruimer traject te situeren. De volgende oefening is nu: hoe gaan we al die inzichten vertalen in een concreet natraject? De kernthema’s en de kernvragen op het vlak van samenwerking die we tijdens de tweedaagse verzamelden bij de deelnemers moeten we nu verder uitwerken tot een breed programma van vorming, opleiding en ondersteuning. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat elke organisatie zelf het warm water moet uitvinden.

Wie heeft daarin het initiatief?

Zorgnet Vlaanderen heeft al heel wat werk verzet en heeft ook de deskundigheid van de universiteiten binnengebracht. Zelf ben ik van de UGent, maar ook LUCAS van de KU Leuven, de VUB, de Universiteit Antwerpen en de Antwerp Management School hebben aan de studietweedaagse meegewerkt. De uitdaging van de zorgsector is trouwens een maatschappelijke uitdaging in de brede betekenis van het woord. Het is goed dat het werkveld, de overheid en de universiteiten hier de krachten bundelen. Ze kunnen vanuit hun expertise en hun ervaring bijdragen tot de geïntegreerde zorg die we nodig hebben.

Op ons YouTube-kanaal vindt u een reportage over de studietweedaagse.

INTERVIEW MET PROF. CHRIS HAM VAN THE KING'S FUND

"Uiteindelijk moet **iedereen mee aan boord"**

Prof. Chris Ham van The King's Fund, een onafhankelijk Brits onderzoekcentrum over de gezondheidszorg, was een opmerkelijke spreker op de studietweedaagse *Samenwerken in de woonzorg.* Chris Ham onderzoekt al jaren hoe organisaties en landen wereldwijd de omschakeling van een gefragmenteerde naar een geïntegreerde zorg maken. Een noodzakelijke evolutie, vindt hij, alleen mag het allemaal wat sneller en grootschaliger gaan.

Uit al uw publicaties en lezingen spreekt een sterke *sense of urgency*. We moeten dringend een tandje bijsteken?

Chris Ham: Dat is zo. Vandaag is de samenleving al sterk geëvolueerd. De mensen leven nu heel wat langer dan enkele decennia geleden. Dat is positief natuurlijk, maar het brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Niet alle gewonnen jaren zijn gezonde jaren. Hoe langer mensen leven, hoe meer chronische ziekten ze krijgen. De gezondheidszorg moet zich aanpassen. Alleen zien we dat dit in alle landen heel traag gaat. Je verandert zo'n systeem niet met een vingerknip. We hebben de voorbije vijftig à zestig jaar de klemtoon sterk op de acute zorg in de ziekenhuizen gelegd. En volkomen terecht. Maar nu zijn er andere prioriteiten. Dat betekent dat we ook het budget voor de gezondheidszorg anders moeten verdelen. We moeten meer investeren in preventie, eerstelijnszorg en zorg aan huis.

We moeten de mensen zoveel mogelijk uit het ziekenhuis en uit de woonzorgcentra houden. *A built bed is a filled bed*, zeggen we in het Engels. Als we nieuwe ziekenhuizen en woonzorgcentra blijven bouwen, dan zullen die gegarandeerd vol geraken. Maar we moeten het geweer van schouder durven te veranderen. Weg van de afhankelijkheid van het bed. De bedden waren nodig voor de acute zorg, maar minder voor de chronische zorg. Mensen met chronische ziekten kunnen vele jaren thuis leven, als ze ondersteuning krijgen. De middelen moeten van acute naar chronische zorg verschuiven. En dat moet sneller en op grotere schaal gebeuren dan vandaag het geval is.

Marathon

Tegelijk beklemtoont u dat we met deze omwenteling een marathon lopen, geen sprint. Het is een werk van lange adem?

De omschakeling naar een geïntegreerde gezondheidszorg zal tien à twintig jaar in beslag nemen. Maar we moeten er wel zo snel mogelijk aan beginnen. We moeten bepaalde diensten geleidelijk aan uit het ziekenhuis en in de samenleving brengen. Dat zal in de overgangsfase tot dubbele kosten leiden: je moet immers eerst het alternatief in de samenleving installeren voor je in de ziekenhuizen kan desinvesteren. Vandaag moeten we dus extra investeren in de eerstelijnszorg.

De overheid moet een beleid voeren dat geïntegreerde gezondheidszorg stimuleert?

Ja, het beleid moet het juiste kader en de nodige ruimte scheppen. Het moet investeren in informatietechnologie voor gegevensuitwisseling. Zorgvoorzieningen moeten gestimuleerd worden samen te werken. Ook de financiering moet geïntegreerde zorg aanmoedigen.

U citeert in dat verband graag de uitspraak *one system, one budget*?

Het motto *one system, one budget* heeft in het Canterbury District in Nieuw-Zeeland mee bijgedragen tot het succes van de omschakeling van een gefragmenteerde naar een geïntegreerde gezondheidszorg. Het gaat om een regio met circa 500.000 inwoners, waar de voorbije jaren een omwenteling heeft plaatsgevonden. De plaatselijke overheid besefte dat ze voor enorme en quasi onbetaalbare investeringen in zorggebouwen stond om aan de stijgende behoeften van de verouderende bevolking te voldoen. De aardbeving in Christchurch in 2011, die ook veel zorginfrastructuur vernielde, versnelde het proces dat al was ingezet. Dankzij een hele reeks initiatieven is men er in Canterbury in geslaagd de druk op de ziekenhuizen en de woonzorgcentra weg te nemen. Door meer zorg in de samenleving te brengen, worden vermijdbare opnames effectief vermeden. De eerstelijnszorg is er heel performant. De mantra *one system, one budget* heeft als een motivator gewerkt, als een sterk verhaal. In realiteit zijn er uiteraard nog altijd veel verschillende zorgverstrekkers en ook de financiering komt vanuit verschillende bronnen. Maar het verhaal werkt als *eye-opener*: we moeten allemaal samenwerken aan één gezondheidszorg en je kan de beperkte middelen maar één keer investeren.

U voert het Canterbury District ook op als voorbeeld van een omwenteling *from within*. Het is belangrijk dat de veranderingen vanuit het werkveld zelf komen?

Dat is ontzettend cruciaal. In Engeland staan alle politieke partijen klaar met hun plannen voor snelle veranderingen. Maar als je een ziekenhuis runt, weet je vaak beter wat wel en wat niet werkt. De omschakeling van gefragmenteerde naar geïntegreerde zorg moet van binnenuit tot stand komen. *Bottom-up* en niet *top-down*. Het beleid kan wel de

voorwaarden scheppen, door te investeren in ICT en in de nodige vorming, opleiding en omkadering. Wat we nodig hebben, zijn leiders met een visie. Leiders die weten wat nodig is en die mensen kunnen overtuigen met hun verhaal.

Zorgpaden

In het model van geïntegreerde gezondheidszorg maken lokale initiatieven het verschil?

De grote meerwaarde komt er niet door een grootschalige fusie van zorgvoorzieningen, maar door een hechte samenwerking. We moeten de zorg- en dienstverlening integreren, niet de organisaties. Dat kan door zorgpaden te maken. Neem diabetes. Als de huisartsen, de thuisverpleegkundigen, de ziekenhuisartsen, de ziekenhuisverpleegkundigen en andere zorgverleners nu eens samen met enkele patiënten aan tafel zouden gaan zitten met als enige vraag: wat is de beste diabeteszorg voor de patiënt? Dan komen ze er heus wel uit. Meer zelfs, het proces om gezamenlijk *guidelines* te bepalen, is even belangrijk als de inhoud. De stem van de patiënt is cruciaal in dit verhaal. De patiënt moet direct betrokken worden en kan vanuit zijn ervaring, zijn verwachtingen, zijn voorkeuren en zijn behoeften het zorgpad mee vormgeven.

Overal zien we de evolutie van gefragmenteerde zorg naar geïntegreerde zorg plaatsvinden. De grootste successen worden geboekt door zorgverleners die beseffen dat dit de *right thing to do* is, zegt u. Het is een kwestie van gezond verstand?

Een kwestie van *common sense*, inderdaad. Alleen is die niet altijd even *common*. *(lacht)* We zien dat verschillende instanties op verschillende locaties het initiatief nemen voor de verandering: overheden, verzekeraars, zorgvoorzieningen... De kans op slagen blijkt het grootst te zijn als de zorgvoorzieningen zelf het heft in handen nemen en vanuit een innerlijke overtuiging aan de slag gaan. De overtuiging dat geïntegreerde zorg de enige juiste weg is als we de patiënt daadwerkelijk centraal stellen.

De overgang naar geïntegreerde zorg is dringend en moet op grote schaal gebeuren. Bent u optimistisch gestemd?

Ik ben optimistisch omdat er geen alternatief is. Maar het mag allemaal best wat sneller gaan. Gelukkig zie je dat meer en meer landen een tandje bijsteken. We moeten samen een momentum creëren en de kansen grijpen die zich voordoen.

Elke verandering is moeilijk. Het is normaal dat mensen en organisaties in eerste instantie de neiging hebben om zich verdedigend op te stellen. Ze willen hun gebouw, hun budget, hun artsen en hun medewerkers voor zich houden. Ik pleit voor een soort van *collaborative leadership* van mensen uit verschillende organisaties die samen willen werken. Dat de verandering zich lokaal ontwikkelt, is goed. Maar uiteindelijk moet iedereen mee aan boord. *One system, one budget*, weet je wel. In elk land zijn er goede praktijkvoorbeelden, maar meestal maar in één regio of rond één thema, bijvoorbeeld diabeteszorg. We moeten naar een schaalvergroting. De hele gemeenschap moet mee.

We mogen dit ook niet beschouwen als een kostenbesparende maatregel. Er is geen bewijs dat geïntegreerde gezondheidszorg minder zal kosten. We kunnen het beschikbare budget echter wel beter en efficiënter inzetten. Dit gaat over mensen, over kwetsbare ouderen. En over een betere kwaliteit en continuïteit van zorg.

Prof. Chris Ham: "We mogen dit niet beschouwen als een kostenbesparende maatregel. Er is geen bewijs dat geïntegreerde gezondheidszorg minder zal kosten. We kunnen het beschikbare budget echter wel beter en efficiënter inzetten. Dit gaat over mensen, over kwetsbare ouderen. En over een betere kwaliteit en continuïteit van zorg."

Frank Lippens: "Of het nu gaat om de spreiding van PIT's, hartcentra of andere medische diensten: met deze software kunnen we perfect leemtes, risico's en gevarenzones in beeld brengen."

DYNAMISCHE KAARTEN KUNNEN DISCUSSIES SPREIDING MEDISCHE DIENSTEN OBJECTIVEREN

Geografische software brengt **risico's en opportuniteiten in kaart**

De toegankelijkheid van ons gezondheidssysteem wordt wereldwijd geroemd. Toch vinden geregeld heftige discussies plaats over de inzet en de spreiding van middelen. Er spelen grote belangen en dat komt de objectiviteit van het debat niet altijd ten goede. In samenwerking met de Vakgroep Geografie van de Universiteit Gent (Professor Philippe De Maeyer) heeft directeur Frank Lippens van het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze geografische software ontwikkeld die in menig dossier helderheid en objectiviteit kan brengen. Het systeem brengt genadeloos blinde vlekken in kaart en toont de opportuniteiten en de risico's. Bijvoorbeeld in het PIT-dossier.

De concrete aanleiding voor de ontwikkeling van de software was het PIT-dossier. Frank Lippens komt daarin niet onbeslagen op het ijs. Hij maakt deel uit van de Nationale Raad van Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), waar hij de werkgroep Dringende Geneeskundige Hulpverlening voorzit, die zich onder meer buigt over de PIT's en de medische helikopters. Op Vlaams niveau volgt Frank Lippens bovendien ook het niet-dringend liggend medisch vervoer, dat gemeenschapsmaterie is. Hij heeft dus een brede kijk op de zaken.

"Vandaag bestaan er drie medische middelen die in dringende gevallen uitrukken", vertelt Frank Lippens. "Je hebt de 112-ziekenwagens die ingezet worden na een oproep op het noodnummer 112. Je hebt de MUG's (Mobiele Urgentie Groep) die ter plaatse gaan met een ur-

gentiearts en een verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel (BBT). Daartussenin heb je de PIT of Paramedisch Interventieteam maar ik zou het liever Prehospitaal Interventieteam noemen. Een PIT is een 112-ziekenwagen die tot een ziekenhuis behoort (ziekenhuisfunctie) en die bemand wordt door een hulpverlener-ambulancier met 112-badge en een verpleegkundige BBT, via radioverbinding ondersteund door een urgentiearts in het ziekenhuis. Die PIT's zijn vandaag in zeventien ziekenhuizen actief als proefproject. Minister Onkelinx wil ze graag officialiseren en vroeg in dat kader advies aan de NRZV over de normen en de programmatie."

"Ik ken de PIT's goed. Al in het midden van de jaren 1980 hebben we in het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze een PIT *avant la lettre* ingevoerd. Tegen alle logica in kozen we er toen voor om een verpleegkundige met de 112-ziekenwagen mee te sturen. Financieel was dat nadelig, maar de kwaliteit van zorgverlening steeg zienderogen en dat stelden de patiënten in de regio erg op prijs. Toen de overheid die voordelen zag en de PIT's introduceerde, kreeg ons ziekenhuis daarvoor als een van de eerste de goedkeuring, dankzij de opgebouwde expertise en omdat er in de regio geen MUG binnen de vijftien minuten operationeel kan zijn."

Telkens dezelfde vragen

"Het PIT-dossier stelt vandaag opnieuw dezelfde vragen die telkens terugkeren als we belangrijke beslissingen moeten nemen. Wat hebben we nodig? Hoe realiseren we een optimale programmatie? Hoe zorgen we voor een ideale spreiding? Het antwoord op die vragen moet rekening houden met drie cruciale factoren: de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit en de betaalbaarheid. Denk bijvoorbeeld aan het complexe cardiodossier. Of aan de discussies over het sluiten van kinderafdelingen in kleine, perifere ziekenhuizen. Altijd komen dezelfde vragen bovendrijven en ontstaan er oeverloze discussies. Er is maar één oplossing om het debat objectief te voeren en dat is door alles netjes in kaart te brengen. Letterlijk dan. Als we alle gegevens waarover we beschikken geografisch visualiseren, kunnen we de situatie perfect in beeld brengen. Dat is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het moet een dynamisch systeem zijn, dat verschillende complexe parameters integreert. Toen we jaren geleden de spreiding van de MUG's voorbereidden, werkte de overheid voor de eerste keer samen met de Vakgroep Geografie van de UGent. Belangrijke parameters toen waren de spreiding en de aanrijtijden, maar ook het aantal inwoners in een regio."

"Dezelfde oefening hebben we nu samen met de Vakgroep Geografie onder leiding van prof. De Maeyer uitgewerkt voor de PIT's. Opnieuw brachten we de spreiding, de aanrijtijden en het aantal inwoners in kaart. We zijn gestart met de 112-ziekenwagens. Hoe blauwer de kaart kleurt, hoe beter de regio gedekt is. Hoe witter de zones, hoe groter het probleem. En ja, op die manier hebben we zones in kaart gebracht die vandaag onvoldoende gedekt worden door de 112-ziekenwagens en waar de aanrijtijden onverantwoord hoog zijn. Bovendien blijkt uit ons onderzoek dat net in die kwetsbare gebieden de meest nabije 112-ziekenwagendienst vaak verbonden is aan een brandweerkorps met louter vrijwilligers, waarvan het voortbestaan niet evident is."

"Een volgende stap was de lokalisering van de gespecialiseerde spoedgevallendiensten – die een MUG-team kunnen hebben – en de diensten eerste opvang spoed. Belangrijk hier is dat door het tekort aan spoedartsen een daling van het aantal spoeddiensten dreigt, met langere aanrijtijden als gevolgd. De sluiting van de dienst eerste opvang spoed op de campus Wetteren van het Stedelijk Ziekenhuis Aalst is daarvan een concreet voorbeeld."

"We hebben vervolgens ook de regio's in kaart gebracht die gedekt worden door een MUG die, in 90% van de gevallen, binnen de vijftien minuten ter plaatse kan zijn. In eerste instantie hebben we ons daarvoor gebaseerd op de aanrijtijden die *TomTom* aangeeft voor niet-prioritaire voertuigen. Daaruit blijkt dat 7,5 miljoen inwoners in 90% van de gevallen binnen de vijftien minuten geholpen kan worden door een MUG. Die theoretische gegevens – gebaseerd op niet-prioritaire voertuigen – hebben we in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant ondertussen getoetst aan de werkelijke aanrijtijden. Daarvoor maakten we gebruik van de CAD-gegevens uit de Astrid-meldkamer (de gegevens in verband met de positie van de ploegen op het terrein worden naar de meldkamer gestuurd, nvdr). GIS-specialisten van de Faculteit Aardrijkskunde zijn daarmee aan de slag gegaan (GIS = Geografisch Informatie Systeem, nvdr.). En wat blijkt? De prioritaire voertuigen scoren maar 25% beter dan de niet-prioritaire. Dat valt enigszins tegen, omdat daarmee natuurlijk maar een beperkt aantal extra zones gedekt worden. Dat komt door de verkeersproblematiek, waaronder ook prioritaire voertuigen lijden. Met de creatie van de PIT's willen we naast de 7,5 miljoen inwoners die in een aanvaardbare tijd door de MUG kunnen worden geholpen, vooral nog meer inwoners een middel ter beschikking stellen dat de levenskansen verhoogt."

Dynamische kaart

"We beschikken vandaag dus over een dynamische kaart die perfect in beeld brengt welke gebieden en hoeveel inwoners gedekt worden door een 112-ziekenwagen en/of een MUG en waar er hiaten zijn", zegt Frank Lippens. "Het goede nieuws is dat de voorlopige PIT's of studieprojecten goed ingepland blijken te zijn en effectief blanke zones bedienen. Maar er blijven zones die ondanks een ziekenhuis in de buurt niet gedekt worden en waar een extra MUG of PIT noodzakelijk lijkt."

"Het meest kwetsbaar zijn echter die gebieden die niet gedekt zijn door de MUG én ook geen ziekenhuis in de buurt hebben. In Oost-Vlaanderen gaat het bijvoorbeeld om Zelzate, Assenede en Beveren. Om te toetsen of die resultaten ook uit de praktijk blijken, hebben we voor Oost-Vlaanderen ondertussen ook de gezondheidsrisico's in kaart gebracht, op basis van MKG-registraties en MUG-registraties. De congruentie is perfect. Dezelfde oefening maken we op dit ogenblik voor Vlaams-Brabant, waar we de witte vlekken koppelen aan de risicogegevens en de aanrijtijden, met als relevante data het aantal geregistreerde hartinfarcten in 2012 en het aantal MUG-oproepen met een aanrijtijd hoger dan vijftien minuten. Ik ben ervan overtuigd dat we ook hier een correlatie zullen zien."

"Of het nu gaat om de spreiding van PIT's, hartcentra of andere medische diensten: met deze software kunnen we perfect een debat stimuleren rond echte leemtes en risico's en gevarenzones in beeld brengen. Uit de kaarten blijkt ook dat sommige regio's dubbel gedekt zijn. Daar zouden we kunnen overwegen om een MUG door een PIT te vervangen. De cruciale vraag blijft uiteraard welk niveau van dienstverlening we willen en hoeveel middelen we daarvoor willen vrijmaken. Maar de 15-minutennorm tussen de oproep en de aankomst ter plaatse voor reanimatie kan toch als leidraad in discussies fungeren", besluit Frank Lippens.

Ik werd zo rustig van zijn stem.

Ik kan niet meer zeggen hoe hij eruitzag. Maar zijn stem, die zou ik zelfs na al die jaren nog herkennen uit duizenden. Toen mijn dochtertje en ik aankwamen in het opvangcentrum, trilde ik als een rietje. In shock en onderkoeld ... Hij wikkelde ons in dekens, gaf ons soep en praatte met me tot ik weer rustig was en we samen oplossingen konden zoeken.

Grote en kleine rampen zijn van alle tijden. Maar als je in nood bent, sta je niet alleen. Onze vrijwilligers geven al 150 jaar het beste van zichzelf. Anoniem en onbetaald. Ben jij iemand die door hen geholpen werd - lang geleden of nog maar net - en dat nooit zal vergeten? Laat het ons weten.

Rode Kruis Vlaanderen

We verzamelen 150 verhalen over mensen die geholpen werden. Zodat niemand ze ooit nog vergeet.

Post jouw getuigenis op www.150jaar.rodekruis.be

150 jaar mensen helpen. Altijd, overal.

BUBKA.be - Fotografie Jef Boes

PERCEPTIEMETING WERKEN IN DE ZORG

Onderzoek **bij leerlingen en leerkrachten** geeft verrassende resultaten

Willen we de perceptie over de zorgberoepen bij het brede publiek beïnvloeden, dan moeten we om te beginnen weten hoe die perceptie vandaag is. In Oost-Vlaanderen nam het Provinciaal Platform voor de Promotie van de Zorgberoepen (PPPZ) de proef op de som. Met toch wel enkele verrassende resultaten als gevolg.

Hans Crampe: "We gaan er altijd vanuit dat iedereen ondertussen wel weet hoe moeilijk de sector het heeft om alle vacatures in te vullen, maar dat blijkt dus niet het geval te zijn."

Het PPPZ Oost-Vlaanderen is erg actief. Het meest in het oog springend zijn de tientallen Oost-Vlaamse Zorgambassadeurs die op informatiedagen, op beurzen, in scholen en tijdens rondleidingen in hun eigen organisatie hun beroep voorstellen. De ambassadeurs zijn gemotiveerde medewerkers van ziekenhuizen, woonzorgcentra en andere zorg- en welzijnsvoorzieningen, die daarvoor speciaal opgeleid zijn.

"Onze ambassadeurs gaan vaak op pad om vanuit de praktijk over hun beroep te spreken. Het doel is om de mensen een correct beeld van een job in de zorg- en welzijnssector te geven. Het moet een realistische voorstelling zijn, niet negatief maar zeker ook niet bijgekleurd, want we willen de juiste mensen naar de zorg toe leiden", zegt Hans Crampe, verpleegkundig en paramedisch directeur van AZ Maria Middelares en voorzitter van het Oost-Vlaamse PPPZ.

"In onze gesprekken met jongeren en andere doelgroepen vertrekken we altijd van wat we vermoeden dat ze denken en weten. Maar klopt ons beeld van hun perceptie wel? Om dat te weten, hebben we een perceptieonderzoek gevoerd in de scholen secundair onderwijs. We deden dat in samenwerking met de provincie Oost-Vlaanderen."

"We concentreerden ons op vier beroepen: zorgkundige in een woonzorgcentrum, verzorgende in de thuiszorg, kinderbegeleider in een kinderdagverblijf en verpleegkundige in een ziekenhuis. 627 personen namen eraan deel, waarvan 20% jongens en 80% meisjes. De steekproef werd ingevuld door 87% leerlingen en 13% leerkrachten. We hebben de leerkrachten bewust bij het onderzoek betrokken, omdat ook zij de perceptie van de leerlingen beïnvloeden."

Afwisseling

Een van de meest opvallende resultaten is dat – over de vier beroepen heen – één op drie ondervraagden meent dat er geen grote werkzekerheid is in de zorgsector. "Dat is toch een onverwachte vaststelling", zegt Hans Crampe. "We gaan er altijd vanuit dat iedereen ondertussen wel weet hoe moeilijk de sector het heeft om alle vacatures in te vullen, maar dat blijkt dus niet het geval te zijn. Dat betekent dat we daarover moeten blijven communiceren. Bovendien blijkt ook één op drie ervan overtuigd te zijn dat werken in de zorg- of welzijnssector weinig afwisseling biedt. Nochtans, als je dat vergelijkt met een job in een schoenenwinkel of op een boekhoudkantoor, dan is het variatie troef in de zorgsector. Ook die boodschap moeten we dus blijven geven."

"We hebben de resultaten van het onderzoek ondertussen teruggekoppeld naar de zorgambassadeurs en andere partners. Zij kunnen met die gegevens aan de slag. Wie bijvoorbeeld een rondleiding aan jongeren geeft in het ziekenhuis of woonzorgcentrum, kan maar beter expliciet benadrukken hoe hoog de werkzekerheid in de sector is en hoe gevarieerd het werkaanbod", vertelt Hans Crampe.

Nog enkele resultaten

30,7% van de ondervraagden gaat ervan uit dat een verpleegkundige in het ziekenhuis weinig of niet met computers en toestellen moet werken. Voor een zorgkundige in het woonzorgcentrum is die perceptie zelfs 40,4%.

22,3% schat de kansen op promotie voor een verpleegkundige in een ziekenhuis niet hoog in. Voor de zorgkundige in het woonzorgcentrum ziet 31,1% maar weinig kansen op promotie.

Wie meer wil weten over dit onderzoek, kan terecht bij hans.crampe@azmmsj.be.

MOOIE STAALKAART VAN INNOVATIE EN CREATIVITEIT IN OUDERENZORG

50 tinten goede zorg als bron van inspiratie

Met de beurs *50 tinten goede zorg* wil Caritas West-Vlaanderen mooie en inspirerende projecten uit de ouderenzorg in de kijker plaatsen. "We kunnen nog veel leren van elkaar", zegt stafmedewerker Hilde Quintens van Caritas West-Vlaanderen. 39 standen en 17 presentaties bieden alvast een mooie staalkaart van innovatie en creativiteit.

"Caritas West-Vlaanderen doet aan dienstverlening voor verschillende sectoren, waaronder de ouderenzorg", vertelt Hilde Quintens. "Het idee voor de beurs *50 tinten goede zorg* is gegroeid vanuit twee werkgroepen. Enerzijds de werkgroep Bezieling en kwaliteitszorg, voorgezeten door Luc Bulckens, die in het verleden reeds twee keer een congres rond kwaliteit organiseerde. Anderzijds de werkgroep Vorming, onder leiding van Mario Eeckhout, die al twee keer een innovatiebeurs organiseerde. Dit jaar hebben de twee werkgroepen de krachten gebundeld voor de beurs *50 tinten goede zorg*. Het opzet is om de vele mooie projecten in de woonzorgcentra meer bekendheid te geven. Veel vernieuwende initiatieven blijven te vaak binnen de eigen muren. De directie, medewerkers en bewoners plukken er weliswaar de vruchten van, maar veel waardevolle projecten zouden we ook in andere woonzorgcentra kunnen toepassen. We kunnen nog veel van elkaar leren. En dat is precies de bedoeling van de beurs."

"De beurs vindt plaats in Domein Groenhove in Torhout op donderdag 3 april. In totaal worden er 51 projecten voorgesteld op 39 standen en 17 presentaties en lezingen. Doorheen de dag zijn er constant drie parallelle lezingen. Uit de grote respons op de beurs blijkt hoezeer de woonzorgcentra innovatief werken en hun projecten willen delen. De meeste deelnemers komen uit West-Vlaanderen, maar er zijn ook inzendingen uit andere provincies, mede dankzij de bekendmaking via Zorgnet Vlaanderen."

"We richten ons met de beurs *50 tinten goede zorg* tot heel diverse doelgroepen: directieleden, ergo- en kinesitherapeuten, administratieve en logistieke medewerkers, keukenpersoneel... Voor elke functie zijn er boeiende casussen. Een rode lijn zit er niet in, maar veel projecten gaan over animatie en kwaliteitsbeleid. Ook doelgroepen als jongdementerenden en de vrijwilligerswerking komen in verschillende projecten naar voren. En geregeld zien we ook een ecologische insteek. Ja, het is variatie troef op de beurs", vertelt Hilde Quintens.

Beurs 50 tinten goede zorg op 3 april van 9.30 tot 16.30 uur in Domein Groenhove in Torhout.

Medewerkers Katia Buyse en Hilde Quintens van Caritas West-Vlaanderen: "Uit de grote respons op de beurs blijkt hoezeer de woonzorgcentra innovatief werken en hun projecten willen delen."

Woonzorgcentrum 't Pandje uit Izegem stelt maar liefst vijf projecten voor op de beurs 50 tinten goede zorg. Van muziektherapie tot een mobiele keuken en een insectenhotel. Muziektherapeut Anneloor Meersman vertelt er alles over.

Anneloor Meersman is logopediste van opleiding, maar vandaag werkt ze vooral als muziektherapeute in 't Pandje. Haar grote wens was om te werken met mensen met dementie. "Muziek kan echt iets voor hen betekenen", zegt Anneloor. "Muziek kan het verschil maken. We passen muziektherapie vooral toe in drie contexten. Ten eerste om mensen met dementie te activeren. Vaak dreigen zij in passiviteit te verzinken, zowel mentaal als fysiek. Muziek kan dan prikkelend werken. Ze roept herinneringen en emoties op. Vaak heel mooie gevoelens. Daarnaast kan muziek ook een rustgevend effect hebben, bijvoorbeeld als mensen verward, angstig of rusteloos zijn. Een derde context is de stervensbegeleiding."

"Ja, ik maak muziek aan het sterfbed. Als je een kamer binnenkomt waar iemand omringd door familie

Anneloor Meersman: "Met mijn gitaar en mijn stem ga ik op het ritme van de ademhaling van de bewoner improviseren. Zo ontstaat er contact."

50 TINTEN GOEDE ZORG:
WOONZORGCENTRUM 'T PANDJE UIT IZEGEM

"Muziek bevordert het contact, ook bij stervensbegeleiding"

aan het sterven is, hangt er vaak veel spanning in de lucht. Spanning van de ingehouden emoties, van het soms niet goed weten wat te zeggen of hoe te reageren. Veel mensen zouden nog zoveel willen vertellen, ook familieleden, maar het lukt hen niet, ze zitten vast. Met mijn gitaar en mijn stem ga ik op het ritme van de ademhaling van de bewoner improviseren. Zo ontstaat er contact met de bewoner, maar ook met de familie. Muziek raakt mensen. Ze doet iets met hen. Veel mensen beginnen te huilen en dan komen de verhalen. Zo kunnen ze toch hun emoties kwijt. Achteraf zijn veel familieleden erg dankbaar dat ze toch op een mooie manier afscheid konden nemen."

Bed wordt keuken

De vier andere projecten die 't Pandje voorstelt op *50 tinten goede zorg* zijn heel divers. Een project focust op verwenzorg en wellness, onder meer met andullatietherapie (een innovatieve massagemethode). "Verwenzorg hebben we in 't Pandje bewust ingevoerd als een dagelijkse zorg", vertelt Anneloor Meersman. "Iedereen heeft nood aan warmte, aanrakingen, ontspannen en tot rust komen. Zeker bij bewoners met dementie is dat een goede manier om contact te maken. Concreet kunnen ze genieten van een gelaatsverzorging, een handmassage, een voetverzorging, een sessie op de andullatiematras met infraroodwarmte, een manicure, een relaxatiebad, aromatherapie... Het zit soms in kleine dingen, zoals het aanbieden van een warm kersenpitkussentje om de handen warm te houden. Genieten staat centraal. Dat verhoogt de levenskwaliteit. Sommige bewoners genieten er wekelijks van, anderen zelfs dagelijks. Het vergt een extra inspanning van de medewerkers, maar je krijgt er zoveel voor terug. Verwenzorg is voor ons geen luxe, maar een basisbehoefte."

"De bowling- en petanquebaan is van een andere orde. Een vrijwilliger van 't Pandje heeft een baan op tafelhoogte gemaakt, zodat bewoners, ook rolstoelgebruikers er perfect mee aan de slag kunnen. Zo worden ze gestimuleerd om hun arm krachtig te bewegen, iets wat oudere mensen anders niet vaak meer doen. Uiteraard organiseren we ook een competitie met een wisselbeker. Dat maakt het allemaal nog leuker voor de bewoners."

"Diezelfde vrijwilliger knutselde trouwens ook onze mobiele keuken in elkaar, met een oud bed als basis. Daarmee gaan we op de afdelingen koken. De bewoners kunnen helpen met een maaltijd te bereiden of mee genieten van de heerlijke geuren."

"Ten slotte stellen we op de beurs ook onze moestuin met insectenhotel voor. Insecten zijn heel goed voor de moestuin. Op een natuurlijke manier zorgen ze voor een gezonde en vruchtbare grond. Bovendien helpen ze de bloemen en planten te bestuiven. In het insectenhotel hebben we ook een weerstation verwerkt. Ja, het hoeft niet altijd om grote, technologische innovatie te gaan. We zijn in 't Pandje heel creatief met goede dingen bezig. Daar zijn we trots op en dat willen we graag delen met onze collega's", besluit Anneloor Meersman.

50 TINTEN GOEDE ZORG: WZC AVONDZON ERPE ONTWIKKELT EIGEN MEET-INSTRUMENT TOTAALZORG

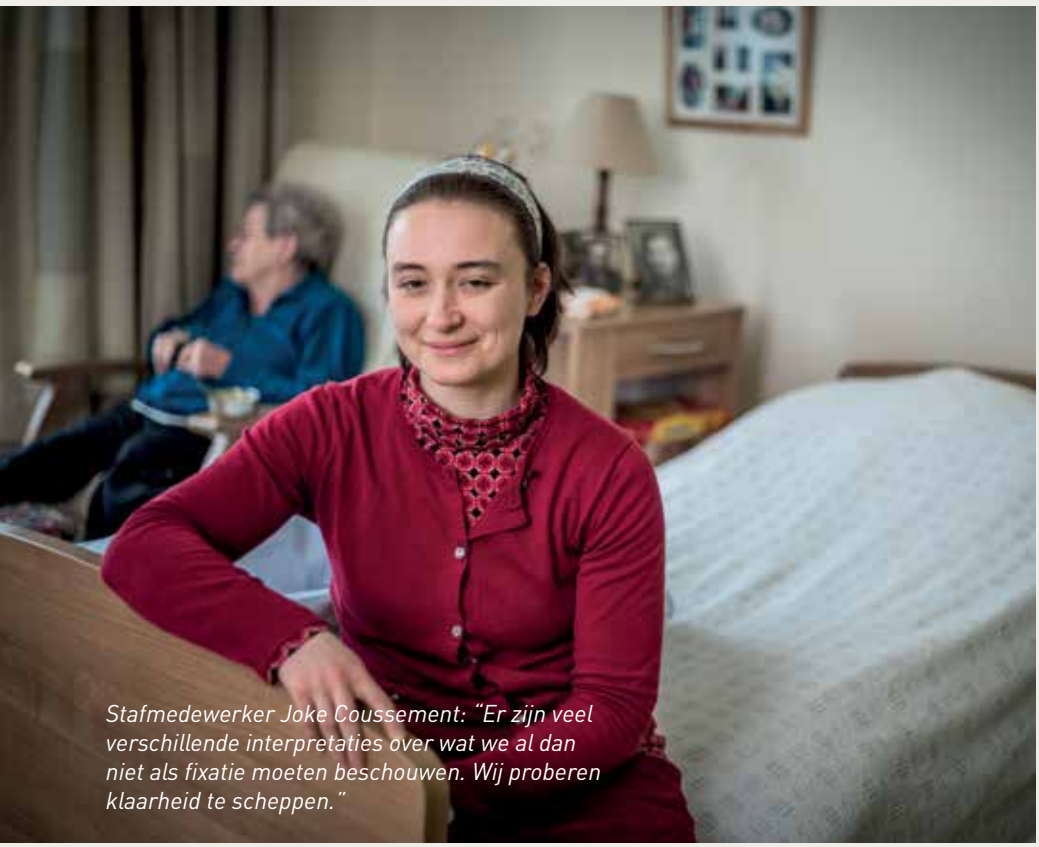
“Meer dan **100 aandachtspunten** voor goede zorg”

Woonzorgcentrum Avondzon Erpe uit Erpe-Mere stelt op de beurs *50 tinten goede zorg* een zelf ontwikkeld meetinstrument voor de totaalzorg voor. Directeur Carlos Thysebaerdt toont het u graag.

“Zelf noemen we het ons honderdpuntensysteem”, vertelt Carlos Thysebaerdt. “Al zijn we de honderd punten ondertussen al voorbij. Alles begon eigenlijk in 1999 met de introductie van een kwaliteitscoördinator en een werkgroep Kwaliteit. We stelden ons toen in wzc Avondzon Erpe de vraag: wat is goede verzorging nu eigenlijk? Het antwoord is heel divers en gevarieerd. Een verpleegkundige brengt andere elementen naar voren dan medewerkers van de keuken of de schoonmaakdienst. En het antwoord is niet het een of het ander: het is een én-én-verhaal. De zorg is uiteraard erg belangrijk, maar ook dat de maaltijden warm worden opgediend, dat de kamers netjes zijn, dat de verslagen van de kinesitherapeut in orde zijn... Alles draagt bij tot wat we goede zorg

50 TINTEN GOEDE ZORG: WOONZORGCENTRA ZUSTERS VAN BERLAAR KIEZEN VOOR ETHISCHE VISIE OP FIXATIE

“De rem op een rolstoel vastzetten **kan ook een vorm van fixatie zijn**”



Stafmedewerker Joke Coussement: “Er zijn veel verschillende interpretaties over wat we al dan niet als fixatie moeten beschouwen. Wij proberen klaarheid te scheppen.”

Fixatie van bewoners is in alle woonzorgcentra een ethisch aandachtspunt. Maar wanneer is er eigenlijk sprake van fixatie? De zeven woonzorgcentra van de vzw Rusthuizen Zusters van Berlaar bleken verschillende interpretaties te hanteren. In samenwerking met de KU Leuven werkte de vzw aan een helder en eenduidig beleid, dat verder gaat dan de traditionele kijk op fixatie.

“De zeven woonzorgcentra van vzw Rusthuizen Zusters van Berlaar registeren al vele jaren diverse zorgparameters”, vertelt stafmedewerker woon en zorg Joke Coussement. “Toen ik hier in 2011 begon, viel het me echter op dat er op het gebied van fixatie veel verschillen zijn in registratie. Dat komt door de ruime interpretatiemogelijkheden over wat we

noemen. Zowel technische aspecten als warmmenselijke aandachtspunten tellen mee."

"Vanuit verschillende diensten zijn we in de loop der jaren steeds meer concrete aandachtspunten gaan benoemen. Zo zijn we gaandeweg tot een eigen meetinstrument gekomen, met ondertussen meer dan honderd items. We evalueren die thema's regelmatig en waar nodig sturen we ze bij, want de tijd staat natuurlijk niet stil. Het mooie is dat het een heel eenvoudig systeem is, dat bovendien vanuit de medewerkers gegroeid is. Het heeft dan ook een groot draagvlak. Elke medewerkersgroep heeft zijn eigen punten om te bewaken: de verzorgenden, de verpleegkundigen, de ergotherapeuten... Maar allemaal samen zorgen we ervoor dat elke bewoner de goede zorg krijgt die hij of zij verdient", vertelt Carlos Thysebaerdt.

Carlos Thysebaerdt: "Het mooie is dat het een heel eenvoudig systeem is, dat bovendien vanuit de medewerkers gegroeid is. Het heeft dan ook een groot draagvlak."

al dan niet als fixatie moeten beschouwen. Als een bewoner zelf vraagt om het bedhekken omhoog te doen: is dat dan fixatie of niet? Als een zetel gekanteld wordt voor het comfort van een passieve bewoner: is dat dan fixatie of niet? Daarover lopen de meningen uiteen. En het gaat verder: als je de rem op een rolstoel vastzet bij een bewoner die dat zelf niet kan losmaken, is dat ook niet een vorm van fixatie? Door de verschillen in interpretatie was het bijzonder moeilijk om iets met de resultaten van de registraties te doen. Daarom hebben we op een bepaald moment beslist om samen met de KU Leuven een onderzoek te doen naar wat fixatie precies inhoudt. We kennen allemaal de gangbare definitie van Evans & Strumpf (1989): een "vrijheidsbeperkende maatregel is elke handelingsmethode, materiaal of uitrusting aan of in de buurt van het lichaam van de bewoner die deze niet gemakkelijk kan verwijderen en die de bewegingsvrijheid van of de normale toegang tot het lichaam beperkt". Die definitie brengt echter geen eenduidigheid."

"In februari-maart vorig jaar hebben we met behulp van vragenlijsten alle mogelijke vormen van fixatie in kaart gebracht", zegt Joke Coussement. "Daarbij zijn we zo breed mogelijk gegaan: van restrictieve materialen zoals enkel- en polsbanden en gordels tot minder restrictieve ingrepen zoals het bedhekken gebruiken en de zetels kantelen. Per soort materiaal hebben we dan ook geregistreerd of ze op vraag van de bewoner worden gebruikt, of er toestemming wordt gevraagd en of de familie ingelicht of betrokken wordt. Ook de reden, de frequentie en de duur van het gebruik van de fixatiematerialen hebben we onderzocht. De huidige situatie in kaart brengen, was voor veel mensen een echte *eye-opener*. We werden ons allemaal veel meer bewust van ons handelen."

Van 'beschermende maatregel' naar 'fysieke fixatie'

"Op dit ogenblik werken we op basis van de vernieuwde inzichten aan een nieuwe visietekst. Het vertrekpunt is fysieke fixatie, in al zijn vormen. Dan gaan we na of die al dan niet vrijheidsbeperkend werkt. Fixatie kan immers ook op vraag van de bewoner toegepast worden voor een correcte positionering bij passieve bewoners zonder hun bewegingsvrijheid extra te beperken. Bij om het even welke vorm van fysieke fixatie geldt nu de regel dat overleg met de bewoner, de familie én het interdisciplinair team nodig is. Ook als een bewoner zelf vraagt om een bedhekken omhoog te doen, moeten we samen nadenken over alternatieven. 's Nachts kunnen die bedhekken immers niet onmiddellijk naar omlaag om naar het toilet te gaan. Dat kan tot gevolg hebben dat een bewoner snel incontinentiemateriaal moet dragen. Het is belangrijk dat een bewoner die informatie meeneemt in zijn keuze en goede alternatieven aangeboden krijgt."

"In elk van de zeven woonzorgcentra van de Zusters van Berlaar is er vandaag een referent fixatie en op elke afdeling ook een zogenaamde VIP fixatie. Het verschil met vroeger is dat we veel bewuster omgaan met materialen en vrijheidsbeperking en dat er in alle gevallen vooraf overleg moet zijn. Behalve in acute situaties, maar ook dan moet het overleg zo snel mogelijk plaatsvinden. Bij elke fixatie moeten we ook een meldingsfiche maken, met expliciet de vermelding of er sprake is van vrijheidsbeperking of niet."

"Het ethisch besluitvormingsproces verloopt nu zorgvuldiger", weet Joke Coussement. "We vertrekken vanuit het levensverhaal van elke individuele bewoner. Hecht hij of zij veel belang aan autonomie of aan veiligheid? Dat maakt een groot verschil uit voor hoe iemand fixatie ervaart. Alles wat we vroeger gemakshalve als beschermende maatregel benoemden, beschrijven we nu in eerste instantie als fysieke fixatie. Dat is een verandering van perspectief: terwijl we vroeger vanuit het standpunt van de zorgverlener dachten, kijken we nu door de bril van de bewoner."

"We zijn ons ervan bewust dat we met deze nieuwe aanpak fixatie veel breder gaan interpreteren dan bijvoorbeeld de overheid doet. Ja, dat betekent ook dat we het in de *benchmarks* waarschijnlijk minder goed zullen doen. Maar het is een ethische keuze. Intern weten we hoe de vork aan de steel zit. We willen vooral positief evolueren en bewust bezig zijn met goede zorgverlening", besluit Joke Coussement.

ALLE IMPLANTATEN MOETEN TEGEN 2016 TRACEERBAAR ZIJN

“Het beste resultaat halen we met **realistische doelstellingen**”

Het schandaal met de PIP-borstimplantaten dat begin 2012 losbarstte, heeft nogal wat mensen wakker geschud, onder wie ook minister Laurette Onkelinx. In het zog van dat incident stelde ze onlangs haar plan voor de medische hulpmiddelen voor. Een van de prioriteiten daarin is de traceerbaarheid van implantaten. Daarvoor zullen ziekenhuizen en andere zorgverleners nauw moeten samenwerken met de industrie en software-ontwikkelaars. Het doel is om tegen 2016 een nationale databank te hebben met alle gegevens over alle implantaten. Daarover gingen we praten met Richard Van den Broeck, directeur van UNAMEC.

UNAMEC is de Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën en vertegenwoordigt in dit verhaal de industrie. “Het PIP-schandaal heeft inderdaad veel losgemaakt”, zegt Richard Van den Broeck. “Toen het foutliep met die borstimplantaten, bleek niemand goed te weten welke vrouwen een PIP-implantaat hadden. De overheid niet, maar ook de artsen niet en vaak zelfs de patiënten niet. Let wel, dat speelde zich af in de esthetische sector. In de ziekenhuizen is die traceerbaarheid er wel al. Maar met het initiatief van minister Onkelinx wordt het systeem nog sluitender. We gaan naar één gestandaardiseerd systeem, dat alle implantaten traceerbaar maakt vanaf de fabricatie. Tot aan het ziekenhuis is de industrie verantwoordelijk. Daarna zorgt het interne systeem van het ziekenhuis voor de traceerbaarheid, gelinkt aan het patiëntendossier. En uiteindelijk zal ook de patiënt via zijn elektronische identiteitskaart de gegevens over zijn implantaten uit het centraal register kunnen opvragen. Ook de artsen zullen toegang hebben tot het systeem om te zien of een patiënt implantaten heeft, welke dat zijn en van welk type. Het is de bedoeling om daar een Europees systeem van te maken, maar België neemt daarin duidelijk het voortouw. Minister Onkelinx toont zich heel ambitieus.”

“In april start een testfase met enkele ziekenhuizen (*zie verder, nvdr*), enkele bedrijven en enkele implantaten. Het doel is om in de praktijk te testen wat mogelijk is en welke knelpunten er zijn. Op dit ogenblik bereiden we de testfase voor. De producenten van medische hulpmiddelen werken aan een unieke barcode voor elk implantaat, de zogenaamde UDI – *Unique Device Identification*. Die barcode zou wereldwijd herkend worden. Ze wordt aangebracht op de verpakking of met een laser op het product zelf geprint. Voor gebruik moet het implantaat gescand worden. Allicht gaan we naar een systeem van intelligente kasten met sensoren. Zij identificeren wie wanneer de kast opent en

‘Vallei des doods’ remt innovatie af

UNAMEC dekt de volledige sector van fabrikanten, invoerders en verdelers van medische hulpmiddelen. De organisatie telt vandaag een 200-tal leden, die samen goed zijn voor 1,5 miljoen artikelnummers en een omzet van 3,4 miljard euro. Tot voor kort werden de producten onderverdeeld in vier groepen: de implantaten (alles wat in het lichaam wordt geplaatst om er minstens 30 dagen te blijven), *medical equipment & systems* (van kleine draagbare toestellen tot en met PET-scans), *consumables* (koortsthermometers, lenzen, pleisters…) en in vitro diagnostiek. “Vorig jaar is daar een vijfde groep bijgekomen”, zegt Richard Van den Broeck. “Deze extra muros-groep is niet zozeer gelinkt aan producten, maar wel aan diensten gelinkt aan producten buiten het ziekenhuis. Het gaat om een belangrijke evolutie in de technologie. Tot voor enkele jaren geleden stonden veel toestellen alleen in ziekenhuizen, vastgevezen in de vloer of aan het plafond. Vandaag komen meer en meer kleine, lichte en draagbare toestellen op de markt die inspelen op de evolutie naar meer chronische ziekten en de thuisbehandeling. Een mooi voorbeeld is de hemodialyse, die meer en meer ’s nachts en thuis plaatsvindt. Denk ook aan producten die parameters monitoren en ze automatisch doorsturen naar een behandelend arts of een verpleegkundige. Veel van onze bedrijven schuiven mee in die richting. Het

welk product eruit haalt. Scannen hoeft dan zelfs niet meer."

"In een eerste fase maken we de hoogrisico-implantaten traceerbaar. Maar uiteindelijk moeten we alle medische hulpmiddelen in het systeem integreren. Inclusief de materiovigilantie of het traceren van toestellen. Vandaag weet een bedrijf perfect aan welk ziekenhuis het een toestel geleverd heeft, maar in dat ziekenhuis komt dat toestel op een bepaalde dienst terecht en wordt het door diverse artsen gebruikt. Bovendien heeft elk toestel geregeld een onderhoud nodig. Als een meettoestel een afwijking vertoont, dan vertrekt de behandeling vanuit een verkeerde diagnose. Ook de traceerbaarheid en de opvolging van die toestellen bereiden we samen met de verenigingen van biotechnici voor. We moeten alleen oppassen dat we niet té ambitieus willen zijn; we zullen het beste resultaat halen als we realistische doelstellingen vooropstellen."

"Dit is een heel mooi project, dat alleen kan slagen in samenwerking met alle partijen. Alles hangt samen met alles. De traceerbaarheid kan bijvoorbeeld ook een van de kwaliteitsindicatoren worden. Het is een stap in de evolutie naar zelfcontrole: wie het goed doet, moet daarvoor een *incentive* krijgen, ook al is het maar symbolisch. De kracht van dit verhaal is trouwens dat het mee op vraag van alle sectoren tot stand komt. Het is niet de overheid die het ons oplegt, het zijn de bedrijven en de ziekenhuizen die met voorstellen zijn gekomen."

Richard Van den Broeck: "Allicht gaan we naar een systeem van intelligente kasten met sensoren. Zij identificeren wie wanneer de kast opent en welk product eruit haalt. Scannen hoeft dan zelfs niet meer."

is boeiend om te zien hoe die evolutie interactief plaatsvindt: de nieuwe technologie krijgt toepassingen die artsen gebruiken en zij geven dan weer feedback zodat de technologie verder kan. Er is al heel veel mogelijk, maar het probleem is de financiering van innovatie. Vandaag worden budgetten nog altijd verticaal opgemaakt: de overheid kijkt kolom per kolom. Wat we nodig hebben, is een transversale berekening, die het totaalplaatje in beeld brengt. Een mooi voorbeeld is alweer de thuisdialyse: uiteraard is daarin geïnvesteerd in het begin, maar die vorm van dialyse is ondertussen wel 40% goedkoper voor de overheid dan de ziekenhuisdialyse."

"De levenscyclus van de medische hulpmiddelen bedraagt vandaag gemiddeld vier à vijf jaar. Voor de implantaten is dat twaalf à achttien maanden. In die tijd moet de investering in onderzoek en ontwikkeling terugverdiend zijn. Het gaat dus razendsnel. Als we ons land, en bij uitbreiding Europa, een kans willen geven op het gebied van innovatie, dan moeten we de opportuniteiten beter grijpen. Onze universiteiten hebben heel wat competenties in huis en onze bedrijven en kmo's zijn innovatief. Er is één groot probleem en dat is the *death valley*. Onderzoek en ontwikkeling worden bij ons gefinancierd tot op het ogenblik dat er een prototype is. Daarna volgt een periode van twee à drie jaar om alle noodzakelijke erkenningen te krijgen. Die tijdsspanne is veel te lang, want ondertussen kan het product niet op de markt worden gebracht en dat maakt het financieel bijzonder moeilijk om de periode te overbruggen. Veel interessante innovaties halen nooit de markt, net omdat ze er niet in slagen *the death valley* te overbruggen. Dat is bijzonder jammer en het speelt ons ook parten in de concurrentie met de VS en andere continenten. We rekenen op de overheid om daar zo snel mogelijk een mouw aan te passen", besluit Richard Van den Broeck.

AZ SINT-LUCAS GENT EN UZ LEUVEN PILOOTPROJECTEN TRACEERBAARHEID IMPLANTATEN

“Laat het ons **niet complexer maken** dan nodig”

AZ Sint-Lucas in Gent en UZ Leuven zijn de twee Vlaamse ziekenhuizen in het pilootproject voor de traceerbaarheid van implantaten. Hoofdapotheker Marielle Baert en adjunct-diensthoofd apotheker Thomas De Rijdt staan dan ook helemaal achter het project, al hebben ze ook bedenkingen. Zo is digitalisering een must.

“Het incident met de PIP-implantaten heeft de overheid wakker geschud”, zegt Marielle Baert van AZ Sint-Lucas. “Het ministerie van Volksgezondheid had er totaal geen zicht op of ook in ons land PIP-implantaten gebruikt waren. Zelfs veel ziekenhuizen hadden geen sluitend antwoord klaar. Elk ziekenhuis en elke ziekenhuisapotheker hebben hun eigen systeem, maar het is duidelijk dat we naar een nationale databank moeten. Hoe dat in de praktijk kan werken, is het onderwerp van het pilootproject. Er zijn diverse partijen betrokken: de firma’s met UNAMEC als koepelorganisatie, de ziekenhuizen en ook de softwareontwikkelaars. We moeten immers resoluut kiezen voor een elektronisch systeem.”

“AZ Sint-Lucas is in dit pilootproject gestapt omdat we hier al een tijdje bezig zijn om implantaten traceerbaar te maken. Als implantaten in de apotheek aankomen, dan maken we een traceerbare fiche op met onder andere het lotnummer, de vervaldatum en datum van ontvangst in het ziekenhuis. Op de verpakking plakken we een klevertje met een code van die gegevens. We houden bij wanneer welk implantaat aan welke afdeling wordt geleverd. Het is dan aan de afdeling om bij het openen van de verpakking de sticker te scannen en in te brengen welke arts het implantaat gebruikt bij welke patiënt. Zo is de cirkel rond. Het systeem is bovendien direct verbonden met de apotheek en het stockbeheer. We hebben nog niet alle implantaten geïntegreerd. Wel alles van angio en catlab, pacemakers, neurostimulatoren, borstimplantaten, heup- en knieprothesen, stents en ballonnen. We breiden geleidelijk aan uit.”

“Met één type implantaten zal registratie en traceerbaarheid moeilijk liggen, met name de vijsjes, schroefjes en plaatjes voor osteosynthese. Het gaat om kleine implantaten van verschillende types en afmetingen die orthopedisten en MKA-chirurgen vaak gebruiken en die per set worden geleverd. Je kan onmogelijk al die elementjes apart gaan labelen, tenzij je alles apart verpakt, maar dat zou allesbehalve efficiënt zijn. Ook moeilijker te organiseren blijft de logistiek rond leensets en zichtzendingen van implantaten, omdat leveringen daarvan heel kort voor de effectieve ingreep gebeuren.”

“Bovendien is er ook nog een technische bekommernis: hoe gaan we tot één beveiligd en sluitend systeem komen, met respect voor de privacy van de patiënt? Het kan in elk geval. Voor de pacemakers bestaat er al een centrale website voor registratie. Wil je een pacemaker, endoprothese of coronaire stent implanteren, dan moet je die eerst online registreren en dan krijg je een bevestiging met een QERMID-code die je nodig hebt om te kunnen factureren. Ik pleit wel voor één elektronisch systeem voor alle implantaten. We moeten het niet complexer maken dan nodig.”

“Ik sta volledig achter het project, maar ik hoop dat de gegevens ook optimaal gebruikt zullen worden. Als verschillende patiënten bijvoorbeeld klachten hebben over een bepaalde heupprothese, dan zou dat een lichtje moeten doen branden, zodat we proactief alle patiënten met dezelfde heupprothese of hetzelfde lotnummer in de databank kunnen opzoeken en op consultatie uitnodigen”, vertelt Marielle Baert.

Digitalisering noodzakelijk

Ook apotheker Thomas De Rijdt van UZ Leuven is overtuigd van de noodzaak van dit project. “Implantaten kunnen defecten vertonen die een risico betekenen voor de gezondheid of de veiligheid van de patiënt. Het is dus belangrijk dat implantaten, net zoals geneesmiddelen en magistrale bereidingen, altijd een gegarandeerd kwaliteitsniveau hebben en dat we ze kunnen traceren tot aan de patiënt om in geval van een incident snel en gericht te kunnen ingrijpen”, zegt Thomas De Rijdt.

“In de erkende ziekenhuizen stellen zich vandaag weinig kwaliteitsproblemen omdat de ziekenhuisapotheker als verstrekker over de kwaliteit en de conformiteit van de producten waakt. Omdat nog niet alle materialen voorzien zijn van een duidelijke identificatiecode is opvolging in de meeste gevallen een manueel proces dat vatbaar is voor vergissingen bij transcriptie. Digitalisering moet dat op termijn dan ook performanter maken en zal ook toelaten gegevens te delen tussen de verschillende zorgverstrekkers van de patiënt. De minister beoogt traceerbaarheid in de volledige sector en het nieuwe KB zal van toepassing zijn voor alle zorgverstrekkers, binnen en buiten de erkende ziekenhuizen.”

“Serienummers zijn vaak lange en complexe tekenreeksen die moeilijk manueel op te volgen zijn: een digitaal systeem lijkt dan ook noodzakelijk. Het voordeel daarvan is dat, met een aanpassing van de *workflow*, de processen van aankoop, voorraadbeheer, medisch voorschrift, aanvulling van het elektronisch patiënt-

Adjunct-diensthoofd apotheker Thomas De Rijdt van UZ Leuven: ""Serienummers zijn vaak lange en complexe tekenreeksen die we moeilijk manueel kunnen opvolgen: een digitaal systeem lijkt dan ook noodzakelijk."

Hoofdapotheker Marielle Baert van AZ Sint-Lucas Gent: "Als verschillende patiënten klachten hebben over een bepaalde heupprothese, dan zou dat een lichtje moeten doen branden, zodat we proactief alle patiënten met dezelfde heupprothese of hetzelfde lotnummer in de databank kunnen opzoeken en op consultatie uitnodigen."

dossier en tarificatie meer *lean* gemaakt kunnen worden. In UZ Leuven hebben we onlangs een computersysteem geïntroduceerd dat toelaat al deze parameters gestandaardiseerd en geïntegreerd op te volgen van ontvangst in de ziekenhuisapotheek tot en met gebruik bij de patiënt. In het kader van het pilootproject rond tracering willen we een bijkomende functionaliteit toevoegen om het verbruik van de materialen in de operatiezaal te registreren via scanning, zoals we reeds doen voor onze geneesmiddelen om medicatiefouten te vermijden. Die eenmalige registratie dient dan als basis voor alle volgende stappen in het proces. Door een computerkoppeling zullen de vereiste gegevens automatisch op een beveiligde server geplaatst worden die nationaal de traceerbaarheid moet garanderen. Bovendien kan ook de patiënt zelf een overzicht opvragen van de verschillende implantaten die hij of zij heeft gekregen. Het Franstalige ziekenhuis UCL – Clinique St. Luc in Woluwe werkt al jaren met een opvolging van implantaten via scanning van een eigen barcode. Dat proces is arbeidsintensief en de gegevens zijn niet (inter)nationaal uitwisselbaar. Er is dus nood aan een Europese of wereldwijde standaard voor identificatie en barcodering van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen. Voor implantaten is de UDI-code veelbelovend. Verschillende leveranciers werken momenteel al aan de implementatie daarvan. De koppeling van die codes aan de nationale databank moet toelaten om materialen eenduidig te benoemen en op te volgen in de verschillende computersystemen in ziekenhuizen, artsenkabinetten en apotheken."

"Het pilootproject is een testfase waarin we uiteraard nog op knelpunten zullen botsen en het proces zullen moeten bijsturen. Zo zijn bijvoorbeeld consignatievoorraden en leensetten niet eenvoudig in te passen in het systeem of zal het niet evident zijn om kleine schroefjes of boutjes te voorzien van een individuele code. Aangezien de beschikbaarheid van de UDI-code cruciaal is voor het vlot en correct registreren van de gebruikte implantaten en hun lotnummers zal ze ook een directe en grote impact hebben op de periode waarop traceerbaarheid van implantaten kan verwezenlijkt worden. Naast introductie van barcodes, software en hardware is het interdisciplinair herdenken van het proces nodig om de opportuniteiten van de nieuwe situatie volledig te benutten."

Save the date 25 maart 2014 20u

Het Vlaams Welzijnsverbond en Zorgnet Vlaanderen organiseren:

Het Grote Verkiezingsdebat Gezondheid en Welzijn

Voorzitters van de Vlaamse partijen

Moderator: Chris De Nijs
UGent, Auditorium Faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent

Live te volgen via www.deredactie.be
Volg het debat op Twitter **#vk14zorg**

VLAAMS WELZIJNSVERBOND vzw

zorgnet VLAANDEREN

Studiedag 5 mei 2014

Het nieuwe statuut van wilsonbekwame meerderjarigen: impact op de zorginstellingen

Husa President Hotel Brussel

Binnenkort zullen wilsonbekwamen een nieuw en uniform juridisch beschermingsstatuut krijgen, namelijk het (nieuwe) bewind. Dat kan heel wat impact hebben op de dagelijkse werking in uw instelling.

Daarom organiseert Zorgnet Vlaanderen op 5 mei 2014 een studiedag waarin zowel de geest, de inhoud van de wet (met bijzondere aandacht voor het gezondheidsrechtelijke aspect) als de praktijk van de wet aan bod komt.

Voorlopig programma:

9u00	Ontvangst met koffie
9u30	Voorwoord
9u45	De *geest* van de wet (dhr. Luc Goutry, gewezen parlementslid)
10u15	De *inhoud* van de wet - algemeen - (Tim Wuyts, medewerker Kamerfractie CD&V)
12u00	Lunchpauze
13u15	De *inhoud* van de wet - gezondheidsrechtelijke aspecten - (Herman Nys, gewoon hoogleraar medisch recht KULeuven)
13u45	De *praktijk* van wet (dhr. Walter Niewold, vrederechter Hasselt)
14u15	Vraagstelling
15u30	Conclusies
15u45	Einde

U kan zich inschrijven op www.zorgnetvlaanderen.be, rubriek “onze opleidingen”.

Schrijf je in vóór **28 februari 2014!**

Run 20Km with + and give them water

zondag
18 mei 2014

Loop **20km** door Brussel met het **Rode Kruis** en laat u sponsoren!

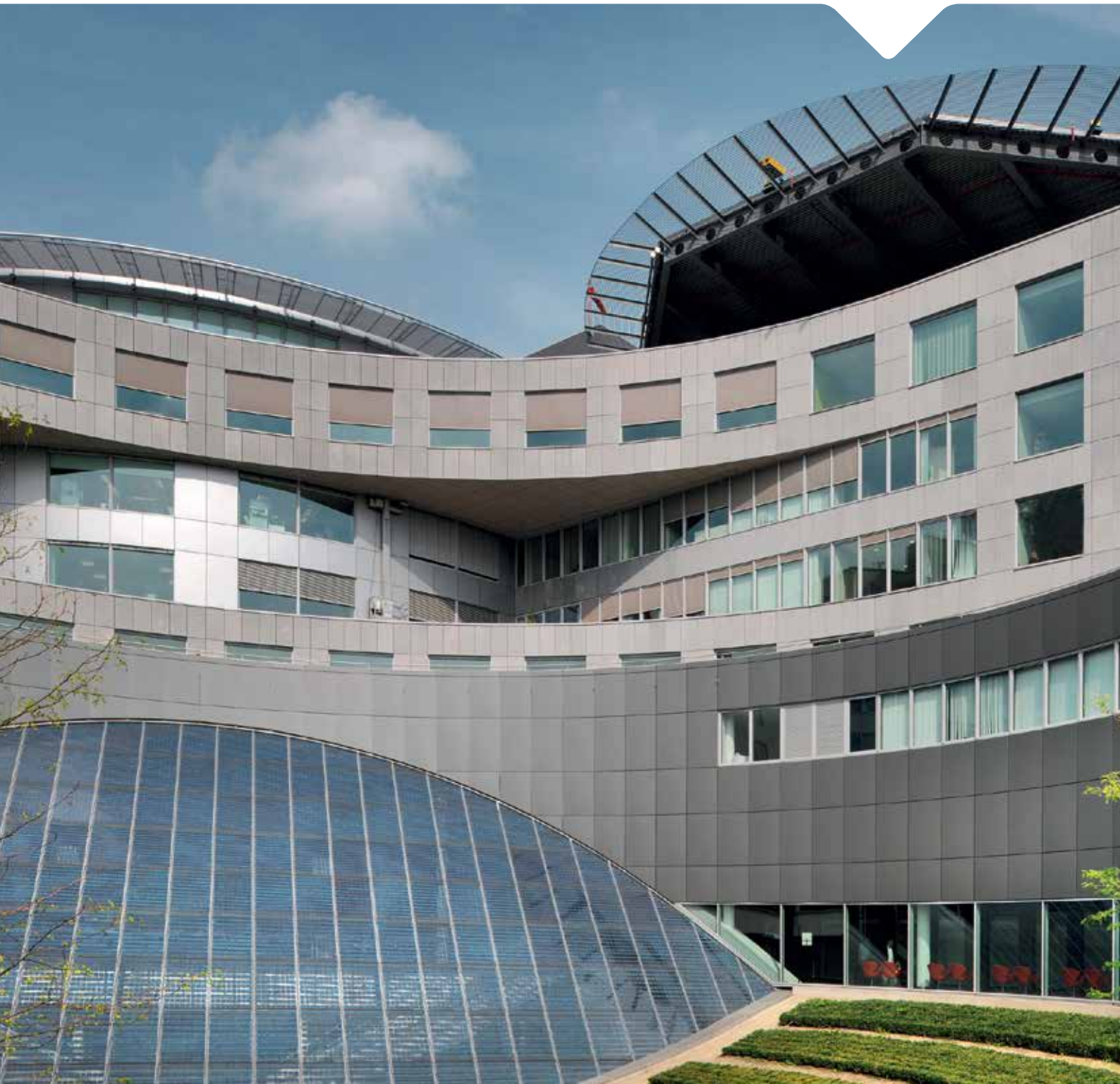
De ingezamelde fondsen worden gebruikt om de toegang tot proper water te verbeteren voor duizenden personen in Burundi.

Info en inschrijvingen: **www.20km.redcross.be**
Deadline inschrijvingen: **28 februari 2014**

Belgian **RED CROSS**

KBC
Bank &
Verzekering

Een ziekenhuis moet vooral een gezond huis zijn …

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

KBC. Wij spreken uw taal.