

ZORGWIJZER

02

Magazine | Maart 2009

Memorandum Vlaamse verkiezingen

Interview met Guido Van Oevelen

zorgnet

VLAANDEREN

- 06 Koepelorganisaties werken nauw samen
- 09 Inspectie nieuwe stijl in ouderenzorg
- 16 Waar zitten de kansen in het nieuwe woonzorgdecreet?
- 24 Zorg bij het levenseinde

colofon

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

Redactie: Commad

Interne coördinatie:

An-Sofie Neiryndck,
stafmedewerker communicatie

Werkten mee aan dit nummer:

Filip Decruynaere, Wim Verdoodt,
Filip van Brabander, Peter Roosens,
Rob Van Den Plas, Pieter Van Hoecke,
Karel Van Eetvelt

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: An Daems, Thomas
Van Haute, Patrick Holderbeke,
An-Sofie Neiryndck, Mine Dalemans,
Gianni Barbieux

Verantwoordelijke uitgever:

Guido Van Oevelen,
p/a Zorgnet Vlaanderen,
Guimardstraat 1, 1040 Brussel.

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer
verschijnt in de week van 20 april.

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

- 03 *Editoriaal*
- 04 *Korte berichten*
- 06 *Koepelorganisaties zorgsector werken samen*
- 09 *Inspectie nieuwe stijl in ouderenzorg*
- 12 *Interview voorzitter Guido Van Oevelen –
Memorandum Vlaamse verkiezingen*
- 16 *Waar zitten de kansen in het nieuwe woonzorg-
decreet?*
- 18 *Kafka in de zorg*
- 20 *Op werkbezoek: O.L.V. van Lourdesziekenhuis
in Waregem*
- 21 *Juridische rubriek: personeel opeisen*
- 22 *VVI werd Zorgnet Vlaanderen*
- 24 *Interview prof. Chris Gastmans –
Zorg bij het levenseinde*
- 26 *Financiële rubriek: BTW-plicht binnen
de zorgsector*
- 27 *Momentopname: Yvette Wilmaerts, HR-directeur
Salvator-St.-Ursulaziekenhuis Hasselt*
- 28 *Cultuurwijzer: dit is onze aarde*
- 29 *Luisterpuntbibliotheek bereikt ouderen
in woonzorgcentra*
- 30 *Spiegeling: opiniebijdrage Karel Van Eetvelt*

Memorandum

editoriaal

In de aanloop naar de Vlaamse verkiezingen van juni 2009 stelt Zorgnet Vlaanderen zijn memorandum voor. Dat memorandum vertolkt onze bekommernissen, maar vooral onze verwachtingen voor de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en de algemene ziekenhuizen. Wij doen dat in naam van de meer dan vijfhonderd private en christelijk geïnspireerde zorgvoorzieningen. Met 80.000 medewerkers verzorgen zij jaarlijks meer dan één miljoen patiënten, cliënten en bewoners.

Vanuit onze christelijke inspiratie blijven wij bekommerd om de zwakkere medemens. We geloven in de fundamentele betrokkenheid tussen mensen. Wij steunen allen die zich inzetten voor hun medemens: binnen het gezin of de familie, onder vrienden, als mantelzorgers, vrijwilligers of zorgverleners.

Ook onze private, christelijke zorgvoorzieningen zetten zich elke dag opnieuw met hart en ziel in voor patiënten, cliënten en bewoners. Zij doen dat samen met hun medewerkers en artsen. Hierbij worden ook gemeenschapsmiddelen ingezet, waar de zorginstellingen eerlijk en gewetensvol mee omspringen. De betrokkenheid van al deze mensen en het engagement van onze voorzieningen verdienen respect.

Vandaag worden we echter geconfronteerd met een financiële en economische crisis zonder voorgaande. Bedrijven zetten massaal medewerkers op straat. Banken redden het niet zonder substantiele overheidshulp. De overheid zelf krijgt haar begroting niet meer rond en stapelt de schulden op.

In deze context is het gevaar reëel dat de solidariteit onder druk komt te staan. Dat de sociale zekerheden van onze samenleving in vraag worden gesteld. Dat ook op de financiering van de gezondheidszorg wordt beknibbeld.

Voor Zorgnet Vlaanderen is een defensief of regressief beleid, dat de fundamenten van onze gezondheidszorg ondergraaft,

onbespreekbaar. Net nu, in tijden van crisis, is solidariteit van het hoogste belang. Want niet alleen bedrijven en banken hebben het moeilijk, maar ook Jan met de pet die zorg nodig heeft.

Net nu moeten de overheden meer dan ooit investeren in het gezondheidsbeleid. Op federaal niveau zijn initiatieven nodig voor meer tewerkstelling in de zorgsector. Geen halfslachtige maatregelen via de Sociale Maribel, zoals minister Milquet ze aankondigt, maar structurele, blijvende en voldoende gefinancierde maatregelen.

Op Vlaams niveau kan de overheid de economie helpen aanzwengelen door niet alleen voor de particulieren de BTW op bouw en renovatie naar 6% te brengen, maar die maatregel ook uit te breiden naar de zorginstellingen. Want ondanks de economische crisis, waar ook de zorgvoorzieningen mee geconfronteerd worden, moeten we met zijn allen dringend werk maken van de toekomstige uitdagingen die onder meer de vergrijzing met zich meebrengt.

Voor de gezondheidszorg is het enige juiste antwoord op de crisis: de vlucht vooruit. Tewerkstelling in en dankzij de social profit kan de crisis mee het hoofd helpen bieden. Investerings vandaag vormen de enige weg naar de invulling van toekomstige noden.

Van de zorgsector mag de samenleving in ruil een hoge mate van efficiëntie, zuinigheid, verantwoordelijkheid en samenwerking verwachten. Zorgnet Vlaanderen wil daarom samen met zijn leden borg staan voor een transparant, kwaliteitsvol en performant beleid.

De middelen zijn schaars, de uitdagingen gigantisch. Maar de zorgsector staat klaar om de handschoen op te nemen. Het is aan de overheden – ook de Vlaamse – om het juiste kader te scheppen. De mensen rekenen erop. In tijden van crisis nog meer dan anders.

*Peter Degadt,
gedelegeerd bestuurder*



Peter Degadt



Communicatie in tijden van crisis

Op vrijdag 27 maart vindt in Kortrijk een symposium "Crisiscommunicatie en Mediabeleid" plaats. Het symposium wordt georganiseerd door AZ Groeninge in samenwerking met de provincie West-Vlaanderen. Doelpubliek zijn leidinggevend van ziekenhuizen en andere hulpverlenende organisaties.



Het programma ziet er veelbelovend uit:

- | | |
|--|--|
| <p>09u00 Verwelkoming
Dhr. Jan Deleu, algemeen directeur AZ Groeninge</p> <p>09u15 Inleiding
Dhr. P. Breyne, Gouverneur van de provincie West-Vlaanderen</p> <p>09u30 Communicatiestrategie
Hoe een crisis communiceren
Dhr. F. Vergeer – ERC sr. communicatieadviseur – InConnect</p> <p>10u15 Interdisciplinair omgaan met beroepsgeheim
Wordt multidisciplinaire omgang geremd door het beroepsgeheim?
Mw. Mr. Dr. W.L.J.M Duijst, arts – Radboud Universiteit Nijmegen</p> <p>11u00 Koffiepauze – standenbezoek</p> <p>11u45 Pers en media als partner
Verantwoorde berichtgeving in crisissituaties
Prof. J. Van den Bulck – School of Mass Communication Research Leuven</p> | <p>12u30 Walking dinner + openstellen standen</p> <p>14u00 Hoe de pers te woord staan
Een goed interview, niet zo eenvoudig
Mevr. Linda De Win – VRT journaliste</p> <p>14u45 Het andere rapport van
Perceptie van risico en gevaar, invloed van de media op de mens
Dhr. Hugo Marynissen – Progressive Media – ex VRT journalist
Dhr. Herman De Croo, Minister van Staat – uittredend Kamervoorzitter</p> <p>16u00 Nawoord
Dhr. Stefaan De Clerck, Minister van Justitie</p> <p>16u30 Receptie</p> |
|--|--|

Het symposium vindt plaats in het auditorium Eandis, President Kennedypark in Kortrijk. Meer informatie op 056 23 42 05 of via mail congressecretariaat@azgroeninge.be.

Theater blikt vooruit op ouderenzorg

De studenten van het derde jaar verpleegkunde van de Katholieke Hogeschool Limburg i.s.m. KHLim Quadri stellen op donderdag 2 april hun toneelstuk *The new utopic retirement home* voor. Ze kondigen het stuk aan als een productie vol controversen.

Het toneelstuk is de afsluiter van een project van acht derdejaarstudenten verpleegkunde. Centraal in het project stond de onderdompeling van de studenten in het leven van ouderen. Ze hebben deze ervaringen omgezet in een theaterprogramma.

Het stuk neemt ons mee in het leven van Bernadette, Carolien, Dora, Katia, Clara en Carla: zes klasgenoten die elkaar na vijftig jaar terugzien voor een klasreünie.

De herinneringen die ze ophalen zijn niet allemaal positief. Ooit droomden ze van een nieuw en vooruitstrevend woonconcept voor ouderen: The new utopic retirement home. Het toneelstuk toont hoe ze het er vanaf gebracht hebben met hun dromen en met mekaar.

Praktisch: de voorstelling vindt plaats op 2 april om 19.45 uur in het CC Hasselt. Voor meer informatie en kaarten kunt u terecht op www.khlimquadri.be.

kort

Drieduizend extra jobs in social profit

De federale regering kondigde een reeks maatregelen aan in het kader van haar relanceplan. Een belangrijke maatregel situeert zich in de social-profitsector. De werkgevers krijgen 100 miljoen euro lastenverlagingen, waardoor er in de gezondheids- en welzijnssector zo'n 3000 extra banen gecreëerd kunnen worden. Toch heeft Zorgnet Vlaanderen enkele bedenkingen bij dit plan. De nieuwe jobs komen er immers via de Sociale Maribelfondsen.

Het gaat om een fiscale maatregel uit het interprofessioneel akkoord (ipa). Dat ipa voorziet in een hogere vrijstelling van de doorstorting van de bedrijfsvoorheffing voor de werkgevers. De vrijstelling wordt dit jaar opgetrokken van 0,25 tot 0,75 procent en wordt volgend jaar nog eens opgetrokken tot 1 procent. Het geld dat hieruit voortvloeit zal doorgestort worden naar de Sociale Maribelfondsen. Die krijgen zo in 2009 en 2010 samen een extra injectie van 100 miljoen euro.

Deze fiscale maatregel zou zo rechtstreeks jobs opleveren. De Sociale Maribelfondsen moeten het geld dat ze krijgen namelijk bijna volledig gebruiken om nieuwe jobs te creëren. Met dit extra geld zouden er dit jaar al 860 voltijdse banen bijkomen, volgend jaar zou het om 2174 banen gaan. Aangezien de sector heel veel met deeltijdse werknemers werkt, zouden bijna 3500 mensen op die manier aan de slag kunnen. Minister Milquet ziet de Sociale Maribelfondsen op die manier als een efficiënt instrument om werkloosheid tegen te gaan.

Zorgnet Vlaanderen heeft bij dit alles toch enkele bedenkingen. Zorgnet Vlaanderen juicht toe dat de regering maatregelen wil treffen voor bijkomende werkgelegenheid in de social profit. Het is echter de vraag of de Sociale Maribelfondsen hiervoor de goede keuze zijn.

Zorgnet Vlaanderen ijvert al geruime tijd voor blijvende, reguliere en structurele tewerkstelling. Tewerkstelling via Sociale Maribel staat hier haaks op. De verhoging van de vrijstelling geldt – als onderdeel van het ipa – voor twee jaar. Het is dus

niet zeker dat de jobs ook daarna gegarandeerd zijn.

Zorgnet Vlaanderen wil dat de overheid de gecreëerde jobs volledig vergoedt. Op vandaag moet elke voorziening gemiddeld 6000 euro per jaar per FTE uit eigen middelen bijpassen. Zorgnet Vlaanderen vraagt daarom dat een deel van de extra middelen gebruikt wordt voor de verhoging van de door de overheid gehanteerde verloningsplafonds.



GROTE VERSCHILLEN IN ERELONEN BLIJVEN

Ziekenhuisfactuur lichtjes gedaald

De gemiddelde ziekenhuisfactuur is de afgelopen jaren licht gedaald. Maar de prijs voor een eenpersoonskamer blijft wel stijgen. Dat blijkt uit een studie van het socialistische ziekenfonds. Het onderzoek spitste zich toe op frequente ingrepen zoals bevallingen, knieprotheses, meniscusoperaties en liesbreuken, en dat in de periode 2005-2007. De gemiddelde kostprijs daalde van 417 naar 411 euro. Dat is opvallend, want in de periode van 2000 tot 2005 steeg de prijs nog met 31 procent. Wie een eenpersoonskamer wil, betaalt wel meer dan 4,5 keer zoveel. Het grootste deel van die kostprijs bestaat uit supplementen. De Socialistische Mutualiteiten benadrukken dat het om gemiddelde prijzen gaat, want de verschillen onderling zijn

erg groot. Vooral de verschillen tussen de erelonen zijn opvallend. Die variëren van 50 tot 500 procent van het wettelijke tarief. Voor Zorgnet Vlaanderen is de toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg een belangrijk thema. Mensen moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat de gemiddelde ziekenhuisfactuur daalt, is een goed teken. Een aantal ziekenhuizen hebben bijsturingen gedaan om de kosten voor de patiënt lichter te maken. Bovendien worden chronische zieken en financieel kwetsbare patiënten beter door de overheid beschermd. Een derde positief punt is de betere terugbetaling van medische materialen. Helaas hebben ziekenhuisdirecties geen greep op alle factoren van de ziekenhuisfactuur. Er bestaat vandaag een snelle

medisch-technische evolutie. Dit leidt tot betere geneeskunde en snellere revalidatie. De middelen die hiervoor door de overheid ter beschikking worden gesteld, zijn onvoldoende om de kosten te dragen. Dat betekent dat sommige kosten aan de patiënt moeten worden aangerekend. Een tweede element waar de ziekenhuizen geen greep op hebben, zijn de ereloon-supplementen die door artsen worden aangerekend. Het zijn de ziekenfondsen die in het RIZIV akkoorden afsluiten met de artsen over honoraria en supplementen. De ziekenhuizen zijn al lang vragende partij om hierbij betrokken te worden, zodat ze in staat worden gesteld een sociaal toegankelijke prijszetting voor de patiënt mogelijk te maken.

samen-
werken

Iedereen wint bij bundeling van krachten

Zorgnet Vlaanderen gaat nauw samenwerken met de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) en met de Vlaamse koepel van CM-ziekenhuizen, MID. De informatieverstrekking en de dienstverlening aan de leden worden gestroomlijnd. De beleidsvoorbereiding en vertegenwoordiging worden samen aangepakt. De drie organisaties blijven hun eigenheid bewaren en aparte standpunten blijven altijd mogelijk. Maar toch is wat ons bindt veel sterker dan wat ons scheidt. Een krachtig netwerk van zorginstellingen is de beste waarborg om de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden.

“Samen werken voor meer waarde”

Luc Van Roye is directeur van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen. Hij is optimistisch over de samenwerking.

“Samen staan we sterker om de belangen van de Vlaamse ziekenhuizen op alle niveaus te verdedigen. We gaan de beschikbare expertise bundelen om onze instellingen te helpen bij het realiseren van hun doelstellingen.

Laat ons eerlijk zijn: drie Vlaamse koepelorganisaties plus dan nog de koepel van universitaire ziekenhuizen, dat is van het goede teveel. We moeten meer efficiëntie nastreven. En dat is mogelijk, ook met behoud van onze eigenheid. In de praktijk gebeurt het zelden dat we verschillende standpunten innemen. Vaak komen tijdens de voorbereiding van een dossier bepaalde gevoeligheden boven drijven, maar als we dan uiteindelijk een standpunt formuleren, dan blijken

veel van de voorafgaande discussies de essentie van het dossier niet in de weg te staan. Zorgnet Vlaanderen verenigt instellingen die voortkomen uit christelijk initiatief. Alle respect daarvoor. De VOV-instellingen zijn bijna alle uit openbaar initiatief gegroeid. Dat is onze eigenheid. Maar als we het over de optimale zorg voor de patiënten hebben, dan zijn er nauwelijks verschillen in visie.

VOV blijft een eigen profiel aanhouden. Ook ons informatieblad *VOV-Contact* blijft bestaan. Maar allicht kan dat op termijn via de website van Zorgnet Vlaanderen verspreid worden. En we stellen *VOV-Contact* ook open voor bijdragen van Zorgnet Vlaanderen en MID. Ondertussen blijft www.vov-info.be ook bestaan. We staan heel positief tegenover de samenwerking, maar we moeten het ook wat tijd geven. We moeten elkaar leren kennen, als organisaties en als mensen. Met onze sterktes en onze zwaktes. Over twee jaar



Luc Van Roye

maken we een evaluatie. En daarna zien we wel weer verder.

We hebben met onze leden een symposium gehouden onder de titel “Toekomst VOV!”. Daar hebben we gesteld dat we in de eerste plaats kiezen voor *samen werken* – in twee woorden. En we doen dat om onze leden *meer waarde* te bieden – ook in twee woorden. Ik ben ervan overtuigd dat we daarin ook zullen slagen.”

De uitdagingen in de gezondheidszorg zijn gigantisch. Er is de vergrijzing, de schaarste op de arbeidsmarkt, de stijgende kosten en de beperkte middelen, de globalisering, de toenemende commercialisering, de ethische dilemma's, noem maar op. Om deze uitdagingen met succes aan te gaan, is een bundeling van krachten nodig. Een samenwerking die blijft focussen op de basisdoelstellingen waar Zorgnet Vlaanderen al jaren voor strijdt: een betaalbare zorg, een toegankelijke zorg en een kwaliteitsvolle zorg voor iedereen.

Op het werkveld is de evolutie naar meer samenwerking al jaren bezig. Algemene en psychiatrische ziekenhuizen fusioneren of sluiten associaties, ongeacht hun beheersstatuut. Ook in de ouderenzorg zoeken instellingen nieuwe vormen van samenwerking. De historische scheidslijnen tussen openbare en private – meestal christelijke – zorginstellingen zijn in de praktijk niet meer wat ze ooit geweest zijn.

Ook de koepelorganisaties voelen die nood aan samenwerking. De taken en opdrachten van de koepelorganisaties vergen een verregaande specialisatie en een steeds grotere inzet. Naast het federale beleid met de materies werk, volksgezondheid en ziekteverzekering en het Vlaamse beleid met onder meer de erkenningen en het VIPA, is er meer en meer sprake van een Europees beleid en regelgeving, met thema's als openbare aanbesteding, grensoverschrijdende zorg en accreditatie. Het wordt moeilijk voor een organisatie om met de bestaande middelen en de beperkte mankracht een brede en afzonderlijke dienstverlening op te bouwen.

Zorg voor de patiënt primeert

Alles bij elkaar is het duidelijk dat iedereen te winnen heeft bij een bundeling van de krachten. De zorg voor de patiënt staat voorop. Niet de eigen bekommernissen of voorkeuren.

“In onze verscheidenheid versterken we elkaar”

Bart Massart vertegenwoordigt MID in de raad van bestuur van Zorgnet Vlaanderen. Hij is heel tevreden over het samenwerkingsakkoord.

“Ik heb alle onderhandelingen meegeemaakt en ik ben blij met het resultaat. De samenwerking is een goede zaak voor alle koepelorganisaties. Onze eerste opdracht blijft de vertegenwoordiging van onze leden. Hoe groter het draagvlak we hierbij creëren, hoe zwaarder wij op het beleid kunnen wegen. Het communicatienetwerk dat nu tot stand komt, is een grote troef, die ook de kwaliteit van onze dienstverlening ten goede zal komen. Als we onze expertise samenvoegen, dan staan we een stuk sterker. We kunnen ook dieper gaan, ons verder specialiseren en werken aan interne differentiatie.

We gaan nu kijken hoe we op de meest efficiënte wijze tewerk kunnen gaan. We vertrekken daarbij van elkaars sterktes. Op directieniveau kunnen we samen prioriteiten gaan bepalen. Op het niveau van de stafmedewerkers zullen we gaandeweg groeien naar operationele samenwerking.

MID werkt al langer samen met Zorgnet Vlaanderen rond bepaalde projecten. Maar we schakelen nu een versnelling hoger. Niet hals over kop, maar met de nodige zorgvuldigheid. De autonomie van de drie partners blijft belangrijk.

Die eigenheid vormt een meerwaarde in de samenwerking. Als we alles op een hoopje gooien, dan krijgen we eenheidsworst en daar is niemand bij gebaat. Het is juist in onze verscheidenheid dat we elkaar kunnen aanvullen en versterken.

Natuurlijk, voor 80 tot 85% delen we dezelfde visie. MID en Zorgnet Vlaanderen hebben een lange traditie van overleg. Toch zijn er soms andere invalshoeken. MID komt in de eerste plaats op voor de leden en de patiënten van de CM. Rond kwesties als erelonen of kamersupplementen nemen we soms andere standpunten in. Dat moet kunnen, ook in de toekomst. Het belangrijkste is dat de open dialoog die nu is opgestart, verder blijft gaan. Met respect voor elkaars eigenheid.”



Bart Massart

De VOV – Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen – groepeerde openbare en private algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Zorgnet Vlaanderen groepeerde naast algemene en psychiatrische

ziekenhuizen ook ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg en woon- en zorgcentra in de sector van de ouderenzorg. Zowel Zorgnet Vlaanderen als de VOV zijn erkend als representatieve werk-

“Voor een betere dienstverlening”

Guido Van Oevelen is voorzitter van Zorgnet Vlaanderen. Ook hij beklemtoont het grote belang van nauwe samenwerking.

“Exclusieve, zuilgebonden roots zijn in het zorglandschap nog nauwelijks aanwijsbaar. Bovendien is er heel wat werk dat gemeenschappelijk gedaan kan worden. Ik denk maar aan het vertegenwoordigen van onze leden in allerlei advies- en overheidsorganen, het bieden van ondersteuning met informatie en expertise, de belangenbehartiging. Het heeft geen zin om dat al-

lemaal dubbelop te doen. In de praktijk werken we voor dit soort opdrachten al voor pakweg negentig procent samen. En dat gaat goed, heel goed zelfs. Informatie krijgen alle leden nu op hetzelfde moment. En afhankelijk van de materie kunnen we de medewerkers met de meeste expertise inzetten, van welke koepelorganisatie ook.

Of die samenwerking uiteindelijk kan uitmonden in een fusie van de koepelorganisaties? Dat is nu niet aan de orde. Onze doelstelling is niet een fusie, maar wel een betere dienstverlening. Naast de drie grote punten waarrond we precies hetzelfde doen en dus goed samenwerken – ondersteuning van leden, informatieverstrekking en externe vertegenwoordiging – is er nog een vierde thema: de standpuntbepaling. En hier kunnen de drie partners afzonderlijk blijven optreden. Over standpunten wordt gezamenlijk overleg gepleegd, maar eensgezindheid hoeft niet altijd. Elke koepel kan op elk moment zijn eigen identiteit behouden. We willen onze identiteit niet vergeten of verloochenen. We kiezen voor verschillende kleurschakeringen, niet voor een grijs amalgaam.”



Guido Van Oevelen

gen dezelfde toegang tot de website, van waaruit de exclusieve en elektronische communicatie naar alle leden verzorgd wordt. Dat betekent ook dat de stafleden van beide organisaties informatie op de website zullen plaatsen. VOV-Contact, het tweewekelijkse blad van de VOV, blijft bestaan, maar wordt in 2009 geëvalueerd. De VOV behoudt in elk geval een eigen communicatielijntje naar haar leden.

Ook wat het structurele overleg betreft, gaat de samenwerking ver. Op de wekelijkse stafvergadering komen de stafleden van beide organisaties samen. Er worden afspraken gemaakt over de werkverdeling, de vertegenwoordiging, de standpuntbepaling en de opvolging van het jaarplan.

Vanaf april vergadert het Sectoraal Bestuurscollege van Zorgnet Vlaanderen samen met de directeurs van de algemene ziekenhuizen van de VOV.

De samenwerking tussen de psychiatrische ziekenhuizen van beide organisaties en tussen de stafleden geestelijke gezondheidszorg wordt nog besproken.

Het lidgeld van beide organisaties wordt gelijkgeschakeld. Er komt ook een commissie die de samenwerking zal opvolgen en jaarlijks een financieel verslag maakt voor de bestuursorganen van beide organisaties.

Met deze concrete samenwerking wil Zorgnet Vlaanderen zijn nieuwe naam helemaal waarmaken: een sterk netwerk van zorg over heel Vlaanderen. Een netwerk dat strijdt voor een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg, ook in de toekomst.

geversorganisatie en verbinden bijgevolg hun leden door het tekenen van Collectieve Arbeidsovereenkomsten.

Zorgnet Vlaanderen en VOV werken al een tiental jaar samen onder de noemer VAZO – Vlaams Algemeen Ziekenhuis Overleg. De nieuwe afspraken gaan een stap verder. Beide organisaties behouden weliswaar hun eigenheid, maar op het operationele vlak, waar dienstverlening en expertise centraal staan, worden de krachten gebundeld.

Ook de samenwerking met de CM-ziekenhuizen, verenigd in MID – Medisch-sociale sector In Dialoog – blijft bestaan. Deze ziekenhuizen zijn al vele jaren lid van Zorgnet Vlaanderen. MID is met twee bestuurders vertegenwoordigd in de raad van bestuur van Zorgnet Vlaanderen.

De werking van de koepelorganisaties situeert zich op vier actieniveaus:

1. informatieverstrekking;
2. toelichting en begeleiding op vraag van leden;
3. beleidsvoorbereiding en vertegenwoordiging;
4. standpuntbepaling.

Op de eerste drie niveaus wordt voortaan hecht samengewerkt. Als zich op een bepaald punt een verschil van mening manifesteert, dan kunnen de organisaties elk een eigen standpunt innemen en dat extern verdedigen. Bij de voorbereiding van standpunten over ethische kwesties beraden de organisaties zich in principe afzonderlijk, al zijn gezamenlijke standpunten uiteraard ook mogelijk.

Concrete samenwerking

De nieuwe website Zorgnet Vlaanderen wordt het centrale punt voor informatieverstrekking, zowel voor de leden van Zorgnet Vlaanderen als voor de leden van de VOV. Alle aangesloten leden krij-

Inspectie nieuwe stijl in ouderzorg

kwaliteit

De inspecties in de ouderenzorg worden bijgestuurd. Er komt één inspectie-instrument, goedwerkende voorzieningen worden minder belast en de inspectiebezoeken gebeuren onaangekondigd. Zorgnet Vlaanderen gaat in grote lijnen akkoord met de nieuwe principes, maar zal waakzaam toekijken op de toepassing ervan. Tegelijk overweegt Zorgnet Vlaanderen in overleg met de sector een eigen accreditatiesysteem, dat nog een flinke stap verder gaat in kwaliteitszorg.

Ook in de ouderensector ijvert Zorgnet Vlaanderen voor kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg. Inspectie is op zich dan ook toe te juichen. Het is immers belangrijk dat zorgvoorzieningen performant werken en een professioneel management hebben. Het is evident en noodzakelijk dat zorginstellingen transparantie bieden en verantwoording afleggen aan de samenleving. Het is tenslotte diezelfde samenleving die mee de kosten voor deze zorg helpt te dragen.

De wet voorziet een duidelijk kader, dat de zorgvoorzieningen bepaalde regels, eisen en kwaliteitsnormen oplegt. Die waarborgen dat alle ouderenvoorzieningen aan een zekere kwaliteitsstandaard beantwoorden, zodat alle bewoners – vaak kwetsbare mensen – de garantie hebben op een betrouwbare zorg. In deze context zijn toezicht, inspectie en opvolging nodig. Zorgvoorzieningen die ondermaats presteren moeten hiervoor gesanctioneerd worden.

Zelf pleit Zorgnet Vlaanderen er trouwens voor om nog een stap verder te gaan. Zorgnet Vlaanderen overweegt om in het verlengde van het overheidstoezicht op de erkenningsnormen en de sectorale minimale kwaliteitseisen (SMK's), een bijkomende, sector-eigen kwaliteitsopvolging in het leven te roepen. Dat kan bijvoorbeeld met een integraal kwaliteitsstelsel, met als eindterm van het traject een kwaliteitscertificaat. Voor excellent presterende instellingen kan zo'n kwaliteitscertificaat een grote meerwaarde betekenen, die zichtbaar is voor de burgers en de samenleving. De standaarden die erin ontwikkeld moeten worden, incorporeren uiteraard de wettelijke bepalingen, maar moeten ook zichtbaar maken wat de meerwaarde is die de zorggebruiker vindt in voorzieningen die het proces doorlopen: garanties op kwaliteit van zorg, garanties van goed beheer en management, garanties in verband met inspraak en participatie, garanties voor

het maatschappelijk engagement van de organisatie.

In dialoog met de sector wil Zorgnet Vlaanderen in 2009 alvast een "lastenboek" uitwerken voor zo'n zelfevaluatie annex accreditatiesysteem, op leest geschoeid van de sector. We treden hiermee in de voetsporen van de sector algemene ziekenhuizen van Zorgnet Vlaanderen, maar uiteraard moeten we rekening houden met de specificiteit en de eigen dynamiek van de ouderenzorgvoorzieningen. Als een accreditatiesysteem na overleg zinvol zou blijken voor de ouderenzorg, kan Zorgnet Vlaanderen vanaf 2010 werk maken van het opzetten en implementeren ervan.

Nieuw inspectiesysteem

Het nieuwe inspectiesysteem sluit in grote lijnen aan bij de basisfilosofie van Zorgnet Vlaanderen. De inspectie maakt voortaan onderscheid tussen "aandachtsvoorzieningen" en "goed functionerende



ZORNET VLAANDEREN OVERWEEGT EIGEN ACCREDITATIESYSTEEM

In de sector van de ouderenzorg verlopen de inspecties vanaf vandaag in regel onaangekondigd. Over enkele maanden volgt een evaluatie met Zorgnet Vlaanderen.



voorzieningen”. Op die manier wil de inspectie de beschikbare tijd en middelen optimaal inzetten. Aandachtsvoorzieningen zullen in het nieuwe model van heel nabij opgevolgd kunnen worden. Voor de goed functionerende voorzieningen daarentegen, wordt de administratieve belasting van de inspectie tot een minimum beperkt, met een frequentie van één inspectie per drie jaar.

Zorgnet Vlaanderen is het met dit principe eens. Het is belangrijk voor het imago van de sector dat de minder goed functionerende voorzieningen opgespoord en gevolgd worden. Deze instellingen moeten een remediëringstraject opgelegd krijgen, zodat ook zij zo snel mogelijk aan de erkenningsnormen en SMK's voldoen. De goed functionerende instellingen van hun kant, krijgen in dit nieuwe systeem de kans om op basis van kwaliteit “het verschil te maken”. Zorgnet Vlaanderen is ervan overtuigd dat zijn leden deze toets zullen doorstaan en op die manier zullen bijdragen aan een positieve beeldvorming van de sector.

Overleg met de inspectie

Over het nieuwe inspectiemodel is in het najaar 2008 overleg gepleegd tussen het agentschap Inspectie WVG en Zorgnet Vlaanderen. Er vonden enkele proefinspecties plaats, waarbij Zorgnet Vlaanderen aanwezig was als observator. Op basis van deze ervaringen werden een aantal kritische vragen en bezwaren geformuleerd. De belangrijkste hadden te maken met het niet aankondigen van het inspectiebezoek, met de modaliteiten van de bevraging van de medewerkers en met het verloop van een inspectie bij afwezigheid van de directeur. Even leek er een communicatiestoornis op te treden, toen de inspectie plots met een omzendbrief uitpakte die helemaal geen rekening leek te houden met de geopperde bezwaren. Na nieuw overleg kwam Zorgnet Vlaanderen met de inspectie overeen om in juni of juli 2009 samen een evaluatie van de nieuwe inspectiemethode te maken, op basis van de feedback van de ondertussen geïnspecteerde leden. Voorts werd afgesproken dat het IVA de communicatie naar de sector ter harte zou nemen, wat leidde tot de informatievergaderingen in Leuven en Gent, respectievelijk op 17 en 20 februari. Het evaluatiemoment is belangrijk voor Zorgnet Vlaanderen. Als koepelorganisatie stellen we ons welwillend op tegenover de nieuwe inspectiemethode, maar zoals de Engelsen het zo mooi zeggen: *the proof of the pudding is in the eating*. Met andere woorden: veel zal afhangen van hoe de inspecties op het terrein verlopen.

“Onaangekondigde inspecties zijn er altijd geweest”

Afdelingshoofd Stef Van Eekert van het agentschap Inspectie WVG is de gesprekspartner van Zorgnet Vlaanderen bij het overleg. Hij verzorgt ook de communicatie over de bijgestuurde inspectiemethode naar de voorzieningen. Wij legden hem enkele vragen voor.

Waarom was er een nieuwe manier van inspectie nodig?

In 2005 zijn we gestart met een inspectieronde om de werking van het kwaliteitsdecreet na te gaan. Deze inspectieronde is begin dit jaar afgelopen. Reeds vanaf begin 2008 zijn we binnen het agentschap Inspectie begonnen nadenken over de manier waarop we de inspecties moesten vormgeven na deze kwaliteitsinspectieronde.

Daarbij moesten we uiteraard rekening houden met de opdrachten

van het ondertussen opgerichte “Intern Verzelfstandigde Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin”. Samengevat komt het erop neer dat wij onze basisinspecties op termijn moeten heroriënteren naar een gefaseerd en gelaagd toezicht in termen van kwaliteit van zorg, en daarover ook moeten rapporteren naar publiek en beleid.

Gefaseerd houdt in dat we eerst aan de hand van monitoring of basistoezicht de dagdagelijkse kwaliteit van zorg in kaart brengen, voor we besluiten tot bredere of diepgaandere inspecties. Gelaagd betekent dat de frequentie van inspectiebezoeken gekoppeld wordt aan de ernst van het risico op onvoldoende kwalitatieve zorg.

De volledige uitwerking van deze opdracht is een meerjarenplan dat in nauw overleg met alle betrokkenen tot stand zal

De belangrijkste principes van de nieuwe werkwijze

- Er wordt gewerkt met één inspectie-instrument, waarin alle normen en elementen van de kwaliteitsregelgeving geïntegreerd zijn. Er komt ook één geïntegreerd verslag.
- Het instrument is opgedeeld in een aantal thematische modules en deelmodules. Bij een inspectie wordt altijd een aantal basismodules gecontroleerd, aangevuld met een aantal focusmodules die periodiek wijzigen. De basis bestaat uit: profiel en aantal gebruikers, infrastructuur, facilitaire dienstverlening, personeel, hulp- en dienstverlening en bejegening. De focusmodules voor 2009 zijn inspraak, klachten en management. Daarnaast heeft de inspecteur altijd de ruimte om bijkomende items te bevragen, bijvoorbeeld op basis van vaststellingen bij vorige inspectiebezoeken.
- De inspectie legt het accent op de werking op de werkvloer. De toepassing van procedures, smk's en regelgeving wordt zoveel mogelijk aan de praktijk getoetst.
- De inspectie gebeurt in principe onaangekondigd, zowel bij opvolgingsinspecties als bij erkenningsinspecties.
- Een inspectie wordt in principe op één dag uitgevoerd.
- Na het inspectiebezoek ontvangt de voorziening een afschrift van het ontwerpverslag dat tegensprekelijk is en waarop feedback gegeven kan worden. Als de inspecteur akkoord gaat met de gemaakte opmerkingen, wordt het inspectieverslag aangepast. Het definitieve verslag wordt, samen met de eventuele reactie, overgemaakt aan het agentschap Zorg en Gezondheid. Dat agentschap is bevoegd voor de verdere dossieropvolging.

komen. De nieuwe inspectieronde levert hiervoor alvast een eerste bouwsteen. Het moet ons in staat stellen om de dagelijkse realiteit van de werking te vatten. Die dagelijkse praktijk kwam door de focus op het kwaliteitshandboek en de processen de laatste jaren wat weinig aan bod.

Het nieuwe woonzorgdecreet dat het principe van de erkenningen van onbepaalde duur invoert, maakt het mogelijk om de erkenningsinspecties om te vormen tot een basistoezicht.

Daarnaast willen we uitdrukkelijk streven naar een verdere integratie van de RVT- en ROB-inspecties. Nu gebeurden deze wel al vanuit hetzelfde agentschap en door dezelfde inspecteurs, maar er werd nog steeds met twee verslagen gewerkt, wat ook een verhoogde werklust betekende voor de voorzieningen. Gemiddeld werden voor deze gecombineerde inspecties twee dagen uitgetrokken. Inspectie kiest er vanaf nu voor om met één enkel instrument en één enkel verslag te werken, waarbij de inspectie in principe kan beperkt worden tot maximaal één dag.

De inspecties verlopen voortaan onaangekondigd. Wat als de directie of andere sleutelfiguren niet aanwezig zijn? Legt u daarmee niet veel druk op de schouders van de "gewone" medewerkers?

De kwaliteit van de dagelijkse werking is doorslaggevend voor ons, niet de kwaliteit van de voorbereiding van de inspectie. Uiteraard brengt een inspectie altijd een zekere druk met zich mee, daar zijn we ons van bewust. Vandaar dat we ook een heel aantal afspraken hebben om daarmee om te gaan. We mogen trouwens niet doen alsof een onaangekondigde inspectie iets totaal nieuws is, we hebben hier ruime ervaring mee. Vóór de kwaliteitsinspectieronde was onaangekondigd inspecteren de regel. Bij de kwaliteitsinspecties werd hiervan afgeweken omdat die een intensieve voorbereiding vergden. Naast de kwaliteitsinspecties gebeurden er jaarlijks nog altijd enkele honderden onaangekondigde inspecties.

Welke afspraken hanteren wij? Het inspectieverloop zal flexibel aangepast worden aan de concrete omstandigheden en aanwezigheden in een voorziening. We peilen bij medewerkers alleen naar de taken waarvoor zij bevoegd zijn. We zullen nooit aan medewerkers vragen om ons aan bepaalde documenten te helpen

waar zij geen toegang toe hebben, en wij plukken niemand zomaar een hele dag weg.

Zorgnet Vlaanderen (VVI) had erop aangedrongen om toch een dag vooraf de inspectie aan te kondigen.

We hebben dat voorstel ernstig overwogen, maar het bleek niet uitvoerbaar. Eerst en vooral verliest een aangekondigde inspectie een stuk van haar mogelijkheid om de dagelijkse werking vast te stellen. Bovendien zouden er altijd inspecties nodig blijven die absoluut onaangekondigd moeten gebeuren. Hier stelt zich dan de vraag naar rechtsgelijkheid: waarom de ene keer wel en de andere keer niet? Ten slotte, en dit gaf nog het meeste doorslag: wat te doen wanneer een directeur ons te kennen zou geven dat hij net die dag afwezig is? Op die manier zouden zich op het terrein talloze verschillende afspraken en praktijken ontwikkelen, waardoor er helemaal geen gelijke behandeling meer zou zijn.

Dit betekent echter niet dat we geen rekening houden met de opmerkingen


van Zorgnet Vlaanderen. Daarom voorzien we de mogelijkheid om de inspectie op een ander moment verder af te werken. Nogmaals, we weten uit onze ervaring dat dit gaat om uitzonderlijke gevallen. Voorzieningen weten ondertussen wel dat zaken zoals een personeelslijst, een overzicht van de bewoners,... standaard beschikbaar horen te zijn – overigens niet alleen voor de Vlaamse inspectie.

Er is een basisinspectie, aangevuld met focusmodules die kunnen wisselen. Voor 2009 gaat die focus over inspraak/klachten en over management. Waarom deze twee items?

Er is geen specifieke reden waarom we eerst voor deze thema's kozen. Wel vinden we het belangrijk om aandacht te hebben voor de gebruiker, en dat komt via deze modules duidelijk aan bod. We verwachten van de voorzieningen een duidelijk beeld te krijgen van hoe men inspraak organiseert en hoe men met klachten omgaat. Op het vlak van management zullen we onder meer de kwaliteitsplanning evalueren.



Stef Van Eekert: "De kwaliteit van de dagelijkse werking is voor ons doorslaggevend, eerder dan de kwaliteit van de voorbereiding van de inspectie."

A portrait of Guido Van Oevelen, a middle-aged man with short brown hair and glasses, wearing a grey suit jacket, a white striped shirt, and a blue patterned tie. He is sitting in a red chair, resting his chin on his right hand, and looking directly at the camera with a slight smile.

Guido Van Oevelen: "In tijden van crisis lopen mensen meer dan anders het risico om als ze ziek of bejaard en hulpbehoevend worden, ook in de armoede terecht te komen."

**VOORZITTER VAN ZORGNET VLAANDEREN
GUIDO VAN OEVELEN**

Naar aanleiding van de Vlaamse en de Europese verkiezingen van zondag 10 juni, stelt Zorgnet Vlaanderen voor de dames en heren politici een memorandum voor. Meer dan ooit wordt gefocust op het beschermen van de zwakkeren en het verder verbeteren van de gezondheidszorg. Het memorandum wordt op 17 maart overhandigd aan de Vlaamse partijvoorzitters. Guido Van Oevelen, voorzitter van Zorgnet Vlaanderen en van Caritas Vlaanderen, licht alvast een tip van de sluier.

In zijn redactioneel voor het eerste nummer van *Zorgwijzer* pleitte gedelegeerd bestuurder Peter Degadt van Zorgnet Vlaanderen voor een nieuwe wind in de relaties met de vele overheden. Spreekt daaruit enig ongenoegen over de werking van die overheden?

Guido Van Oevelen: Ongenoegen is misschien te sterk uitgedrukt, maar dat een en ander beter kan, is duidelijk. Zo is er de eindeloze versnippering van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de gemeenschapsoverheid. Die versnippering maakt het aansturen van een geïntegreerd gezondheidszorgbeleid in de praktijk gewoon onmogelijk. Voor de psychiatrie is het intramurale een federale verantwoordelijkheid, voor het extramurale zijn de gemeenschappen bevoegd. De financiering van de ziekenhuizen is een federaal verhaal, de erkenning van diezelfde ziekenhuizen een zaak voor de gemeenschappen. Kortom, een eindeloze verkaveling, terwijl eenheid van leiding en visie toch een basisprincipe van goed management en efficiënt beleid is.

Is de regelgeving voor de welzijns- en gezondheidszorg, mede door die versnippering, niet al te complex en onoverzichtelijk geworden?

Ook dat is een belangrijk punt van kritiek. In Vlaanderen zijn we meesters in het opstellen van regeltjes. Ooit zei een Vlaams minister-president: ‘Wat we zelf doen, doen we beter’. Wel, wat we zeker beter doen, is regeltjes maken. Waar wij met Zorgnet Vlaanderen voor pleiten, is dat de overheid ons meer respecteert als

gen. Absoluut niet! Ik pleit wel voor een meer eenvoudige, beheersbare regelgeving. Heel wat ouderenvoorzieningen, bijvoorbeeld, zien af van VIPA-subsidies. Enerzijds door de ongelooflijk complexe en langdurige procedure, anderzijds door de ontoereikende financiering.

Hoe komen de eindeloze versnippering en de al even eindeloze stroom van regeltjes in de praktijk tot uiting?

Het wordt in dit land alsmaar moeilijker om op een performante manier zorgvoorzieningen op te richten en uit te baten. We worden geconfronteerd met een uiterst ingewikkelde reeks van voorafgaandelijke vergunningen van stedenbouw, ruimtelijke ordening, milieu... In steeds meer gevallen leidt dat tot juridische procedures.

Daarnaast is in de loop der jaren ook het zorgproces zelf over talloze actoren versnipperd geraakt: huisartsen, ziekenhuizen, thuiszorg, ouderenvoorzieningen, woon- en zorgcentra, dienstcentra. Een dergelijke taakverdeling biedt kansen tot specialisatie en mogelijk betere zorg. Maar dit soort fragmentering van zorg stemt ook tot nadenken. De patiënt wordt versnipperd, verkaveld, overgeleverd aan ontelbare deelspecialismen. Niemand heeft nog oog voor de totaliteit en voor de noodzakelijke interactie tussen de op de diverse plaatsen in gang gezette behandelingen. Op die manier dreigt bijvoorbeeld het ziekenhuis te verworden tot een gespecialiseerd bedrijf, een bedrijf waar in vele ateliers hooggespecialiseerde ambachtslui hun kunnen manifesteren, maar waar het totaalzicht verloren gaat.

vanuit één punt. We pleiten dus voor het verder overhevelen van bevoegdheden. Niet om ideologische of taalredenen; daar gaat het niet om. Waar het wél om gaat, is dat de financiering niet apart kan worden gehouden van andere sturings- en planningsmechanismen. Je plant iets, en in functie daarvan ga je de middelen toewijzen. Voor een goed management en een deugdelijk bestuur is eenheid van beleid nodig.

Daarnaast zou het toch te gek zijn dat we, vanuit het historische gedachtegoed van Caritas, strijden voor solidariteit over de landsgrenzen heen, maar dat we niet solidair zouden zijn met het zuiden van ons land. We hebben er dus geen probleem mee dat het stelsel van de sociale zekerheid – dat in ons land nog altijd de middelen genereert voor een groot deel van onze ziekteverzekering – federaal blijft. Het zou onlogisch zijn als de tariefzekerheid in noord en zuid anders zou zijn. Het kan ook voor ons niet dat een consultatie bij de huisarts in Wallonië drie keer zoveel zou gaan kosten als bij ons.

De jongste jaren is een ware fusiegolf gerealiseerd bij de ziekenhuizen. Kunnen we van een succesvolle operatie spreken?

De grote fusies van de voorbije tien jaar zijn er gekomen op aansturen van de overheid. En daar waren ook goede redenen voor. Maar veel van die fusies bereiken pas het beoogde doel wanneer de gefusioneerde ziekenhuizen op één site worden ondergebracht. In functie daarvan zijn er op dit moment in Vlaanderen tien grote nieuwbouwprojecten gepland.

“Ziek of oud worden mag nooit tot armoede leiden!”

ondernemers. We willen dat ze ons afrekent op wat onze echte opdracht is: mensen goede, kwalitatief hoogstaande zorg verlenen, met gemeenschapsgeld.

Dat impliceert, en dat moet voor iedereen duidelijk zijn, dat we heel verantwoord met die middelen willen omgaan. We zijn bereid om verantwoording af te leggen over de manier waarop we de gemeenschapsmiddelen aanwenden. Ik pleit dus niet voor het ongecontroleerd creëren van geldstromen naar de zorgvoorzienin-

Eenheid van beleid

In zijn memorandum voor de federale verkiezingen van 2007 vroeg Zorgnet Vlaanderen een snelle communautarisering van de gezondheidszorg. De communautaire kwestie is vandaag actueler dan ooit. Blijft Zorgnet Vlaanderen achter die eis staan?

Over de grond van de zaak blijft ons standpunt ongewijzigd. Wij pleiten voor het aansturen van de gezondheidszorg

Maar, en hier knelt het schoentje, er blijkt geen geld voor te zijn. Eerst worden we dus gedwongen om te fusioneren, en later blijken daarvoor de middelen te ontbreken of blijft het wachten in een eindeloos aanslepende procedure.

Zorgnet Vlaanderen verwacht van de overheid een langetermijnvisie die ook in de praktijk kan worden volgehouden. We zijn erg ontgoocheld over het uitblijven van middelen voor bouwdoosiers in de zorgsector. Vlaanderen maakt middelen



“Telkens als het economisch minder goed gaat, wordt de zorgsector aantrekkelijker. Onder meer door de werkzekerheid die we bieden.”

vrij voor een relanceplan om de zware economische crisis het hoofd te bieden. In dat kader komen er plots veel middelen voor nieuwe scholen en voor sociale woningbouw. Die sectoren waren al lang op centen aan het wachten. Ik gun het ze van harte. Voor de zorgsector is er echter geen geld meer beschikbaar en wordt het wachten op de volgende regering. Toch zijn er heel wat dringende bouwdoSSIERS, zowel voor ziekenhuizen als in de ouderenzorg.

Investeren in de welzijns- en gezondheidszorg is bovendien een slimme investering. Wanneer we in nieuwbouw investeren, investeren we tegelijk in een groot aantal andere domeinen. Het gaat om zeer grote projecten, waar ook de bouwsector wel bij vaart. En het zijn investeringen in efficiëntie, die op termijn kostenbesparend zijn. Je moet alles in rekening durven brengen. Maar aan Vlaamse kant horen we voortdurend dat we moeten wachten op de volgende regering. Laten we alvast hopen dat 10 juni ook voor dit heikele punt een scharniermoment wordt.

Een apart probleem is de alternatieve VIPA-financiering. Zorgnet Vlaanderen wil terug naar het oude systeem van de directe subsidiëring?

Zorgnet Vlaanderen is absoluut tegen de alternatieve financiering zoals die nu loopt. Helaas, helaas, helaas blijkt nu uit te komen wat we bij het invoeren van de alternatieve financiering zo erg vreesden en ook voorspelden: dit is een *debudgettering*, dit is het voor zich uit schuiven van de problemen. Nu al blijken de middelen ontoereikend.

Bovendien is die financiering gekoppeld aan een aantal voorwaarden. Welke ondernemer gaat investeren in infrastructuur

en het deel overheidsmiddelen mee integreren, als hij weet dat die middelen *voorwaardelijk* zijn? Welke ondernemer kan nu al inschatten wat de budgettaire ruimte van de volgende Vlaamse regeringen zal zijn? Wie kan dat in deze tijden van crisis? Intussen kan de bankier wél tellen. Die zegt, zeker nu, dat het helemaal niet evident is dat de overheid haar verplichtingen zal kunnen nakomen, dus rekent die een risicopremie aan. Het is overduidelijk: alleen een gewaarborgde subsidiëring kan de zorgsector voldoende garanties bieden.

Tekort aan zorgpersoneel

Elders in dit blad komt professor Chris Gastmans tot de conclusie dat de palliatieve zorg in Vlaanderen steeds beter werkt. Goede palliatieve zorg vraagt om middelen en mankracht. Zijn beide voldoende aanwezig?

Ik ben het volledig met professor Gastmans eens. De palliatieve filter bewijst in de praktijk erg waardevol te zijn. Maar het is inderdaad zo dat palliatieve zorg intense zorg is. Zorg die niet beperkt blijft

tot een paar uur per dag, maar die dag en nacht menselijke nabijheid vraagt. In het memorandum dat we op 17 maart aan de Vlaamse partijvoorzitters aanbieden, staat dit heel duidelijk vermeld. Palliatieve zorg werkt, dus moeten er ook de nodige middelen voor worden vrijgemaakt.

De gezondheidszorg kampt met een steeds nijpender tekort aan zorgpersoneel. Hoe ernstig is de situatie?

Ik wik mijn woorden, maar de situatie is zonder meer dramatisch aan het worden. We horen met regelmaat dat zorgeneheden zowel in ziekenhuizen als ouderenvoorzieningen niet kunnen opstarten bij gebrek aan gekwalificeerd personeel. Er dreigt een absoluut tekort aan zorgmedewerkers, zowel kwantitatief als kwalitatief. Dat laatste zeg ik uiteraard met alle respect voor die talloze mensen die wél hoogstaande gezondheidszorg bieden. Maar er is duidelijk een probleem. Een van de oorzaken van het tekort is vanzelfsprekend de beperktere instroom. Misschien kan de economische crisis het tij helpen keren. Telkens als het in het verleden economisch minder goed ging, werd de zorgsector aantrekkelijker. Onder



meer door de werkzekerheid die de sector biedt.

Een andere oorzaak is de terechte verbetering van het sociaal statuut van de verzorgenden. Zij hebben sinds enkele jaren vanaf een bepaalde leeftijd recht op meer vrije dagen. Op die manier wou men deze medewerkers langer aan het werk houden. Maar dat leidt er tegelijk toe dat ze eigenlijk heel wat minder uren productief zijn. Hoe goedbedoeld de verbetering van het statuut ook is, de gevolgen ervan hebben iets contraproductiefs: er zijn nu minder mensen op de werkvloer, waardoor de arbeidsdruk nog verhoogd is. Vroeger waren in de zorgsector “de slechte dagen van het jaar” de weekenden en de grote vakanties. In die periodes kwamen we handen tekort. Maar vandaag zijn er door de schaarste aan zorgpersoneel alsmear minder “goede dagen”, dagen dat we met een gewone, volledige bestaafing kunnen functioneren.

Een derde oorzaak van het tekort is de toenemende nood aan zorg. Vroeger was het rustoord een plaats waar een bejaarde ging *wonen*. Tegenwoordig zijn het bijna allemaal rust- en verzorgingstehuizen

geworden. Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg met de dag toe.

Nemen we de drie oorzaken samen, dan zien we dat we voor een groot probleem staan. Daarom moet de overheid er alles aan doen om werken in de zorgsector nog aantrekkelijker te maken, al was het maar met een goed uitgewerkte imagocampagne.

Commercialisering in de zorg

De huidige economische crisis eist onverbiddelijk slachtoffers. Hoe kan de zorgsector die mensen optimaal beschermen?

Dit is iets wat me zeer sterk ter harte gaat: in tijden van crisis lopen mensen meer dan anders het risico om als ze ziek of bejaard en hulpbehoevend worden, ook in de armoede terecht te komen. Dit is een absoluut zorgpunt. Voor steeds meer mensen wordt het pijnlijk kiezen: brood op tafel of de dokter laten komen! De oplappende factuur voor de patiënt is mee het resultaat van een onderfinanciering van de ziekenhuizen, waardoor alsmear meer kosten en supplementen worden doorgeschoven naar de patiënt. Het persoonlijke aandeel in de kosten voor de ziekenhuispatiënt was de voorbije jaren al aanzienlijk toegenomen. Aanvankelijk was dat niet zo'n groot probleem: veel mensen hadden naast ons stelsel van een goede ziekteverzekering ook nog een hospitalisatieverzekering.

Wat zien we nu? De groepen die hospitalisatieverzekeringen aanbieden zagen daar een markt in, dachten er beter van te worden, maar blijken nu deficitair. Dus gaan ze nu ofwel de premies verhogen, ofwel aan cherry picking doen. Ze richten zich alleen nog tot een selecte groep verzekeringnemers: jonge mensen die de premie betalen, maar waar relatief weinig uitgaven tegenover staan. De ouderen, en al zeker de minder kapitaalkrachtigen, vallen uit de boot, want die gaan met een zeer grote statistische zekerheid veel geld kosten.

Krijgen we te maken met een liberalisering van de zorg?

Laten we eerlijk zijn, Europa is een nogal liberaal denkend bedrijf. België is zowat het laatste land waar de zorg niet gecommmercialiseerd is. Ons bezwaar tegen commercialisering is dat, als we het zorgsysteem puur liberaal overlaten aan de vrije markt, ik wel weet wat sommigen gaan doen. Dan openen ze een ziekenhuis in een dichtbevolkt gebied in een

economisch zeer welstellende regio met niet te veel werklozen en ouderen, maar met veel goed verzekerde jonge mensen. Ze specialiseren zich dan in een zeer lucratieve pathologie die weinig risico's inhoudt en/of veel opbrengt. De bejaarde die voor weken of maanden bedlegerig is en waar je geen peperdure technologie aan kwijt kunt, kost dan alleen maar geld; hij brengt niets op. De gevolgen laten zich raden. Het is cru wat ik zeg, maar van een compleet liberaal systeem zonder sociale correcties kan je dit verwachten.

Onze maatschappelijke waarden zeggen dat er voor dit soort commercialisering gewoon geen plaats is. We moeten wat dit betreft heel alert zijn. De overheid heeft hier een belangrijke, wakende taak. Zeker nu er signalen zijn dat we van de Europese overheid een aantal richtlijnen rond commercialisering van de zorg mogen verwachten. In ons memorandum voor de partijvoorzitters wijzen we op dit probleem.

Is het niet allemaal vooral een kwestie van houding, meer dan van materiële mogelijkheden en beperkingen?

We kunnen het zo stellen. Zorgnet Vlaanderen blijft heel duidelijk bij het Caritasverhaal. Dat pleit voor een solidaire samenleving met aandacht voor de meest kwetsbaren. In dat kader steunen we op drie sleutelwoorden: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Die drie begrippen brengen maatschappelijke keuzes met zich mee, die verweven zitten in ons memorandum voor de partijvoorzitters. Wij willen de politici duidelijk maken waar wij voor pleiten. En we willen dat ze luidop zeggen of ze deze visie mee willen onderschrijven.

Zorgnet Vlaanderen is niet zomaar een lobbygroep. Was dat wel zo, dan vroegen we de ministers gewoon meer middelen. Wij zeggen dat er goede zorg moet zijn. We hebben niet alleen oog voor de voorzieningen, maar ook voor de zorgvrager. Vraag en aanbod: beide verdienen onze aandacht. Dat is natuurlijk een kwestie van houding, van een zorgende houding. We hopen dat de politici, hun partijen en de beleidsvoerders deze zorgende houding niet alleen vóór, maar vooral ook na de verkiezingen centraal zullen stellen.

FVB

Meer informatie over het memorandum vindt u na 17 maart op www.zorgnetvlaanderen.be.



WAAR ZITTEN DE KANSEN IN HET NIEUWE WOONZORGDECREET?

ouderenzorg

“Het is aan ons om het waar te maken”

Het woonzorgdecreet is op 27 januari goedgekeurd in de commissie Welzijn van het Vlaams Parlement. Binnenkort volgen de definitieve goedkeuring en de publicatie van de eerste uitvoeringsbesluiten. In afwachting fietsen we samen met Wino Baeckelandt al even doorheen het decreet. Wat heeft het te bieden? Waar liggen er mogelijkheden? “Het decreet biedt natuurlijk alleen maar een kader. Het is aan ons om het waar te maken”, aldus Wino Baeckelandt.

Als voorzitter van de werkgroep Vlaams Zilver 2020 is Wino Baeckelandt één van de drijvende krachten binnen Zorgnet Vlaanderen voor vernieuwing in de ouderenzorg. Ook als algemeen directeur van Zorggroep H. Hart in Kortrijk kleurt hij graag buiten de traditionele lijntjes. Zo omvat de zorggroep niet alleen een woonzorgcentrum, maar ook twee dagcentra, gehandicaptenzorg, kinderopvang, een eigen thuiszorgdienst en een aanbod van poetshulp. Hoe kijkt Wino Baeckelandt tegen het nieuwe decreet aan?

Wino Baeckelandt: “Positief is om te beginnen dat het bejaardendecreet uit 1985 en 1991 en het thuiszorgdecreet uit 1998 nu samen in één nieuw decreet zijn on-

dergebracht. Dat moet zorgen voor een betere afstemming. Administratief wordt alles eenvoudiger en transparanter. Dat was nodig en het kan een nieuwe dynamiek teweegbrengen. Als we voortaan spreken over woonzorg, dan hebben we het dus zowel over de thuiszorg als over de ouderenzorg.”

Thuiszorg

“De thuiszorgvoorziening krijgt in het decreet een nieuwe invulling. Zo is er de dienst voor gezinszorg en aanvullende zorg, waaronder nu ook oppashulp en karweihulp kunnen vallen. Ook de herstelverblijven, tot nog toe uitsluitend uitgebaat door ziekenfondsen, worden in het decreet verankerd en vallen onder de thuiszorg. Een verklaring hiervoor is dat

de thuiszorg niet leeftijdsgebonden is, terwijl ouderenzorg alleen voor patiënten ouder dan 65 bedoeld is. Helemaal nieuw is dat de sociale diensten van de ziekenfondsen expliciet opgenomen worden in het decreet. Zij krijgen onder meer de opdracht om zorggebruikers of mantelzorgers die zich bij hen aanmelden met vragen “naar de georganiseerde thuiszorg toe te leiden”. Gebruikers in de thuiszorg kunnen nu ook, binnen het wettelijk kader van dit decreet, begeleid worden door ziekenfondsdiensten. De regionale dienstencentra krijgen in dit kader als nieuwe opdracht de coördinatie van het multidisciplinair overleg in de thuiszorg. De lokale dienstencentra, die meestal verbonden zijn aan een OCMW maar soms ook deel uitmaken van een

ouderenzorgvoorziening, krijgen als bijzondere opdrachten het voorkomen van vereenzaming door sociale netwerken te versterken en het toegankelijk maken van het zorgaanbod voor nieuwkomers en etnisch-culturele minderheden. Nieuw is ook dat de georganiseerde thuiszorg activiteiten kan verrichten in de ouderenvoorzieningen.”

Ouderenzorg

“Ook in de ouderenzorg zitten een aantal nieuwe elementen. Zo kunnen dagverzorgingscentra onder bepaalde voorwaarden ook nachtopvang organiseren. Ook de palliatieve dagcentra worden voortaan trouwens bij de dagverzorgingscentra gerekend. Dat creëert ongetwijfeld nieuwe kansen voor de verdere ontwikkeling van deze palliatieve dagcentra.

Wat de centra voor kortverblijf betreft, die bestaan al sinds enkele jaren, maar ze krijgen een nieuwe, bijkomende opdracht, m.n. crisisopvang. Het doel van deze centra voor kortverblijf is onder meer het ontlasten van mantelzorgers die even op adem willen komen. Een centrum voor kortverblijf is in principe verbonden aan een woonzorgcentrum, al laat het decreet ook centra voor herstelverblijf toe om beperkt kortverblijf aan te bieden.

Totaal nieuw in het decreet is het verdwijnen van het begrip serviceflat. De bouwsubsidies voor serviceflats zijn al enkele jaren stopgezet. De “markt” speelt hier al enkele jaren op in. In de plaats van de serviceflats komen de groepen van assistentiewoningen. Het gaat om een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar mensen van 65 jaar of ouder zelfstandig verblijven in individuele wooneenheden. Het gaat dus in de eerste plaats om *wonen*; de *zorg* voor die mensen is louter facultatief aan het concept assistentiewoningen verbonden. De programmatie hiervoor moet nog bepaald worden in de uitvoeringsbesluiten. Bij erkenning voorziet de overheid in een “woonassistent”, die hulp kan bieden in noodsituaties en die vanuit de thuiszorg of vanuit een woonzorgcentrum ingezet wordt. Belangrijk is voorts dat dit concept aan de woonzorgcentra de kans geeft om bedden “zwevend” te maken. Je kan een rusthuisbed tijdelijk verplaatsen naar een assistentiewoning. Het gaat dus niet over een uitbreiding van aantal bedden, maar over de mogelijkheid om de bedden flexibel in te zetten, ook buiten de eigen muren van het rusthuis. Wat dit in de praktijk kan betekenen moet nog blijken,

maar het lijkt mij alvast heel boeiend om hier creatief over na te denken. Het biedt bijvoorbeeld de gelegenheid om onze expertise en onze competenties in *outreach* aan te bieden. Dat kan perspectieven openen.”

Woonzorgnetwerk

“Voor de woonzorgcentra zelf is er niet veel nieuws onder de zon. Er is natuurlijk de nieuwe naam *woonzorgcentrum*, die indertijd binnen Zorgnet Vlaanderen gelanceerd is met Vlaams Zilver. Opmerkelijk is wel dat de woonzorgcentra de kans krijgen om ook aan senioren uit de buurt een aantal diensten aan te bieden, bijvoorbeeld maaltijden in het centrum of bij de ouderen thuis. Ook deze mogelijkheid om buiten de eigen muren te gaan werken, schept nieuwe perspectieven. Want vaak onderschatten we zelf de kracht van de unieke spreiding van onze woonzorgcentra over heel Vlaanderen. We zijn perfect geplaatst om een aantal opdrachten in onze buurten te vervullen. Ik denk dat we daar nog te weinig kansen grijpen vandaag.

Een volgende nieuwkomer in het decreet is het woonzorgnetwerk. Dat is een buurtgericht samenwerkingsverband met een huisarts of een huisartsenkring en op zijn

en de aansturing vanuit het woonzorgcentrum moeten komen. Het is wachten op de uitvoeringsbesluiten om hier uitsluitend over te krijgen. In elk geval moeten we erover waken dat dit netwerk binnen een welbepaalde woonzorgzone niet leidt tot overloze overlegvergaderingen, maar tot concrete, efficiënte samenwerking.

Het decreet geeft ook een belangrijk signaal door ook gebruikersverenigingen en de mantelzorg een plaats te geven. Bewonersraden en cliëntenraden kennen we natuurlijk al, maar hun rol zal in de toekomst toenemen. Ook zogenaamde partnerorganisaties kunnen erkend worden in het woonzorgdecreet. Denk bijvoorbeeld aan de Expertisecentra voor dementie in Vlaanderen.

Er komt een maximumfactuur (MAF) voor de thuiszorg, maar jammer genoeg nog niet voor de ouderenzorg. Toch kunnen we globaal tevreden zijn over dit decreet. De samenwerking met de thuiszorg zal in het begin allicht wat onwennig verlopen, maar er liggen zeker mogelijkheden voor win-winsituaties, waar vooral de cliënt beter van wordt. Ook het concept van de woonzorgnetwerken biedt volop mogelijkheden. Het is aan



Wino Baeckelandt: “Het woonzorgdecreet biedt ruimte voor nieuwe initiatieven, waarbij ook samenwerkingsverbanden buiten de eigen muren mogelijk zijn.”

minst de volgende spelers: een erkend woonzorgcentrum, een erkend centrum voor kortverblijf, een erkende groep van assistentiewoningen en een erkende dienst voor gezinszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert. Drie van de vier verplichte deelnemers aan zo'n woonzorgnetwerk komen dus uit een woonzorgcentrum. Het lijkt me dan ook aangewezen dat de regio

ons om hier initiatief te nemen. We krijgen de kans om onze kerncompetenties te gaan verbreden, om te differentiëren en te diversifiëren. We mogen buiten onze eigen muren treden, we krijgen de mogelijkheid om barrières te slopen en nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het decreet biedt het kader. Maar het is aan ons om het waar te maken. Een mooie uitdaging, lijkt mij.”

Kafka in de zorg

Er moet dringend een einde komen aan de overvloed aan verplichte registraties in de ziekenhuizen. Het huidige systeem is duur, inefficiënt, bureaucratisch en ondoorzichtig. Elke dag zijn meer dan 800 ziekenhuismedewerkers voltijds bezig met registreren. En dat terwijl er al jaren een schaarste aan zorgpersoneel heerst. Met het *Charter voor een kwaliteitsvolle registratie van ziekenhuisgegevens* stelt Zorgnet Vlaanderen een alternatief voor.

Het charter is het resultaat van een werkgroep met een twintigtal leden van Zorgnet Vlaanderen, onder voorzitterschap van Rudy Maertens, algemeen directeur van AZ Alma Eeklo. Dat de overheden registraties vragen van de ziekenhuizen, is geen punt voor de werkgroep. Een doordacht beleid heeft immers nood aan objectieve kerngegevens. Maar de jongste jaren loopt de registratiedrang de spuitgaten uit. Alleen al voor de FOD Volksgezondheid moeten ziekenhuizen aan meer dan 70 (zeventig!) registraties deelnemen. En ook de Vlaamse overheid laat zich niet onbetuigd.

Om de sluimerende onvrede over de registraties te onderbouwen, maakte de werkgroep een kosten-batenanalyse van de registratiekosten van de minimale ziekenhuisgegevens (MZG). Het gaat hier over de registratie van klinische, verpleegkundige en psychiatrische gegevens en van spoedgevallen en MUG. De analyse gebeurde op basis van een steekproef bij 11 Vlaamse ziekenhuizen, die samen 12% van het totaal aantal bedden in Bel-

gië vertegenwoordigen. De resultaten zijn onthutsend.

Scheefgetrokken situatie

Maar liefst 800 ziekenhuismedewerkers in ons land zijn voltijds bezig met MZG-registraties. Een groot deel van dat werk komt bovendien op de schouders van verpleegkundigen. Met de schaarste aan verpleegkundigen kun je je afvragen of dat ethisch wel verantwoord is.

Ook financieel is de situatie totaal scheefgetrokken. De totale kost voor de MZG-registratie bedraagt meer dan 54 miljoen euro per jaar. Van dat bedrag subsidieert de overheid maar 15,5 miljoen. De overige 38,5 miljoen euro moeten de – sowieso al ondergefinancierde – ziekenhuizen zelf bijleggen.

MZG is bovendien maar het topje van de ijsberg. De totale kost voor alle verplichte registraties loopt veel hoger op. Rationalisatie is dan ook noodzakelijk. En mogelijk, bovendien.

Positief alternatief

Zorgnet Vlaanderen klaagt de situatie aan, maar presenteert tegelijk een positief alternatief. Samen met de sector zijn in het charter een aantal fundamentele spelregels en *best practices* beschreven.

Registratie heeft om te beginnen pas zin als het doel ervan vooraf duidelijk is, zodat men achteraf kan nagaan of de registratie wel degelijk die gegevens oplevert die men wou. Bovendien heeft een registratie meer kans op slagen als de sector van bij het prille begin van het proces betrokken partij is. Een kosten-batenanalyse moet voor elke registratie nagaan of het sop de kool wel waard is. Om één en ander gestructureerd te laten verlopen, is een projectmatige aanpak aangewezen.

Een opgelegde registratie mag het ziekenhuispersoneel niet extra belasten. Als er bijkomend personeel nodig is voor een registratie of als er andere kosten mee gepaard gaan, dan moet de overheid de ziekenhuizen daarvoor integraal vergoeden. Nog voor een registratie-instrument getest



Een werkgroep onder leiding van Rudy Maertens werkte een positief en realistisch alternatief voor de overvloed aan registraties uit.

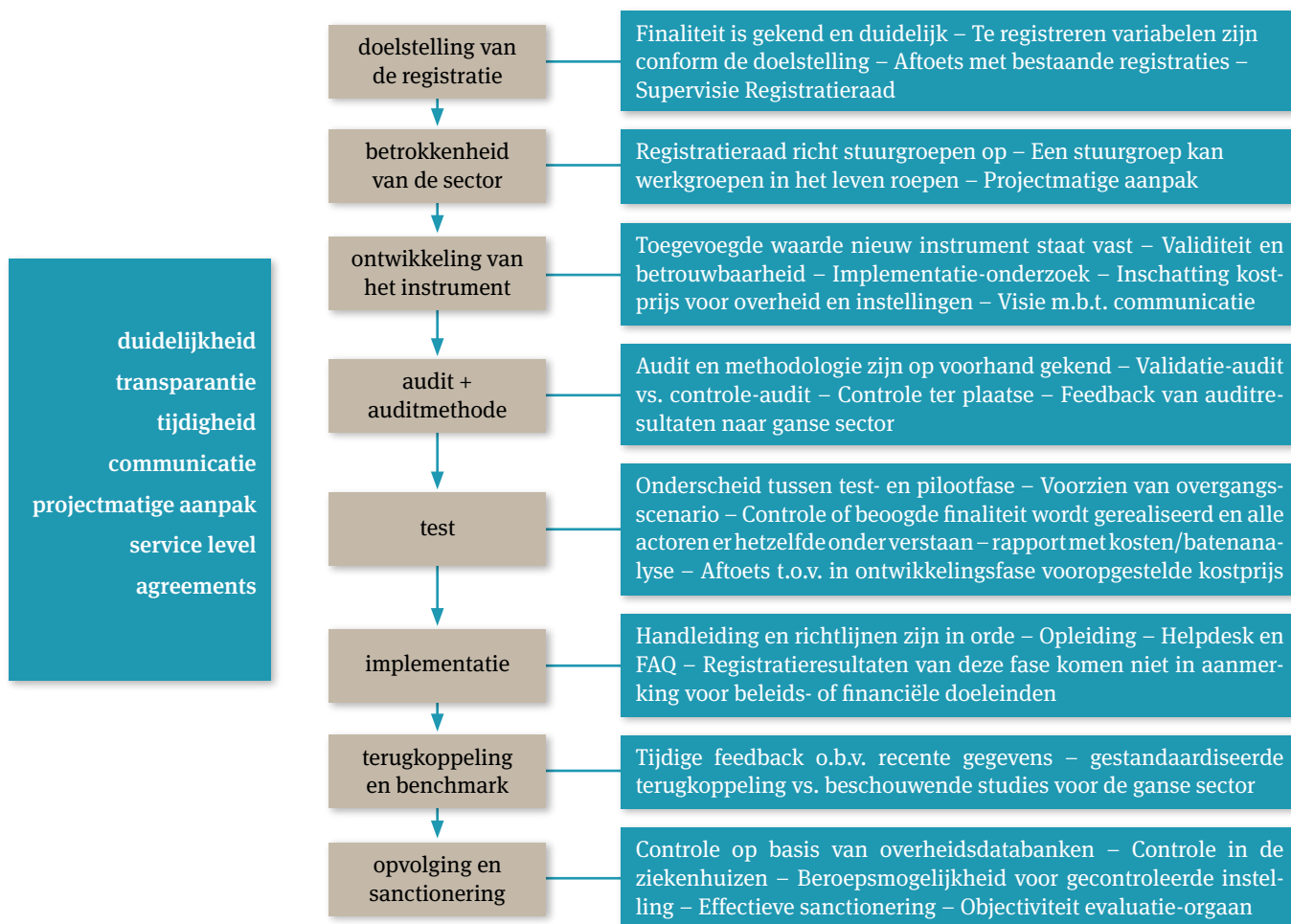
wordt, moet er klaarheid zijn over de audit en de auditmethoden. Pas als de testfase met succes afgerond is, kan een registratie worden opgelegd aan alle ziekenhuizen. Als een nieuwe registratiemethode een oude vervangt, moeten er realistische overgangsmaatregelen voorzien worden.

Dubbele registraties zijn uit den boze. Dat betekent dat alle beschikbare gegevens door de verschillende overheden en administraties gedeeld moeten worden. Hiervoor is een overkoepelende instantie nodig – een registratieraad – waar vertegenwoordigers van de federale en ge-

meenschapsoverheden, administraties en ziekenhuizen informatie uitwisselen. Het lijkt bijna utopisch, maar allicht kan het e-health platform in aanbouw hier nuttige diensten verrichten. De registratieraad kan ook toezien op de correcte toepassing van de afspraken in het charter.

Hoe verder?

Het charter en de ontvullende resultaten kwamen in februari al uitgebreid in de pers. Er vonden ook al informele, verkennende gesprekken plaats met de administraties op Vlaams en federaal niveau en met het kabinet van minister Onkelinx. De eerste reacties waren positief. Maar dat volstaat natuurlijk niet. Op dit ogenblik werkt Zorgnet Vlaanderen aan een zo groot mogelijk draagvlak voor dit charter. Want de ziekenhuizen willen dat er snel en ingrijpend verandering komt. De beschikbare middelen en medewerkers zijn immers veel te schaars om de huidige inefficiënte manier van werken nog langer te dulden.



Het charter geeft ook een flowchart met de belangrijkste aandachtspunten om een nieuw of vernieuwd registratiesysteem op een kwaliteitsvolle manier te introduceren in de ziekenhuizen.

Ziekenhuis investeert in **communicatie**

werkbezoek

Het O.L.V. van Lourdesziekenhuis in Waregem nodigde op vrijdag 6 februari Zorgnet Vlaanderen uit voor een werkbezoek. De agenda was goedgevuld, want in Waregem staat heel wat op stapel. Want ja, ook hier wordt verbouwd en gebouwd.

ZORNET VLAANDEREN OP WERKBEZOEK IN WAREGEM

Afgevaardigd bestuurder Richard Neiryck: “De bouwwerken verlopen relatief vlot. Al is het niet altijd simpel om het dossier samen te stellen. Het is een complex kluwen met soms ook ongerijmdheden. Maar over het algemeen ben ik tevreden met de gang van zaken. Eind december hebben we een tijdelijk operatiekwartier in gebruik genomen. Het bestaande OK moet verbouwd worden en er komen twee nieuwe zalen bij. Een ziekenhuis draaiend houden tijdens verbouwingen is sowieso al niet evident door het stof en het lawaai, maar bij een OK ligt dat nog gevoeliger. We hebben daarom de toestemming gekregen van de federale overheid om voor de overbruggingsperiode van drie jaar een tijdelijk OK te bouwen, vlakbij onze centrale sterilisatie. Het is een zware investering, maar voor de patiënten en de artsen is het de enige manier om in optimale en veilige omstandigheden verder te werken.”

Parlando

“Onze patiënten, artsen en medewerkers worden trouwens nauw bij het bouwproces betrokken. Sinds enige tijd geven we een maandelijks nieuwsbrief *Parlando* uit. Daarin vertellen we op een positieve manier wat er al gebeurd is, waarom we het zo aanpakken en wat er nog te gebeuren valt. Op twee plaatsen in het ziekenhuis draait ook continu een film met de laatste stand van zaken van de bouwwerken. We investeren voluit in communicatie, omdat we voelen dat daar nood aan is bij patiënten, bezoekers en eigen medewerkers. Op de werfvergadering elke dinsdag is telkens ook een vertegenwoordiger van de artsen en iemand van de zorg aanwezig, die dan achteraf voor de communicatie naar artsen en medewerkers zorgen. Op die manier houden we iedereen betrokken.”

Karmel

“Naast de verbouwingswerken in het ziekenhuis zelf, maken we nu ook volop plannen voor de Karmel. Dat is een voormalig kloostergebouw waar vroeger een hersteloord gevestigd was van de Karme-

lietessen van Sint-Jozef in samenwerking met de CM. Maar sinds enige tijd staat het gebouw leeg. Wij willen er nu 125 bedden in onder brengen: 80 RVT-bedden, 10 bedden kortverblijf, 15 bedden dagverzorging en 20 bedden assistentiewoningen. Die laatste kun je beschouwen als een soort serviceflats, die we ter beschikking willen stellen van koppels waarvan één persoon zorgbehoevend is, maar de andere nog vrij goed te been.

Het O.L.V. van Lourdesziekenhuis heeft vandaag ook al 25 RVT-bedden. Die hebben we verkregen door enkele jaren geleden C-bedden in te leveren. Die RVT-bedden liggen altijd vol. En dat hoeft ook niet te verwonderen. In Waregem zijn er vandaag ongeveer 315 rustoordbedden. Over vijftien jaar zullen er meer dan 600 nodig zijn! Vandaag zijn er al een honderdtal tekort. We moeten daar dus dringend werk van maken. Vandaar ook de keuze voor de Karmel. Het ziekenhuis is eigenaar, maar we zullen hiervoor wel een nieuwe vzw oprichten. Er zijn al gesprekken met de Groepering voor Voorzieningen voor Ouderenzorg (GVO), waarbij we willen aansluiten. Maar de band met het ziekenhuis blijft natuurlijk ook. Beschouw het als een soort van zustermaatschappij, die ons zal toelaten de plaatsproblemen in het acute ziekenhuis op te lossen.”

“Ik ben blij dat Zorgnet Vlaanderen op werkbezoek gekomen is. Als koepelorganisatie moet je de problemen, de behoeften en de verwachtingen op het werkveld zelf gaan verkennen. Zo'n bezoek is een ideale gelegenheid om eens van gedachten te wisselen. Onze verwachtingen ten aanzien van Zorgnet Vlaanderen? We verwachten niet dat ze opkomen voor ons als individueel ziekenhuis, maar wel dat ze opkomen voor de sector. En die sector is heel divers. Er zijn ziekenhuizen met 200 bedden, met 400 bedden en met meer dan 700 bedden. En al die ziekenhuizen en andere zorginstellingen hebben elk hun rol, hun belang en hun waarde in het grote geheel.”



Personeel opeisen

Wie moet bij stakingen van meer dan 24 uur het nodige personeel opeisen? Volgens de wet zijn dat de provinciegouverneurs. Maar voormalig minister Peter Vanvelthoven besliste met een omzendbrief dat de directies van de zorginstellingen daar voortaan zelf moeten voor instaan. Zorgnet Vlaanderen wees op het ongerijmde en op het gevaar van de omzendbrief en vroeg aan de Raad van State de vernietiging ervan. Deze vraag krijgt nu ook de steun van de auditeur.

Voor de goede orde: de zogenaamde Prestatiewet uit 1948 en het KB van 27 juli 1950 zorgen ervoor dat zorgvoorzieningen ook tijdens stakingen een minimale dienstverlening kunnen garanderen. Hiervoor moet het nodige personeel opgevorderd worden. In 1951 zijn de sociale partners overeengekomen dat de patiënten geen enkel nadeel mogen ondervinden van stakingen, dat elke staking minstens 15 dagen vooraf wordt aangezegd, dat bij een conflict van minder dan 24 uur zondagsdienst wordt verzekerd en dat bij een conflict van meer dan 24 uur de “verschillende categorieën van het personeel de onontbeerlijke prestaties (zullen) leveren” die nodig zijn voor een normale werking. Bovendien beslisten de sociale partners om een beperkt comité op te richten, dat zou waken over de naleving van deze principes en het op te vorderen personeel zou aanduiden. Deze afspraken zijn verschenen als KB en dus bindend.

Dat beperkt comité is nooit actief geworden. In de praktijk loopt de opvorderingsprocedure bij een staking van meer dan 24 uur stapsgewijs. De ziekenhuizen en zorginstellingen maken een lijst met op te vorderen personeel. Ze geven die lijst aan de voorzitter van het paritair comité. Die verzoekt op zijn beurt de gouverneur, als gedelegeerde van de minister van Werk, om de opeisingen uit te voeren. De bevelen tot opeising worden door de gouverneur ondertekend en vervolgens door de lokale politiediensten *betekend* aan de opgevorderde personeelsleden.

Zo liep het sinds jaar en dag. Tot voormalig federaal minister van Werk Van-

velthoven zijn plan kenbaar maakte om de taken van gouverneurs en politie in de schoenen te schuiven van de directies van de zorgvoorzieningen. De reactie van Zorgnet Vlaanderen – toen nog VVI – liet niet op zich wachten. Op 16 mei schreef de koepelorganisatie een brief aan de minister met een aantal fundamentele bezwaren, zowel van praktische als van legale aard.

Wettelijk kan het voor Zorgnet Vlaanderen niet dat bevoegdheden van provinciegouverneurs, bijgestaan door de politie, zomaar worden afgeschoven op de zorgvoorzieningen. Een algemeen directeur heeft immers geen politionele bevoegdheid, hij kan geen sancties opleggen bij weigering en hij kan in geen geval aansprakelijk worden gesteld. Praktische bezwaren zijn er op het gebied van organisatie en coördinatie, denk maar aan het bezorgen van de oproepingsbrieven. Eén en ander kan in geval van een staking tot reële problemen leiden, die in het slechtste geval de zorg voor patiënten in gevaar kunnen brengen. Ex-minister Vanvelthoven legde de bezwaren naast zich neer en liet de omzendbrief in juli 2007 ongewijzigd in het Staatsblad verschijnen.

Zorgnet Vlaanderen liet het daar niet bij. Het vroeg bij de Raad van State de vernietiging van de omzendbrief. De leden werd aangeraden om in voorkomend geval de “oude” procedure te volgen en de omzendbrief van Vanvelthoven naast zich neer te leggen. Tegelijk richtte Zorgnet Vlaanderen een ingebrekestelling aan minister Vanvelthoven. Hiermee werd de minister verantwoordelijk geacht voor

schade die uit de toepassing van zijn omzendbrief zou voortvloeien.

In zijn antwoord in het kader van de procedure bij de Raad van State achtte ex-minister Vanvelthoven de klacht van Zorgnet Vlaanderen *niet ontvankelijk*, omdat zijn omzendbrief – verrassend genoeg – “geen verordenend” karakter zou hebben. De auditeur die de Raad van State in dit dossier adviseert, volgt deze stelling van de minister niet. Zij komt tot de conclusie dat de omzendbrief wel degelijk de bedoeling heeft om nieuwe regels aan de bestaande toe te voegen en om die regels algemeen bindend te maken. De auditeur adviseert de Raad van State om het beroep van Zorgnet Vlaanderen ontvankelijk te verklaren en om het gedeelte van de omzendbrief dat de opvorderingsprocedure omschrijft, te vernietigen. Gelet op het verordenend karakter van deze omzendbrief, vereist de wet immers dat het advies gevraagd wordt van de afdeling wetgeving van de Raad van State, wat in dit geval echter niet gebeurd is. Hoewel het advies van de auditeur niet bindend is, is het natuurlijk wel een opsteker van formaat.

Het is nu wachten tot de Raad van State uitspraak doet. Dat gebeurt allicht over enkele maanden. In afwachting blijft de omzendbrief wel van kracht, evenals de ingebrekestelling door Zorgnet Vlaanderen voor alle schade die een onderbezetting van zorgvoorzieningen ingeval van een staking van meer dan 24 uur met zich mee zou kunnen brengen.

Peter Roosens, advocaat Curia

NIEUWE NAAM, WEBSITE EN MAGAZINE

feest!

VVI werd *Zorgnet Vlaanderen*

Onder grote belangstelling werd op dinsdag 3 februari de nieuwe naam **Zorgnet Vlaanderen** bekendgemaakt in de Warande in Brussel. Meteen werden ook de nieuwe website en het magazine **Zorgwijzer** voorgesteld.

Sprekers van dienst waren Karel Van Eetvelt, gedelegeerd bestuurder van Unizo, en Guido Van Oevelen, voorzitter van **Zorgnet Vlaanderen**. Bert Kruismans zorgde voor de komische noot. Op www.zorgnetvlaanderen.be vindt u ook een beeldverslag van deze mooie avond.





“Wennen doet het nooit, en dat is maar goed ook”

In de gangen en kantoren op de derde verdieping van het Leuvense Sint-Rafaëlziekenhuis hangt een haast gewijde stilte. Hier is het Centrum voor Bio-Medische Ethiek en Recht van de KULeuven gevestigd. Hier wordt diep nagedacht over geneeskunde en gezondheid, over leven en dood en wat ertussen ligt. Zorgwijzer ging er met prof. dr. Chris Gastmans praten over het levenseinde en over ethische aspecten waarmee hulpverlenend personeel te maken krijgt.

Prof. Chris Gastmans is hoogleraar medische ethiek, secretaris-generaal van de *European Association of Centres of Medical Ethics* en ethicus van Zorgnet Vlaanderen. We zochten hem op in Leuven, een dag nadat hij daar ruim zeshonderd deelnemers (!) aan de studiedag *Zorg omtrent het levenseinde* toesprak.

Professor, wat is de bijdrage van het Centrum voor Bio-Medische Ethiek en Recht aan de ontwikkeling van het ethisch instellingsbeleid omtrent het levenseinde?

Prof. Gastmans: Het Centrum heeft diverse onderzoeken gedaan die die ontwikkeling kunnen steunen. Zo onderzochten we bijvoorbeeld de betrokkenheid van verpleegkundigen in het zorgproces voor patiënten die om euthanasie vragen.

Het verzorgingsproces bij het levenseinde is steeds meer een multidisciplinair gegeven?

Wij merken inderdaad duidelijk dat de interdisciplinaire aanpak van euthanasievragen vrij goed ingeburgerd is. Een belangrijke rol daarbij speelt de zogenaamde palliatieve filter. Die filter zorgt ervoor dat, wanneer een patiënt euthanasie vraagt, artsen, verpleegkundigen en vaak ook een psycholoog, eerst overleg plegen. Bij dat overleg is een grote rol weggelegd voor de palliatief deskundige. Die interdisciplinaire toetsing van de euthanasievraag is niet door de wet voorgeschreven. De wet vereist alleen dat de behandelend arts spreekt met de verpleegkundigen die bij de verzorging van de patiënt betrokken zijn, én een tweede arts raadpleegt. De wet biedt dus geen enkele garantie dat ook palliatieve expertise gehoord wordt. De christelijke voorzeningen vervullen met deze benadering zeker een pioniersrol.

Ik kan me inbeelden dat de verpleegkundigen, die zeer dicht bij de patiënt staan, hier een belangrijke functie hebben.

We zien in de praktijk dat de verpleegkundigen de richting van het zorgproces aangeven. Zij verzorgen de om euthanasie vragende patiënt dag in dag uit. Ze staan quasi continu naast de patiënt.

Zo dicht dat zij vaak als eersten de vraag om euthanasie krijgen.

Dat is inderdaad wat duidelijk uit ons onderzoek over de verpleegkundige betrokkenheid blijkt. In alle fasen van het euthanasiezorgproces zijn ze erbij. Zelfs al vóór de eigenlijke vraag is gesteld. Ze voelen vaak dan al aan dat er iets aan het opborrelen is, dat er iets niet juist zit. In sommige gevallen is het zelfs zo dat de verpleegkundige de vraag verwacht. Maar, ze zullen nooit zelf over de mogelijkheid van euthanasie beginnen spreken.

Zijn er verschillen merkbaar in de manier waarop verpleegkundigen met de euthanasievraag omgaan?

De deskundigheid in de palliatieve en de terminale zorg is groot. Die deskundigheid wordt verworven door de continuïteit van de zorg, door ervaring. Het gaat hier zeker niet alleen om technische expertise, maar minstens evenzeer, en dat wil ik benadrukken, om een zorgzame houding.

In de praktijk zien we grosso modo twee soorten euthanasiezorg. Er zijn er die wat meer de nadruk leggen op het doen, op het nauwgezet volgen van de procedure. Vaak zijn dit verpleegkundigen met een coördinerende functie. Daarnaast zijn er de verpleegkundigen die dichter bij het bed staan, die continu de patiënt verzorgen. Zij hebben een meer interpretatief perspectief, ze willen in de eerste plaats

begrijpen wat de patiënt wil. Zij gaan met de patiënt praten, ze gaan luisteren. Die twee perspectieven kunnen ook in één verzorgende persoon aanwezig zijn, en dat is zelfs wenselijk.

Hoe verwerken verpleegkundigen de euthanasiezorg?

In de eerste plaats zien we dat euthanasiezorg emotioneel zwaar is. Die zwaarte kan zowel tot positieve als tot negatieve gevoelens leiden. Veel verpleegkundigen hebben ambivalente gevoelens: enerzijds ervan overtuigd zijn dat de beslissing voor de patiënt de goede beslissing was, maar anderzijds toch denken dat het toch maar akelig blijft. Eraan wennen doen we nooit, en dat is maar goed ook.

Wordt het niet extra moeilijk als na lange tijd verzorgen tussen patiënt en verpleegkundige een zekere band is ontstaan?

Dat wordt het zeker. Het levenseinde wordt dan echt afscheid nemen van elkaar. Na zoveel weken, maanden, zelfs jaren kan die band stevig zijn. We zien dat verpleegkundigen daar elk op hun eigen manier mee omgaan. Sommigen nemen heel expliciet afscheid, anderen mijden het. Voor de eersten blijkt het afronden noodzakelijk, de anderen vertonen ontwijkingsgedrag. Die keuze moeten we uiteraard respecteren.

Even weg van euthanasie. Uw centrum deed ook onderzoek naar de attitudes van de verpleegkundigen inzake kunstmatige voedsel- en vochttoediening (KVV).

Dat onderzoek bevindt zich nog in een beginfase, maar uit al verricht literatuuronderzoek blijkt een verschil te bestaan in de houding van de verpleegkundige tegenover KVV voor demente patiënten en

PROF. CHRIS GASTMANS OVER DE ETHISCHE ASPECTEN VAN ZORG BIJ HET LEVENSEINDE

KVV voor terminale patiënten. Verpleegkundigen staan positiever tegenover het verderzetten van KVV bij dementerende personen dan bij terminale patiënten.

Ik zie hiervoor twee redenen. In de eerste plaats zijn de demente personen wilsonbekwaam, we kunnen het hen dus niet meer vragen en de meesten hebben ook geen voorafgaande wilsverklaring. Terminale patiënten zijn vaak wel nog wilsonbekwaam en kunnen zelf nog zeggen dat ze dit niet meer willen. Verpleegkundigen zijn voor hen eerder bereid die autonome keuze te respecteren.

Een tweede verklaring is dat voor terminale patiënten duidelijk is dat ze binnen een – tegenwoordig vrij precies te voorspellen – bepaalde termijn zullen overlijden, en dat we ons dan inderdaad kunnen afvragen of we die laatste levensfase per se nog langer moeten rekken.

Zijn er klinische aanwijzingen voor het al dan niet kunstmatig toedienen van voedsel en vocht?

Hier zitten we met een probleem. Nogal wat verpleegkundigen gaan uit van het principe dat het leven heilig is, en dat KVV sowieso moet. Nu blijkt echter uit recente medische studies dat het moment waarop de patiënt uiteindelijk overlijdt, slechts in geringe mate door het toepassen van KVV wordt beïnvloed. Anderen willen door KVV vermijden dat de patiënt zou lijden onder een afschuwelijk honger- en dorstgevoel. Nu is klinisch uitgemaakt dat dat niet zo is. Integendeel zelfs, het stopzetten van KVV zou zelfs kunnen leiden tot symptoomverzachting en het levenseinde dus menswaardiger maken. Het is belangrijk zulke klinische informatie, door middel van wat wij *clinical ethical guidelines* noemen, tot bij de verpleegkundige te brengen.

Tegenwoordig wordt veel gepraat over vroegtijdige zorgplanning of *advanced care planning*. Waaruit bestaat zulke planning?

Vroegtijdige zorgplanning houdt in dat hulpverleners – ook in rusthuizen – duidelijk wordt gemaakt dat het belangrijk is vroegtijdig met ouderen over het levenseinde te praten. Het gaat niet om één moment waarop gepraat wordt, neen, het is een proces van grote en kleine beslissingen waarbij de wens van de oudere voortdurend wordt getoetst, uitgespro-

ken, verrijnd. Hoofddoel is uiteraard de waardigheid van de oudere, van de patiënt te vrijwaren.

Hebben de media ertoe bijgedragen dat euthanasie nu meer bespreekbaar is geworden?

Er is zeker meer openheid gekomen, er wordt nu makkelijker over het levenseinde en over euthanasie gesproken. Maar daar kleven twee gevaren aan. Het eerste is banalisering. Soms wordt over euthanasie gesproken als over een *fait divers*, en dat is het zeker niet. Een ander gevaar is dat er wel meer wordt over gesproken, maar dat dat niet altijd met het juiste inzicht gebeurt. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de bewering dat euthanasie bij dementie kan. Dat is niet zo, euthanasie voor demente patiënten is wettelijk niet toegestaan. Correct voorlichten blijft even

nodig als jaren geleden, we mogen de burger geen verkeerd beeld voorhouden.

Nog een laatste vraag, welke rol vervult Zorgnet Vlaanderen in deze context?

Zorgnet Vlaanderen heeft een heel belangrijke rol gespeeld, vooral door de ontwikkeling van de ethische adviezen van de overkoepelende Commissie voor Ethiek waarvan ik ondervoorzitter ben. Die adviezen kennen een brede verspreiding, niet alleen onder de aangesloten instellingen maar ook ver daarbuiten. De visietekst die in 2002 – net voor de komst van de euthanasiewet – is opgesteld, heeft in hoge mate het ethisch denken en handelen in ziekenhuizen en andere instellingen beïnvloed. Het is belangrijk dat Zorgnet Vlaanderen het reflecteren over medische ethiek blijft stimuleren en zelf mee vorm blijft geven.

FVB



*Prof. Gastmans:
“De betrokkenheid van verpleegkundigen bij het euthanasiezorgproces is heel groot.”*

Btw-plicht binnen de zorgsector

Nog niet zo lang geleden was het een veel voorkomende misvatting dat de btw-regels niet van toepassing zouden zijn op zorginstellingen. De meeste zorginstellingen weten inmiddels dat ook zij bepaalde btw-verplichtingen moeten vervullen. Toch blijft het vaak onduidelijk welke regels juist moeten worden toegepast.

Zo bestaan er verschillende regels inzake de btw-plicht van zorginstellingen naargelang het gaat om openbare instellingen, dan wel om instellingen met een of andere verenigingsvorm, zoals een VZW, BVBA, NV of autonome verzorgingsinstelling.

Voor het overgrote deel van hun activiteiten dienen ziekenhuizen en RVT's geen btw aan te rekenen. Wat hun kernactiviteiten betreft, kunnen zij doorgaans genieten van de specifieke btw-vrijstellingen die voorzien zijn voor ziekenhuizen en instellingen voor bejaardenzorg indien de gestelde voorwaarden vervuld zijn¹. Anderzijds zal de btw die deze instellingen oplopen in het kader van deze handelingen niet in aftrek kunnen worden gebracht.

De vrijstelling van btw is niet optioneel. Indien de toepassingsvoorwaarden niet vervuld zijn, moet de instelling verplicht btw aanrekenen. Gebeurt dat niet, dan kan bij een btw-controle de btw worden nagevorderd, verhoogd met aanzienlijke boetes en nalatighedsinteressen. Het risico op een controle is in de praktijk

reëel. Zijn de toepassingsvoorwaarden daarentegen wel vervuld, dan mag geen btw aangerekend worden en kan geen btw-aftrek worden uitgeoefend.

Ziekenhuizen en RVT's worden zich hoe langer hoe meer bewust van de risico's en streven ernaar zich in regel te stellen met de btw-regelgeving. Deze bewustwording wordt nog in de hand gewerkt door de talrijke samenwerkingsverbanden die ontstaan tussen voornamelijk ziekenhuizen maar ook RVT's, die aan elkaar diensten gaan verstrekken of delen. In deze situatie is de toepassing van de vrijstelling geen vanzelfsprekendheid.

Het is in de praktijk vaak onduidelijk of bepaalde activiteiten van ziekenhuizen of RVT's aan btw onderworpen moeten worden of niet. In een aantal gevallen heeft de fiscus uitdrukkelijk bevestigd dat ziekenhuizen en RVT's btw moeten aanrekenen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het wassen van linnen voor een ander ziekenhuis, voor het leveren van geneesmiddelen aan personen die niet verpleegd worden in de instelling, voor de exploitatie van een voor iedereen toegankelijke parking, voor het verhuren van medische of niet-medische apparatuur, enzovoort. In vele andere gevallen, zoals voor medisch onderzoek en research, is het heel wat minder duidelijk of btw moet worden aangerekend.

De btw-plicht hoeft niet per definitie negatief te zijn voor zorginstellingen.

Onderworpenheid aan btw betekent ook dat de opgelopen btw kan gerecupereerd worden, wat tot aanzienlijke besparingen kan leiden. Dit kan interessant zijn wanneer bepaalde niet-kernactiviteiten door de instelling worden uitbesteed aan een externe dienstverlener. Dergelijke dienstverleners moeten doorgaans btw aanrekenen voor hun prestaties, wat een btw-kost meebrengt voor de zorginstelling. Indien de zorginstelling voor bepaalde activiteiten aan btw onderworpen is, dan wordt de hen aangerekende btw in dezelfde mate aftrekbaar.

De uitbesteding van niet-kernactiviteiten of de onderlinge dienstverlening tussen verschillende ziekenhuizen en RVT's hoeft niet altijd een verhoogde btw-kost mee te brengen. Zo kan de btw-kost vaak vermeden worden door gebruik te maken van bepaalde mechanismen die door de wet worden voorzien, zoals de btw-eenheid en de btw-vrijstelling voor kostendelende verenigingen.

Uiteraard moeten, alvorens bovengenoemde structuren op te zetten, altijd de feitelijke omstandigheden en de voorwaarden nauwgezet geanalyseerd worden. Zorginstellingen doen er dan ook goed aan proactief het pallet van hun activiteiten aan een grondig onderzoek te onderwerpen.

Rob Van Den Plas & Pieter Van Hoecke, Deloitte

¹ Artikel 44, §2, 1 van het BTW Wetboek voorziet in een vrijstelling voor de diensten en de leveringen van goederen die daarmee nauw samenhangen in de uitoefening van hun geregelde werkzaamheid verricht door ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, klinieken en dispensaria; het vervoer van zieken of gewonden met speciaal daartoe uitgeruste vervoermiddelen; Artikel 44, §2,2 voorziet in een vrijstelling voor de diensten en leveringen van goederen die nauw samenhangen met maatschappelijk werk, met de sociale zekerheid en met de bescherming van kinderen en jongeren en die worden verricht door publiekrechtelijke lichamen of door andere organisaties die door de bevoegde overheid als instellingen van sociale aard worden erkend, zoals de instellingen die de bejaardenzorg tot doel hebben.

‘Wat kan ik voor u doen?’

“Als HR-directeur ben ik lid van het directiecomité en stippel ik mee het beleid uit van het ziekenhuis. Eigenlijk kan je zeggen dat ik ervoor moet zorgen dat mensen hier willen werken, en vooral, dat ze hier willen blijven werken. Motivatie en retentie, daar draait het allemaal om in mijn job. Een juiste HR-aanpak is dus heel belangrijk. Maar dat lijkt te lukken. Uit een recent onderzoek naar de tevredenheid van onze medewerkers blijkt dat negen op de tien medewerkers ons ziekenhuis als werkgever zouden aanbevelen. Als HR-verantwoordelijke is dat leuk om te horen. Maar we doen dan ook ons best. Persoonlijke ontwikkeling is een van mijn stokpaardjes. In 2007 ging iets meer dan anderhalve procent van onze totale loonkost naar vormingsinitiatieven.

Mijn team bestaat uit zeven medewerkers. Ik heb elk van hen zich laten specialiseren in een andere HR-materie: vorming, aanwerving, loopbaanbegeleiding enzovoort. Vroeger deed iedereen een beetje van alles. Maar toen het ziekenhuis begon te groeien, werkte die aanpak niet meer. Nu iedereen zijn specialiteit heeft, loopt alles veel vlotter. Ik heb er wel voor gezorgd dat iedereen een back-up heeft.

Zowel de andere directieleden als ikzelf willen ten dienste staan van het personeel. ‘Wat kan ik voor u doen?’, is altijd mijn uitgangspunt geweest. En dat werkt. Soms komen medewerkers me zelfs spontaan bedanken. Als ik tijdelijk hun dienstregeling aanpas omdat ze privé-problemen hebben bijvoorbeeld. Maar HR heeft ook een harde kant. De overheid legt ons heel wat regels op en ik ben natuurlijk ook begrensd door mijn budget.

39 jaar geleden ben ik hier gestart als algemeen bediende. Een jaar later maakte ik op mijn eentje de hele personeelsdienst uit. Toen waren er iets meer dan honderd personeelsleden. Nu zijn we met negenhonderdtachtig. Ik ben gewoon meegegroeid. Voor een stuk heb ik het HR-vak dus al doende geleerd. In het begin was ik nog echt de typische personeelschef die zich vooral met administratie bezighield.

Ondertussen is er veel veranderd: functionerings- en beoordelingsgesprekken, competentie management, de intrede van IT en e-HR-toepassingen... De professionalisering is enorm.

Ik ben dan wel de HR-directeur, maar ook de directieleden, lijnmanagers en hoofdverpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het HR-beleid van dit ziekenhuis. Ik ondersteun hen daarin. Van het felbesproken personeelstekort in de zorgsector hebben wij trouwens niet zoveel last. Ik zeg niet dat het gemakkelijk is. Verpleegkundige is en blijft een knelpuntberoep, maar mits de juiste acties zoals infodagen en jobbeurzen lukt het ons aardig om voldoende personeel te vinden.

Momenteel werk ik, samen met de algemeen directeur en de communicatieverantwoordelijke, aan een nieuw arbeidsmarktcommunicatiebeleid. Omdat we daar pas in de loop van de maand maart

mee naar buiten komen, kan ik daar nu nog niet veel over kwijt.

Uit het tevredenheidsonderzoek distilleer ik deze weken ook enkele actiepunten om het personeel zich hier nog meer thuis te laten voelen. Concreet gaat het bijvoorbeeld om het uitpraten van conflicten op de werkvloer. Dat gebeurt nog niet goed genoeg. Met als gevolg dat sommige frustraties blijven sluimeren. Ik ga nu na hoe dat efficiënter kan.

Maar een van de projecten waar momenteel het meeste tijd en energie inkruipt, is de nakende fusie (1 januari 2010, *red.*) met het Virga Jesseziekenhuis. Om dat in goede banen te leiden zijn er verschillende projectgroepen opgestart. Zelf hou ik me onder andere bezig met het afstemmen van de verschillende statuten op elkaar. Dat is een enorme uitdaging; mijn dagen zijn dus goed gevuld.”

WV



Yvette Wilmaerts: “De nakende fusie met het Virga Jesseziekenhuis is een enorme uitdaging.”

“Dit is **ONZE** aarde”

cultuur
wijzer

Nog tot 26 april vindt op de site van Tour & Taxis in Brussel de tentoonstelling “Dit is onze aarde” plaats. Het is de grootste tentoonstelling ooit rond duurzame ontwikkeling in Europa.

Duurzame ontwikkeling is meer dan natuurbescherming of vechten tegen de opwarming van het klimaat. Het is “een antwoord bieden op de noden van de huidige generaties zonder afbreuk te doen aan het vermogen van de komende generaties om aan hún noden tegemoet te komen”, zegt het Brundtland-rapport. Te vaak was de ontwikkeling van onze samenleving gebaseerd op het *hier en nu*. We moeten leren denken in termen van *overall en morgen*.

Een mogelijke bedreiging betreft in de eerste plaats de mensheid. De aarde zonder de mens: ooit was het zo en ooit zal het opnieuw zo zijn. Maar omgekeerd kan de mens niet leven zonder de hulpbronnen van de aarde.

Twee dingen staan voorop in de tentoonstelling: het geloof in de vooruitgang en een radicale weigering om te culpabiliseren. Duurzame ontwikkeling is geen terugkeer naar het verleden. De tentoonstelling is ook geen aanklacht tegen een bepaalde technologie of een bepaald product of tegen het gedrag van een bepaalde sociale groep.

Met kunstwerken, interactieve opstellingen, objecten, decors, foto's en films wil de tentoonstelling “Dit is onze aarde” de bezoeker tonen wat duurzame ontwikkeling inhoudt. Ook de kinderen komen volop aan hun trekken.

Het belang van duurzame ontwikkeling kan alvast niet overschat worden: de toekomst van de menselijke soort hangt ervan af.

Vrijkaarten

Zorgwijzer heeft 5 keer 2 vrijkaarten. Stuur zo snel mogelijk een mail naar asn@zorgnetvlaanderen.be.

Praktisch

De tentoonstelling “Dit is onze aarde” loopt nog tot 26 april op de site van Tour & Taxis in Brussel. Kaarten kosten 10 euro, studenten betalen 8 euro en kinderen tussen 6 en 18 jaar 7 euro.

Voor meer informatie kunt u terecht op www.expo-terra.be.



DUURZAME ONTWIKKELING



Nathalie Sluyts: "Onze bewoners maken dankbaar gebruik van de luisterboeken."

LUISTERPUNTBIBLIOTHEEK BEREIKT
OUDEREN IN WOONZORGCENTRA

luister-
boek

Een boek kan je ook met je **Oren** lezen

Met moeite nog kunnen lezen en toch volop genieten van een boek? Het kan. Sinds vorige maand voorziet de Luisterpuntbibliotheek alle woonzorgcentra van Daisy-spelers: handige cd-romlezers waarmee slechtzienden opnieuw al hun favoriete verhalen kunnen 'lezen'.

In seniorencentrum Onze-Lieve-Vrouw in Bornem is de Daisy-speler een schot in de roos. "Het is dan ook een heel gebruiksvriendelijk toestel om gesproken boeken mee te beluisteren", vertelt ergotherapeute Nathalie Sluyts. "Je kan het gebruiken zonder of met hoofdtelefoon, de toetsen zijn voldoende groot en duidelijk en bovendien kan je er heel makkelijk mee navigeren. Een pagina omslaan, terugdraaien of het hoofdstuk opzoeken waar je je boek vorige keer hebt dichtgeklapt, is echt kinderspel."

Voorlopig leent het Bornemse seniorencentrum haar Daisy-speler nog van de plaatselijke bibliotheek. "Maar omdat andere instellingen ook interesse hebben, moeten we onze speler binnenkort teruggeven", zegt Nathalie. Inmiddels heeft het centrum wel al een extra toestel gekregen van de Vlaamse overheid. Die gift kwam er mee onder impuls van Zorgnet Vlaanderen dat de Luisterpuntbibliotheek, de verdeler van de Daisy-spelers, ervan kon overtuigen om de toestellen onder haar voorzieningen te verspreiden. Zorgnet Vlaanderen zorgde er ook voor dat de Vlaamse overheid de

kosten voor de auteursrechten op zich neemt.

"Het hele project is inderdaad volledig gratis", weet ook Nathalie. "Ook het lenen van de cd's in de bibliotheek heeft ons nog nooit iets gekost." Maar omdat de Bornemse bibliotheek niet zo groot is en het beschikbare aanbod bijgevolg navenant heeft Nathalie onlangs contact opgenomen met de Luisterpuntbibliotheek. "Zij gaan nu een honderdtal titels opsturen zodat we weer een tijdje verder kunnen."

Thrillers, griezel- en misdaadverhalen hoeven daar voor de bewoners van het Bornemse seniorencentrum niet bij te zijn. "Het liefst van al lezen ze waargebeurde verhalen, vaak van vroeger, en romans", vertelt Nathalie die hoopt dat er op de lijst van Luisterpunt ook enkele 'grote' titels en bekende schrijvers staan. "In onze bibliotheek heb ik die nog niet gevonden op Daisy-formaat. Maar er is me verteld dat ze eraan komen."

Voor heel wat ouderen zijn de Daisy-verhalen een mooie manier om de tijd te verdrijven. "Vooral mensen die moei-

lijkheden met hun zicht krijgen, vragen ernaar", zegt Nathalie. "Maar ook voor anderen is het een nuttig systeem. Een van onze bewoonsters die mentaal nog fit is maar bij wie de spraak en de spieren niet meer mee willen, maakt er bijvoorbeeld dankbaar gebruik van. Ze wordt daar meestal bij geholpen door een valide medebewoner. Als ergotherapeute is het bovendien niet altijd vanzelfsprekend om voor bedlegerige mensen activiteiten te bedenken. Op zo'n moment is een Daisy-speler een goed alternatief."

Zelf is Nathalie ook al eens onder de hoofdtelefoon gekropen. "Dat viel best mee. De verhalen zijn leuk ingesproken, de stem heeft intonatie en is aangenaam om naar te luisteren. Maar een heel boek heb ik nog niet 'uitgeluisterd'. Met alle pauzes erbij ben je daar toch snel een dag mee zoet." Maar soms kan een boek natuurlijk niet lang genoeg duren. "Als ik iemand onder zijn hoofdtelefoon zie meegenieten, vraag ik wel eens of het goed boek is dat hij aan het lezen is. Meestal wordt er dan instemmend geknikt." En als het tegenvalt? "Dan proberen we gewoon iets anders."

WV

Initiatief en ondernemerschap

Bijna negen jaar geleden stond mijn organisatie op hetzelfde kruispunt als Zorgnet Vlaanderen nu. Het NCMV werd herdoopt tot UNIZO, de Unie van Zelfstandige Ondernemers.

Ook onze naamsverandering was het sluitstuk van een overdachte reactie op een veranderende realiteit. Net zoals jullie verenigen wij met UNIZO een erg verscheiden groep. Maar, ondanks het verschil in grootte en de diversiteit aan sectoren, hebben alle leden van UNIZO één gemeenschappelijk kenmerk: het zijn allemaal zelfstandige ondernemers. Onze nieuwe naam benadrukt deze eenheid in verscheidenheid.

Ook jullie organisatie groepeerde een grote verscheidenheid aan instellingen: van algemene ziekenhuizen tot ambulante centra, van psychiatrische instellingen tot woonzorgcentra. Ondanks de verschillen in omvang, budget en aantal medewerkers is er, net zoals bij UNIZO, één iets dat alle instellingen met elkaar verbindt: het streven naar kwalitatieve en toegankelijke zorg. Jullie nieuwe naam weerspiegelt zeer goed die traditionele missie.

Naast de naamsverandering zijn er nog heel wat parallellen tussen onze organisaties. Ten eerste hebben wij dezelfde doelstellingen: de belangen van de leden behartigen, hen informeren, samenbrengen en diensten verlenen. Zowel UNIZO als Zorgnet Vlaanderen kunnen bij die belangenbehartiging niet om de groeiende clustering, de nood aan samenwerking heen.

Samenwerking zorgt voor een schaalvergroting. En vergis je niet: *size does matter*. Ook koepels moeten zich aanpassen aan de veranderende structuren. Samenwerken in onafhankelijkheid is de boodschap. Ook daar dekt de nieuwe vlag Zorgnet Vlaanderen de lading.

Beste mensen, met een beetje verbeelding kunnen we zelfs de leden van Zorgnet Vlaanderen vergelijken met de UNIZO-leden.

Eerst en vooral zijn de instellingen private ondernemingen die een product aanbieden, met name het product *zorg*. Ook zorginstellingen moeten budgetteren, managen, een goed HR-beleid voeren, investeren en innoveren – dit alles ten bate van de zorgvrager. Ook zorginstellingen moeten in de sterk evoluerende sector vraag en aanbod permanent op elkaar afstemmen. Zin voor initiatief en ondernemerschap is daarbij onontbeerlijk.

Net zoals onze ondernemers werken jullie in een klimaat dat voor een belangrijk deel bepaald wordt door de overheid. Allebei rekenen we op een goede regelgeving, die ruimte laat voor initiatief en ondernemerschap. Geen overheidsbetutteling, die het ondernemerschap verstikt met regeltjes. Het is onze taak als koepelorganisaties om ondernemers en zorginstellingen de ruimte te geven. Om te werken aan een beleid dat vertrouwen geeft en gelijke kansen biedt aan de spelers die volgens de regels werken. Verantwoordingsplicht: ja, maar geen overheid die zelf zegt *hoe* we de dingen moeten doen. Ik citeer graag senator Hugo Vandenberghe in dit kader: *de mate van decadentie van de samenleving kun je afmeten aan de mate van bureaucratisering*.

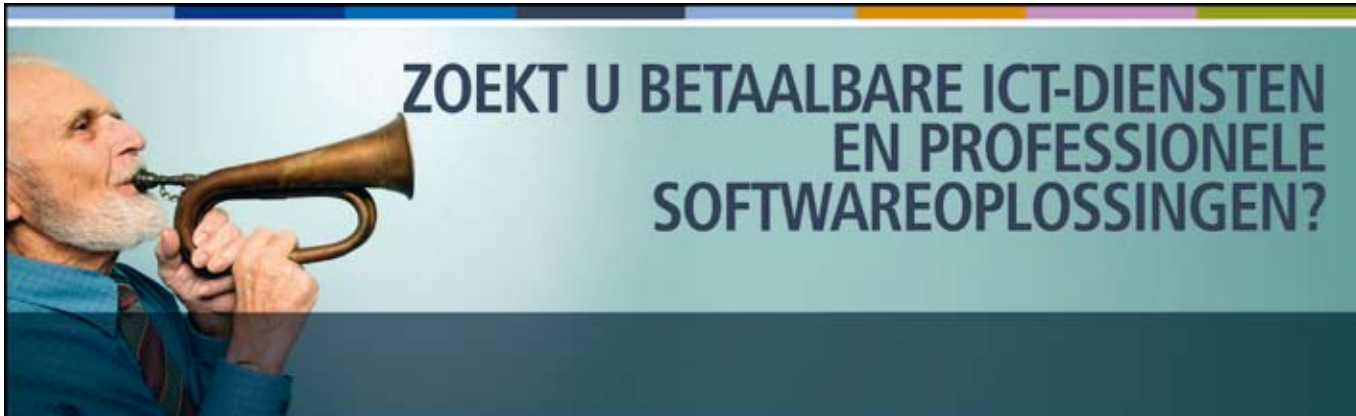
De overheid moet de plaats van het ondernemerschap niet innemen. Ook niet in de zorgsector. Zorginstellingen spelen een cruciale rol in de grote maatschappelijke uitdagingen. Dat gaat van de infrastructuur voor onze ouderen tot de noodzaak voldoende gemotiveerd en geschikt personeel te vinden. Als sector zullen jullie zelf oplossingen moeten aandragen voor deze problemen. Ik weet dat Zorgnet Vlaanderen die uitdaging wil aangaan. Ik wens jullie alvast veel succes met de nieuwe start.



Karel Van Eetvelt

column

Karel Van Eetvelt is gedelegeerd bestuurder van Unizo. Hij was gastspreker op de officiële voorstelling van de nieuwe naam Zorgnet Vlaanderen op 3 februari in Brussel. Deze opiniebijdrage is een bewerkte versie van zijn toespraak.



ZOEKT U BETAALBARE ICT-DIENSTEN EN PROFESSIONELE SOFTWAREOPLOSSINGEN?

Betaalbare ICT-dienstverlening op maat van uw onderneming.

Onze doelstelling is de zakelijke gebruiker van die ICT infrastructuur en dienstverlening te voorzien die hem toelaten tegen een minimale kostprijs een maximaal rendement te behalen uit zijn informaticainvesteringen, dit steeds met een lange termijn visie geënt op het groeipad van de klant en met het oog op het behalen van een concurrentieel voordeel ten aanzien van de overige spelers in zijn marktsegment.



TEL 03-216 14 23 | info@myrtus.be | www.myrtus.be

Professionele softwareoplossingen VOOR de zorgsector DOOR de zorgsector.

Care Solutions ontwikkelt softwareoplossingen voor de zorgsector, redenerend vanuit de praktijk. Het aanbod bevat bovenop het zorgdossier een compleet gamma voor groeperingen en individuele instellingen, inclusief organisatiebrede managementtools, benchmarking, enz. Wij bieden u ook een concreet engagement: Dat gaat van gebruiksvriendelijke tools over stapsgewijze implementatie tot complete service!



TEL 0495-298 235 | info@caresolutions.be | www.caresolutions.be

Nieuw adres! Santvoortbeeklaan 25 • 2100 Deurne

Ontwikkel uw managementvaardigheden in de zorgsector

Hoe manage ik een zorgorganisatie?

Hoe bepaal ik een strategie of hoe leid ik een team?

Hoe verwerf ik inzicht in het operationele beheer en de financiële aspecten van het ziekenhuis?

Neem dan deel aan:

Algemeen Management voor de Ziekenhuisarts: 25 maart, 22 april, 6 mei & 25 juni 2009

Financieel Management voor de Ziekenhuisarts: 1 & 30 april, 12 & 27 mei, 17 juni 2009

Healthcare Management Day: 13 mei 2009

Management voor de Ziekenhuisarts: Capita Selecta: Najaar 2009

Meer info: www.vlerick.be/ziekenhuisprogramma

Vlerick Leuven Gent
Management School

The Autonomous Management School of
Ghent University and Katholieke Universiteit Leuven

REVA

Informatiebeurs

voor mensen met een handicap en ouderen

23, 24, 25 april 2009

10-18 uur

FLANDERS EXPO | Gent



Flanders expo



**Zaterdag 25 april
'Actief Wijzer'**

Sportinitiatie en demonstratie
o.a rolstoeldansen, boccia,
klimmen, tafeltennis,...

Evenementen,
workshops en seminars:
www.reva.be

