

ZORGWIJZER

01

Magazine | Februari 2009

VVI wordt Zorgnet Vlaanderen

Interview met minister Veerle Heeren

zorgnet

VLAANDEREN

- 05 Ouderenzorg bereidt toekomst voor
- 09 Dossier: bouwen baart zorgen
- 20 Geestelijke gezondheidszorg in de samenleving
- 24 Ziekenhuisbeleid voor externe bestuurders

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

Werken mee aan dit nummer:

Filip Decruynaere, Wim Verdoodt,
Stefaan Callens, Kristien Hemmerechts

Vormgeving: Geert Van Hijfte, dotplus

Fotografie: Filip Erkens, An Daems,
Thomas Van Haute, Patrick Holderbeke,
An-Sofie Neiryndck

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 9 maart.

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

- 03 *Editoriaal*
- 04 *Korte berichten*
- 05 *Nood aan meerjarenplan voor de ouderenzorg
Toekomstscenario's voor de ouderenzorg*
- 06 *Privatisering, commercialisering en marktwerking
in de zorgsector*
- 09 *Bouwdossiers in het slop: zorgsector luidt de
alarmbel*
- 12 *Interview minister Veerle Heeren:
"Ik wil het schip op koers houden"*
- 16 *Gevraagd: werkbare uurroosters in ziekenhuizen*
- 19 *Juridische rubriek: de no-faultwet, een stand van
zaken*
- 20 *Geestelijke gezondheidszorg – naar een zorg in
de samenleving*
- 22 *Open Bedrijvendag 2009: deelnemen of niet?*
- 24 *Ziekenhuisbeleid voor externe bestuurders –
gesprek met prof. Arthur Vleugels*
- 26 *Financiële rubriek: graag een correcte correctie
in de psychiatrie*
- 27 *Momentopname: Annie Coninx, stafmedewerkster
WZC Compostela*
- 28 *Cultuurwijzer: de herontdekking van de vrije
verbeelding*
- 29 *Te gek voor woorden*
- 30 *Spiegeling: column door Kristien Hemmerechts*

VVI wordt Zorgnet Vlaanderen

editoriaal

Gezondheid is ons hoogste goed. De voorbije weken heeft ook u ongetwijfeld uw naasten, uw vrienden en collega's een gelukkig 2009 toegewenst, met de toevoeging: *en een goede gezondheid, want dat is het belangrijkste.*

Gezondheid en welzijn zijn ruime begrippen. Het gaat over gezond zijn, maar ook over zich goed in zijn vel voelen. Het gaat over verbondenheid met andere mensen. Over solidariteit. Over weten dat je op elkaar kunt rekenen als er iets misgaat.

Het Verbond van Verzorgingsinstellingen heeft een jarenlange traditie in de strijd voor een betaalbare, kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Het VVI is fier over de afgelegde weg. Dat is in de eerste plaats de verdienste van onze leden. Meer dan 500 grote en kleine organisaties in Vlaanderen, die dag na dag bewijzen dat zorgzaam handelen, deskundig en met zin voor fundamentele waarden, geen holle woorden zijn. Onze artsen, verpleegkundigen, paramedici, medewerkers van ondersteunende diensten, onze managers en bestuurders; allen samen staan ze borg voor een optimale kwaliteit.

Waarom dan een nieuwe naam, als alles toch zo goed gaat? Wordt het oude wijn in nieuwe zakken?

Er is inderdaad geen reden om onze uitgangspunten in vraag te stellen. Toch zijn er drie redenen voor een aanpassing.

Ten eerste willen wij resoluut mee vorm geven aan de evolutie van aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg. Onze gezondheidsvoorzieningen werken meer en meer samen, ten dienste van patiënten en cliënten. *Netwerken van zorg* zijn de toekomst. Ook voor koepelorganisaties. Met de collega's van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) gaan we bijvoorbeeld onze expertise delen op het gebied van informatieverstrekking, dienstverlening en belangenverdediging.

Ten tweede willen we een betere communicatie met en tussen onze voorzieningen. Als koepelorganisatie hoeven we niet voor elk probleem het warm water uit te vinden. Op het werkveld is er kennis en expertise in overvloed. Wie zijn ogen opent, ziet een schat aan *good practices*. We willen ook de banden met de bestuursleden en de verantwoordelijken van de voorzieningen nauwer aanhalen. Met dit magazine *Zorgwijzer* en met een nieuwe website willen we meer dan ooit onze rol als katalysator opnemen.

Ten slotte willen we als koepelorganisatie een nieuwe wind doen waaien in onze relaties met de (vele) overheden en andere actoren in de welzijns- en gezondheidssector. Wij verdedigen belangen. En daar is niets verkeerd mee. Maar onze echte gedrevenheid ligt in de waarden waar wij voor staan. Wij geloven in de waarde van het sociaal ondernemerschap. De kracht, de inzet en de gedrevenheid van non-profitorganisaties zijn cruciaal als we ook in de toekomst kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg willen. Wie samen met ons aan deze toekomst wil bouwen, zal in **Zorgnet Vlaanderen** een betrouwbare partner vinden. Een partner die opkomt voor de sector, voor de patiënten en de cliënten. Een partner die de kat de bel aanbindt als het nodig is. Maar vooral een partner die zijn verantwoordelijkheid opneemt en vol energie en overtuiging werkt, ook voor uw gezondheid.

*Peter Degadt,
gedelegeerd bestuurder*



Peter Degadt

P.S.

Bezoek zeker ook eens de nieuwe website www.zorgnetvlaanderen.be.

U vindt er de meest actuele informatie over alles wat er reilt en zeilt in de Vlaamse zorgvoorzieningen.

De vinger aan de *pols*

Ook in 2009 wil Zorgnet Vlaanderen de dialoog met de zorginstellingen versterken. Voeling met het concrete werkveld is en blijft belangrijk. Naast de structurele overlegmomenten en de formele kanalen



organiseert Zorgnet Vlaanderen daarom geregeld werkbezoeken. In de sector van de algemene ziekenhuizen is dat eens per maand. Tijdens zo'n bezoek kunnen directie, staf en beheerders van het algemeen ziekenhuis concrete dossiers en thema's agenderen of projecten voorstellen. Voor meer informatie of een afspraak, bel An-Sofie Neiryndck, stafmedewerker Pers en Communicatie, op 0479-63 07 12.

Zorgnet Vlaanderen op bezoek bij AZ Jan Portaels in Vilvoorde op 21 november jl. Met deze werkbezoeken houdt Zorgnet Vlaanderen de vinger aan de pols bij de zorginstellingen.



BELGISCHE SITUATIE VERGELIJKBAAR MET BUURLANDEN

Kenniscentrum: 6% ziekenhuisinfecties

Een nationale meting door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in samenwerking met de ziekenhuishygiënisten toont aan dat 6% van de Belgische ziekenhuispatiënten een ziekenhuisinfectie heeft. Dit resultaat is te vergelijken met dat van de buurlanden. Het KCE beveelt aan om meer middelen te voorzien voor de strijd tegen ziekenhuisinfecties. Deelname aan registratiestudies kan dan ook verplicht worden voor alle ziekenhuizen. Zorgnet Vlaanderen schaaft zich achter deze standpunten.

Een ziekenhuisinfectie of nosocomiale infectie is een infectie die een patiënt oploopt tijdens een verblijf in het ziekenhuis. Het gaat vooral om infecties van de urinewegen, van de luchtwegen, aan een chirurgische wonde of in de bloedbaan. Door die complicaties moeten sommige patiënten langer in het ziekenhuis blijven. In een aantal gevallen kunnen ze er zelfs aan overlijden. Elk ziekenhuis ontvangt een beperkte financiering voor een team ziekenhuishygiëne. Deze artsen en verpleegkundigen trachten de infecties te beperken door het stimuleren van preventieve maatregelen zoals handhygiëne en een correct gebruik van antibiotica. Men schat dat met preventieve maatregelen ongeveer 30% van de ziekenhuisinfecties vermeden kunnen worden.

Uit het onderzoek van het KCE blijkt dat 6% van alle opgenomen patiënten kampt met een ziekenhuisinfectie. Dit resultaat is vergelijkbaar met recente cijfers uit Nederland en Frankrijk. De afdelingen voor intensieve zorgen hebben het hoogste aantal geïnfecteerde patiënten. De vrouwen in de kraamklinieken lopen het laagste risico op een infectie.

Zorgnet Vlaanderen treedt de conclusies van het Kenniscentrum bij. Ziekenhuishygiëne verdient continue aandacht. De teams voor ziekenhuishygiëne moeten beter gefinancierd worden en ziekenhuizen moeten verplicht deelnemen aan registratie. Alleen zo kan de veiligheid van de patiënten optimaal verzekerd worden.

Het rapport "Nosocomiale infecties in België, deel 1: nationale prevalentiestudie" vindt u op www.kce.fgov.be.



Een goede handhygiëne is een van de meest effectieve maatregelen in de strijd tegen ziekenhuisinfecties.

kort

Nood aan meerjarenplan voor ouderenzorg

Als alles naar wens verloopt, wordt heel binnenkort het nieuwe woonzorgdecreet goedgekeurd in het Vlaamse parlement. Dit decreet introduceert uiterst belangrijke vernieuwingen in de ouderenzorg. Vernieuwingen waar Zorgnet Vlaanderen al jaren op aanstuurt. Zorgnet Vlaanderen is dan ook in hoge mate tevreden met het decreet en hoopt dat er nu snel een realistische maar ambitieuze meerjarenplanning wordt opgemaakt, in functie van de noden en behoeften.

Het nieuwe woonzorgdecreet is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Het vervangt zowel het thuiszorgdecreet van 1998 als het ouderendecreet van 1985. De basisbegrippen zijn: zorg op maat bieden in functie van een optimale thuiszorg en de zorgcontinuïteit verzekeren gedurende het hele zorgtraject van mensen. Hiermee komt er eindelijk een wetgevend kader voor ontwikkelingen en initiatieven die al lang aan de gang zijn in de sector.

Al in 2001 ontwikkelde Zorgnet Vlaanderen op zijn Congres Vlaams Zilver het concept van de woonzorgcentra en thuiszorgondersteunende initiatieven. Intussen startten vele voorzieningen eigen projecten om een antwoord te bieden op de

evoluerende noden van hun cliënten. Zo kunnen vandaag ouderen tijdelijk opgevangen worden, kunnen ze in dagverzorgingscentra terecht, bestaat er een kort verblijf voor bijvoorbeeld revalidatie. Tot nu toe gebeurde dit alles echter binnen een verouderde en versnipperde wetgeving.

Betaalbare zorg

Voor Zorgnet Vlaanderen is het belangrijk dat de zorg voor ouderen betaalbaar blijft, zowel in thuiszorg als in residentiële zorg. De Vlaamse zorgverzekering heeft al enkele stappen in de goede richting gezet, maar nog te vaak zijn ouderen afhankelijk van kinderen en familie om de zorg die ze nodig hebben te kunnen betalen. Zorgnet Vlaanderen pleit dan ook voor een maximumfactuur, zowel voor thuiszorg als voor residentiële zorg.

Tijdens een hoorzitting op 9 december in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement formuleerde gedelegeerd bestuurder Peter Degadt van Zorgnet Vlaanderen een aantal vragen en bedenkingen over de uitvoering van het nieuwe woonzorgdecreet en het engagement van de Vlaamse overheid voor de komende jaren. Want een decreet is één zaak, de uitvoering ervan een andere. Heel concreet verwacht Zorgnet Vlaanderen een meerjarenplanning,

Toekomstscenario's ouderenzorg

Zorgnet Vlaanderen werkt aan een actualisering van Vlaams Zilver, een toekomstvisie op de ouderenzorg. Eind 2009 wordt hierover een rapport voorgesteld. Als kick-off van dit actualiseringsproject organiseerde de werkgroep Vlaams Zilver op 5 december jl. een creatieve brainstorm in Essene met meer dan 120 deelnemers.

Een tachtigtal leidinggevendenden uit ouderenzorgvoorzieningen bundelden hun hersenkracht met ruim veertig "wilde ganzen": mensen die niet professioneel in de sector staan, maar ze wel een warm hart toedragen. Het thema was ambitieus: de toekomstige noden en behoeften van ouderen in relatie tot innovatieve zorgverlening in woonzorgcentra.

De brainstormsessie werd begeleid door Pascal Cools van vzw Flanders District of

Creativity. Ze leverde heel wat creatieve ideeën op, gaande van "klaar voor onmiddellijke implementatie" over "uiterst creatief en wild" tot "visionair".

In het tweede deel van de sessie werd een aantal ideeën en voorstellen geselecteerd en verder uitgewerkt in een projectfiche. Twaalf bijzondere projectfiches werden ter afronding plenair voorgesteld. Ze betreffen o.m. vernieuwingen in zorgarchitectuur, humanisering, voorstellen op HRM-vlak en inschakeling van technologie op mensenmaat.

Deze ideeën worden de komende weken door de werkgroep gebundeld en verder uitgewerkt. Ze vormen een mooie startbijdrage voor de ontwikkeling van innoverende toekomstscenario's voor de ouderenzorg, die Zorgnet Vlaanderen in het najaar 2009 wil presenteren.



Nieuw is dat het woonzorgdecreet een kader schept voor zowel de thuiszorg als voor de residentiële ouderenzorg. Dit bevordert de continuïteit van de zorg.

met daaraan gekoppeld een realistisch budget. Voorts moet de Vlaamse overheid blijven investeren in infrastructuur voor ouderenzorg.

Dit dossier wordt binnen Zorgnet Vlaanderen van nabij gevolgd door Tarsi Windey, sectorcoördinator ouderenzorg. Zodra het decreet definitief is goedgekeurd in het parlement, organiseert Zorgnet Vlaanderen een tweetal studiedagen hierover. In het volgende nummer van Zorgwijzer komen we hier alvast uitgebreid op terug.

Nieuwe stafleden Zorgnet Vlaanderen



Sinds 1 januari 2009 is **Frederik Coussée** in dienst als financieel-economisch expert. Frederik Coussée is voor de leden geen onbekende. Van 2002 tot juli 2008 was hij reeds werkzaam bij Zorgnet Vlaanderen.



Sinds 1 februari 2009 werkt dokter **Johan Pauwels** voor Zorgnet Vlaanderen. Dokter Pauwels, specialist kindergeneeskunde met een ruime ervaring in het gezondheidszorgbeleid, was vanaf 1999 werkzaam bij Kind en Gezin. Hij vervoegt de staf als arts-expert.



PRIVATISERING, COMMERCIALISERING EN
MARKTWERKING IN DE ZORGSECTOR

actueel

Zorgnet Vlaanderen vraagt duidelijke spelregels

Zorgnet Vlaanderen wil een breed maatschappelijk debat over de privatisering, commercialisering en marktwerking in de zorgsector. De vrees bestaat immers dat puur commerciële zorginitiatieven de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zullen ondermijnen. Zo ver hoeft het niet te komen, aldus Zorgnet Vlaanderen. Maar dan moeten er dringend spelregels afgesproken worden.

Vallen commercieel ondernemerschap en winstbejag te rijmen met toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen? De vraag dringt zich op, nu investeringsmaatschappijen zich op de zorgmarkt begeven. In principe is daar niets mis mee, zolang er duidelijke spelregels zijn en zolang de maatschappelijk doelstelling van onze gezondheidszorg niet uit het oog verloren wordt.

Om het debat hierover te voeden, stelde Zorgnet Vlaanderen een cahier samen. Dit cahier is het resultaat van een langdurige en grondige reflectie waaraan tal van werkgroepen, zorginstellingen en Belgische en Nederlandse experts deelnamen.

Het thema van privatisering, commercialisering en marktwerking wordt in het cahier zowel vanuit economisch als vanuit ethisch perspectief belicht. Er wordt ingezoomd op twee concrete subthema's: de financiering van de investeringen in infrastructuur en het commercieel initiatief in de welzijns- en gezondheidszorg.

De centrale vragen zijn:

1. Hoe ver reikt de privatisering, commercialisering en marktwerking in de zorgsector vandaag? En welke gevolgen heeft dat voor de sector?
2. Hoe wordt de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke en betaalbare zorg door de overheid en de voorzieningen het beste gewaarborgd?

Context van solidariteit

De Belgische welzijns- en gezondheidszorg steunt op verplichte en sterke solidariteit, onder meer via de verplichte ziekteverzekering. Wat het zorgaanbod betreft, zien we in grote lijnen drie soorten initiatiefnemers: de openbare sector, de private social profit sector (vzw's) en de private for profit sector (nv's, bvba's,...). *Privatisering* in deze context slaat op het groeiende aandeel van private initiatiefnemers, vzw's evengoed als nv's en bvba's. Spreken we van *commercialisering*, dan focussen we louter op het aandeel van de for profit initiatiefnemers, de nv's en de bvba's met andere woorden.

Privatisering verwijst evenwel ook naar de financiering van de gezondheidszorg, waarbij we zien dat de zorggebruiker een steeds groter aandeel zelf moet dragen. Onder graad van *marktwerking* verstaan we de mate waarin marktkrachten verantwoordelijk zijn voor de prijsvorming, de hoeveelheid die geproduceerd en geconsumeerd wordt en de kwaliteit van het product.

Kenmerkend voor de Belgische gezondheidszorg is dat je als zorggebruiker een

grote keuzevrijheid geniet. En welke keuze je ook maakt, de financiering volgt.

Financiering van de investeringen in infrastructuur

Investerings in infrastructuur voor de zorgsector worden, afhankelijk van situatie tot situatie, deels betaald door de Vlaamse Gemeenschap (via het VIPA: Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden), deels door de federale overheid en deels door de zorginstellingen zelf. Er zijn op dit ogenblik maar weinig publiek-private samenwerkingen. Ook het aantal vastgoedbedrijven dat zich op de zorgsector richt, is eerder gering, ook al zijn er een aantal spelers met rusthuizen in portefeuille. Er is in alle zorgsectoren een groeiende vraag naar woondifferentiatie en verblijfscomfort, vooral in de residentiële ouderenzorg. Maar ook in ziekenhuizen verwachten patiënten meer en meer comfort. Zo verdwijnen stilaan de meerpersoonkamers ten voordele van één- en tweepersoonkamers.

De overheidsmiddelen voor investeringen in zorginfrastructuur zijn beperkt. Er zijn dan ook duidelijke criteria nodig. Zorgnet Vlaanderen pleit ervoor om een onderscheid te maken tussen infrastructuur die tegemoet komt aan een *zorgbehoefte* dan wel een *zorgpreferentie*. Een sterke solidariteit – en dus een sterke subsidiëring – is gerechtvaardigd als het over behoeftegebonden woonaspecten gaat. Het is gerechtvaardigd dat er op het vlak van preferentiegebonden woonaspecten overwegend beroep gedaan wordt op de eigen financiële bijdrage van de zorggebruiker. Wat een behoefte is en wat een preferentie, is onderhevig aan maatschappelijke evoluties. Zo bestaat er vandaag een groot maatschappelijk draagvlak om te kiezen voor één- en tweepersoonkamers in ziekenhuizen en niet langer te investeren in meerpersoonkamers, ook al zijn die goedkoper – hier spreken we dan ook van een behoefte.

Het onderscheid tussen wonen en zorg is geen basis voor een onderscheid tussen eigen financiering en collectief gedragen financiering. Hoe hoger de zorgbehoefte, hoe meer ook woonaspecten zorggerelateerde functies krijgen.

Commercialisering

Hoe staat het in ons land met de commercialisering in de zorgsector? Met andere woorden: neemst het aantal zorgaanbieders met winst oogmerk als belangrijkste drijfveer toe?

In de Vlaamse (semi-)residentiële ouderenzorg is er volgens de gebruikte definities voorlopig weinig commercialisering. Het marktaandeel van de commerciële sector bedraagt 10% en daalt bovendien. Een aantal commerciële organisaties brengt immers de uitbatingsovername onder in een vzw-statuuut. De reden hiervoor is tweevoudig. Enerzijds is het vanuit bedrijfseconomisch standpunt aangewezen om het risico van de uitbating te scheiden van de eigendom van het vastgoed. Anderzijds komen deze voorzieningen zo in aanmerking voor de overheidssubsidie voor animatie en infrastructuur. Enkele grotere investeringsmaatschappijen hebben de markt van de ouderenzorg betreden en introduceren een trend van marktconsolidatie: eenzelfde of een grotere omzet wordt gerealiseerd door een kleiner aantal voorzieningen. Het valt te verwachten dat de zoektocht naar schaalvoordelen zich voort zal zetten. Veel ruimte voor nieuwe investeringen in de residentiële ouderenzorg is er overigens niet. De programmatie – het aantal bedden dat de overheid erkent en plant – is nagenoeg volledig opgevraagd. Investeringsmaatschappijen die alsnog willen toetreden, kunnen dat alleen door bestaande voorzieningen over te nemen. Bij de algemene ziekenhuizen zien we de commercialisering oprukken: er zijn meer en meer private klinieken en extramurale artspraktijken. De belangrijkste reden hiervoor is de onderfinanciering van de ziekenhuizen. Die onderfinanciering dwingt artsen die in een ziekenhuis werken een deel van hun honoraria af te staan. Bovendien doen ook de werkomstandigheden (met o.m. wachtdiensten) en de technologische evoluties in de zorg (die het mogelijk maken om bepaalde ingrepen ambulante uit te voeren) meer en meer artsen kiezen voor een private praktijk. In de geestelijke gezondheidszorg vindt commercialisering plaats in specifieke deeldomeinen en voor specifieke patiëntengroepen. Het gebrek aan voldoende capaciteit en het ontbreken van flexibele

Standpunt Zorgnet Vlaanderen

De overheid moet investeren in infrastructuur waar behoefte aan is. Het verschil tussen zorgbehoefte en zorgpreferentie is hierbij een cruciaal criterium.



Standpunt Zorgnet Vlaanderen

Overheidssteun aan commercieel initiatief kan, op voorwaarde dat de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg gegarandeerd blijft en dat er sprake is van maatschappelijk verantwoord en waardegericht ondernemerschap.

Op geen enkele manier kan overheidssteun resulteren in een uitkering aan aandeelhouders.



Zorgnet Vlaanderen stelde een cahier over privatisering en commercialisering in de zorg samen om het maatschappelijke debat te voeren.

regelgeving doen leemtes ontstaan die voor een aantal patiëntengroepen leiden tot winstgevende niches, bijvoorbeeld de eenvoudigere behandelingen in de ambulante zorg.

Zorgnet Vlaanderen verzet zich in principe niet tegen deze commerciële initiatieven, zolang aan drie voorwaarden wordt voldaan. Ten eerste moet de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg gewaarborgd blijven. Ten tweede mogen overheidsmiddelen op geen enkele wijze dienen voor uitkeringen aan aandeelhouders. En ten derde moeten deze commerciële initiatieven voldoen aan de normen van maatschappelijk verantwoord en waardegericht ondernemen.

Dit betekent dat de overheid een regelgevend kader moet scheppen, zowel uit economische als uit ethische overwegingen. Economische regulering is nodig omdat gezondheidszorg een zogenaamd *verdienstengoed* is. De consumptie van zorg heeft een effect dat verder gaat dan het louter individuele belang. Iemand die zich inent tegen de griep, wordt daar niet alleen persoonlijk beter van, maar bevoordeelt ook anderen door zelf de ziekte niet over te dragen. Bovendien is er op economisch gebied sprake van asymmetrische informatie tussen vrager en aanbieder. Die *asymmetrische informatie* kan bijvoorbeeld in de verzekeringsmarkt leiden tot vrijbuitergedrag (mensen consumeren zorg anders omdat ze toch verzekerd zijn) en risicoselectie. Regulering uit ethisch oogpunt is nodig omdat gezondheidszorg een zaak van sociale rechtvaardigheid is. Gezondheidszorg heeft immers een grote invloed op de kansen en mogelijkheden van mensen in het leven.

Het regelgevende kader moet een planning in functie van de zorgnoden verzekeren. Het moet de erkenning van voorzieningen in goede banen leiden en de kwaliteit, de toegankelijkheid en de keuze voor de meest aangewezen zorg garanderen. De continuïteit van zorg moet bewaakt worden, maar ook het verbod op opnameselectie, een verantwoorde prijszetting en een lokale en maatschappelijke inbedding van elk project. De regelgeving moet voor elke zorgaanbieder gelijk zijn. De overheid moet hierop een efficiënt en effectief toezicht organiseren, waarbij

ze alle voorzieningen gelijk behandelt. Ook in een context van formele en gelijke behandeling biedt de social profit nog altijd een extra meerwaarde: ze herinvesteert eventuele winsten in de maatschappelijke doelstelling van de onderneming. De welzijns- en de gezondheidssector moet in eerste instantie de belangen van de zorggebruiker – patiënten en cliënten – en van de samenleving voor ogen hebben, en niet de belangen van de aandeelhouders. Bij een dienstverlening waar de zorgbehoefte centraal staat, is het uitkeren van winst aan aandeelhouders niet aanvaardbaar.

Meer marktwerking

Marktprikkels en deregulering kunnen een bijdrage leveren tot toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg als ze leiden tot een verhoging van de efficiëntie en de keuzevrijheid. Een gezonde concurrentie is dus wenselijk in alle segmenten van de welzijns- en gezondheidszorg.

Een *doorgedreven* marktwerking of deregulering houdt evenwel risico's in. In een vrije markt wordt immers onvoldoende rekening gehouden met de specifieke relatie tussen de zorgaanbieder en de zorggebruiker. Deze laatste bevindt zich in een kwetsbare positie, gezien de asymmetrie van informatie.

De Europese, nationale en lokale overheden moeten dan ook blijvend oog hebben voor het overleven van het sociale zekerheidsstelsel en voor de consequenties die deregulering kan hebben voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de welzijns- en gezondheidszorg.

Een gezonde concurrentie is wenselijk, als dit ook betekent dat alle voorzieningen met gelijke middelen aan de competitie kunnen deelnemen. Hiervoor is een aanpassing nodig in de reglementering, zowel op het vlak van het financieel beheer van de openbare sector (waar eventueel financieel verlies door de lokale overheid bijgesteld wordt), als op het vlak van de subsidiëring van de commerciële, vzw- en openbare sector. Het is belangrijk

dat er voor alle segmenten van de sector gelijke voorwaarden voor het verwerven en aanwenden van subsidies komen. Als men er toch voor opteert om vanuit het lokaal openbaar initiatief financiële tegemoetkoming te voorzien in de ouderenzorg, dan moet deze op gelijke wijze toegekend worden aan alle oudere residenten op het grondgebied van de betrokken gemeente, los van het beheersstatuut van de voorziening.

Een gezonde competitie wordt bovendien niet gevoerd op het niveau van de afzonderlijke zorgproducten, maar in de *samenhang* van de verschillende zorgproducten. Zo wordt bijvoorbeeld in de sector van de geestelijke gezondheidszorg de *gezondheidswinst* voornamelijk gerealiseerd als een initiatiefnemer niet alleen in zorg investeert, maar ook in preventie, vroegdetectie en enkele niet-zorggerelateerde activiteiten.

De overheid moet bijzondere aandacht hebben voor de leefbaarheid van de voorzieningen die alle basiszorg aanbieden. Ze moet samenwerking tussen voorzieningen ondersteunen, die gericht is op een maximale zorgcontinuïteit en differentiatie van zorg. Dat is immers de beste manier om de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg te realiseren. Bovendien moeten zorginstellingen die zich engageren tot maatschappelijk verantwoord en waardegericht ondernemen, daartoe zoveel mogelijk aangemoedigd worden.

Standpunt Zorgnet Vlaanderen

De overheid moet erover waken dat puur commerciële initiatieven op beperkte, winstgevende segmenten de leefbaarheid van social profit instellingen die een totaalaanbod garanderen niet ondermijnen. Er is een wetgevend kader nodig dat met regelgeving en financiering op een transparante wijze een maximale continuïteit en differentiatie van zorg garandeert.

- De volledige tekst van het cahier "Krachtlijnen voor toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare welzijns- en gezondheidszorg: over privatisering, commercialisering en marktwerking" is beschikbaar vanaf eind februari. U kan dan een exemplaar downloaden op www.zorgnetvlaanderen.be of een gedrukt exemplaar bestellen via post@zorgnetvlaanderen.be.

Bouwen baart zorgen

thema

Terwijl de Vlaamse overheid in deze barre tijden terecht maatregelen neemt om via de bouwsector de economie aan te zwengelen, laat ze de bouwdoSSIERS van zorginstellingen verkommeren. Het ongenoegen onder ziekenhuisbeheerders en ouderenzorgdirecties is groot. Gedane beloftes blijven dode letter, bouwwerken lopen onnodig vertraging op. In de Waalse zorgsector wordt ondertussen wel volop geïnvesteerd en gerenoveerd.

Acht Vlaamse zorginstellingen organiseerden op 17 december jl. een persconferentie met Zorgnet Vlaanderen. De persconferentie vond plaats in het Heilig Hartziekenhuis in Leuven, maar ook AZ Alma (Eeklo), AZ Groeninge (Kortrijk), Ziekenhuis Maas en Kempen, AZ Sint-Maarten (Mechelen), het Heilig Hartziekenhuis (Roeselare), PC Sint-Jan-Baptist (Zelzate) en PC Sint-Amandus (Beernem) kwamen hun nood klagen. Vooral algemene ziekenhuizen en psychiatrische centra dus, maar ook in de sector van de ouderenzorg is er onvrede over de bouwdoSSIERS.

Alle sprekers op de persconferentie waren unaniem: "De Vlaamse overheid laat de zorgsector in de steek. De overheid komt haar beloften niet na en legt een veel te zware hypotheek op de zorginstellingen met een bouwdoSSIER." Of zoals directeur Jan Deleu van AZ Groeninge het formuleerde: "Vlaanderen blijkt heel sterk in regeltjes opleggen, maar stelt daar te weinig middelen tegenover."

De grootste doornen in het oog van de zorginstellingen zijn de alternatieve financiering die sinds 2006 in voege is en de grove onderfinanciering van de bouw-

doSSIERS. En dat terwijl er wel degelijk oplossingen voorhanden zijn. Kijk maar naar Wallonië. Doen we zelf dan toch niet alles beter?

Voor de goede orde zetten we hier nog eens alle verzuchtingen op een rijtje.

Hoe komt het dat er vandaag zoveel bouwdoSSIERS zijn?

Hiervoor zijn twee grote redenen. Ten eerste zijn de beschikbare middelen van het VIPA jarenlang gedaald. In 2000 werden voor de ziekenhuizen en de ouderenzorg jaarlijks respectievelijk 125 en 66 miljoen



In Kortrijk fuseerden vier ziekenhuizen met de belofte van een nieuwbouw ziekenhuis. De bouw ervan loopt vertraging op, de financiering is ontoereikend. Het is maar één van de vele bouwdoSSIERS die door de Vlaamse overheid verwaarloosd worden.

euro uitgetrokken. In 2006 waren die bedragen gedaald tot 58 en 31 miljoen euro. Hierdoor is een achterstand ontstaan met wachtlijsten als gevolg, zowel in de sector van de ziekenhuizen en de ouderenzorg als in de welzijnssector. Ten tweede heeft de Vlaamse overheid de voorbije decennia over het hele land ziekenhuizen aangemaand om te fusioneren. Op die manier wilde de overheid onder meer een schaalvergroting realiseren, die kostenbesparend moest zijn. Om deze fusies mogelijk te maken, gaf de Vlaamse overheid haar “principiële akkoord” voor de bouw van een tiental nieuwe ziekenhuizen, naast tal van vernieuwingsprojecten. De meeste van deze bouwdoSSIERS zijn nu volop bezig of staan in de steigers.

Hoe werd een bouwdoSSier tot 2006 gesubsidieerd?

Om in aanmerking te komen voor een bouwsubsidie, moet een ziekenhuis een uitgebreid doSSier voorleggen. De bouw-

Regionaal ziekenhuis Heilig Hart Leuven

Het Heilig Hartziekenhuis Leuven heeft een masterplan in twee bouwfasen op zijn site in het centrum van de stad. “Het is een moeilijk doSSier”, aldus algemeen directeur Guido De Wachter. “Het eerste project vond nog plaats onder het “oude” financieringssysteem. Voor het tweede project vallen we onder de regels van de zogenaamde alternatieve financiering. Dat betekent voor ons een ernstig bijkomend risico. Bovendien lopen de werken nu vertraging op, omdat er geen reserve meer is in het VIPA-budget tot 2010. En hoe langer de bouwwerken aanslepen, hoe duurder het allemaal wordt voor ons. Wij vragen een terugkeer naar het vroegere financieringssysteem en een verhoging van de bouwplafonds zoals de federale overheid die vastgelegd heeft.”



Guido De Wachter

werken moeten niet alleen aantoonbaar noodzakelijk zijn, ze moeten ook een efficiënte, toekomstgerichte gezondheidszorg waarborgen. De eisen die aan het zorgstrategisch plan ter voorbereiding van een bouwdoSSier gesteld worden, liggen – terecht – heel hoog. Dit geldt ook vandaag, anno 2009.

Werd de aanvraag voor een bouwdoSSier goedgekeurd, dan kreeg de instelling tot 2006 een bedrag aan subsidie uitgekeerd, waarmee het de werken kon beginnen. In principe werd 60% door de Vlaamse overheid gesubsidieerd (via het VIPA) en 40% door de federale overheid. In principe, want het bedrag dat uitgekeerd werd, was er is in de praktijk nooit voldoende om de reële bouwkosten te betalen.

Hoe wordt een bouwdoSSier sinds 2006 gesubsidieerd?

Om iets aan de groeiende wachtlijsten te doen, besloot de Vlaamse overheid om een alternatief financieringssysteem in te voeren. Een ziekenhuis dat vandaag groen licht krijgt voor een bouwdoSSier, krijgt de subsidie niet meer in één keer uitbetaald, maar verspreid over twintig jaar. Deze jaarlijkse betalingen worden “gebruikstoelagen” genoemd. Bovendien legt de overheid het ziekenhuis voorwaarden op, onder meer wat betreft de bezettingsgraad en het aantal opnamen. Haalt het ziekenhuis die opgelegde criteria niet, dan wordt de gebruikstoelage maar gedeeltelijk uitbetaald. Dat betekent dat instellingen een ernstig financieel risico lopen.

Als de overheid de subsidie niet meteen uitkeert, hoe financiert een ziekenhuis dan de bouwwerken?

Door bij de banken te gaan lenen. En daar wordt duur voor betaald, want een ziekenhuis staat in een slechte onderhandelingspositie. De overheidswaARBorg dekt immers maar 90% van de lening. Met de financiële crisis zijn banken sowieso al niet geneigd om risico's te lopen. Bovendien is de solvabiliteitsratio – dat is de verhouding tussen wat een ziekenhuis aan eigen vermogen bezit tegenover het vreemd vermogen waar het een beroep op moet doen – door de alternatieve financiering fel gezakt: de schulden op lange termijn stapelen zich op en daar staat geen verworven subsidiebedrag meer tegenover. Voor de banken is dat opnieuw een reden om hogere intresten te vragen. Als klap op de vuurpijl moet een ziekenhuis een deel van die intresten zelf betalen, want de vergoeding die de overheid

hiervoor voorziet, dekt de reële kosten niet.

Hoe wordt het subsidiebedrag voor een bouwproject anno 2009 berekend?

De Vlaamse overheid hanteert in 2009 de normen uit 1978. Toen werd bij wet bepaald dat per ziekenhuisbed 72m² gebouwd mocht worden. In die 72m² per bed zit uiteraard niet alleen de oppervlakte van de kamers verwerkt, maar van alle ziekenhuisdiensten: het onthaal, de keuken, de onderzoeksruimten, de consultatie ruimten, de operatiezalen en dies meer. Per bed werd in 1978 een maximumbedrag aan subsidies bepaald. Hoewel de verwachtingen naar comfort, ruimte, privacy en medische technologie van de patiënt ontzettend sterk geëvolueerd zijn – denk aan de beddenzalen die vandaag zo goed als verdwenen zijn – zijn zowel het subsidiebedrag als het aantal m² per bed in meer dan dertig jaar niet aangepast.

Anno 2009 bouwen met de normen van 1978? Dat kan toch niet? Dat moet een vergissing zijn?

Ja, dat vond ook de federale overheid. In 2007 paste die federale overheid na een grondige analyse en een internationale vergelijking de subsidieerbare oppervlakte aan tot gemiddeld 100m² per ziekenhuisbed. Ook het subsidiebedrag per m² werd verhoogd. Alleen... de Vlaamse overheid weigert die nieuwe normen toe te passen. De Vlaamse ziekenhuizen verliezen hierdoor twee keer: niet alleen het bedrag van het VIPA schiet tekort, ook de bijdrage van de federale overheid is ontoereikend, want die wordt helaas berekend op basis van wat de Vlaamse overheid toekent.

De Vlaamse overheid verdient misschien ook begrip? De bouwkosten swingen de pan uit en de middelen zijn beperkt.

Allereerst mogen we niet vergeten dat het de Vlaamse overheid is die met zachte dwang de fusies heeft opgelegd en de daarbij horende bouwprojecten principieel heeft goedgekeurd.

De Vlaamse overheid kiest er inderdaad voor om de beperkte middelen te gebruiken om heel veel projecten op te starten, maar dan wel met een veel te laag bedrag aan subsidies. Daardoor komen steeds meer instellingen in de problemen. Bouwprojecten worden stilgelegd of over een langere periode gespreid, wat de kosten nog meer de hoogte in jaagt. Bestuursleden aarzelen of ze wel bereid zijn om de

Ziekenhuis Maas en Kempen

Het ziekenhuis Maas en Kempen is een relatief kleine instelling met 99 bedden in de campus in Bree en 114 bedden in Maaseik. “De infrastructuur is verouderd en inefficiënt door de verspreiding over twee campussen”, vertelt algemeen directeur Hans Ramaekers. “In 2005 gaf toenmalig minister Vervotte dan ook groen licht voor een nieuwbouw met 249 bedden in Maaseik. De totaal geraamde kostprijs van het gebouw en de nevendossiers bedraagt 83 miljoen euro. Zoals het er nu naar uitziet, gaan we hiervan ten hoogste 48 miljoen euro gesubsidieerd krijgen. Dat betekent dat we zelf 35 miljoen euro moeten ophoesten. En dat kunnen we niet. Dat geld is er gewoon niet. We zijn dus verplicht om te gaan onderhandelen met onze artsen en met de steden Maaseik en Bree. Dat is geen gezonde situatie.”



Hans Ramaekers

risico's van deze gigantische investeringen te lopen. En hoe langer een bouwproject duurt, hoe duurder het wordt.

De bouwindex van lonen en materialen is de voorbije acht jaar met 38% gestegen, meer dan dubbel zoveel als de gezondheidsindex in diezelfde periode (18,7%). En ook hier weer dragen de ziekenhuizen de grootste last: als de overheid in 2006 een subsidiebedrag bepaalt voor



een bouw die over vijf jaar loopt, dan blijft dat bedrag onveranderd, hoe sterk de bouwindex ook stijgt. De bijkomende kosten (gemiddeld 4,75% per jaar) vallen ten laste van de ziekenhuizen.

Het is toch opvallend dat in heel dat verhaal alleen de Vlaamse ziekenhuizen aan de Klaagmuur staan?

De Waalse ziekenhuizen hebben dan ook geen reden tot klagen. Anders dan de Vlaamse overheid hanteert de Waalse overheid immers wél de nieuwe en veel hogere normen van de federale overheid uit 2007. Dat maakt meteen een verschil van meer dan 30% in subsidiebedrag. Bovendien heeft de Waalse overheid in overleg met de ziekenhuizen een tienjarigenplan opgesteld, op basis van de reële noden van de ziekenhuizen.

Heeft de Waalse overheid dan zoveel meer centen over voor de gezondheidszorg?

De Waalse overheid maakt slim gebruik van de mogelijkheden die er zijn. Zo stelt de wet dat dringende bouwwerken als “prioritair” erkend kunnen worden en dan onder de “10/90-norm” vallen. Dat betekent dat de regionale overheid in dat geval maar 10% van de kosten moet be-

talen, terwijl de federale overheid 90% op zich neemt. Welnu, *alle Waalse* ziekenhuizen zijn als “prioritair” erkend en daar staat *geen enkel Vlaams* ziekenhuis tegenover. De Vlaamse overheid weigerde tot nu toe gebruik te maken van deze mogelijkheid. De reden waarom is een raadsel.

Wat wil Zorgnet Vlaanderen ondernemen om hier verandering in te brengen?

Zorgnet Vlaanderen heeft een uitgebreid dossier overgemaakt aan minister Steven Vanackere, aan minister Veerle Heeren en aan minister-president Kris Peeters. Dit dossier is te belangrijk om te laten liggen. Verschillende ziekenhuizen zitten vandaag met grote kopzorgen. Zorgnet Vlaanderen wil dat de beloftes die gedaan zijn aan de fusieziekenhuizen correct worden ingelost. De bouwplafonds moeten toegepast worden zoals het federaal besluit van 2007 dat oplegt. De alternatieve financieringsmethode uit 2006 moet afgeschaft worden. Bovendien moet er ook voor Vlaanderen een tienjarigenplan opgesteld worden, dat uitgaat van de reële noden van de sector. Investeren in ziekenhuizen, is investeren in de toekomst. Vandaag meer dan ooit.

Algemeen ziekenhuis Groeninge Kortrijk

In Kortrijk zijn vier ziekenhuizen de voorbije jaren gefusioneerd tot één groot ziekenhuis. Algemeen directeur Jan Deleu: “De Vlaamse overheid gaf haar principieel akkoord voor een nieuwbouw, maar achteraf blijkt daar geen geld voor te zijn. Aanvaardbaar zou de nieuwbouw er in twee fasen komen, maar omdat de middelen er niet zijn, is dat inmiddels al gespreid over zeven VIPA-projecten. Altijd weer legt de Vlaamse overheid strenge regels op. We mogen maar drie verdiepingen hoog bouwen, terwijl zeven veel goedkoper en efficiënter zou zijn. Maar de financiering gebeurt volgens de normen van dertig jaar geleden! Ik voel me een permanente bedelaar.”



Jan Deleu



Minister Veerle Heeren: “Ik ben blij dat de basis voor het hele woon- en zorgverhaal vanuit het werkveld komt.”

**MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN
VEERLE HEEREN**

Minister Veerle Heeren is nog geen week in functie als ze ons ontvangt. Toch wou ze dit interview laten doorgaan: “Ik wil alle afspraken van Steven Vanackere nakomen. Continuïteit is van het hoogste belang.” En dat blijkt ook uit de prioriteiten van minister Heeren. Het woonzorgdecreet wil ze tegen eind februari goedgekeurd krijgen. En ook het decreet op het vrijwilligerswerk, het decreet op het algemeen welzijnswerk, het mozaïekdecreet en de zorgverzekering staan bovenaan op haar lijstje. Wat de bouwdoSSIers betreft, wil minister Heeren met haar federale collega praten over een verhoging van de middelen op de federale bouwkalender.

Hebt u getwijfeld toen u gevraagd werd om minister te worden?

Minister Veerle Heeren: Getwijfeld niet, neen. Maar ik heb wel eventjes overlegd met mijn partner, die mij 300 procent steunt. Elk parlamentslid droomt er wel eens van om minister te worden. Maar ik had nooit gedacht dat het mij zou overkomen. De tijd is kort en de uitdaging groot, maar ik weet me omringd met een sterke ploeg medewerkers met Karine Moykens als kabinetschef. Zij zorgen ervoor dat alles naadloos verloopt, dat de continuïteit gegarandeerd is. Dat is een belangrijk signaal voor de sector.

U staat bekend als iemand met een grote interesse voor wonen en zorg. Hoe is die belangstelling gegroeid?

Ik ben altijd al gepassioneerd door het thema wonen. Een huis en een thuis, dat is de basis voor het welzijn van mensen. In die zin staat wonen nooit ver van zorg. Vandaar ook het belang van het woonzorgdecreet, waarvoor Inge Vervotte de grondslag legde. Zelf heb ik nog in december met mijn collega Tom Dehaene een voorstel van resolutie over het meegroeiwonen ingediend. Hiermee willen we het thema van toegankelijk wonen op de kaart zetten. Nieuwe woningen moeten we zo gaan bouwen, dat ze optimaal aanpasbaar zijn als de zorgbehoeften van de mensen veranderen. Op die manier kunnen mensen zo lang mogelijk thuis blijven, iets waar alle Vlamingen van dromen. Ons voorstel gaat heel breed. We willen dat de basisprincipes van toegankelijkheid en aanpasbaarheid doordringen in alle sectoren die Vlaanderen subsidieert. In de welzijnssector, maar evengoed in de sportsector of het openbaar vervoer. Natuurlijk is toegankelijk-

denk ook niet dat de sector in deze fase daarop zit te wachten. De sector wil geen minister die met zichzelf bezig is, maar iemand die oplossingen zoekt voor de vele noden. Overleg is het sleutelwoord. Overleg met alle betrokken partijen, om ervoor te zorgen dat we in deze laatste rechte lijn de resultaten boeken waarvoor we ons geëngageerd hebben. Want er ligt nog heel wat op de planken. Er is het woonzorgdecreet, het decreet op het vrijwilligerswerk, het decreet op het algemeen welzijnswerk, het mozaïekdecreet en het zorgverzekeringsdecreet. Ook de actieplannen over middelengebruik en gezonde voeding zijn dossiers die tijdens deze regeerperiode nog goedgekeurd zouden moeten worden.

U bent de voorbije week wel vaker met uw foto in de krant verschenen. Opvallend: u lacht altijd heel welgeïnd. U bent een optimist?

Valt dat zo op? Ik ben van nature optimistisch, ja. Ik sta elke dag goedgemutst op. Elke dag zie ik als een geschenk. Het is de aard van het beestje. En het is ook een voordeel in een sector met heel veel terechte vragen. Ofwel ga je gebukt onder al die zorgen, ofwel ga je optimistisch en enthousiast aan de slag om iets te realiseren. Minister Vanackere zei wel eens: *ik ben de minister van nooit genoeg*. Wel, ook ik wil er blijven voor gaan. Om nog meer uit de brand te slepen voor de sector en om resultaten te halen.

Opuwblogschreef u dat u op wolven liep de eerste dagen, maar dat u ook beseft dat dat niet zou blijven duren. Had u het gevoel dat u wist waaraan u begon?

Wie nog geen minister is geweest, kan onmogelijk weten wat hem of haar te wachten staat. Het chaotische gevoel van

Ja. Thuis staat mijn deur altijd open. Ik kom veel onder de mensen. Ik vind dat belangrijk om dingen op te vangen: wat leeft er, waar maken mensen zich zorgen over...

Spreken de mensen u nu vaker aan over hun zorgen, nu u minister bent?

Toch wel. Ik word overspoeld met mails. Ik heb er 1.500 gekregen op drie dagen tijd. Met felicitaties, maar ook met veel bekommernissen. Ik wil die mails ook allemaal beantwoorden. Met de medewerking van mijn secretariaat, welteverstaan. Want misschien is dat nog de grootste verandering: als parlamentslid doe je alles zelf. Ik ben ook een controlefreak, ik wil alles beheersen. Nu moet ik dingen leren loslaten. Dat is een mentale klik die je moet maken. Het is even wennen, maar het is ook een enorm comfort dat je mensen hebt op wie je kunt steunen.

De beperkte tijd laat me niet toe iedereen te ontmoeten. Dat is jammer, want ik ontmoet graag de mensen op het werkveld. Als parlamentslid heb ik heel vaak aan stages deelgenomen. Ik heb ooit stage gelopen in de geestelijke gezondheidszorg: een week op een K-dienst in PZ Sancta Maria in Sint-Truiden. Die week... dat is voor het leven hoor. Omdat je met jongeren geconfronteerd wordt die zo'n grote zorgnood hebben, die uit thuissituaties komen die ik mij vooraf nauwelijks kon voorstellen. Zware mishandelingen... Als ik dan 's avonds thuiskwam, kon ik geen klap meer uitvoeren. Ik was zo verslagen en onder de indruk. In de nasleep van die stage heb ik vanuit de Commissie Onderwijs mee gezorgd voor de uitbreiding van het onderwijs in de ziekenhuizen tijdens de vorige legislatuur.

Ik heb ook een week meegedraaid als verzorgende in een rustoord. En in sep-

“Ik wil het schip op koers houden”

heid bij De Lijn totaal anders dan in een rusthuis. Vandaar dat we basisprincipes willen vastleggen, waarop ad hoc voortgebouwd kan worden. Tom Dehaene zal dit voorstel in het parlement brengen.

Elke minister legt graag eigen accenten. In vijf maanden zal dat moeilijk zijn, maar stel dat u meer tijd had, hoe zou u zich graag profileren?

Vijf maanden is inderdaad weinig om een eigen stempel op het beleid te drukken. Ik

de eerste week is al een beetje weggeëbd. Ik heb nu meer structuur. Ik focus mij op die decreten in het parlement en op de uitvoeringsbesluiten in de regering. Dat is mijn hoofddoel. Ik wil dit schip onverminderd op koers houden.

Op de werkvloer

U geeft, onder meer via uw blog, de indruk een heel toegankelijk iemand te zijn. Klopt dat beeld?

tember heb ik enkele dagen meegelopen in het regionaal ziekenhuis Sint-Trudo. Dat zijn de momenten in mijn leven die me het meest bij zullen blijven. Je leert, hoort en ziet er zoveel... Ik had gevraagd om ook eens de verzorging mee te mogen doen. 's Morgens om zeven uur woonde ik de overdracht bij en daarna mocht ik mee bij de patiënten. Ook op de palliatieve eenheid heb ik mee kunnen werken. Op de werkvloer zie je pas wat zorg betekent. Hoe stressvol die job van verpleeg-

kundigen en verzorgenden wel is. Is dat haalbaar, een heel leven lang? Ik twijfel daaraan. Let wel: ik heb alleen maar enthousiaste mensen ontmoet. Ik heb altijd veel kracht geput uit die werkstages.

We hebben ook veel gelachen tijdens die stages. Met de zorg die er is, voel je ook de nood aan humor. Zo'n intense stage-week is als een sabbatmoment. Een periode waarin je je onderdompelt in een omgeving die niet de jouwe is. Met je twee voeten terug op aarde. Dat maakt je rijker als persoon. Door heel veel mensen te ontmoeten, boetseer je aan jezelf en word je meer mens. In het ziekenhuis is de geriatrie afdeling mij het meest bijgebleven. Maar ik ben ook een dag met een MUG mee geweest. Met een klein hartje, want zoveel snelheid was ik niet gewoon. Mensen boeien mij enorm. Ik heb jarenlang meegewerkt als monitrice op CM-kampen met gehandicapten. Ik put daar ontzettend veel rijkdom uit. Dat zijn de dingen die je als mens maken tot wie je bent.

Mijn moeder heeft 35 jaar als verzorgende gewerkt in een rusthuis. En mijn grootvader was bode van de ziekenkas, die toen nog bij de mensen op het platteland aan huis kwam. Zorg is nooit veraf geweest bij ons thuis. Toen ik in de politiek stapte,

brengen. Voor de residentiële sector wil ik alleszins het dossier van de voorafgaandelijke vergunning goedgekeurd krijgen.

U was nauw betrokken bij de opmaak van dit decreet. Wat is voor u de essentie ervan?

Tegen 2050 is bijna 30% van de bevolking ouder dan 65 jaar. De vraag naar zorg wordt ontzettend groot en we moeten daar vandaag al mee bezig zijn. In het woonzorgdecreet zijn er drie grote luiken: de thuiszorg, de thuisondersteunende zorg en de thuisvervangende zorg. Wat de thuiszorg betreft: dit jaar is het urencontingent voor gezinszorg al uitgebreid met 4%. De thuisondersteunende zorg laat toe dat je een poosje je huis verlaat en dan terugkeert. Zo geef je ook de mantelzorgers wat ademruimte. Ik ken zelf mensen die die mantelzorg op zich nemen, en dat is geen lachertje. Ik heb veel respect voor wie dat doet. We moeten die mensen af en toe een adempauze gunnen. Kortverblijf en dagverzorging kunnen een oplossing bieden, net als nieuwe zorgvormen zoals gastopvanggezinnen en het herstelverblijf. Daar moeten we uitvoeringsbesluiten voor maken. De thuisvervangende zorg, ten slotte, is er als de afhankelijkheid te groot wordt. Dan is een woon-

Bovendien gaat het over een kader-decreet. Ik was blij te horen dat ook voor Peter Degadt ruimtelijke ordening een heel verschil kan maken, bijvoorbeeld door woonkernen waar jong en oud kunnen samenwonen. Omgevingsfactoren bepalen mee de kwaliteit van de ouderenzorg en kunnen er ook voor zorgen dat zelfstandig wonen langer kan. Sociale woningbouw is hierin een belangrijke actor. We moeten het woon- en welzijnsverhaal horizontaal open trekken. Ik heb dat altijd bepleit vanuit de Commissie Wonen. Wonen is nooit een doel op zich, maar een open venster naar welzijn, waar al die zorgvragen zitten. Ik ben ervan overtuigd dat in een volgende legislatuur beide departementen nog meer naar elkaar toe zullen groeien. Maar alles heeft zijn tijd nodig, natuurlijk.

Bouwdossiers

Onlangs luidde Zorgnet Vlaanderen samen met acht zorginstellingen de alarmbel over de bouwdossiers in de zorgsector. De verzuchtingen zijn groot.

Wat het VIPA betreft, heeft de Vlaamse regering in haar laatste zitting van vorig jaar voor de ouderenvoorzieningen



Minister Veerle Heeren liep verschillende keren stage in de zorgsector, in de psychiatrie evengoed als in een ziekenhuis en een ouderenvoorziening. "Op de werkvloer zie je pas wat zorg betekent. Ik heb altijd veel kracht geput uit die werkstages."

was het mijn bedoeling om mee die samenleving vorm te geven. Ik wil daar mijn steentje toe bijdragen.

Wonen en zorg

Het woonzorgdecreet staat op uw prioriteitenlijst. Welke stappen moeten er nog genomen worden?

We zitten op schema. Tegen eind februari wil ik dit decreet in het parlement afronden. Ik wil ook een aantal uitvoeringsbesluiten naar de Vlaamse regering

zorgcentrum of een assistentiewoning de oplossing. De rode draad in het decreet is de continuïteit van de zorg. De zorg komt waar je ze nodig hebt. Als je zorgbehoefte zo groot wordt dat je toch moet verhuizen, dan verhuist die zorg mee naar het woonzorgcentrum.

Ik ben blij dat de basis voor dit hele woon- en zorgverhaal vanuit het werkveld komt. In de hoorzitting in het parlement wees Peter Degadt erop dat de term woon- en zorgcentrum gelanceerd is door Zorgnet Vlaanderen. Het draagvlak is groot.

de prioriteitscriteria voor de rusthuissector goedgekeurd. Alle beschikbare middelen gaan naar alle ingediende en ontvankelijk verklaarde dossiers voor 1 januari 2008, naar de uitvoering van het Limburgplan en naar alle dossiers uit de provincies waar nog geld over is. Vergeet niet: bij het aantreden van deze regering bedroegen de wachttijden voor subsidies in de ouderenvoorzieningen acht jaar. We zijn aardig op weg om die wachttijd tegen het einde van deze regering tot één jaar te herleiden.

Nu, wat de ziekenhuizen betreft, ligt het complexer. De VIPA-subsidiëring bedraagt 60% van de subsidieerbare kostprijs. De initiatiefnemer betaalt de overige 40%. Alleen bij de ziekenhuizen wordt die 40% betaald door de federale overheid. Een en ander wordt geregeld via de zogenaamde bouwkalender, waarover de federale overheid en de gemeenschappen een protocol hebben gesloten. Het huidige protocol loopt van 2006 tot 2015, maar kan in 2010 herzien worden. Per jaar is er federaal 7,5 miljoen euro beschikbaar. Vlaanderen krijgt uit dat potje 57,41%, het Waals gewest 31,40% enz. Daarnaast is er nog de federale pot van de grote onderhoudswerken die volledig besteed worden door de federale overheid en buiten de bouwkalender vallen. Vlaanderen wil ook deze pot voor 60-40 toewijzen aan de gemeenschappen, maar dat gebeurt momenteel niet.

De Waalse overheid bestempelt alle bouwprojecten van ziekenhuizen als “prioritair”, waardoor ze voor 90% door de federale overheid gefinancierd worden. De Vlaamse overheid erkent geen enkel Vlaams ziekenhuisbouwproject als prioritair. Waarom niet?

De Vlaamse gemeenschap zou kunnen



kiezen voor de 10/90 regel – uitsluitend dus voor prioritaire werken. De 90% van federale overheid moet wel uit de enveloppe van de bouwkalender komen. Dus, wij zouden grote fusiedossiers via de 10/90 regeling kunnen subsidiëren. Maar mochten wij instemmen met principiële akkoorden enkel op basis van de Vlaamse budgetten en niet kijken naar de weerslag op de federale bouwkalender, dan ondermijnen wij de rechtszekerheid voor de ziekenhuizen voor wat hun ‘federaal’ aandeel betreft. Dat is niet onze

keuze. We kiezen voor rechtszekerheid. Vlaanderen wil dus wel zijn verouderende ziekenhuizen aanpakken, maar alleen als er voor de ziekenhuizen rechtszekerheid is over de federale budgetten die ze in de toekomst zullen ontvangen.

Mijn voorganger Steven Vanackere heeft een dialoog tussen de Vlaamse en federale overheid opgestart om de federale bouwkalender te verhogen. Ik wil deze lijn doortrekken. Bij de eerstvolgende interministeriële conferentie Volksgezondheid van 2 maart zal ik dit dossier aankaarten.

Het is kiezen tussen zoveel mogelijk initiatiefnemers honoreren of meer geven aan minder initiatiefnemers. En zolang de beschikbare middelen op die federale bouwkalender niet hoger liggen dan vandaag, moeten we zoveel mogelijk initiatiefnemers steunen bij de uitvoering van noodzakelijke bouwwerken. Dat is de lijn die we willen aanhouden.

De zorgsector is vragende partij voor een tienjarenplan, zoals dat in Wallonië is opgemaakt.

Vlaanderen heeft inderdaad nood aan een tienjarenplan dat vertrekt van de noden en de behoeften. VIPA heeft van Steven Vanackere de opdracht gekregen voor een studie te zorgen die de basis moet vormen voor een behoeftenplan. De zorgstrategische planning is daarvoor het juiste instrument. De studie moet input geven voor de onderhandelingen voor de regeringsvorming na de verkiezingen in juni 2009.

Mooie realisaties

Op uw blog lezen we: “Als je écht beleid wilt voeren dat aansluit bij de echte leefwereld van mensen, dan kies je resoluut voor méér bevoegdheden voor Vlaanderen.” Kunt u dat concreet vertalen naar de gezondheidszorg?

Voor sommige beleidsaspecten werkt de huidige bevoegdheidsverdeling inderdaad contraproductief. Uiteindelijk moeten wij vanuit de Vlaamse gemeenschap keuzes maken voor onze bevolking. Vlaanderen wil bijvoorbeeld maximaal inzetten op de thuiszorg, opdat mensen zo lang mogelijk in de eigen woning kunnen blijven, terwijl Wallonië duidelijk kiest voor residentiële ouderenzorg. Dat verschil moet ook kunnen, met respect

voor elkaar. Elk moet zijn verantwoordelijkheid kunnen nemen, met inbegrip van de gevolgen van die keuzes. Vlaanderen is daar klaar voor. Wat niet is, kan nog komen. Ik ben een optimist, ik geloof in een verdere staatshervorming. Maar dat regel je niet op vijf minuten, dat is ondertussen wel duidelijk.

Het logo van N-VA staat ondertussen nog broederlijk naast dat van CD&V onderaan op uw website. Een vergetelheid of een bewuste keuze?

Op lokaal niveau hebben we in Sint-Truiden nog altijd een kartel met N-VA. We hebben gekozen om dat te behouden, want het is een heel goede samenwerking. Het is niet omdat het Vlaamse kartel

“Het is alvast niet mijn bedoeling om te pronken met andermans veren. Inge Vervotte en Steven Vanackere hebben heel knap werk verricht.”


verbroken is, dat we op gemeentelijk vlak alle bruggen hoeven op te blazen.

Om af te sluiten: wat wilt u gerealiseerd hebben om tevreden terug te kunnen blikken in juni?

Het is alvast niet mijn bedoeling om te pronken met andermans veren. Inge Vervotte en Steven Vanackere hebben heel knap werk verricht. In de kinderopvang zijn 17.000 extra plaatsen gecreëerd. In elke sector van het welzijnsdomein zijn er de voorbije jaren mooie dingen gerealiseerd. Is dat voldoende? Neen, maar er is wel een duidelijke trendbreuk gekomen. Mee dankzij de goede financiële situatie van Vlaanderen. Door spaarzaam te zijn, kun je investeren in wonen, maar ook in de vele zorgvragen. De oppositie hoort dat niet graag, maar feiten kun je niet weerleggen.

Natuurlijk, wie met een heel concrete zorgvraag zit waaraan we nog niet tegemoet zijn kunnen komen, die zal niet tevreden zijn. Dat nemen we die mensen ook niet kwalijk. Dat is normaal. Vandaar dat we altijd zullen blijven aandringen op meer middelen voor de zorgsector, omdat dat voor ons christendemocraten heel belangrijk is. Zorg voor de mensen, zorg voor de oude dag, zorg over alle generaties heen. Welzijn en gezondheid is een uiterst boeiend beleidsdomein. Het gaat altijd over mensen.

FD



De studiedagen rond arbeidsduur in de zorgsector lokten heel wat belangstellenden.

PILOOTPROJECTEN LOSSEN NIET ALLE KNELPUNTEN OP

studiedag

Zorgnet Vlaanderen ijvert voor werkbare uurroosters in ziekenhuizen

De grote belangstelling voor de studiedagen rond arbeidsduur die Zorgnet Vlaanderen eind 2008 organiseerde, bewijst nog maar eens de nood aan een duidelijke en werkbare regelgeving. Zorgnet Vlaanderen blijft bij minister Milquet van werk en gelijke kansen dan ook aandringen op een dringend onderhoud hierover. Ondertussen lopen de pilootprojecten rond arbeidsduur op hun einde. Op basis van de resultaten van deze projecten zou tegen eind juni 2009 een nieuwe sectorale CAO het licht moeten zien. Een stand van zaken.

In april 2005 stelde een sociaal akkoord een nieuwe CAO in het vooruitzicht. Deze CAO moest heldere afspraken inhouden over het op voorhand meedelen van de uurroosters, het respecteren van deze uurroosters en de onmiddellijke vervanging in geval van afwezigheid van een medewerker. Zowel werkgevers als werknemers zijn vragende partij voor zo'n CAO, maar de standpunten liggen nogal uiteen. Zozeer zelfs, dat er vandaag nog altijd geen CAO is.

Dat betekent echter niet dat er niets gebeurd is. Op initiatief van toenmalig

minister Rudy Demotte is verder in de richting van een oplossing gewerkt. Het meest opvallende element is het pilootproject rond arbeidsduur. Dat pilootproject is heel ruim opgevat. Dertig ziekenhuizen in België nemen eraan deel, er is een wetenschappelijke begeleiding vanuit de universiteiten en het verloop wordt op de voet gevolgd door een sectoraal begeleidingscomité met vertegenwoordigers van de overheid, de sociale partners, de sociale inspectie en de wetenschappelijke equipe. Zorgnet Vlaanderen maakt deel uit van dat sectoraal begeleidingscomité.

Het pilootproject in de ziekenhuizen liep van 1 januari 2008 tot 31 december 2008. In maart 2009 worden de voorlopige wetenschappelijke resultaten verwacht, met conclusies tegen juni 2009. En tegen 30 juni 2009 zouden de sociale partners dan uiteindelijk de langverwachte CAO moeten kunnen afsluiten.

Doelstellingen pilootproject

De doelstellingen van het pilootproject zijn heel concreet:

- het zo vroeg mogelijk bekendmaken van een voorlopig uurrooster;



- het tijdig bekendmaken van een definitief uurrooster;
- de onmiddellijke vervanging bij bepaalde afwezigheden;
- een maximale beperking van wijzigingen aan het definitieve uurrooster.

Om deze doelstellingen te realiseren zijn aan de deelnemende ziekenhuizen nieuwe mobiele equipes toegekend op basis van 1 VTE per 30 bedden. Deze mobiele equipes kunnen op zorgafdelingen ingezet worden als vervanging of bij te hoge werkdruk. In elk ziekenhuis wordt het project opgevolgd door een lokaal paritair begeleidingscomité. Het project laat ruimte voor eigen klemtonen in de deelnemende ziekenhuizen.

Op de studiedagen van Zorgnet Vlaanderen werden twee cases voorgesteld: enerzijds het psychiatrisch ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw uit Brugge, anderzijds het algemeen ziekenhuis Sint-Lucas uit Gent.

Case AZ Sint-Lucas, Gent

In 2006 kreeg AZ Sint-Lucas – 805 bedden, 2.129 medewerkers, 197 artsen – de sociale inspectie op bezoek. Dat bleef niet zonder gevolgen. In 2007 voerde de dienst Personeel en Organisatie er een planningspakket in, gekoppeld aan een badge-registratie. De problematiek van de uurroosters stond dus al volop in de actualiteit in het ziekenhuis, toen AZ Sint-Lucas in het pilootproject stapte. Directeur P&O Christine Van der Hoogerstraete: “Wij wilden met dit pilootproject vooral onderzoeken hoe we binnen de afspraken rond het bekendmaken van uurroosters en de onmiddellijke vervanging, toch een maximale stabiliteit konden realiseren. De continuïteit en de kwaliteit van de zorg moeten immers verzekerd worden. Regels kunnen maar werken als ze rekening houden met de realiteit op het terrein.”

Het bekendmaken van de variabele uurroosters is grondig bijgestuurd na het bezoek van de sociale inspectie. Het verloopt in drie fasen. In een eerste fase wordt het jaarrooster bekendgemaakt, met o.m. de te werken wettelijke feestdagen en weekends. In een tweede fase wordt het rooster voor de referentieperiode van 13 weken gegeven. Dat gebeurt één maand voor de start van de referentieperiode. Het omvat de dagroosters en de gekende afwezigheidsdagen. In deze fase mag het uurrooster nog aangepast worden, maar alleen na overleg. Fase 3 is de vastgeklitte periode en wordt telkens voor één week vrijgegeven, één week vooraf.

Brief aan Joëlle Milquet, minister van werk en gelijke kansen, 24 oktober 2008

Betreft: noodzakelijke wijzigingen aan arbeidsduurwetgeving

Mevrouw de Minister,

De instellingen in de gezondheidssector ondervinden veel problemen met de naleving van de bestaande reglementering omtrent arbeidsduur. De regels (...) zijn immers onvoldoende aangepast aan de realiteit zoals deze zich vandaag voordoet in voornoemde instellingen.

Daarenboven is het gebruikelijk dat werknemers onderling diensten wisselen om hun werkroosters beter te laten aansluiten op hun privé-leven.

In een schrijven d.d. 17 april 2008 hebben wij uw aandacht gevraagd voor deze problematiek. Wij mochten hierop nog geen reactie ontvangen. Wij zijn nog steeds vragende partij om op korte termijn samen te zitten om te komen tot werkbare en voor iedereen aanvaardbare oplossingen.

Deze vraag heeft een relatief *dringend karakter*, aangezien arbeidsduur een zeer actueel thema is binnen de gezondheidszorg, waaraan ook de *sociale inspectie* heel wat aandacht besteedt.

Hierbij geven wij u reeds een kort overzicht van de aspecten binnen de arbeidsduurwetgeving waaraan volgens ons wijziging noodzakelijk is.

1. Gelet op de zeer ruime definitie van “bijkomende prestaties” geleverd door deeltijdse werknemers, is het ter beschikking zijnde krediet vaak reeds opgebruikt zonder dat prestaties geleverd worden buiten het opgestelde uurrooster. De noodzaak dringt zich dan ook op om het bestaande krediet voor deeltijdsen op te trekken.
2. De minimale rustperiode van 11 uren tussen twee opeenvolgende arbeidsprestaties zou verlaagd moeten worden tot 9 uren. Dit zou zowel ten goede kunnen komen van werknemers die onderling wensen te wisselen, als om een ziekte of een buitengewone vermeerdering van het werk op te vangen.
3. De minimale werkperiode van 3 uren zou in bepaalde omstandigheden teruggebracht moeten kunnen worden tot 2 uren. Hierbij wordt onder meer gedacht aan de situaties van teamvergaderingen, opleidingen of arbeidsgeneeskundige onderzoeken.
4. De termijn van 13 weken om de gemiddelde arbeidsduur te bereiken wordt vaak als te kort ervaren, omdat op die manier onvoldoende de drukke met de minder drukke periodes gecompenseerd kunnen worden. Er wordt dan ook voorgesteld om de referentieperiode te verlengen tot een jaar.

(...)

Met de meeste hoogachting,

Peter Degadt,
Gedelegeerd bestuurder

Guido Van Oevelen,
Voorzitter

*Opmerking van de redactie:
Aangezien de arbeidsduur voor de private en de publieke sector tot op vandaag gelijklopend is, lijkt hier een optreden op wetgevend niveau aangewezen.*



“De mobiele equipe biedt weinig meerwaarde wat de bekendmaking van de uurroosters betreft”, aldus Christine Van der Hoogerstraete. “Ze biedt ook geen oplossing voor de bekende problemen met de sociale wetgeving: de minimum 11 uur rust tussen 2 dagroosters, de minimum arbeidsduur van 3 uur, noem maar op. De mobiele equipe heeft wel een duidelijk positief effect op het aantal roosterverstoringen.”



Anne Van Haesendonck en Christine Van Damme: “Het knelpunt van de 11 uren rusttijd blijft bestaan.”

“Het mobiel team wordt effectief mobiel ingezet: zonder vaste toewijzing aan een afdeling”, vertelt verpleegkundig en paramedisch directeur Trees Colle. “We werken met vijf clusters. Is er een onverwachte afwezigheid door ziekte of is er een plotse verhoogde werkdruk, dan kan een afdeling een beroep doen op iemand van de mobiele equipe. Het is de dienstverantwoordelijke van de mobiele equipe die al dan niet iemand toewijst. Dat gebeurt op dagelijkse basis. Maandelijks worden ongeveer 350 vragen genoteerd, waarvan 85 à 90% wordt ingewilligd. Veruit de meeste vragen komen naar aanleiding van ziekte of familiaal verlof, een kleine 20% heeft met verhoogde werkdruk te maken.”

Case PZ O.-L.-Vrouw, Brugge

PZ O.-L.-Vrouw telt 338 bedden voor residentiële behandeling en 74 plaatsen voor dagbehandeling. Er werken 551 medewerkers. Ook PZ O.-L.-Vrouw kreeg al de sociale inspectie over de vloer, in 2005. Heikel punt was toen vooral het respect voor de

11 uren rusttijd. Naar aanleiding daarvan is het uurroosterbeleid toen bijgestuurd.

“Aanvankelijk was er wat weerstand tegenover het pilootproject arbeidsduur”, vertelt Anne Van Haesendonck, directeur Personeelsaangelegenheden. “Wij willen de continuïteit van de zorg en de noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en patiënt niet in gevaar brengen. Er was ook angst voor een administratieve verhoging van de werkdruk en voor het verlies aan vrijheid op het vlak van shiftwissels om persoonlijke redenen. Maar na overleg op alle niveaus hebben we ons toch kandidaat gesteld. Onze doelstellingen waren vooral het vermijden van roosterverstoringen en het vermijden van onaantoonbare werkdruk.”

Ook in PZ O.-L.-Vrouw wordt de mobiele equipe toegewezen aan clusters. “Er is nood aan een specifieke deskundigheid per doelgroep en ook de vertrouwensrelatie is erg belangrijk voor ons”, zegt Christine Van Damme, directeur Patiëntenzorg. “In één cluster is gekozen voor een vaste mobiele equipe: verpleegkundigen die alleen deze functie vervullen. In twee andere clusters hebben we geopteerd om de functie van de mobiele equipe te verdelen over alle verpleegkundigen. We zorgen ervoor dat verpleegkundigen in mobiele functie wel voorspelbare shifts hebben, maar geen voorspelbare afdeling. Ze zijn zowel tijdens de werkweek als in het weekend beschikbaar. Let wel: de mobiele functies worden alleen ingezet voor plotse of ongeplande afwezigheden, niet voor afwezigheden die langer dan één week vooraf bekend zijn of die inplanbaar zijn.”

“Op basis van de eerste resultaten zijn we positief over dit project”, aldus Anne Van Haesendonck. “Er is nu een vlottere vervanging bij onverwachte afwezigheden. De leidinggevenden zijn meer dan vroeger beschikbaar voor hun eigenlijke opdracht. We zien ook dat de voeling met en het begrip voor de werking en de noden van andere afdelingen groeit. Toch

lost de mobiele equipe niet alles op. Het knelpunt van de 11 uren rusttijd blijft onverminderd bestaan.”

Wetenschappelijk onderzoek

Alle deelnemende ziekenhuizen werken ook mee aan het wetenschappelijk onderzoek in het kader van dit pilootproject. Dat onderzoek wordt gevoerd door het Hoger Instituut voor de Arbeid (KUL), het UZ Gent en de UCL. Onderzocht wordt hoe een mobiele equipe het best georganiseerd kan worden om vervangingen snel te laten gebeuren en uurroosterverstoringen te vermijden. Er wordt ook bekeken welke plaats een mobiele equipe kan innemen binnen de globale arbeids- en werkkommissie, het gevoerde personeels- en organisatiebeleid. En ten slotte wordt ook de globale impact van de werkorganisatie onderzocht op het vlak van gezondheid, werkdruk en werklust, kwaliteit van de arbeid en jobtevredenheid. In de pilootziekenhuizen zijn nulmetingen, tussentijdse metingen en eindmetingen uitgevoerd. Dit verhaal is dus zeker nog niet ten einde.

● *Leden kunnen meer informatie en alle presentaties van de studiedagen over arbeidsduur in de gezondheidszorg en de pilootprojecten omtrent arbeidsduur in de ziekenhuizen vinden op het intranet van www.zorgnetvlaanderen.be: sociaal vademecum > arbeidsduur:*

- Linda Lemmens, *Praktijkgerichte tips voor werkbaar uurroosters*
- Klaartje Theunis, *Arbeidsduur: quo vadis?*
- Klaartje Theunis, *Pilootproject Arbeidsduur in ziekenhuizen*
- Peter Roosens, *Arbeidsduur volgens de wettelijke regels*
- Anne Van Haesendonck en Christine Van Damme, *Pilootproject PZ O.-L.-Vrouw, Brugge*
- Christine Van der Hoogerstraete en Trees Colle, *Pilootproject AZ Sint-Lucas, Gent*



Trees Colle en Christine Van der Hoogerstraete: “De mobiele equipe heeft een positief effect op het aantal roosterverstoringen.”

De no-faultwet, een stand van zaken

Toen in mei 2007 de eerste versie van de no-faultwet gestemd werd, rezen al snel bezwaren. De Vlaamse ziekenhuizen achtten de wet onuitvoerbaar en onbetaalbaar. Zorgnet Vlaanderen bundelde de krachten met andere partners (VOV, CM, MID) in een werkgroep onder leiding van directeur dr. Waterbley van het H. Hartziekenhuis Roeselare. Na een grondige studie met een stevige inbreng van stafmedewerkers en met de expertise van professor Herman Nys, hoogleraar gezondheidsrecht aan de K.U.Leuven, concludeerde de werkgroep dat het Franse model niet alleen beter, maar ook beter betaalbaar was. Andere ziekenhuisverenigingen en mutualiteiten sloten zich bij dit standpunt van Zorgnet Vlaanderen aan en samen slaagden we erin minister Onkelinx te overtuigen de wet te herbekijken. Hoogleraar en advocaat Stefaan Callens geeft een stand van zaken.

1. Waarom een no-faultwet?

Patiënten die schade lijden als gevolg van medische fouten of therapeutische ongevallen stoten vaak op de limieten van het klassieke aansprakelijkheidssysteem. De bewijslast voor de patiënten is vrij zwaar, de gerechtelijke procedure duurt meestal lang en is niet goedkoop. Tijdens een expertise blijkt geregeld dat de schade die de patiënt lijdt niet het gevolg is van een fout, maar van een risico eigen aan het medisch handelen, zodat de patiënt geen vergoeding krijgt. Voor patiënten die behandeld zijn in RVT's, ziekenhuizen of psychiatrische instellingen via multidisciplinaire teams is het bovendien niet gemakkelijk om na te gaan wie er onzorgvuldig handelde en kan worden aangesproken. Daarom hebben verschillende landen vergoedingssystemen uitgewerkt om patiënten te vergoeden voor gezondheidszorgschade zonder dat patiënten nog een fout moeten aantonen. Dit zijn de zogenaamde no-faultwetten die vooral tot stand zijn gekomen in de Scandinavische landen. Sinds 2002 kent ook Frankrijk een no-faultwet. In België zijn er voor specifieke situaties no-faultregels uitgewerkt, zoals voor asbestslachtoffers en deelnemers aan experimenten. De wet van 15 mei 2007, de zogenaamde no-faultwet, voorziet nu ook voor België in een algemeen systeem van foutloze aansprakelijkheid in de gezondheidszorg.

2. Het toepassingsgebied van de no-faultwet

De wet is van toepassing wanneer bij het verlenen van gezondheidszorg door een

zorgverlener in België schade is veroorzaakt en er een oorzakelijk verband is tussen die schade en het verlenen van de gezondheidszorg. Zowel artsen, tandartsen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen maar ook ziekenhuizen vallen onder het toepassingsgebied van de wet. Rustoorden en RVT's worden niet als zorgverleners in de zin van de wet beschouwd.

De wet geldt zowel voor schade die het gevolg is van het verlenen van gezondheidszorg als voor schade die het gevolg is van het niet verlenen van zorg. Ook schade die voortvloeit uit een ziekenhuisinfectie komt in aanmerking voor vergoeding via de nieuwe wet.

Er is geen vergoeding mogelijk voor schade als gevolg van normale en voorzienbare risico's die verband houden met de verleende gezondheidszorg.

3. Inwerkingtreding van de wet

De no-faultwet was al lang geleden aangekondigd. Uiteindelijk duurde het tot 15 mei 2007 alvorens de wet er kwam, al kon die wet niet worden toegepast door het ontbreken van de nodige uitvoeringsbesluiten. Door de verkiezingen van juni 2007 en door het zoeken naar een regering is de wetgever er niet in geslaagd om - zoals oorspronkelijk voorzien - tegen 1 januari 2008 de nodige uitvoeringsbesluiten voor de no-faultwet te hebben. De inwerkingtreding is dan uitgesteld naar 1 januari 2009. Ook die datum kon niet worden gehaald. Via de wet van 22 december 2008 is de verwijzing naar een datum voor de inwerkingtreding nu zelfs

uit de wet gehaald. Betekent dit nu dat de wet niet meer in werking zal treden? Allicht niet, al zal de wet wel grondig worden gewijzigd. Er wordt trouwens al volop gewerkt aan een aanpassing van de wet.

4. Naar een tweesporenbeleid en een ruimere dekking

Naar het voorbeeld van de Franse no-faultwet wenst Minister Onkelinx patiënten toch nog de mogelijkheid te geven om in plaats van een tussenkomst van het nieuwe fonds, gerechtelijke stappen te ondernemen tegen instellingen en beroepsbeoefenaars. Dit is het zogenaamde tweesporensysteem. Met de huidige wet is dit in principe niet mogelijk. De minister onderzoekt tevens of via een wetswijziging niet een ruimere dekking kan worden geboden dan nu het geval is. Zo zou het de bedoeling zijn om ook wanneer er geen fout is gepleegd door een zorgverlener, een vergoeding toe te kennen, zelfs als de (ernstige) schade het gevolg is van een gekend risico. Deze aanpassingen zullen ongetwijfeld op budgettaire vlak moeten worden onderzocht. Het toepassen van een tweesporenbeleid zal allicht tot gevolg hebben dat in België een hoge kwaliteitsvolle zorgstandaard gegarandeerd blijft. Of dit systeem er toe zal leiden dat de premies van verzekeringsmaatschappijen op het huidige niveau zullen blijven, is evenwel minder zeker.

Stefaan Callens is hoogleraar gezondheidsrecht aan de K.U.Leuven en advocaat in Brussel.



Naar een zorg in de samenleving

keerpunt

“We staan op een keerpunt. De tijd is rijp voor een echte *change*.” Sectorverantwoordelijke Jef Van Holsbeke en stafmedewerker Yves Wuyts spaarden de grote woorden niet op de communicatiedag voor de geestelijke gezondheidszorg op woensdag 17 december in Schaarbeek. De veranderingen waar de sector voor staat zijn dan ook niet min. Bijna 100 leden mengden zich in het debat.

De deelnemers aan de communicatiedag van Zorgnet Vlaanderen kregen een stevig programma voorgeschoteld. Na een korte terugblik op de evoluties van de voorbije decennia door Jef Van Holsbeke, mocht Yves Wuyts - als spreekbuis van de GGZ-staf - de krijtlijnen uitzetten voor de toekomstige uitdagingen en de GGZ-transformatie die op til staat. Daarna werd in diverse gespreksgroepen achtereenvolgens gefocust op de diverse zorgvormen en op de uitbouw van zorgtrajecten. Ten slotte volgde een uiteenzetting over het flexibiliseren en permeabiliseren van de zorg.

Uit de terugblik onthouden we vooral het belang van het raamkader voor een nieuw concept voor de GGZ uit 1997. Veel van de toenmalige uitgangspunten zijn vandaag nog altijd heel pertinent: de bio-psycho-sociale benadering, het belang van de omgeving van de patiënt, de multidisciplinaire aanpak en de samenwerking met belendende percelen, de nood aan

continuïteit en trajectbegeleiding. Een aantal zaken is inmiddels gerealiseerd, maar lang nog niet alles. Politiek is er al een weg afgelegd, zij het vaak moeizaam, en de eerste concrete initiatieven steken – fragmentair en traag – de kop op. Denk onder meer aan de experimentele introductie van nieuwe zorgvormen en de eerste zorgtrajecten.

Meer transparantie gewenst

Wat de toekomstige uitdagingen betreft, ging Yves Wuyts vooral in op de nood aan transparantie in de sector en op het toenemende belang van samenlevingsgericht werken met een klemtoon op het thuismilieu.

“De geestelijke gezondheidszorg is vandaag nog teveel een *black box*”, aldus Yves Wuyts. Er zijn weinig of geen outcomegegevens beschikbaar. Procesgegevens, uniforme kwaliteitsstandaarden en evidence based richtlijnen ontbreken

evenzeer. “De maatschappij heeft vragen bij de effectiviteit en de efficiëntie van wat we doen. Vandaag kunnen we daar geen afdoende antwoorden op geven. Dat heeft kwalijke gevolgen op drie terreinen. Politiek krijgen we weinig gehoor als we aankloppen voor extra middelen. De Vlaamse administratie wil het gebrek aan transparantie counteren met steeds meer normen en overheidssturing. En voor de gebruikers en de verwijzers bemoeilijkt het gebrek aan transparantie de toegang tot de juiste zorg op het juiste moment. Waar blijft de keuzevrijheid van de patiënt als hij geconfronteerd wordt met de doolhof van de GGZ?”

“Het rapporteren en visualiseren van de outcome is een noodzakelijke voorwaarde om een groter GGZ-budget bij de overheid te bedingen”, stelt Yves Wuyts. “Als GGZ-voorzieningen moeten we de eigen structuren en activiteiten overstijgen en focussen op bepaalde doelgroepen en/of

De communicatiedag Geestelijke Gezondheidszorg kende heel wat belangstelling. De sector staat dan ook voor grote uitdagingen.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
BLIKT VOORUIT OP COMMUNICATIEDAG

Samenwerking groeit al op het terrein

Algemeen directeur Jos Moers van PZ Sancta Maria in Sint-Truiden nam deel aan de communicatiedag GGZ. "Ik vond de communicatiedag bijzonder geslaagd", vertelt hij. "De methodiek met discussiegroepen werkt heel goed. Het is een goede formule. Wat de inhoud betreft: de geestelijke gezondheidszorg staat inderdaad op een keerpunt en het is goed om ons daarover te bezinnen. Er zit veel in de pijplijn in de sector, ook beleidsmatig. Hoe beter we daarop voorbereid zijn, hoe beter we de zaken mee kunnen sturen. Zelf hebben wij in het PZ Sancta Maria ook een aantal projecten lopen. Zo werken we aan een sterke samenwerking met de algemene ziekenhuizen. We zijn ook heel concreet bezig met de uitwerking van een concept van netwerkcircuit. Wat de toekomst betreft zal er inhoudelijk niet zoveel veranderen in ons werkveld, maar naar vorm des te meer. Het beddenconcept is gedoemd te verdwijnen, ook al blijven de bestaande functies nodig. Maar we gaan naar een andere oriëntering, naar meer samenwerking ook, vooral extramuros."



Jos Moers

regio's. Verder moeten we dringend werk maken van evidence based protocollen, richtlijnen en zorgprogramma's. En ten slotte is een duidelijke functie- en opdrachtomschrijving van de verschillende GGZ-aanbieders noodzakelijk."

Het bed uit, de samenleving in

Een andere uitdaging is het samenlevingsgericht werken, met een klemtoon op het thuismilieu. De kwaliteit van leven van de patiënt staat in de toekomst meer dan vandaag centraal. De patiënt krijgt dan ook een grotere, actieve rol toebedeeld: hij wordt meer partner dan patiënt. De verwachtingen, de mogelijkheden en

de motivatie van de patiënt en van zijn omgeving, vormen meer en meer de spil van de zorg. De zorg wordt vraaggericht, laagdrempelig en speelt zich zo lang en zo dicht mogelijk bij het thuismilieu af.

Het klinkt allemaal evident, maar in de praktijk betekent het een ommekeer. De zorg wordt gesitueerd in de samenleving, niet meer in een bed of een consultatieruimte. Het dagelijks functioneren van de patiënt krijgt meer aandacht, naast de diagnose en symptoomreductie. De samenwerking met de omgeving van de patiënt wordt cruciaal. En die omgeving mag vrij ruim geïnterpreteerd worden: de huisarts, de mantelzorgers en de familie uiteraard, maar ook de VDAB, het OCMW, het onderwijs en de huisvestingsmaatschappijen.

"De geestelijke zorgverlening is een zorg voor en door velen, in samenwerking", poneert Yves Wuyts. "De GGZ kan en moet niet alles zelf doen. Dat is niet nuttig, niet wenselijk en ook niet betaalbaar. De GGZ moet zich concentreren op zijn kerncompetenties en op de kwartiermakersrol, dat betekent: gaan pleiten voor de patiënten bij de VDAB, bij de school of bij de huisvestingsmaatschappij. We moeten meer dan vroeger naar buiten komen, op pad gaan, samenwerken met de eerstelijns en de welzijnssector."

GGZ-transformatie

De geestelijke gezondheidszorg van de toekomst is gebaseerd op het psychosociaal-biomodel. Het wordt een zorg met beide voeten in de samenleving. Een zorg die meer is dan genezen, maar ook voorkomen, vroegtijdig detecteren en werken aan herstel. Dit vereist een samenhangend uitgebouwd zorgaanbod met voldoende zorgdifferentiatie naar vorm en inhoud, met zorg op maat voor deelgroepen en met continuïteit als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg.

Er zijn verschillende denkpistes over hoe die transformatie naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg concreet zal verlopen. In oktober en november 2008 organiseerde Zorgnet Vlaanderen in dat kader studiereizen naar Birmingham en Leiden. Hoewel de context in Engeland en Nederland niet helemaal met de Belgische situatie te vergelijken is, kunnen deze buitenlandse praktijken als voorbeeld dienen. Het warm water hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden: de ontwikkelingen in onze geestelijke gezondheidszorg vinden we terug in tal van andere Westerse landen.

• Meer informatie vindt u op de website van Zorgnet Vlaanderen:

- De presentaties van de communicatiedag GGZ van december 2008: geestelijke gezondheidszorg > bestaande voorzieningen > algemeen > communicatiedag 17/12/2008.
- De verslaggeving van de verschillende discussiegroepen van de communicatiedag is beschikbaar als Verbondsnota.

Bezig met strategische planning op 15 jaar

Johan Depoortere is algemeen directeur van PZ Heilig Hart in Ieper en van de overkoepelende vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'. "Ik vond de voorstelling van zaken voor onze toekomst vrij realistisch", aldus Johan Depoortere. "De presentatie was goed gestoffeerd, dankzij de input van buitenlandse voorbeelden. Het was erg boeiend, ook al omdat we met onze overkoepelende vzw, die in West-Vlaanderen 1.000 bedden vertegenwoordigt, een strategische planning voor de komende 15 jaar aan het uitstippelen zijn. Het is duidelijk dat de langdurige patiënten in de toekomst niet binnen de muren van een PZ kunnen blijven. Netwerkvorming is nodig, maar er blijven nog enkele knelpunten die opgelost moeten worden. In elk geval vind ik een initiatief als deze communicatiedag heel goed. Het is noodzakelijk dat we de jongste evoluties kunnen volgen en dat we samen overleg kunnen plegen. En het klopt ook dat we als sector meer naar buiten moeten treden. We komen heel weinig in de pers, we blijven steevast in de schaduw. Daardoor leven bij de bevolking veel achterhaalde beelden over de psychiatrie. We moeten die nodig bijstellen."



Johan Depoortere

Open Bedrijvendag 2009: *deelnemen of niet?*

Zondag 4 oktober 2009 mag dan nog veraf lijken, wie neemt aan Open Bedrijvendag kan best rond deze tijd al met de voorbereidingen starten. Elk jaar opnieuw laten heel wat zorginstellingen zich van hun mooiste kant zien tijdens deze groots opgezette opendeurdag. *Zorgwijzer* ging aankloppen bij drie deelnemers aan de editie 2008: een algemeen ziekenhuis, een woon- en zorgcentrum en een psychiatrisch centrum. Hoe blikken zij terug op Open Bedrijvendag? Raden zij de collega-zorginstellingen aan om deel te nemen? En welke tips kunnen ze geven?

Imeldaziekenhuis: “Op een positieve manier naar buiten komen”

In het Imeldaziekenhuis lag de klemtoon tijdens Open Bedrijvendag 2008 op informaticaprojecten en technische apparatuur.



Wendy Nys, coördinator personeelszaken van het Imeldaziekenhuis in Bonheiden: “Het thema van Open Bedrijvendag in 2008 was technologische innovatie. Dit was voor ons de motivatie om onze informaticaprojecten en technische apparatuur te laten zien. Bijkomend hadden we een aantal vacatures voor deze diensten en konden potentieel nieuwe medewerkers onmiddellijk achter de schermen meekijken. We telden ongeveer duizend bezoekers. Gezien het beperkt aantal diensten dat deelnam en de beperkte publiciteit die we voerden, waren we hier zeer tevreden mee. Maar wat ons het meest bijblijft, is de enthousiaste manier waarop de medewerkers hun werk deelden met de bezoekers. Open Bedrijvendag is niet iets om elk jaar te doen, maar zo eens om de vijf jaar. Ik raad het ook andere zorginstellingen aan. Het is de ideale manier om op een positieve manier naar buiten te komen.”

Mijn tips

“Maak vooraf goede afspraken over alle aspecten. Van de mensen van Open Bedrijvendag krijg je een handleiding. Als je die volgt, komt het wel goed met de organisatie.”

WZC Sint-Anna: “Heel enthousiaste en lovende reacties”

Karolien Louf, algemeen directeur van woon- en zorgcentrum Sint-Anna in Bulskamp: “Wij hadden drie duidelijke doelstellingen voor ogen met onze deelname: nieuwe medewerkers aantrekken, toekomstige bewoners anoniem kennis laten maken met ons centrum en zorgen voor een positieve beeldvorming van de ouderenzorg bij de hele bevolking. Hoogtepunten die we toonden waren onder meer de snoezelruimte met waterbed en etherische oliën, het schildersatelier waar bezoekers actief aan de slag konden, de afdeling kortverblijf en een film van ons project sTimul. We organiseerden ook kookactiviteiten met de bewoners en een degustatie voor de bezoekers. Het vraagt een inspanning om medewerkers te motiveren om deel te nemen aan Open Bedrijvendag, omdat de meeste personeelsleden al één op twee weekends moeten werken. We hebben dan ook duidelijk onze waardering getoond. We kregen het bezoek van zeshonderd vijftig mensen, waaronder vooral seni-

5 extra tips voor een geslaagde Open Bedrijvendag

1. Betrek zoveel mogelijk afdelingen bij de voorbereiding en de organisatie. Dat is goed voor de teambuilding.
2. Betrek zeker de dienst HR om de vacatures in de kijker te zetten; organiseer een jobstand.
3. Maak de rondleiding niet te lang. Toon niet alles, durf keuzes te maken. Een korte en gebalde rondleiding is beter dan een lange en daardoor misschien wel saaie rondleiding.
4. Probeer de bezoeker iets interactiefs aan te bieden, onder meer via simulaties en demonstraties.
5. Extra animatie en randactiviteiten zijn altijd mooi meegenomen: een optreden van de cliniclowns, een panelgesprek, een stand rond gezondheidspreventie en dies meer.

Meer informatie vindt u op www.openbedrijvendag.be.

oren. Dat aantal overtrof onze verwachtingen, gezien we te kampen hadden met een niet verwachte wegomleiding.

Of onze doelstellingen gerealiseerd zijn? Het aantal spontane sollicitaties is niet spectaculair gestegen, maar we kregen wel heel enthousiaste en lovende reacties van senioren. De mond aan mond reclame heeft zeker zijn werk gedaan. Ook naar positieve beeldvorming van de ouderenzorg zijn we heel tevreden. Op het einde van het parcours werden de bezoekers bevraagd. Daaruit bleek duidelijk dat negatieve vooroordelen tegenover een rusthuis wel degelijk omgebogen kunnen worden door zo'n begeleid bezoek. Die positieve beeldvorming is dan ook wat me het meest zal bijblijven, samen met het dynamisme van de medewerkers bij de creatieve invulling en medewerking. We waren eigenlijk bijzonder fier om ons huis te tonen!

Zelf zullen we nu een tijdje niet meer deelnemen, want de kostprijs ligt toch wel hoog. Maar het zou goed zijn als andere zorginstellingen deelnamen, in het bijzonder om de vaak negatieve beeldvorming van de ouderenzorg te doorbreken."

Mijn tips

"Werken met een draaiboek is essentieel. En verder: goed overleg met medewerkers, duidelijke afspraken met familie en een vooraf bepaald budget. Netheid en een feestelijke aankleding werken uitnodigend, een hapje en een drankje zijn onmisbaar. Je kunt ook de buurt en de pers betrekken. Zorg ook voor een goede wegbeschrijving en heel veel enthousiasme!"

PC Zoete Nood Gods: "Samenwerking met Open Bedrijvendag optimaal"

Bénédicte De Waele, management-assistente van Psychiatrisch centrum Zoete Nood Gods in Lede: "Onze instelling organiseert elk jaar minstens één activiteit rond positieve beeldvorming. In het verleden gebeurde dit met een jaarlijkse opendeurdag, in 2007 namen we deel aan Open Monumentendag en in 2008 kozen we voor Open Bedrijvendag.

Onze doelstellingen waren het beter bekend maken bij het grote publiek van de sector geestelijke gezondheidszorg en werken aan een positiever imago van de sector. We richtten ons dus op het grote publiek, maar ook op familieleden van patiënten en bewoners, toekomstige patiënten en potentiële medewerkers.

We hebben de verschillende doelgroepen en disciplines in ons centrum voorgesteld, er was een rondleiding in de grootkeuken en we bezochten een aantal afdelingen.

In totaal werkte een honderdtal medewerkers en artsen mee aan Open Bedrijvendag. Wij mochten ongeveer duizend bezoekers verwelkomen. Dit aantal beantwoordde aan onze verwachtingen.

De doelstellingen die wij voor ogen hadden, zijn gerealiseerd. Wij zijn dan ook tevreden over onze deelname. De samenwerking met het team van Open Bedrijvendag is heel vlot verlopen en was tot in

de puntjes verzorgd. De vele positieve reacties die wij na afloop mochten ontvangen, deden deugd voor al wie bijgedragen had aan de organisatie van die dag.

Wij overwegen om in de toekomst nog deel te nemen, gezien de uitermate positieve ervaring. En ja, we raden anderen aan om ook eens deel te nemen. Het is zeker positief voor de uitstraling van de instelling. Bovendien werd alles vanuit het team van Open Bedrijvendag zeer goed georganiseerd. Het team was altijd even vriendelijk en behulpzaam."

Mijn tips

"Je kunt het best een interne werkgroep oprichten waarin van bij de start elke afdeling en elk departement vertegenwoordigd is. Start tijdig met de voorbereidingen. Stel binnen de werkgroep een interne coördinator aan, die samen met de directie het verloop van het ganse proces coördineert en bijstuurt waar nodig."



Psychiatrisch centrum Zoete Nood Gods in Lede mocht een duizendtal bezoekers verwelkomen.

Nog even napraten na het bezoek aan woon- en zorgcentrum Sint-Anna. Dan pas blijkt hoe sterk een opendeurdag kan bijdragen tot een positieve beeldvorming van de zorgsector.



Ziekenhuisbeleid voor externe bestuurders

De zorgsector heeft de jongste jaren sterk aan professionaliteit gewonnen. Dat vertaalt zich ook in de samenstelling van een raad van bestuur. Steeds vaker worden externe deskundigen aangezocht om bestuursverantwoordelijkheid op te nemen. Het *Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV)* speelt daar op in en organiseert dit voorjaar voor de eerste keer een opleiding *Ziekenhuisbeleid voor externe bestuurders*. Professor Arthur Vleugels geeft tekst en uitleg.

Waarom is het verstandig om externe bestuurders in een raad van bestuur op te nemen?

Professor Arthur Vleugels: Ziekenhuizen zijn de jongste jaren sterk geëvolueerd. Op het vlak van beleidsvoering kun je ze meer en meer vergelijken met commerciële bedrijven. Wat de omzet en het aantal medewerkers betreft, hoeven ze alvast niet onder te doen. Deze ondernemingen moeten professioneel aangestuurd worden, zowel op het niveau van de directie als op het niveau van de raad van bestuur. Traditioneel waren in een raad van bestuur twee groepen vertegenwoordigd. Enerzijds had je de oorspronkelijke initiatiefnemers of de inrichtende macht. Anderzijds was er een afvaardiging van directieleden, al dan niet met stemrecht. Nu is daar een derde groep bijgekomen: de externe bestuurders. Die evolutie gaat hand in hand met een uitbreiding van de opdracht van de raad van bestuur. Bestuurders moeten vandaag niet alleen *sturen*, maar ook *toezicht uitoefenen* over de directie en het gevoerde beleid. En daarvoor heb je specifieke deskundigheid nodig, die niet altijd intern aanwezig is. Vandaar dat het goed is om, waar nodig, externe deskundigen in je raad van bestuur op te nemen.

Is het gemakkelijk om geschikte externe bestuurders te vinden voor de zorgsector?

Prof. Vleugels: Dat valt wel mee. Ik heb niet de indruk dat zich hier een probleem stelt. Bij de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen zijn externe bestuurders al een verworvenheid. In de sector van de ouderenzorg liggen de kaarten anders. De relatie tussen cliënt en organisatie is er anders en ook de

schaalgrootte is niet vergelijkbaar. Al lijkt het mij ook hier verstandig om externe deskundigheid aan te trekken, ook op het niveau van een raad van bestuur. We zien in de ouderenzorg trouwens ook een evolutie plaatsvinden naar ruimere netwerken en andere samenwerkingsverbanden.

Wat is de motivatie van externe bestuurders? Geld? Macht? Engagement?

Prof. Vleugels: Het klinkt misschien idealistisch, maar geloof me vrij: het gaat zelden om de macht of de centen. Je kunt het inderdaad nog het best omschrijven als een vorm van eigentijds engagement. Waarmee ik niet gezegd wil hebben dat bestuurders niet vergoed mogen worden. Integendeel. Als je wilt dat die mensen zich echt inzetten, dat ze dossiers instuderen, dat ze hun verantwoordelijkheid opnemen, dat ze hun specifieke deskundigheid ten dienste stellen,... dan moet je daar ook een zekere vergoeding tegenover durven te stellen.

Wat is eigenlijk heel concreet de opdracht van een raad van bestuur?

Prof. Vleugels: Sturen en toezicht uitoefenen. Kijk, de missie van een organisatie ligt meestal wel vast. Maar op basis van die missie moet een visie ontwikkeld worden, waarop dan weer een beleid gebouwd kan worden. En dat beleid uitstippen doe je door strategische doelen te formuleren, door een beleidsplan op te maken. Dat is een opdracht voor de raad van bestuur, in samenwerking met de directie. Als het beleidsplan en de strategie eenmaal vastliggen, moet het plan ook nog uitgevoerd worden. Het is de taak van de raad van bestuur om daar op toe te zien.

Draagt een bestuurder een grote aansprakelijkheid?

Prof. Vleugels: Ja, en dat is een heel belangrijk punt. En die mensen beseffen dat ook wel. Meestal zijn de bestuurders daar goed tegen verzekerd. Volgens de ziekenhuiswet zijn de bestuurders uiteindelijk verantwoordelijk voor de totaliteit van het beleid, met uitzondering van strafrechtelijke feiten die medewerkers zouden plegen. Bestuurders zijn zelfs individueel aansprakelijk.

Welke kennis of deskundigheid acht u onmisbaar voor een bestuurder?

Prof. Vleugels: Externe bestuurders worden aangetrokken omwille van een specifieke deskundigheid. Dat kan op het financiële vlak zijn, op het gebied van personeelsbeleid of nog een ander terrein. Ideaal is als een organisatie eens grondig nadenkt over een globaal profiel van haar raad van bestuur: welke mensen hebben we nodig, welke deskundigheid ontbreekt er nog. Op basis daarvan kunnen dan de juiste mensen gezocht worden. Soms hoor je nog eens een opmerking als *Ik ken iemand die dat graag zou doen*, maar dat is eigenlijk niet de juiste aanpak.

Naast die specifieke deskundigheid waarvoor een externe bestuurder aangezocht wordt, moet elk bestuurslid toch ook iets van de werking van een ziekenhuis en de gezondheidszorg afweten. Ze moeten begrijpen waar het over gaat. Veel bestuurders schrikken daar wel even van. Ze denken dat de situatie helemaal vergelijkbaar is met de profit sector, maar dat is niet altijd het geval. Je kunt bijvoorbeeld veel van personeelsbeleid kennen, maar een HRM-beleid voor artsen uitwerken is nog een ander paar mouwen. Ook de

Schögen
Vanden Broede
Dorniel
Kif
De Ouf
Zutsaert
Durant
Hellings
Schuiter
Raemackers
Degadt
Van Hoggearden
De Groot
Vander Auwera
Vanden Bosch
Bemelen
De Baeken
Laasman
De Bakhure
Justent
de la...



Programma



financiering van een ziekenhuis is een heel aparte en complexe materie, waar je als leek niet meteen je weg vindt.

Op welke basis zijn de docenten voor deze opleiding geselecteerd?

Prof. Vleugels: De meeste docenten maken deel uit van de staf van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U. Leuven. Daarbij kunnen we een beroep doen op mensen uit verschillende faculteiten van de universiteit. We zorgen ook voor een ontmoeting met ziekenhuisbestuurders die al enkele jaren ervaring hebben en met andere beleidsverantwoordelijken.

Het programma ziet er heel gebald en zwaar uit. Is het ook verteerbaar?

Prof. Vleugels: Dat is een keuze, natuurlijk. We richten ons met deze opleiding tot mensen die een eigen professioneel leven leiden. We willen die mensen zoveel mogelijk kennis bijbrengen in zo weinig mogelijk tijd. We hadden er ook voor kunnen opteren om acht sessies te organiseren in plaats van vier, maar dan leg je de drempel op die manier weer een stuk hoger. Nu, het zijn professionals tot wie we ons richten. Mensen die weten wat besturen is. We moeten ze geen balans leren lezen; we leren ze wel hoe ze een *ziekenhuis* balans kunnen interpreteren.

DONDERDAG 19 FEBRUARI – MODULE 1

- Inleiding en situering van de opleiding | **A. Vleugels**
- Ziekenhuiswetgeving: ziekenhuiswet, beroepen in de gezondheidszorg, privacywetgeving, VZW- en OCMW-wetgeving | **S. Callens**
- Sociaal-juridisch statuut artsen: algemene regeling, rechtsverhoudingen ziekenhuisbeheerder en ziekenhuisarts, werken in associatieverband, contractering met de ziekenfondsen, tarifiering prestaties | **S. Callens**
- Contextfactoren bestuur en management van zorginstellingen: zorgmodellen en organisatie modellen | **A. Vleugels**

DONDERDAG 19 MAART – MODULE 2

- Kosten en jaarrekeningen van ziekenhuizen: boekhouding, kostencalculatie, analyse van de jaarrekening van ziekenhuizen, financiële regeling met artsen | **S. Van Herck**
- Informatiebeleid: registratiesystemen, patiëntenclassificatie, patiëntendossiers, sturingsinstrumenten | **W. Sermeus**
- Ziekenhuisfinanciering: financiële stromen, bevoegdheden, rol RIZIV, ziekenfondsen en FOD, externe controle, budget van financiële middelen, VIPA, nomenclatuur, forfaits, referentiebedragen, internationale vergelijking van financieringsmechanismen | **W. Sermeus**

DONDERDAG 23 APRIL – MODULE 3

- Methoden van kwaliteitsbewaking en -opvolging in ziekenhuizen: Evidence Based Medicine, werken met indicatoren, normen/standaarden en criteria, toetsingsinstrumenten, kwaliteitsmodellen, accrediteringsmodellen, risk management, patiëntveiligheid, meten van ervaring/tevredenheid patiënten en medewerkers | **A. Vleugels**
- Organisatie van zorgprocessen: klinische paden, case management, relatie eerste-tweede lijn, instrumenten voor procesoptimalisatie | **K. Vanhaecht**

DONDERDAG 7 MEI – MODULE 4

- Bestuursmodellen in zorginstellingen: profiel bestuursorganen, rol externe bestuurders, public accountability, internationale vergelijking | **K. Eeckloo**
- Human resources management met specifieke aandacht voor ziekenhuisartsen: functie-analyse en competentie management, werving en selectie, opleiding en evaluatie en kengetallen | **P. Degadt / K. De Witte**
- Ontmoeting met enkele ziekenhuisbestuurders, o.a. K. Baeck (AZ Sint-Blasius, Dendermonde), B. Bakker (Sint-Elisabethziekenhuis, Turnhout), P. Degadt (Zorgnet Vlaanderen), P. Maertens (Imeldaziekenhuis, Bonheiden) en L. Van Roye (VOV).

Elke module loopt van 13.30 tot 20.00 uur | Locatie: Faculty Club, Leuven
Prijs: 1.980 euro | Voor meer informatie en inschrijvingen: www.czv.kuleuven.be.

Een correctie, ja. Maar dan graag **correct** en zonder uitstel.

De financiering van de zorgsector is complex en verwarrend. Dat heeft alles te maken met de historiek. Lang geleden werd een huis gebouwd. En toen er plaats tekort bleek, werd daar later een schuurtje bijgebouwd. En nog later een kotje. En nog een. De zorgsector lijdt aan koterijfinanciering. Zelfs een kat vindt er maar met moeite haar jongen terug. En dat maakt een politiek – laat staan een maatschappelijk – debat over de financiering van de zorg aartsmoelijk. Toch zijn deze debatten broodnodig, want een correcte financiering is een noodzakelijke voorwaarde voor goede zorg.

Neem bijvoorbeeld de sector van de psychiatrische ziekenhuizen. Daar vinden belangrijke evoluties plaats naar een meer patiëntgerichte aanpak. Om alle ziekenhuizen gelijke kansen te geven in deze heroriëntatie, is een correctie in de financiering nodig.

Een recente studie die de KUL in opdracht van en in samenwerking met Zorgnet Vlaanderen maakte, brengt objectief de budgetbehoefte voor de psychiatrische ziekenhuizen in de *onderdelen* B1, B2 en B4 in kaart. Tja, die onderdelen, dat zijn dus deeltjes van de oorspronkelijke woning en de koterijen. B4 bijvoorbeeld staat voor de personeelsstatuten IBF, Sociale Maribel en T1 & T2. Al brengt deze informatie waarschijnlijk niet meteen veel klaarheid.

Waarover gaat dit?

Het onderdeel B1 in de financiering van psychiatrische ziekenhuizen financiert de algemene kosten, onderhoud, verwarming, administratie, was en linnen, voeding. In de sector leefde de overtuiging dat dit onderdeel B1 structureel te laag

gefinancierd werd, waardoor een aantal instellingen al in de problemen was gekomen. De studie geeft hierover geen uitsluitel, onder meer omdat een aantal kosten door de overheid niet aanvaard wordt. De studie geeft wel aan dat de beschikbare middelen in onderdeel B1 niet optimaal verdeeld zijn. Hoe dat historisch gegroeid is, is een apart verhaal. Wat nu telt, is dat er een herverdeling van de middelen uit B1 georganiseerd moet worden.

Maar daar stopt ons verhaal niet. Ook de onderdelen B2 en B4 werden door de KUL onder de loep genomen. En hier brengt de studie onomwonden een fundamenteel en structureel tekort van zo'n 33 miljoen euro per jaar aan het licht.

Zowel B2 als B4 slaan op personeelsfinanciering. Onderdeel B2 financiert het personeel dat de overheid beschouwt als het verplichte minimum dat psychiatrische ziekenhuizen in dienst moeten hebben. Het gaat dan om x aantal verpleegkundigen, verzorgenden en therapeuten per x aantal bedden. Instellingen mogen niet onder die wettelijk bepaalde grenzen gaan, anders verliezen ze hun erkenning. Het knelpunt is echter dat de overheid wel strikte regels bepaalt, maar niet voldoende middelen voorziet om ze na te leven. Het tekort in de financiering van het *normpersoneel*, zoals dat heet, bedraagt 8.660.135 euro per jaar. Omgerekend is dat 1.326,13 euro per personeelslid, dat psychiatrische ziekenhuizen op een of andere manier zelf moeten bijpassen.

Daar komt nog eens het tekort in onderdeel B4 bovenop. B4 financiert een aantal bijzondere personeelsstatuten die in de loop der jaren aangebouwd zijn. Het gaat

over IBF (1987: contractuelen gesubsidiëerd door het Interdepartementaal Begrotingsfonds), over Sociale Maribel (1997: Model Analysis for Rapid Investigation of the Belgian economy) en T1 en T2 (1990: reconversieplan met betere omkadering voor T-diensten). Het zou ons te ver leiden om deze bijzondere statuten nader te belichten. Waar het hier om gaat, is dat ook in dit onderdeel B4 een gigantische onderfinanciering is blootgelegd. Voor het IBF-personeel alleen al gaat het over 11 miljoen euro per jaar. Samengevat: voor onderdeel B1 is de financiering vanuit de overheid slecht verdeeld. Voor onderdelen B2 en B4 is er een gezamenlijk tekort van 33 miljoen euro per jaar.

Wat wil nu het geval? De overheid is al volop bezig de herverdeling van de middelen uit B1 aan het voorbereiden, maar heeft nog geen antwoord klaar op de globale onderfinanciering. Als alleen de herverdeling B1 wordt aangepakt, wordt een aantal instellingen daar ongetwijfeld beter van. Maar andere instellingen dreigen op heel korte termijn in ernstige financiële problemen te komen. Zorgnet Vlaanderen ijvert er dan ook voor om beide dossiers aan elkaar te linken en gelijktijdig uit te voeren. Dat zou verspreid over vijf jaar perfect kunnen. En zo zou geen enkel psychiatrisch ziekenhuis een financiële strop hoeven te krijgen.

Zorgnet Vlaanderen heeft inmiddels al contact genomen met de betrokken administraties en met het kabinet van minister Onkelinx. Want een herverdeling zonder het aanpakken van de structurele onderfinanciering zou voor veel instellingen onvermijdelijk tot een rampscenario leiden.

“Geriatric is altijd mijn passie geweest”

“Ik verveel me niet. Dat is het minste wat ik over mijn job kan zeggen. Op papier heb ik een ondersteunende en coördinerende functie. Ik stel onder andere mee de procedures op voor de projecten die hier in de instelling lopen en neem, samen met de directie en het multidisciplinaire team, de kwaliteitsbewaking voor mijn rekening. De zorg voor de bewoners staat daarbij centraal. Of het nu om lig- en zitcomfort, maaltijdbegeleiding, handhygiëne of tilprocedures gaat; ik ben voortdurend bezig met manieren te bedenken om het leefcomfort van onze bewoners te verbeteren.

Momenteel werk ik mee aan een communicatieproject. Verpleegkundigen krijgen wel eens een opmerking van een bewoner of een familielid. Daar moeten ze correct op kunnen antwoorden. Een foute reactie kan het probleem immers nog groter maken. We verstrekken ook palliatieve zorgen, wat communicatief geen makkelijk thema is. Wie hier werkt, moet familieleden kunnen te woord staan in moeilijke situaties.

Ook de rapportering in een zorgdossier valt voor mij onder goede communicatie. Die moet bondig geschreven en toch duidelijk zijn. Dat is niet voor iedereen in de zorgsector even evident. Onze verpleegkundigen zorgen heel graag voor mensen, maar als er geschreven moet worden, lopen ze minder warm (*lacht*). Voor dit project verzorg ik trouwens niet alleen de inhoud. Ik stel ook een schema op zodat iedereen weet waar en wanneer hij aan welke sessie moet deelnemen; niet vanzelfsprekend voor een honderdkoppig team.

Omdat het vierde kwartaal net is afgesloten, ben ik deze week ook bezig met de kwartaalaangifte voor het RIZIV. Al de verstrekken gegevens moeten nagekeken worden en in de juiste vorm gegoten. Dat doe ik niet allemaal zelf, maar ik ben wel verantwoordelijk voor de coördinatie, de begeleiding en de opvolging van dat werk.

Mijn werk heeft ook een administratief tintje. Ik help bij de budgetcontrole, beheer mee de middelen en volg de bestel-

lingen op. Daarnaast zorg ik ervoor dat werknemers bijscholingen kunnen volgen in functie van de richtlijnen die de overheid ons oplegt of op vraag van directie of personeel. Uiteraard komt daar nog heel wat vergader- en overlegwerk bovenop: met familie, bewoners, personeel, scholen, OCMW's, huisartsen, brandweer, noem maar op.

Het leukste aan mijn job vind ik de mensen waarmee ik in contact kom: bewoners, familie, personeel, leveranciers. Met de directie werk ik het nauwst samen. Ik ondersteun waar ik kan. Omdat mijn werk vooral rond projecten draait, kom ik ook vaak in contact met leidinggevenden van verschillende afdelingen en collega's uit andere disciplines: kiné, keuken, ergotherapie, onderhoud, sociale dienst, het dagcentrum of het dienstencentrum. Om een project van de grond te krijgen,

moet ik meer dan eens over de grenzen van de afzonderlijke afdelingen durven te kijken. De neuzen zoveel mogelijk in dezelfde richting krijgen, is dan de boodschap. Meestal lukt dat wel.

Dat is heel wat, maar ik ben graag met van alles tegelijk bezig. Liever dat dan me op één onderwerp toe te spitsen. Ik zit hier dus ideaal en doe mijn werk al 22 jaar met evenveel plezier. Geriatric is dan ook altijd al mijn passie geweest, van toen ik nog studeerde. Ik heb me door de jaren heen ook altijd bijgeschoold. Na mijn studies kinesitherapie heb ik me gespecialiseerd in de geriatric. Ook nu ben ik weer aan het studeren: zorgmanagement. Eigenlijk ben ik een levende reclame voor het levenslang leren. Dat moet ook, vind ik. Anders was ik nooit zo lang op deze stoel blijven zitten. De zorgsector evolueert zo snel dat je echt bij moet blijven.”

WV



Annie Coninx: “Ik doe mijn werk al 22 jaar met evenveel plezier.”

De herontdekking van de vrije verbeelding

Het Symfonieorkest Vlaanderen heeft de voorbije jaren een reputatie opgebouwd met ijzersterke concertreeksen voor uitverkochte zalen in Brussel, Brugge, Gent en Antwerpen. Begin maart stelt het orkest met dirigent Etienne Siebens het programma *Dynamitskaja* voor. Met werk van Claude Debussy, Karol Szymanowski en Modest Mussorgski. Een aanrader.

Debussy zette in de *Prélude à l'après-midi d'un faune* het traditionele vormconcept op zijn kop en zocht naar muziek die zich liet leiden door de vrije verbeelding, los van vooropgestelde regels. Zijn modellen vond hij in de poëzie van Charles Baudelaire, Paul Verlaine en vooral Stéphane Mallarmé.

Op muzikaal gebied leerde Debussy onder meer uit de spontane, niet gekunstelde werken van de Russische componist Modest Mussorgski. Zijn onconventionele schrijfstijl, die nergens zo duidelijk te horen is als in de *Schilderijtentoonstelling*, sprak de 23 jaar jongere Debussy erg aan. Het werk was de voorbode van heel wat ontwikkelingen die leidden tot het 20ste eeuwse modernisme. Mussorgski componeerde het voor piano, toch is het vandaag vooral gekend in de orkestversie die Maurice Ravel er in 1920 van maakte. De derde componist op dit programma, de Pool Karol Szymanowski, had in eigen land een even grote voortrekkersrol als Mussorgski en Debussy. Zijn *Tweede Violconcerto* is een prachtige illustratie van hoe het modernisme zich in Oost-Europa manifesteerde. Het Symfonieorkest Vlaanderen werkt voor deze uitvoering samen met violsoliste Patricia Kopatchinskaja.

Dynamitskaja

Claude Debussy: *Prélude à l'après-midi d'un faune*
 Karol Szymanowski: *Violconcerto nr. 2*
 Modest Mussorgski: *Schilderijtentoonstelling*
 Dirigent Etienne Siebens
 Soliste Patricia Kopatchinskaja, viool
 Symfonieorkest Vlaanderen

Concerten op zondag 1 maart om 20 uur in het Paleis voor Schone Kunsten in Brussel, dinsdag 3 maart om 20 uur in deSingel in Antwerpen, donderdag 5 maart om 20 uur in Concertgebouw Brugge en zondag 8 maart om 15 uur in Muziekcentrum de Bijloke in Gent. Info en tickets op 050-84 05 87, behalve voor het concert in Gent: 09- 269 92 92.



Soliste Patricia Kopatchinskaja belooft vuurwerk in het 2de Violconcerto van Szymanovski.

Vrijkaarten

Zorgwijzer schenkt **gratis kaarten** voor deze concerten.
 5 keer 2 tickets voor het concert op 1 maart in het PSK in Brussel
 5 keer 2 tickets voor het concert op 3 maart in deSingel in Antwerpen

Wag uw kans. Stuur een mail met uw naam, adres en telefoonnummer naar info@symfonieorkest.be. Veel succes!



GERACC
 Zorgzorg Informatie
 Zorgorganisatie Nuts



De GERACC-suite van CMS informatiseert uw woonzorgcentrum van A tot Z!

- residententbeheer en verblijfsfacturatie
- dokters- en kinesistentarificatie
- RIZIV-administratie en -financieringssimulatie
- elektronische RIZIV-facturatie
- bewoners- en RIZIV-statistieken
- medicatiebeheer en -verdeling
- elektronische communicatie met de apotheek
- multidisciplinair zorgdossier
- elektronisch zorgdossier, mobiel of op de kamer
- uurroosterplanning met tijdregistratie en loonopgave

Software van **CMS** is ook verkrijgbaar bij:
 CIPAL • Logins • Partezis • Schaubroeck • Stésud

CMS Software Services
 Mastboomstraat 4 • 2630 Aartselaar
 T 03 870 84 60 • info@cms-software.be
www.cms-software.be



Te gek voor woorden

Te Gek?!

Om de beeldvorming rond geestelijke gezondheidszorg bij te sturen, startte het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael uit Diest enkele jaren geleden het project Te Gek?! Niemand die toen kon vermoeden hoezeer dit initiatief aan zou slaan. In april en mei 2009 is er nu Te gek voor woorden, een literaire tournee met klinkende namen. En in het najaar 2009 volgt er een tweede schoolprogramma onder de titel Te Gek Intiem.

Het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael is een kleinschalig ziekenhuis met open karakter, gelegen in het centrum van Diest, grenzend aan het historisch Begijnhof. Naast het aanbieden van een moderne psychiatrische gezondheidszorg op maat, wil het ziekenhuis uitdrukkelijk werk maken van een positieve beeldvorming over psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

Eén volwassene op vier in België wordt ooit zelf geconfronteerd met ernstige psychische problemen. Voor één op negen onder ons zal dit zelfs binnen het jaar het geval zijn. En toch blijkt de kennis hierover vrij gering te zijn en bestaan er nog tal van vooroordelen.

Negatieve beeldvorming houdt mensen vaak tegen om over hun problemen te praten of tijdig hulp te zoeken. Drempelverlagende initiatieven rond psychiatrie zijn dan ook broodnodig. Want er moeten nog heel wat taboes doorbroken worden.

Een blitse start

PZ Sint-Annendael koos in 2004 voor de grootschalige aanpak met het project *Te Gek?!*. Auteur Kristien Hemmerechts aanvaardde het meterschap.

Als eerste initiatief kwam een cd uit met zestien songs die mentale grenzen en universele gevoelens verkennen en tonen dat niemand van ons immuun is voor angst, depressie of dementie. De cd werd op 25 november 2004 aan pers en publiek voorgesteld vanuit de AB in Brussel met toespraken van onder meer Kristien Hemmerechts en minister Vervotte. De dag nadien haalde *Te Gek?!* alle kranten. Het project was gelanceerd.

Ondertussen bundelden alle GGZ-actoren in Vlaanderen, waaronder Zorgnet Vlaanderen en *Te Gek?!* de krachten in Anders Gewoon. De boodschap van Anders Ge-

woon: anders tegen geestelijke gezondheid aankijken. Het project: bruggen slaan tussen de professionele hulpverlening, de zorgorganisaties en de bevolking. Anders Gewoon kon tot stand komen met de structurele steun van Cera.

Op 12 april 2005 verscheen in De Standaard een eerste *Te Gek?!*-dossier van 16 pagina's over geestelijke gezondheidszorg. Het werd verspreid op 170.000 exemplaren over heel Vlaanderen.



Met de literaire tournee "*Te gek voor woorden*" krijgt het project *Te Gek?!* van PZ Sint-Annendael een nieuw vervolg.

Er volgden middag- en avondconcerten, tv-reportages, een tweede en een derde cd, nog meer concerten, nieuwe dossiers in De Standaard, een internationaal congres, zomerconcerten en schoolvoorstellingen. En altijd opnieuw brengt *Te Gek?!* de boodschap dat niets zo gek is of je kan er wel met iemand over praten.

Literaire tournee

En nu is er dus een literaire tournee, geor-

ganiseerd in samenwerking met Behoud de Begeerte. Meter van het project Kristien Hemmerechts doet mee. Maar ook Annelies Verbeke, Erik Vlamincx, Bernard Dewulf en Chris De Stoop staan op het podium. Zij brengen bestaand werk en nieuw materiaal dat speciaal voor deze tournee geschreven is. Duizendpoot Pieter Embrechts tekent voor de muziek en de zang. De première vindt plaats op 16 april in het Cultureel Centrum in Berchem.

Intiem

In het najaar 2009 volgt een nieuw schoolprogramma. Wannes Cappelle brengt enkele songs uit het *Te Gek?!*-repertoire, aangevuld met eigen werk. Ook Kristien Hemmerechts is weer van de partij. Zij en Wannes Cappelle brengen teksten van zichzelf en ook getuigenissen van mensen met psychische problemen. Voor of na de voorstelling kunnen de leerlingen terecht in de *Te Gek?!-infomobiel*, een omgebouwde bus van De Lijn met informatie in woord en beeld. Scholen kunnen deze voorstelling ook koppelen aan een lessenreeks over geestelijke gezondheidszorg.

● Meer informatie over *Te Gek?!* vindt u op de website van PZ Sint-Annendael, www.sad.be.

De literaire tournee "*Te gek voor woorden*" kan je meemaken op 16/4 Berchem (03-286 88 20), 17/4 Kuurne (056-37 27 79), 18/4 Heusden-Zolder (011 53-05 50), 23/4 Kapellen (03-660 67 50), 24/4 Meise (02-268 61 74), 25/4 Peer (011-61 07 20), 29/4 Hasselt (011-22 99 33), 30/4 Sint-Truiden (011-70 17 00), 6/5 Gent (09-267 28 28), 7/5 Genk (089-65 38 70) en 14/5 Eeklo (09-378 40 90).

Op zondag 8 februari wordt de derde cd van *Te Gek?!* live uitgevoerd in de AB in Brussel, met *De Laatste Showband*, Kristien Hemmerechts, Stef Bos, Raymond van het Groenewoud en vele anderen. Tickets via www.abconcerts.be.

Een duwtje in de rug

‘Voor mijn vader was de goede huisvrede het allerbelangrijkste. Hij ging conflicten uit de weg. Mijn moeder en ik, dat kon al eens botsen. Van mijn vader moest ik mij dan altijd gaan excuseren, ook als ik vond dat ik gelijk had. Ik moest van hem gaan zeggen: Het spijt me. Dan is uw moeder haar kuur over, zei hij, want anders is dat hier geen leven.’

Die zinnnetjes heb ik afgelopen maanden veertien keer op een podium gezegd voor een aandachtig luisterend publiek. Dat laatste is minder evident dan het klinkt. De zaal was telkens gevuld met twee- tot vijfhonderd scholieren die de voorstelling verplicht bijwoonden. Het is om moeilijkheden vragen, zeker als je het over depressie, anorexia, borderline, ADHD en het verschil tussen liefde en seks wilt hebben.

Maar wij van Te Gek?! laten ons niet afschrikken. Wij willen psychische problemen bespreekbaarder maken. Wij zijn er namelijk heilig van overtuigd dat iedereen daar alleen maar beter van kan worden. En omdat met het verbeteren van de wereld niet vroeg genoeg een start kan worden gemaakt, richten we ons ook graag tot Vlaanderens schoolgaande jeugd.

Na een paar voorstellingen kregen we in de gaten dat de eenvoudige zinnnetjes de grootste indruk maakten, zoals het zinnnetje over de vader die de goede huisvrede zo hoog acht. Ik had ze opgetekend uit de mond van zijn zoon. De dochter van die vader schetste een heel ander beeld. Zij vertelde me dit: ‘Er waren avonden dat hij kwam en avonden niet. Maar hij kon elke avond komen. Als de voetstappen op de gang stopten bij mijn deur, voelde ik me bijna opgelucht. Zolang hij niet geweest was, kon hij komen. Als de deur van mijn kamer openging, was ik “weg”. Ik herinner me alleen handen en een scherpe pijn in mijn onderbuik. Achteraf voelde ik me weggegooid-na-gebruik, vies en heel alleen en machteloos. Maar dan stopte ik plotseling met huilen, droogde mijn traantjes, trok mijn pyjama aan en probeerde te slapen. Of te tellen tot wanneer ik mocht opstaan.’

We hebben lang gearzeld of we die getuigenis zouden opnemen. Was ze niet te heftig? De zaal was in ieder geval altijd muistil.

Wat we hoopten en hopen te bereiken is uiterst klein. En tegelijk ontzettend groot. Wij willen jongeren een duwtje in de rug geven om hulp te zoeken als ze met problemen zitten. Die stap kan lastiger zijn dan ze lijkt, zeker voor wie opgroeit in een gezin dat zichzelf gelukkig noemt. Als je ouders je iedere dag voorhouden hoe goed je het wel hebt, is er moed nodig om dat fabeltje te doorprikken. Of om aan te geven dat jij het anders ervaart.

Onze missie mag geslaagd heten als vooral de volgende zinnnetjes stevig in alle oren zijn geknoopt: ‘Een vriend van me heeft zich vorig jaar opgehangen in de toiletten van de instelling. Vroeger vond ik dat mensen het recht hebben om zelfmoord te plegen, al doet het pijn voor de familie. Nu denk ik daar anders over. Van mijn eigen zelfmoordpoging heb ik geleerd dat je over je problemen moet praten anders kunnen mensen niet weten wat er in je omgaat en ze kunnen je ook niet helpen.’

Ik sprak ze telkens langzaam en nadrukkelijk uit in het besef van België's pijnlijk slechte score in de zelfmoordstatistieken. Alleen in Finland wordt er meer zelfmoord gepleegd dan bij ons. Als we met onze bescheiden voorstelling zelfs maar één jongere gered hebben dan is het de moeite waard geweest, zelfs op die momenten waarop de aandacht van de zaal ons even ontglipte.



Kristien Hemmerechts

column

Auteur Kristien Hemmerechts is meter van het project Te Gek?!. Zij neemt dit voorjaar deel aan de literaire tournee “Te gek voor woorden”. In het najaar 2009 werkt ze mee aan de schoolvoorstelling “Te Gek Intiem”. Zie ook pagina 29 van dit magazine.



Wij gaan uit van het principe dat iedere cliënt onze enige cliënt is.

Wij zijn al jaren de bankverzekeraar bij uitstek van de Vlaamse Social Profits. Groeit uw instelling, dan groeien wij graag met u mee. Als zorgverlener moet u aan alsmaar hogere eisen voldoen en uiteraard verlangt u hetzelfde van uw bankverzekeraar. Specialisten zorgen voor financiële oplossingen die toegespitst zijn op de behoeften van uw organisatie. **Doe gerust alsof u onze enige cliënt bent, wij doen dat ook.**



Bank &
Verzekering

www.kbc.be

we hebben het voor u

Een onderneming van de KBC-groep



((De rekruteringspecialist voor de medische en wetenschappelijke sector))



Express Medical is dé referentie op het vlak van uitzendwerk, selectie en outsourcing binnen de gezondheids- en farmaceutische sector in België. Al 20 jaar zijn wij gespecialiseerd in het begeleiden en het plaatsen van verpleegkundigen, (para)medisch en wetenschappelijk personeel.

Bent u op zoek naar een interim-medewerker om uw team te versterken? Hebt u nood aan steun om uw studenten-contracten te beheren? Of zoekt u een partner voor uw rekrutering en selectie? Neem dan contact op met het Express Medical team in uw regio:

Ben je een enthousiaste (m/v) verpleegkundige, zorgkundige, medisch secretaresse, kinesitherapeut of andere zorgprofessional? Zoek je een nieuwe uitdaging in de medische sector? Maak dan kennis met Express Medical! Ontdek jobaanbiedingen op jouw maat op www.expressmedical.be

Antwerpen - 03 281 19 44 • Brussel - 02 512 13 00 • Charleroi - 071 53 52 86 • Gent - 09 245 22 10
Kortrijk - 056 53 32 19 • Leuven - 016 62 47 57 • Liège - 04 220 97 50 • Wavre - 010 23 84 10

uitzendwerk • studentenjobs • vaste jobs • bijwerken • loopbaanadvies

member of  usg people

www.expressmedical.be