

ZORG WIJZER

Pedro Facon:

"De discussie over wie waarvoor bevoegd is, neemt veel tijd en energie in beslag"

zorg net
ICURO

- 14 Gemeenschappelijk cliëntportaal CGG opent nieuwe mogelijkheden
- 20 Bent u als zorgvoorziening klaar voor GDPR?
- 28 Organisatienetwerk SAMEN-WEL-ZIJN: bottom-up gegroeid

Colofon

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

Redactie & coördinatie:

Zorgnet-Icuro (Lieve Dhaene, Deborah Schollaert)
i.s.m. Zorgcommunicatie.be (Filip Decruynaere)

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Jan Locus, Peter De Schryver

© Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.
www.zorgneticuro.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 13 maart 2018.

V.U.: Margot Cloet
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer deborah.schollaert@zorgneticuro.be. We bezorgen u graag onze tarieven.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of ontvangt u liever enkel de elektronische leesversie, stuur dan een berichtje naar: deborah.schollaert@zorgneticuro.be

73

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 Interview Pedro Facon
- 11 Zorgtechnologie: Digitaal portaal QIT Online
- 12 Fotoreportage afscheid Peter Degadt
- 14 Gemeenschappelijk cliëntportaal CGG
- 16 Mobiel Crisisteam Reling 2A Zuid-Limburg en het Attempted Suicide Short Intervention Program
- 18 Ethische handvatten voor procedure gedwongen opname bij verslaving
- 20 GDPR voor zorgvoorzieningen
- 22 Circulaire economie in UZ Leuven
- 24 Uitrol IFIC in de federale sectoren
- 26 Junckerplan voor Europese Investerings
- 28 Organisatienetwerk Samen-Wel-Zijn in Vlaams-Brabant

Ambitie: mag het iets meer zijn?

Directeur-generaal gezondheidszorg Pedro Facon van de FOD Volksgezondheid toont zich in een interview in deze Zorgwijzer ambitieus. Zo wil hij de acht federale administraties – waaronder de FOD en het RIZIV – beter laten samenwerken voor een meer coherent beleid. Hij ziet het ook als zijn opdracht om het federale gezondheidsbeleid en dat van de gemeenschappen beter af te stemmen, zodat alle niveaus in ons complexe land tot een min of meer harmonieus beleid komen. Die ambitie siert Facon en hij verdient hiervoor alle steun.

Tegelijk legt Facon de vinger op de wonde. De gezondheidszorg is na de zesde staats-hervorming complexer en onduidelijker geworden, zeker voor de burger. “In het belang van de patiënten, van kwaliteit van zorg en van een betere stroomlijning van het beleid, hebben we meer homogeniteit nodig”, stelt hij. Het is een waarheid als een koe. Zowel de gehele sector als de individuele organisaties worden geconfronteerd met fragmentatie. Noch onze medewerkers noch de bevolking hebben hier een boodschap aan. Iedereen wil kunnen rekenen op, en bijdragen aan een kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening. We moeten het pessimisme dat er vandaag op dit vlak leeft niet handhaven, maar op zoek gaan naar modellen die een goede organisatie

van de gezondheidszorg ondersteunen. Het geheel moet werkbaar blijven.

Want ook op dat vlak biedt de zesde staats-hervorming kansen die tot nu toe onbenut bleven. Zo voorzag het Vlinderakkoord van oktober 2011 (de zesde staats-hervorming) in de oprichting van een ‘Instituut van de toekomst’. Daarin zouden alle beleidsniveaus samenwerken om “overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg te waarborgen.” We staan ondertussen alweer bijna zeven jaar verder. Misschien moet hier – en beste overheid, doe dit samen met ons - eindelijk toch eens werk van worden gemaakt? Wat meer ambitie kan geen kwaad.

Ook op het vlak van medewerkersbeleid en het aantrekken van nieuwe arbeidskrachten. Het is nog niet voldoende doorgedrongen tot het publieke debat, maar we staan op de drempel van een echte *war for talent*. Per twee vacatures voor verpleegkundigen is er in Vlaanderen slechts één beschikbare werkzoekende, zo blijkt uit cijfers van de VDAB uit 2017. Bovendien trekt de conjunctuur aan, wat de strijd voor goede krachten op de arbeidsmarkt nog zal verhevigen, niet alleen binnen de zorgsector, maar ook met andere sectoren. Reken daarbij de vergrijzing die tot volle

ontplooiing komt, samen met de stijgende nood aan chronische zorg en de stijging van het aantal jobs in zorg en welzijn. Het wordt alle hens aan dek, voor werkgevers én het onderwijs.

Ambitie is nodig, ambitie moeten we koesteren.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder



WZC OCURA MONTENAKEN BEHAALT ALS EERSTE PREZO WOONZORG KEURMERK

Woonzorgcentrum Ocura in Montenaken ontving als eerste Vlaamse organisatie het PREZO Woonzorg keurmerk. Na een onafhankelijke audit door kwaliteitsinstituut Perspekt werd besloten het keurmerk voor excellente zorg en beleid toe te kennen. Ocura werkt naar tevredenheid met het kwaliteitssysteem PREZO Woonzorg, dat in opdracht van Zorgnet-Icuro speciaal voor het Vlaamse zorglandschap is ontwikkeld.

Op **13 december 2017** is door Nicolien van den Berg, directeur bestuurder van kwaliteitsinstituut Perspekt, in aanwezigheid van Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro, het PREZO keurmerk uitgereikt. Patrick Siborgs had als gedelegeerd bestuurder van Woonzorgcentrum Ocura de eer het certificaat tijdens een feestelijke bijeenkomst in ontvangst te nemen.

Wij feliciteren de bewoners, medewerkers en het management met het behaalde resultaat!

Bekijk het videoverslag op:
www.zorgneticuro.be/videos



RAPPORT

INNOVATIE EN ENERGIEZUINIG BOUWEN IN ZORG EN WELZIJN

Het voorbije jaar verrichtte de Stichting Innovatie & Arbeid van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen een onderzoek naar energiezuinig bouwen of verbouwen in Zorg en Welzijn. De resultaten zijn verzameld in het rapport 'Innovatie en energiezuinig bouwen in Zorg en Welzijn'.

Vijf organisaties in de sector van Zorg en Welzijn geven een inkijk in hun strategie om energiezuinig en duurzaam te bouwen en te renoveren. Kostenefficiëntie is het sleutelwoord bij bijna energie-neutraal bouwen (BEN), de methodieken om dit te bereiken zijn divers en inspirerend op verschillende vlakken. In de laatste hoofdstukken wordt een analyse gemaakt van de belangrijkste inspirerende aspecten en worden aandachtspunten opgelijst voor de sectororganisaties en voor de overheid.

Het volledige rapport kan u lezen op www.serv.be, rubriek Onderzoek en Vorming.



SAVE THE DATE!
**DE KRACHT VAN
WARMER ZORG**
6 JUNI 2018

Noteer alvast **woensdag 6 juni** met stip in je agenda. Dan doet Vlaanderen voor de tweede keer mee aan de internationale "What matters to you"-dag.

Een dag met speciale aandacht voor de kleine dingen die er voor zorgvragers en hun omgeving toe doen.

Neem alvast een kijkje op:
www.whatmatterstoyou.be

WORKSHOP

'LEVENSEINDEZORG VOOR NIET-TERMINALE PATIËNTEN MET ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN'

PROVINCIEHUIS LEUVEN, 26 MAART 2018, 12.30-16.30U

Levensinzorg is een complexe vorm van zorg, waarbij vele uiteenlopende dimensies van hulpverlening aan bod kunnen komen. De meeste aandacht gaat naar de ethische aspecten van levensinzorg voor terminaal zieke patiënten. Een bijzondere ethische problematiek stelt zich in de geestelijke gezondheidszorg waar hulpverleners worden geconfronteerd met vragen rond het levensinnde van niet-terminale patiënten met een psychiatrische aandoening.

Er bestaat een groep van psychiatrische patiënten met een zware, complexe, meervoudige pathologie die chronisch is en therapie-resistent lijkt te zijn. De meeste van deze patiënten verblijven jarenlang in een psychiatrische zorgvoorziening. Anderen hebben frequent contact met zo'n zorgvoorziening. Deze patiënten worden geconfronteerd met een extreem hoge lijdensdruk, terwijl ze psychiatrisch 'uitbehandeld' worden geacht. Hun levenskwaliteit ervaren zij als laag, sommigen hebben herhaalde suïcidepogingen achter de rug of formuleren een euthanasieverzoek.

Het uitzichtloos psychisch lijden dat deze patiënten als ondraaglijk ervaren is een moeilijk te omschrijven fenomeen dat verband houdt met een voortdurende bedreiging van het eigen leven, de hieruit

voortkomende stress, rouw en verlieservaring, toenemende hulpeloosheid, het verlies van autonomie en zelfrespect, en het vooruitzicht dat deze toestand zal blijven duren. Het lijden kan rechtstreeks voortkomen uit de psychiatrische aandoening zelf, maar het houdt meestal ook verband met de context waarin de patiënt zich bevindt: de ervaring van stigmatisering en onbegrip als gevolg van de aandoening en van de langdurige zorgafhankelijkheid, eenzaamheid als gevolg van het mislukken van relaties, het onvermogen om zin te ervaren als gevolg van langdurige inactiviteit, enzovoort.

De confrontatie met uitzichtloos lijden van patiënten met een langdurige psychiatrische zorgnood roept ethische vragen op over de betekenis en inhoud van de behandeling en de zorg voor deze patiëntengroep. Moet de medische behandeling worden voortgezet? Wat is de aanwezige levenskwaliteit? Is een palliatieve benadering in de zorg voor deze patiënten mogelijk? Hoe moeten we omgaan met vragen van patiënten over actieve levensbeëindiging?

Zorgnet-Icuro publiceerde een ethisch advies over deze problematiek. Het advies staat centraal op deze workshop.

Programma

12.30u: Broodjeslunch

13.15u: Welkom

13.30u: Omgaan met uitzichtloos existentieel lijden van psychiatrische patiënten: een kwalitatieve interviewstudie met Vlaamse psychiatrische verpleegkundigen Joke Lemiengre (UCLL – sTimul-Lubbeek)

14.15u: Levensinzorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen: stand van zaken Chris Gastmans (KU Leuven en Zorgnet-Icuro)

14.45u: Pauze

15.15u: Levensinzorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen: een ethisch standpunt Chris Gastmans (KU Leuven en Zorgnet-Icuro)

15.45u: Discussie

16.15u: Afsluiting

Kostprijs: 40 euro
Online-inschrijven via:

www.zorgneticuro.be, rubriek vorming ("onze opleidingen")

**Deze voorzieningen behielden een accreditatie.
Proficiat aan alle medewerkers die dit samen realiseerden!**



Behaalde accreditaties tussen 6/12/2017 en 29/1/2018

INTERVIEW PEDRO FACON, DIRECTEUR-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG FOD VOLKSGEZONDHEID

“Verantwoordelijkheid nemen hoort bij leiderschap”



Pedro Facon is precies één jaar directeur-generaal gezondheidszorg bij de FOD Volksgezondheid. Voorheen was hij kabinetschef bij minister De Block. Een ideale gesprekspartner dus om enkele grote dossiers te bekijken. Zoals daar zijn: de ziekenhuisnetwerken, de ziekenhuisfinanciering en de organisatie van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Maar ook de hervorming van de gezondheidsadministraties en de noodzakelijke samenwerking tussen alle niveaus en alle stakeholders ligt Pedro Facon na aan het hart.

Laat ons beginnen met de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Zopas zijn 14 pilootprojecten van start gegaan met een ambitieuze agenda.

Pedro Facon: Het verhaal van de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken loopt sinds 2010. Aan het begin van deze legislatuur werd in de Interministeriële Conferentie (IMC) over een gemeenschappelijk afsprakenkader beslist, met de methodiek van pilootprojecten. Wij zijn geen land van grote revoluties of radicale veranderingen. We gaan liever stapje voor stapje. Pilootprojecten zijn een goede manier om draagvlak te creëren en om met beide voeten in de praktijk te leren vooraleer we een innovatie veralgemeend invoeren. De pilootprojecten zijn goed voorbereid. Al twee jaar zitten de actoren rond de tafel. Het is dan ook een complexe oefening, met veel en diverse partners: uit zorg, welzijn, ziekenfondsen, overheden, openbare voorzieningen, privépartners enzovoort. Bovendien heeft elke regio zijn context en zijn doelstellingen, met eigen acties en plannen, investeringen en terugverdieneffecten. Dat is de voorbije twee jaar voorbereid. Nu start het eigenlijke werk. De 14 projecten worden ondersteund door de overheid en wetenschappelijk begeleid. Het doel is om lessen te trekken uit de manier van samenwerken, de effecten en de resultaten. Het gaat om een fundamentele hervorming die betrekking heeft op alle facetten én alle uitdagingen van de zorg.

De 14 pilootprojecten lopen over vier jaar en bestrijken samen zowat een kwart van de Belgische bevolking. Bestaat het gevaar

niet dat de projecten verschillende wegen uitgaan en we eindigen met een bonte verzameling aanpakken waarin nog weinig gemeenschappelijks zit?

In het door de IMC goedgekeurd afsprakenkader zijn een reeks componenten van geïntegreerde zorg en duidelijke doelstellingen bepaald. Binnen die krijtlijnen is variatie toegelaten. Alle projecten worden begeleid en gecoacht. We houden een vinger aan de pols. Een interuniversitaire equipe, het FAITH-consortium genaamd, evalueert en bewaakt mee de nodige cohesie. Ondertussen kunnen verschillende pistes bewandeld worden; zo leren we beter de succes- en de faalfactoren kennen.

Tijdens de projecten kunnen ook nieuwe modellen van financieringssystemen getest worden. Dat kan tot enige zenuwachtigheid leiden?

De partners in een project zijn samen verantwoordelijk voor hun populatie. Het budget dat ze ter beschikking hebben, is gegarandeerd op het niveau dat ze vandaag besteden. Hiermee kunnen ze ondernemend aan de slag. Ze zijn samen verantwoordelijk voor het budget. Dat is een grote verandering, maar daar willen we echt naartoe. Door samen te werken en goed af te stemmen, kunnen budgetten vrijkomen die voor verbetering en innovatie van zorg kunnen worden ingezet. Natuurlijk creëert dat soms spanningen. Uiteindelijk kijkt elke partner ook naar zijn eigen portemonnee. Dat is normaal. De projecten hebben de vrijheid en de ruimte om te zien hoe ver ze hierin gaan.

De beste onderhandelaars aan tafel zullen de mooiste deals sluiten?

Alle actoren moeten akkoord gaan. Niemand wordt verplicht om een deel van zijn budget af te staan en te poolen. We zien nu al dat het ene pilootproject daarin verder gaat dan het andere. We monitoren alles en zullen hieruit lessen trekken, ook voor de financiering.

Cruciaal als zoveel partners samenwerken is één geïntegreerd cliëntendossier, maar dat is er nog niet. Het voorlopig digitaal dossier Tetrys moet hier een oplossing brengen?

Het e-Gezondheidsprogramma met een Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor alle actoren in de zorg is in volle ontwikkeling, maar is inderdaad nog niet voor alle actoren klaar. De pilootprojecten konden niet wachten. Om toch een digitale tool te hebben om de nodige informatie te delen, is Tetrys ontwikkeld. Alle actoren zijn hierbij betrokken. Tetrys is geen duplicatie van een EPD, maar een pragmatische tool waarmee de projecten in afwachting aan de slag kunnen gaan.

Meer coherentie in administraties

Als ik hier even een zijspoon mag maken. Begin 2014 heb ik op vraag van minister De Block het initiatief genomen voor een grondige hertekening van de gezondheidszorgadministraties. In totaal zijn er acht federale administraties (zie kadertje op p. 8), elk met hun eigen statuten, structuur, cultuur en bevoegdheden. Ik wil die beter laten samenwerken voor meer coherentie. Want uiteindelijk zijn we allemaal met dezelfde uitdagingen bezig. Een geïntegreerd zorgverhaal heeft nood aan een geïntegreerd beleid. Sinds enige tijd werken we bijvoorbeeld met geïntegreerde teams van medewerkers van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Tetrys bijvoorbeeld is ontwikkeld in het RIZIV, maar de administraties lopen in elkaar over. Over gelijk welk thema moeten we absoluut samenwerken. Stelselmatig gaan we projecten daarom interadministratief aanpakken met één equipe.

Wie is Pedro Facon?

Pedro Facon heeft een masterdiploma politieke wetenschappen (KULeuven) en specialiseerde in overheidsmanagement en audit. Hij was onderzoeker aan het Instituut voor de Overheid (KUL), adviseur strategie en organisatie bij het RIZIV en werd in oktober 2014 kabinetschef Gezondheidszorg bij minister De Block. Sinds februari 2017 is hij directeur-generaal gezondheidszorg bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.



8 federale gezondheidsadministraties

Onder de bevoegdheden van de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid vallen de volgende acht gezondheidszorgadministraties:

1. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu
2. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
3. Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)
4. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
5. Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV)
6. eHealth-platform
7. Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV)
8. Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van de ziekenfondsen (CDZ)

Eén van die administraties is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Dat reageerde niet echt enthousiast op die integratieplannen. Er werd gevreesd voor censuur. Zijn die plooiën ondertussen gladgestreken?

Samen met alle federale administraties hebben we een visie ontwikkeld en daaruit is een werkprogramma ontstaan met verschillende onderdelen. Eén daarvan is de ontwikkeling van een kennisnetwerkorganisatie, met onder meer het WIV, het KCE en de Hoge Gezondheidsraad als netwerk van experts. Het KCE heeft zich de voorbije jaren sterk op de kaart gezet en verricht heel nuttig werk. Objectiviteit is een terechte bekommernis. De minister heeft daarmee rekening gehouden en respecteert de autonomie van het KCE. Maar dat betekent niet dat je niet kunt samenwerken in een netwerk. Trouwens, het KCE telt in zijn raad van bestuur altijd al vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD, het FAGG en andere stakeholders zoals zorgverstrekkers en ziekenfondsen. Zij zijn vaak zowel vragende partij voor studies, als voorwerp van de aanbevelingen in de KCE-rapporten. Toch hoor ik niemand beweren dat het KCE vandaag niet onafhankelijk functioneert. Het KCE zal ook in de toekomst onbevangen en kritisch kunnen werken.

Naast de kennisinstellingen zijn er de beleidsvormende administraties: de FOD, het RIZIV en het FAGG. Ook hier zijn stappen naar integratie afgesproken. Op korte termijn komt er geen fusie. Wel gaan we nu al intenser samenwerken. Zo komen we in een proces van een steeds sterkere integratie. We zijn op zoek naar een gemeenschappelijk gebouw voor alle ambtenaren van de FOD, het RIZIV en het FAGG. We willen de medewerkers fysiek bij elkaar brengen in thematische equipes: geïntegreerde zorg, kwaliteit van zorg, financiering van ziekenhuizen, eGezondheidszorg, audit en inspectie... Door medewerkers thematisch samen te zetten, kunnen we een gezamenlijke cultuur en manier van werken ontwikkelen.

Een tweede hefboom voor de integratie van het beleid is een gezamenlijke bestuursovereenkomst. Tot nu maakt elke administratie haar eigen overeenkomst en managementplan. De volgende keer ontwikkelen we naast die eigen plannen ook een gemeenschappelijke sokkel, met gezamenlijke projecten: geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, de ziekenhuisfinanciering enzovoort. Zo vermijden we dat elk met zijn projecten bezig is. Neem nu de ziekenhuisfinanciering: het Budget Financiële Middelen (BFM) zit bij de FOD, maar de nomenclatuur (waaruit ook de afdrachten van artsen aan ziekenhuizen worden betaald) bij het RIZIV. Ook de financiering van de laagvariabele zorg, die later dit jaar wordt geïntroduceerd, kan niet anders dan gemeenschappelijk aangepakt worden. Er zijn voortdurend passerellen. Nog een voorbeeld: de FOD werkt aan een sokkelwet voor kwaliteitsvolle praktijkvoering ongeacht de zorgsetting. Hierbij hoort onder meer een *licence to practice*, met een portfolio waarin artsen onder andere bijscholingen kunnen bijhouden. Tegelijk werkt het RIZIV aan een hervorming van het systeem van accreditatie voor artsen. Het is toch niet meer dan logisch dat we de portfolio met competentieontwikkeling koppelen aan het accreditatieverhaal? Bij elke kleine en grote hervorming is die samenwerking nodig.

Ik heb zelf acht jaar voor het RIZIV gewerkt. Ik heb in die jaren nooit – geen enkele keer – contact gehad met een collega van de FOD. Pas als kabinetsmedewerker zag ik het absurde daarvan in. We moeten gewoon samenwerken. Daarom heb ik dat initiatief genomen.


Uw pleidooi klinkt overtuigend, alleen: wat dan met de Vlaamse administraties? Het is al even absurd hoe die bevoegdheden, structuren en culturen uit elkaar liggen. Voor zowat alle thema's die u opnoemt, is ook Vlaanderen nodig: kwaliteit van zorg, de ziekenhuishervorming, eHealth...

Dat is juist. Naast de intrafederale, horizontale samenwerking streef ik naar een nauwe interfederale, verticale samenwerking met de gemeenschappen en gewesten. Niemand kan ontkennen dat na de zesde staatshervorming de bevoegdheden meer dan ooit gefragmenteerd zijn. Hierdoor wordt de noodzaak om samen te werken alleen maar dwingender. Fragmentatie is slecht voor de slagkracht van het beleid.

In de IMC komen negen ministers van Volksgezondheid samen. Negen. In de schoot van de IMC zijn er tien permanente werkgroepen of IKW's: over de gezondheidsberoepen, de geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen... Op al die domeinen zijn de bevoegdheden versplinterd en is coördinatie noodzakelijk. Soms lukt dat goed. Een mooi voorbeeld zijn de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en voor kinderen & jongeren. Het kan dus. Andere dossiers verlopen moeizamer. De discussie over wie waarvoor bevoegd is, neemt veel tijd en energie in beslag. De hervorming van het ziekenhuislandschap is daarvan een mooi voorbeeld. Federaal is bevoegd voor het organieke kader van de ziekenhuisnetwerken, de basis zeg maar, alsook voor het bepalen van het aanbod of de programmatie. Vlaanderen is bevoegd voor de erkenning ervan en kan via erkenningsnormen bijkomende voorwaarden opleggen.

Het probleem is dat de zesde staats-hervorming niet in detail beschrijft wie waarvoor bevoegd is. Die onduidelijkheid geeft aanleiding tot discussie. Soms is het zelfs niet duidelijk wie de dans leidt. Die discussies kunnen tot bij de Raad van State en het Grondwettelijk Hof leiden. Dat kost allemaal zoveel tijd. Bovendien zie je verschillende prioriteiten en gevoeligheden tussen de gemeenschappen. In Vlaanderen is de druk vanuit het werkveld om door te zetten met de ziekenhuisnetwerken groot, maar in sommige andere regio's is men in de beleidsbepaling minder ver gevorderd.

Een nieuwe staatshervorming is absoluut nodig om de huidige onduidelijke situatie uit te klaren. In het belang van de



*“Een nieuwe staats-
hervorming is
absoluut nodig om
de huidige onduide-
lijke situatie uit te
klaren. Als topambte-
naar heb ik de plicht
om de politici erop te
wijzen dat de situatie
vandaag problematisch
is. Ondertussen neem
ik de situatie zoals ze
is en doe ik er alles aan
om het systeem te
laten functioneren.”*

patiënten, van de kwaliteit van zorg en van een betere stroomlijning van het beleid, hebben we meer homogeniteit nodig. De timing, de inhoud en de richting van die nieuwe staatsvorming, is een politieke kwestie. Maar als topambtenaar heb ik de plicht om de politici erop te wijzen dat de toestand vandaag problematisch is. Ondertussen neem ik de situatie zoals ze is en doe ik er alles aan om het systeem te laten functioneren. In de loop van 2017 heb ik vertegenwoordigers van de administraties Gezondheidszorg van alle deelstaten uitgenodigd met de vraag: hoe kunnen we samen de IMC zo goed mogelijk ondersteunen? Mijn eerste uitnodiging botste op wat scepsis. Alle begrip daarvoor, maar na een tweede bijeenkomst was iedereen ervan overtuigd dat een goede afstemming noodzakelijk is. Om vertrouwen te laten groeien, moeten we elkaar ontmoeten rond concrete thema's. Zo zijn we nu samen het proces aan het afstemmen voor een coherente aanpak van de ziekenhuisnetwerken. Dat vergt tijd, het is complex, maar ik wil er alles aan doen om het te doen slagen. Ik zie het als mijn opdracht om de interfederale relaties te helpen stroomlijnen.

Zien ook de deelstaten dat als uw opdracht?

Goede vraag. Ik moet behoedzaam zijn, maar het federale niveau is het enige dat die rol überhaupt kan opnemen. Enerzijds werk ik natuurlijk binnen het beleidskader uitgetekend door de federale minister, anderzijds moet de FOD in de interfederale werking binnen de IMC ook de belangen van de deelstaten integreren. Dat is een voortdurende evenwichtsoefening.

Ziekenhuisnetwerken

Hoe staat het ondertussen met de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken?

Het heeft langer geduurd dan voorzien om een wettekst te maken. In het najaar is de wettekst besproken op de IMC. Nu is hij klaar voor de ministerraad, al blijven er nog enkele discussiepunten. Het hoofdstuk over de gezondheidszorg was het meest ambitieuze in het regeerakkoord, de uitwerking ervan is volop bezig. Van principes in het regeerakkoord, naar concepten die overlegd kunnen worden met de sector en de regeringspartners, tot het vaststellen van een wetgevend kader is een complex proces. Toch gaan de voorbereidingen stap voor stap vooruit, ook in



overleg met de deelstaten. Idealiter kan de wet rond Pasen 2018 politiek worden goedgekeurd. De deelstaten worden uitgenodigd om na te denken over eventuele erkenningsnormen. Het werkveld kan zich voorbereiden om dossiers klaar te maken enzovoort. Wij doen er alles aan om dat proces zo vlot mogelijk te laten verlopen. Als ik vandaag een retroplanning maak, dan vermoed ik evenwel dat de eerste erkenning van ziekenhuisnetwerken er niet zal zijn voor eind 2019. Dat is ontvondend, ja, maar zoals gezegd, veronderstelt reglementering heel wat stappen en beslissingsmomenten.

En wat is de stand van zaken voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering?

Eerst en vooral is er de laagvariabele zorg, waarvoor alles op tafel ligt na zeer intensief voorbereidend werk tussen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Over het voorgestelde systeem vond uitgebreid overleg plaats met de sector. Verder wordt er voor het eerst, vanaf midden 2018, aan de algemene ziekenhuizen een deel *pay*

“Je mag kritisch zijn, maar je moet ook uit de syndicale loopgraven durven te komen. Uiteindelijk gaat het om de toekomst van onze gezondheidszorg en het vrijwaren ervan voor onze kinderen.”

for quality betaald. Het gaat om 6 miljoen euro, maar dat budget zal in de komende jaren kunnen toenemen. Ook de verpleegkundige zorg wordt hervormd: we boeken op dit moment goede vooruitgang met de evaluatie van de huidige modellen, wat het mogelijk maakt verbetervoorstellen neer te leggen in de komende maanden. Het gaat over dat deel van de verpleegkundige zorg dat wordt gefinancierd op basis van clusters van patiënten met een bepaalde zorgzwaarte (nurse-related groups). We streven naar een financiering die beter aansluit bij de realiteit. Verder zijn de financiering van de midden- en hoogvariabele zorg op dit ogenblik in studie, al zal de invoering van die hervormingen niet meer voor deze legislatuur zijn.

In het regeerakkoord werden drie hervormingen voorgespiegeld, die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en KB78.

De nomenclatuur is in de eerste plaats RIZIV-materie. De medicomut heeft in december de afspraak gemaakt om met een aantal onderzoeksequipes te kijken welke volgende stappen kunnen worden

gezet op het vlak van standaardisering en classificatie van de nomenclatuur en de identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de werkingskosten bij de belangrijkste medische procedures. De FOD wordt hierbij nu ook betrokken.

Met alle respect: er worden al 20 jaar studies gedaan om te onderzoeken welke stappen kunnen worden gezet in een ‘dringende’ en ‘noodzakelijke’ hervorming van de nomenclatuur. De resultaten van die onderzoeken wijzen trouwens allemaal in dezelfde richting.

Tja, het burning platform staat blijkbaar nog niet voldoende in brand? Tegelijkertijd zijn wel stappen gezet voor de herwaardering van bepaalde disciplines. Hoe dan ook, de kwestie blijft op tafel liggen voor gelijk welke volgende regering. Ondertussen toont onderzoek dat de meeste burgers tevreden zijn over onze gezondheidszorg. Toch weten we dat ons systeem niet helemaal zo performant en succesvol is als we soms denken. Die hervormingen

blijven nodig. Maar met een context van tevreden burgers is het vaak moeilijker om hervormingen door te duwen. Ook de capaciteit van ministers en administraties botst op haar grenzen. Vergeet niet dat bijvoorbeeld mijn dienst met 25% minder personeelsmiddelen werkt dan tien jaar geleden.

Mag ik de vraag anders formuleren: hoe komt het dat één artsensyndicaat erin slaagt om telkens weer de noodzakelijke hervormingen te dwarsbomen?

Bij alle hervormingen betrekken we alle stakeholders. We onderhouden goede contacten met alle artsverenigingen. Achter de schermen werken zij ook goed en constructief mee. Maar als we dan tot een resultaat komen, dan wordt dat weleens voor de bühne verworpen. Sommige stakeholders zouden soms wat meer moed aan de dag kunnen leggen. Om soms ook eens de bluts met de buil te nemen. Je kunt niet over alles blijven discussiëren. Op een bepaald moment moet je durven te springen. Dat hoort bij goed leiderschap. In ons land hebben we een traditie om de stakeholders een grote

vinger in de pap te geven. Vaak zijn ze zelfs medebeheerders van het systeem. Ik sta hier vierkant achter. Maar hoe krupper de financiële middelen worden, hoe dwingender het wordt dat alle stakeholders ook hun verantwoordelijkheid opnemen en leiderschap tonen. Men mag kritisch zijn, maar men moet ook uit de syndicale loopgraven durven te komen. Uiteindelijk gaat het om de toekomst van onze gezondheidszorg en het vrijwaren ervan voor onze kinderen. Als intensief overleg niet lukt, dan zal de overheid op een bepaald moment sterker moeten interveniëren of de markt zal het doen. We zijn er lang in geslaagd om evenwichten te vinden, maar met een lagere groeicnorm wordt dat alsmaar moeilijker en moet iedereen zijn verantwoordelijkheid nemen.

“Impact stappenteller groter dan groeicnorm”

De FOD Volksgezondheid heet voluit Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. “Je kunt onze gezondheid niet los zien van de voedselketen en het leefmilieu”, benadrukt Pedro Facon. “Ook hier streven we, onder impuls van voorzitter Tom Auwers van de FOD, naar meer integratie. Als je het bijvoorbeeld hebt over antibioticaresistentie bij de mens, kan je niet buiten de link met de veeteelt. Onze ambitie is om een integrale gezondheidszorg te verwezenlijken. Het gaat niet alleen om zorg en terugbetaling, er is zoveel meer dat een grote impact heeft op onze gezondheidszorg: mobiliteit, voeding, leefmilieu, sport... Het is de ambitie van voorzitter Tom Auwers om hierop in de toekomst nog meer in te zetten. Ook technologische ontwikkelingen passen hierin. Om het ietwat provocerend te stellen: de impact van een stappenteller op een smartphone zou weleens een grotere impact op de volksgezondheid kunnen hebben dan de groeicnorm. We moeten alle hefboomen gebruiken die voorhanden zijn.”

QIT ONLINE

“Feedback van cliënten verbetert de zorg”

“QIT staat voor *Quality in Treatment*”, zegt Nele Stinckens. “Het is een digitaal portaal om de kwaliteit van de psychische zorg te optimaliseren. We plaatsen cliënten mee aan het stuur door hen feedback te vragen over hun zorgtraject, zowel kwantitatief als kwalitatief. Die feedback wordt klinisch en statistisch verwerkt en gaat naar de therapeut, die concrete aandachtspunten en richtlijnen krijgt. Door het rapport in realtime te verzenden, kan de zorgverlener hier meteen mee aan de slag. QIT online werkt een beetje als een gps in het verkeer: hij toont je de weg.”

“Zelf ben ik gestart als onderzoekster aan de KU Leuven, maar ik ben ook altijd therapie blijven geven om de voeling met de klinische praktijk niet te verliezen. QIT online is ontwikkeld samen met therapeuten in de geestelijke gezondheidszorg. Het was aanvankelijk een opleidingsinstrument, dat studenten leert om alert te zijn voor belangrijke processignalen. Maar het is uitgegroeid tot een therapeutisch instrument dat hulpverleners in diverse klinische contexten gebruiken. Studies tonen dat feedback de kwaliteit van de zorg verbetert.”

“Er is veel vraag naar deze online tool en ondertussen ben ik met enkele collega’s een bedrijf gestart. We richten ons tot het brede veld van de geestelijke gezondheidszorg: individuele en groepspraktijken, CGG, psychiatrische ziekenhuizen... Gaandeweg hebben we ook toepassingen voor specifieke doelgroepen ontwikkeld, bijvoorbeeld QIT4Kids voor kinderen, jongeren en hun ondersteunend netwerk.”

“Sinds dit jaar zijn we ook gestart met online zelfhulpmodules die kunnen worden geïntegreerd in het traditionele zorgaanbod. We werken momenteel aan een tool voor ouders van kinderen met emotionele problemen: Parents Online. De tool helpt ouders om een betere emotiecoach van hun kind te worden.”

“Het is onze missie om niet alleen online tools aan te bieden, maar zorgverleners ook te helpen om die nieuwe technologie te omarmen. Uiteindelijk gaat het om een attitude- of een gedragsverandering. Dat vraagt tijd en ondersteuning. Daarom bieden we een uitgebreid pakket aan vorming en coaching.”



Digitaal kompas voor zorg-op-maat



TABLE	Huidige score	Huidige niveau	Evoluie
Symptomatische stress	95	■ Eerlijk klinisch	<input type="button" value="Evoluie"/>
Angst & somatische klachten	36	■ Mild klinisch	<input type="button" value="Evoluie"/>
Interpersoneel(e) relaties	110	■ Niet klinisch	<input type="button" value="Evoluie"/>

MONITOREN

online feedback
inzicht in proces en outcome
opvolging

AFSTEMMEN

maatwerk
dialoog
transparantie

EMPOWEREN

flexibel zorgaanbod
gedeelde regie
zelfwerkzaamheid

Feestelijk afscheid van gedelegeerd bestuurder Peter Degadt

Op 18 januari zwaaide Zorgnet-Icuro gedelegeerd bestuurder Peter Degadt uit in een afgeladen Handelsbeurs in Gent. Het werd een memorabele avond met pittige gesprekken op de sofa, maar bovenal een moment van dankbaarheid om tien jaar inspirerend leiderschap. Het was die avond "the place to be" voor de Vlaamse zorgsector, getuige deze sfeerbeelden.





"Gemeenschappelijk cliëntportaal opent nieuwe mogelijkheden voor cliënt en hulpverlener"

De 20 Centra Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen hebben gezamenlijk een nieuw Elektronisch Patiëntendossier (EPD) ontwikkeld. Dat wordt in 2018 geïmplementeerd, samen met het cliëntportaal (CP). Dat portaal laat beveiligde communicatie toe tussen cliënt en hulpverlener, het geeft de cliënt toegang tot zijn EPD en het zet de eerste stappen naar online hulpverlening. CGG Vagga in Antwerpen is projecthouder van het EPD-CP voor alle CGG; directeur Mario De Prijcker coördineert. Wij klopten even aan voor een stand van zaken.

"Ere wie ere toekomt: het oorspronkelijke idee voor het cliëntportaal is twee jaar geleden ontstaan bij Nico De fauw, toen nog directeur van CGG Passant in Leuven. Het idee was om cliënten de mogelijkheid te geven op een beveiligde manier te communiceren met hun hulpverlener en toegang te verlenen tot bepaalde delen van het cliëntendossier. Tien jaar geleden hadden we met alle CGG in Vlaanderen al een gemeenschappelijk EPD ontwikkeld. We zijn met dezelfde firma in zee gegaan voor het cliëntportaal. We wilden immers een feilloze integratie van het portaal en het EPD. Eerst hebben we het EPD volledig opnieuw geprogrammeerd in een 'taal' die meer afgestemd is op de toekomstige ICT-ontwikkelingen. Dat nieuwe EPD wordt in april 2018, samen met het cliëntportaal, stapsgewijs uitgerold. We mogen echt wel van een doorbraak spreken: dit is heel vernieuwend", zegt Mario De Prijcker trots.

Tal van mogelijkheden

"Het cliëntportaal omvat twee grote lussen. Enerzijds verleent het de cliënt een extra toegang tot de hulpverlener. Nu stuurt een cliënt nog vaak een mail naar een hulpverlener, maar dat gebeurt onbeveiligd en is eigenlijk in strijd met de privacywetgeving. Anderzijds kunnen nieuwe cliënten zich ook via het portaal aanmelden. Elk CGG plaatst op zijn website een link voor aanmeldingen, die meteen gekoppeld is aan het EPD via het cliëntportaal. Elke cliënt krijgt een account om

in te loggen op 'Mijn CGG'. Hieraan zijn diverse functionaliteiten verbonden. Cliënten kunnen er bijvoorbeeld een afspraak maken, maar ze kunnen ook bepaalde dossiergegevens aanvullen. Als de cliënt thuis bijvoorbeeld een verslagje maakt na een consult, kan hij dat via het portaal aan zijn EPD toevoegen. Of als bepaalde administratieve gegevens moeten worden aangepast, kan de cliënt dat ook zelf van thuis uit doen."

"Met het cliëntportaal introduceren alle CGG ook de online hulpverlening. We kiezen in eerste instantie voor 'blended hulpverlening': een combinatie van face-to-facecontacten en online hulpverlening."

"Heel interessant is ook de berichtenfunctie, een soort van beveiligd mailsysteem. Het bericht komt bovendien ook automatisch in het EPD van de cliënt terecht. De hulpverlener krijgt een signaal en kan desgewenst ook een antwoord versturen. Dat is erg handig als tussentijds contact tussen twee consultaties door. Ook het dagboek is een meerwaarde. De cliënt kan op vraag van de hulpverlener over bepaalde zaken een dagboek bijhouden. Dat gebeurt nu al, maar dan brengt de cliënt zijn notities op papier mee naar een volgende

consultatie. Dankzij het cliëntportaal kan de hulpverlener in realtime de dagboeknotities van de cliënt opvolgen. Niet alleen blijft hij dan voortdurend op de hoogte van de vorderingen van de cliënt, hij komt ook goed voorbereid op de consultatie."

Blended hulpverlening

"Een bijkomende troef is dat we aan het cliëntportaal ook andere applicaties kunnen koppelen", vertelt Mario De Prijcker. "Zo hebben twee CGG samen Depressiehulp.be ontwikkeld, een zelfhulp-app met diverse modules die ook interessant kunnen zijn voor cliënten van een CGG. Een hulpverlener kan zijn cliënt vragen om bepaalde modules te doorlopen en kan via het cliëntportaal, alweer beveiligd en in realtime, het verloop opvolgen. Op termijn kunnen ook nog andere apps aan het cliëntportaal gekoppeld worden. Dat zal geleidelijk aan gebeuren. Er beweegt heel wat en het zal erop aankomen de meest relevante apps te vinden die kunnen worden gebruikt in de hulpverleningscontext binnen het CGG. Sommige apps hebben een uitgesproken commercieel oogmerk – ik denk niet dat we hiermee aan de slag moeten gaan. Andere zijn net bedoeld om anonimiteit te verzekeren – denk aan Alcoholhulp.be en Cannabishulp.be; die kunnen we uiteraard ook niet aan een EPD koppelen."

"Toch introduceren we op die manier met alle CGG de online hulpverlening. We kiezen, zeker in een eerste fase, voor 'blended hulpverlening': een combinatie van face-to-facecontacten en online hulpverlening. Dat kan een grote impact hebben op de organisatie van de hulpverlening. Maar we zijn er klaar voor. De ene hulpverlener is heel enthousiast om hiermee aan de slag te gaan, terwijl de andere nog wat tijd nodig zal hebben



Mario De Prijcker: "Elke cliënt krijgt een account om in te loggen op 'Mijn CGG'. Hieraan zijn diverse functionaliteiten verbonden. Cliënten kunnen er bijvoorbeeld een afspraak maken, maar ze kunnen ook bepaalde dossiergegevens aanvullen."

om te wennen. We gaan hiervoor ook de nodige opleiding en coaching organiseren. Ook met de cliënten zullen we duidelijke afspraken moeten maken. Het kan niet de bedoeling zijn dat elke cliënt op elk moment van de dag meteen een antwoord verwacht als hij een vraag stuurt via het portaal. Maar als we hierover goed communiceren, kan dat geen probleem zijn."

EPD openstellen?

"Welke delen van het EPD worden opengesteld voor de cliënt, kan elk CGG autonoom beslissen", zegt De Prijcker. "Ook dat zal ongetwijfeld stapsgewijs verlopen. Er heerst nog altijd een groot taboe op geestelijke gezondheidszorg en dat maakt ook hulpverleners terughoudend om zomaar inzage te geven in het volledige dossier. Maar het is een evolutie waar we samen door moeten gaan."

"Dat we met alle CGG in Vlaanderen tot dit gemeenschappelijk EPD en cliëntportaal gekomen zijn, mag je gerust als een statement beschouwen. We komen als sector met één visie naar buiten. Alle centra staan hierachter. Die samenwerking is uniek en zie je in geen enkele andere sector. 2018 wordt dan ook een belangrijk jaar voor ons. We kijken ernaar uit!"

ASSIP: ATTEMPTED SUICIDE SHORT INTERVENTION PROGRAM

Suïcidepreventie in mobiel crisisteam



Dr. Olivier Bollen: "Een sterk punt van ASSIP is het zeer gepersonaliseerde veiligheidsplan. Dat is te danken aan de video-opname en de gezamenlijke analyse van de beelden en het narratief."

Wie ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, loopt een groot risico dat opnieuw te doen. Die mensen vormen dan ook een bijzondere doelgroep voor suïcidepreventie. Met ASSIP is er nu een specifiek programma voor hen. De eerste internationale resultaten zijn veelbelovend: tot 80% reductie van de kans op een nieuwe poging. Dr. Olivier Bollen en zijn team voeren sinds begin 2017 in ons land een pilootproject met ASSIP.

Als psychiater van het mobiel crisisteam Reling 2A Zuid in Limburg wordt dr. Olivier Bollen heel frequent geconfronteerd met suïcidaliteit. “In 2016 was meer dan 60% van de patiënten van ons mobiel team gelinkt aan suïcidale gedachten, 10% waren suïcideplegers. Al een hele tijd zijn we op zoek naar betere zorg voor die patiënten. We weten immers dat de grootste risicofactor op een suïcidepoging een eerdere poging is. Hoe meer pogingen iemand onderneemt, hoe groter de kans dat er nog een poging zal volgen. Als we willen inzetten op preventie, moeten we daarom sterk op die doelgroep focussen.”

“Op een congres van de Europese Vereniging Suïcidepreventie maakte ik enkele jaren geleden kennis met Konrad Michel. Hij sprak er over ASSIP – *Attempted Suicide Short Intervention Program*. Het gaat om een kortdurend programma, wat goed past binnen de opzet van het mobiel team, dat patiënten doorgaans een viertal weken opvolgt. Voor ASSIP bestond toen nog geen wetenschappelijke evidentie. Wel was er een boek over verschenen in het Duits en in het Fins. In 2016 volgde een eerste studie, gepubliceerd na onderzoek aan de universiteit van Bern. De resultaten waren veelbelovend, met 80% reductie op het risico van suïcide. Er verscheen ook een Engelse handleiding en ik ben me erin gaan verdiepen.”

Nieuw inzicht

“Het idee achter ASSIP is dat de suïcide losstaat van de psychopathologie. Vaak beschouwen we de suïcidaliteit bijvoorbeeld als deel uitmakend van een depressie. De redenering is dat als je erin slaagt de depressie te behandelen, je dan ook de suïcidaliteit wegneemt. Natuurlijk zijn er overlappingen, maar ASSIP stelt dat het de moeite loont om bovenop de behandeling van de depressie afzonderlijk ook de suïcidaliteit aan te pakken. concreet schrijft ASSIP drie sessies voor. Een eerste ses-

sie bestaat uit een narratief interview: de patiënt keert al vertellend terug naar zijn suïcidepoging. Je brengt hem terug in die suïcidale modus. Wat heeft geleid tot de suïcidepoging, hoe voelde hij zich, wat ging er in hem om...? Het hele interview wordt op video opgenomen.”

“De tweede sessie is een exposure-sessie: de patiënt confronteren met de beelden. Samen met de patiënt bekijken we de video-opname van de eerste sessie in een veilige omgeving. We analyseren samen het narratief. Wat had de patiënt anders kunnen doen? Hoe had hij nog kunnen reageren? Na de tweede sessie krijgt de patiënt een psycho-educatieve huiswerkopdracht mee.”

“Na de drie sessies krijgt de patiënt gedurende twee jaar semi-gestandaardiseerde brieven. Die polsen bij de patiënt hoe het hem vergaat en herinneren hem aan het veiligheidsplan.”

“Dat huiswerk bespreken we tijdens de derde sessie. Aansluitend stellen we in overleg een veiligheidsplan op. Dat geeft de patiënt houvast en zo weet hij hoe hij kan reageren in een crisissituatie.”

“Na deze drie of soms ook vier sessies, krijgt de patiënt gedurende twee jaar semi-gestandaardiseerde brieven. Die polsen bij de patiënt hoe het hem vergaat en herinneren hem aan het veiligheidsplan. De brieven zijn vaste sjablonen, waar we kort iets persoonlijks aan toevoegen. Het eerste jaar krijgt de patiënt vier brieven, het tweede jaar nog twee. Patiënten die contact willen met ons, kunnen zich aanmelden via de huisarts. Maar voor de groep van hoogrisicopatiënten is de afspraak dat ze ons altijd rechtstreeks kunnen contacteren.”

Drempelverlagend

“Aanvankelijk stond ik wat sceptisch tegenover het gebruik van de video. Ik vreesde dat veel patiënten daarop zouden afhaken. Maar dat blijkt niet het geval. In januari 2017 zijn we met het ASSIP-programma gestart. We hebben ondertussen 44 patiënten na een suïcidepoging die we het ASSIP hebben voorgesteld, van wie er vijf hebben geweigerd, maar geen enkele door de video-opname. Drie patiënten vielen buiten de criteria, omdat er sprake

was van herhaald zelfverwondend gedrag en dan is een meer intense begeleiding nodig. Ook mensen met een psychose of een matige of ernstige mentale beperking vallen buiten de doelgroep.”

“De indicatiestelling voor ASSIP gebeurt door mezelf als psychiater. Veel patiënten vertellen niet meteen dat er een suïcidepoging geweest is. De patiënt moet evenwel bereid zijn om erover te praten. Dat is dikwijls niet het geval. ‘Ik ben oké nu en ik wil het er niet meer over hebben’ is een veel voorkomende reactie. Wat ik wel vaststel, is dat de drempel om erover te praten verlaagt nu er een specifiek aanbod is dat zich richt op de suïcidaliteit. Sommige patiënten verkiezen zelfs om de gewone behandeling na enkele sessies te stoppen en enkel door te gaan met ASSIP, hoewel ASSIP in principe een behandeling is die bovenop de reguliere behandeling komt. Het ASSIP-programma zelf wordt trouwens begeleid door een psycholoog of een ervaren verpleegkundige van het mobiel team. Ook zij ervaren ASSIP als een heel positieve aanvulling op ons aanbod.”

Persoonlijker veiligheidsplan

“Bijzonder aan onze aanpak is dat we de drie of vier sessies bij de patiënt thuis organiseren. In de studie van de universiteit Bern ging het om sessies in de consultatieruimte. De context is echter belangrijk: het lijkt ons gemakkelijker voor de patiënt om terug te keren naar de suïcidale modus in de eigen context.”

“Een sterk punt van ASSIP is het zeer gepersonaliseerde veiligheidsplan. Dat is te danken aan de video-opname en de gezamenlijke analyse van de beelden en het narratief. Elk veiligheidsplan is in principe wel gepersonaliseerd, maar in de praktijk blijven we vaak in algemeenheden steken. Dankzij dat narratief en de video gaan we dieper, samen met de patiënt. Het wordt nog meer hún plan.”

“Voor resultaten is het natuurlijk nog te vroeg”, zegt dr. Bollen. “Wel volgen we alles nauw op in samenwerking met het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Er zijn bijkomende studies nodig. Ook in Finland loopt op dit ogenblik een studie. Voor Vlaanderen zijn wij het eerste pilootproject. We hebben contact met de collega’s in Bern en wisselen ervaringen uit. Ik heb er een groot vertrouwen in dat ASSIP een meerwaarde zal blijken te zijn.”

Kiezen voor dialoog

Is het medisch, ethisch en juridisch verantwoord om patiënten met een verslaving gedwongen in de psychiatrie op te nemen? Dr. Marie Nicolini pleit alvast voor de nodige voorzichtigheid en een ethische procedure met veel aandacht voor de beleving van de patiënt, voor dialoog en voor de menselijke waardigheid.

Dr. Marie Nicolini: “Over gedwongen opname bij verslaving bestaat geen consensus, medisch noch ethisch. Het blijft internationaal een controversieel thema. Met een gedwongen opname schend je hoe dan ook de mensenrechten, maar bij een verslaving zit je nog meer in de grijze zone, omdat de beslissingsbekwaamheid van die mensen niet volledig aangetast is. Misschien ontbreekt het hen wel aan inzicht, maar je kunt niet beweren dat ze geen realiteitszin hebben. Ook juridisch kan je hierbij vragen stellen. Zeker omdat er ook medisch geen consensus is. Patiënten die gedwongen opgenomen worden, hebben niet noodzakelijk betere resultaten dan wie zich vrijwillig laat behandelen.”

“Wij onderzochten of we vanuit zorg-ethische hoek concrete handvatten kunnen aanreiken om de procedure beter te sturen. Hierbij kwamen we uit op drie pijlers: de beleving van de patiënt, de interpretatieve dialoog en de menselijke waardigheid. Wat de beleving of de *lived experience* betreft: je kunt je voorstellen hoe problematisch het is om op een spoedgevallendienst in een crisissituatie het moeilijke of asociale gedrag van de patiënt correct te interpreteren. Vaak is zijn gedrag vooral te verklaren door zijn hulpeloosheid. De patiënt heeft recht op zelfbeschikking, maar de beleving daarvan vindt altijd plaats in relatie tot bijvoorbeeld zijn familie en de hulpverlener. Ook voor de hulpverlener: als de patiënt ‘niet luistert’, heeft dat een impact op de relatie. Idem voor de familie, die de patiënt – ter goeder trouw – soms zelfs een ultimatum stelt. Maar dat ultimatum geldt daarom niet voor de patiënt.

Het vergt een grote inspanning van de zorgverlener om te begrijpen wat er speelt achter de symptomen.”

Acute intoxicatie

“Een tweede pijler is de interpretatieve dialoog. Ethisch gezien is de verslaafde patiënt in staat om hierin verantwoordelijkheid op te nemen. Hij heeft beslissingsbekwaamheid, op zijn minst gedeeltelijk. Wat we dus moeten doen, is de patiënt in een zo goed mogelijke toestand krijgen om de dialoog te kunnen aangaan. Doen we dat niet, dan is het vaak de zorgverlener die beslist op basis van ‘gevaar’, zonder al te veel na te denken over het vervolg. Denk aan het trauma hierover bij de patiënt en aan de impact op zijn motivatie om iets aan zijn probleem te doen. Bij verslaving is motivatie des te belangrijker. Op de spoed moet de patiënt eerst klinisch opgevangen worden. Een verdere evaluatie kan je echter niet maken bij een acute intoxicatie, want dan is de patiënt niet in staat om deel te nemen aan de dialoog. Bovendien moet de uiteindelijke beslissing rekening houden met de proportionaliteit van de dwang. Men mag zich m.a.w. niet laten leiden door een indrukwekkend klinisch beeld wanneer dat nog het gevolg is van de intoxicatie. Daarom: laat de patiënt eerst stabiel worden, zodat een betere en correctere afstemming mogelijk wordt.”

“De derde pijler neemt de menselijke waardigheid als uitgangspunt. Menselijke waardigheid is niet zozeer het recht op autonomie, maar wel de capaciteit van elk individu tot zelfontplooiing in relatie tot anderen. We moeten erop toezien dat we die capaciteit tot zelfontplooiing centraal stellen. De patiënt komt vaak in een vicieuze cirkel terecht van gebruik-ontwenning-gebruik, maar het onderbreken van die cirkel mag niet het doorslaggevende zijn. Dat creëert namelijk een ethisch probleem. De oorzaak is eenzijdig denken vanuit het ‘gevaar’, wat vaak tot be-



handeling leidt die langer is dan nodig. Een patiënt die in een crisis gedwongen opgenomen is, zonder bewust de kans te hebben deel te nemen aan het beslissingsproces, ervaart de behandeling als volledig arbitrair. Dat moeten we vermijden door tijdens de procedure in dialoog te gaan. We kunnen de waardigheid ook bevorderen door, ondanks alles, te focussen op het positieve, op wat de patiënt wil en op hoe hij daarnaartoe wil werken.”

Investeer in zorgrelatie

“Op basis van onderzoek en een zorg-ethische analyse pleiten we ervoor om te investeren in de zorgrelatie en wel zo vroeg mogelijk in het proces. Dat vergt niet eens zo’n grote aanpassing, maar wel een oprechte dialoog, ook tussen de

Een dialoog, zelfs al wordt uiteindelijk voor een gedwongen opname gekozen, komt de motivatie van de patiënt altijd ten goede.

Ethiek in de psychiatrie

Dr. Marie Nicolini is als psychiater afgestudeerd aan de KU Leuven. Ze heeft ook een master in de bio-ethiek. Op dit ogenblik voert ze onderzoek naar ethiek in de psychiatrie aan de universiteit van Georgetown in Washington DC. Samen met prof. Chris Gastmans en prof. Joris Vandenberghen boog ze zich over gedwongen opname van mensen met een verslaving. Dat leidde tot de publicatie 'Substance use disorder and compulsory commitment to care: a care-ethical decision-making framework' (*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2017).

diverse disciplines die erbij betrokken zijn. Je dient m.a.w. ook te vertrouwen op het oordeel van collega's. Dat is de kern van de zaak. Wanneer is de patiënt klaar om door een psychiatrisch team te worden gezien? Dat is een eerste cruciale vraag. Verder moeten we er alert op zijn om niet uitsluitend vanuit een potentieel gevaar te redeneren. Vaak legt de familie wel de klemtoon op dat gevaar. En ja, de patiënt zelf heeft soms weinig inzicht in zijn problematiek. Maar het feit blijft dat hij beslissingsbekwaam kan zijn. Het opleggen van ons eigen oordeel mag nooit vanzelfsprekend worden."

Heeft de stijging van het aantal gedwongen opnames ook te maken met de vermaatschappelijking en de druk van de

samenleving die hiervoor niet klaar is? Dr. Nicolini: "Ja, dat zou weleens kunnen, en dat maakt dit debat zo controversieel. Het gevolg van de vermaatschappelijking en/of besparingen mag niet zijn dat er meer collocaties komen. De klemtoon moet op de behandel nood liggen, niet op het 'gevaar'. Dat is vandaag wel soms het geval, zeker bij jonge mannen. Onderzoek in Engeland toont dat minderheden vaker het slachtoffer zijn van gedwongen opnames. Hiermee komen we zelfs op het domein van discriminatie. Psychiatrie als middel tot oppressie: het is soms moeilijk te weerleggen. Dat is natuurlijk nooit het doel, maar het kan wel een gevolg zijn van onze procedures."

Kan je nog spreken van een gedwongen opname als die in dialoog plaatsvindt? Komt het pleidooi neer op een afschaffing van de gedwongen opnames voor patiënten met een verslaving? "Dat was niet onze bedoeling", zegt dr. Nicolini. "Uit de literatuur blijkt dat een collocatie niet per se negatief hoeft te zijn. Maar een dialoog, zelfs al wordt uiteindelijk voor een gedwongen opname gekozen, komt de motivatie van de patiënt altijd ten goede. Als de patiënt gehoord is, als er begrip getoond is, als hij begrijpt waarom de gedwongen opname er komt, dan staat hij er minder negatief tegenover, ook al gaat hij er niet mee akkoord. Het afschaffen van gedwongen opnames voor verslaving is volgens sommigen zeker verdedigbaar, maar het was niet het uitgangspunt van onze studie."

De ideale hulpverlener

"Wij hebben louter gefocust op verslavingszorg, maar je kunt ook nadenken over de procedures bij andere psychiatrische patiënten. Bij een acute psychose is de realiteitszin van de patiënt aangetast, maar je kunt – in de meeste gevallen dan toch – wel praten. Ook met mensen met dementie is een dialoog doorgaans moge-

lijk. Rekening houden met de waardigheid van mensen betekent dat we de dialoog met de mens aanmoedigen en dat we de patiënt niet reduceren tot 'iemand die gevaarlijk is', of wilsonbekwaam. In een crisissituatie is de druk om dat wel te doen altijd groot. Daarom is het ook zo moeilijk om altijd de ideale hulpverlener te blijven. Maar we moeten er wel naar streven", besluit dr. Nicolini.

Bent u al klaar voor GDPR?

Op 25 mei 2018 wordt de Europese General Data Protection Regulation (GDPR) van kracht. Een nieuwe en strengere privacywet, zeg maar. Met forse boetes voor wie zich niet aan de regels houdt. De meeste zorgvoorzieningen zijn ondertussen volop bezig met de voorbereidingen hierop. Ze kunnen rekenen op ondersteuning van Zorgnet-Icuro. Stafmedewerker Gezondheidsrecht Tom Balthazar en stafmedewerker Technologie & Innovatie Peter Raeymaekers helpen organisaties de veranderingen in goede banen te leiden.

Peter Raeymaekers: De gezondheidszorg is een uiterst gevoelige sector wat de bescherming van de privacy betreft. De impact op de ziekenhuizen, de woonzorgcentra, de geestelijke gezondheidszorg en andere voorzieningen is dan ook erg groot. GDPR reikt zelfs ver voorbij de eigen voorziening.

Tom Balthazar: Komt daarbij dat deze Europese wetgeving ook linken heeft naar andere wetgeving, zoals de Wet op de Patiëntenrechten bij ons. De contexten zijn bovendien complex. Je hebt gegevens die intern in een voorziening blijven, maar er worden ook gegevens uitgewisseld met andere voorzieningen en bijvoorbeeld ook met universiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Peter Raeymaekers: Zelfs de leveranciers van de zorgvoorzieningen zijn betrokken partij in dit verhaal. Externe verwerkers van gegevens moeten zich eveneens aan de regels houden. Denk aan externe clouddiensten, softwareleveranciers, archiefbeheerders of personeelsbeheerders. Nu, het is niet de bedoeling om de organisaties ongerust te maken. De meeste voorzieningen stonden sowieso al vrij ver in de bescherming van gegevens. We hadden immers al een strikte privacywetgeving. GDPR gaat nog een stapje verder, maar het is geen complete vernieuwing.

Tom Balthazar: Een belangrijke vernieuwing is wel het principe van *accountability*. Je wordt als voorziening verantwoordelijk voor het gegevensbeheer. Je moet kunnen aantonen dat je alles doet wat in jouw macht ligt voor een goede beveiliging. Je moet kunnen bewijzen dat je de nodige maatregelen treft en dat je een coherent

beleid ter zake voert. De 'Gegevensbeschermingsautoriteit' – wat we tot nu de Privacycommissie noemden – kan op inspectie komen. Ik zie dat niet meteen systematisch gebeuren, maar als er ooit een incident of een klacht komt, dan moet je klaarstaan en verantwoording kunnen afleggen.

Verder zijn er een aantal nieuwe verplichtingen, zoals het opstellen van een verwerkingsregister. Het gaat om méér dan een louter administratieve verplichting of een opdracht voor de ICT-afdeling. De hele organisatie moet hierbij betrokken worden en er moeten beleidskeuzes gemaakt worden, bijvoorbeeld over welke gegevens bijgehouden worden en waarom, wie toegang krijgt tot welke gegevens, hoe de gegevensstromen verlopen enzovoort.

Gedragcode

Peter Raeymaekers: Die verplichting legt meer nadruk op het proces en de procedures. Voorzieningen moeten ook een DPO of een *Data Protection Officer* aanstellen. Dat is een nieuwe functie die de informatieveiligheidsconsulent zal vervangen. Het toont welk belang de wetgever hecht aan het nieuwe GDPR-kader.

Tom Balthazar: Zowel juridisch als technologisch moeten organisaties zich goed voorbereiden. Elke voorziening zal een evaluatie moeten maken. Dat gaat vrij ver. Je moet bijvoorbeeld kunnen aantonen hoe je jezelf beschermt tegen hackers of tegen onzorgvuldigheden van eigen medewerkers.

Peter Raeymaekers: Vandaar ook dat we met Zorgnet-Icuro het initiatief genomen hebben om onze leden-voorzieningen zo goed mogelijk bij te staan, zowel juridisch

Wat met nieuwsbrieven?

Het omgaan met medische gegevens van patiënten, bewoners of cliënten krijgt uiteraard de meeste aandacht van GDPR. Maar wat bijvoorbeeld met de digitale nieuwsbrief van het ziekenhuis of het woonzorgcentrum? Komen ook daar extra beperkingen?

“Voor nieuwsbrieven met algemene informatie over de voorziening zie ik geen bijkomend probleem”, zegt Tom Balthazar. “Mensen moeten zich wel inschrijven en moeten ook de mogelijkheid hebben om zich uit te schrijven. Voorzichtigheid is wel geboden als je bijvoorbeeld een heel specifieke nieuwsbrief naar een heel specifieke doelgroep stuurt, bijvoorbeeld een nieuwsbrief die je alleen richt aan patiënten met hartfalen. Als die gegevens op een of andere manier openbaar of gehackt worden, weet iedereen meteen dat dit adressenbestand bestaat uit mensen met hartfalen. Maar een algemene nieuwsbrief die je naar een brede doelgroep richt, vormt geen probleem. Ook algemene informatie over je voorziening op Facebook of andere sociale media is geen bezwaar. GDPR wil ons niet naar het Stenen Tijdperk terugsturen. Het is net de bedoeling van GDPR om hedendaagse communicatie en informatiedeling mogelijk te maken, maar dan wel op een voor iedereen veilige manier.”

“De ‘Gegevensbeschermingsautoriteit’ kan op inspectie komen. We zien dat niet meteen systematisch gebeuren, maar als er ooit een incident of een klacht komt, dan moet je klaar staan en verantwoording kunnen afleggen.”



Tom Balthazar en Peter Raeymaekers: “Een belangrijke vernieuwing is het principe van accountability. Je wordt als voorziening verantwoordelijk voor het gegevensbeheer. Je moet kunnen aantonen dat je alles doet wat in jouw macht ligt voor een goede beveiliging.”

als technologisch. Zo hoeft niet elke voorziening het warm water uit te vinden. Dat proces van ondersteuning is volop bezig. In 2017 hebben we al vier studiedagen georganiseerd met een grote opkomst.

Tom Balthazar: In samenwerking met het gespecialiseerde advocatenkantoor Dewallens & Partners hebben we ook een lijvige ‘GDPR-Gedragscode voor zorgvoorzieningen’ opgesteld. Die kan ondertussen geraadpleegd worden door onze leden. In die bundel zijn ook ettelijke modelformulieren opgenomen die de voorzieningen kunnen gebruiken als leidraad bij hun eigen beleid. We hebben deze Gedragscode ook voorgelegd aan de Privacycommissie. Dan weet iedereen die deze Gedragscode volgt dat hij goed bezig is. Voor bepaalde elementen hebben we ook het advies van de Orde van Artsen gevraagd.

Peter Raeymaekers: Zo hebben we in de Gedragscode ook een voorbeeldclausule opgenomen die voorzieningen kunnen gebruiken bij hun leveranciers. Hoe meer uniformiteit in dat soort clausules, formulieren en afspraken, hoe beter en efficiënter voor zowel de voorzieningen als voor de leveranciers. De meeste voorzieningen zijn ondertussen bezig met de implementatie. Ik kan me voorstellen dat er gaandeweg nog praktische vragen zullen opduiken. De echte implementatie ter plaatse moet door elke voorziening afzonderlijk gebeuren, aangepast aan de eigen plaatselijke omstandigheden. Maar leden mogen ons altijd contacteren voor vragen over de toepassing van de gedragscode. Dit is een schoolvoorbeeld van hoe we als koepel een uitdaging gezamenlijk aanpakken door de krachten te bundelen en informatie en expertise te delen.

Leden van Zorgnet-Icuro kunnen na login alle nodige documenten raadplegen via www.zorgneticuro.be, “mijn dashboard”, knop “GDPR”. Het geheel zal ook gebundeld worden in een publicatie die over enkele weken op de markt zal komen.

Circulaire economie in de praktijk van een ziekenhuis



Kan je de gezondheidszorg circulair maken? Die vraag staat centraal op de studiedag van Leuven MindGate op 27 maart 2018. Eén van de sprekers is Herman Devriese, diensthoofd preventie en milieu van het UZ Leuven. Hij presenteert er enkele mooie projecten, onder meer over de recyclage van babyflesjes en blauwe doeken. Wij gingen voor u alvast even ons oor te luisteren leggen.

“Meer en meer voorzieningen hebben aandacht voor een ‘circulaire economie’”, vertelt Herman Devriese. “We streven ernaar om zo weinig mogelijk afval te produceren én om maximaal te recycleren. Dat doen we door zoveel mogelijk grondstoffen uit afval te halen in plaats van uit de natuur. Dat is niet altijd gemakkelijk, maar het idee wint wel veld. Vaak gaat dat streven in tegen het businessmodel van grote bedrijven. Neem de batterijen in smartphones of tablets: Apple en andere producenten maken de vervanging ervan opzettelijk zo duur dat consumenten liever een nieuwe tablet kopen.”

“Als we de circulaire economie toepassen op het ziekenhuis, dan heeft dat gevolgen voor de logistiek. Goederen en materialen worden immers gedistribueerd naar alle afdelingen en diensten en dus moeten ze vaak daar ook weer ingezameld worden. Met één inzamelpunt boek je zelden of nooit resultaat, je hebt diverse inzamel-punten nodig. En om de materialen daar te krijgen, heb je de hulp van elke medewerker nodig. Die medewerkers zijn vaak hooggespecialiseerde mensen met andere prioriteiten dan recyclage. Je moet dus selectief inzamelen en kiezen waar je je inspanningen op inzet. Het moet de moeite zijn wat volume of aantallen betreft. Er moet ook een draagvlak voor bestaan. Bovendien moet er een markt voor zijn. Als de olieprijs stijgt, dan worden de grondstoffen om kunststoffen te maken duurder en dan loont recyclage. Lage olieprijsen zijn slecht voor de recyclagemarkt en de afvalwereld. Sinds midden 2017 is de prijs van een vat ruwe olie gestegen van 45 naar 70 dollar, waardoor afval als grondstof weer interessanter wordt.

Herman Devriese: “Vergeet niet dat elke kilogram afval die je niet hoeft te laten verbranden een uitgespaarde kost is. Maar zelfs al maken we er geen winst op, dan nog is het de moeite waard. Voor het milieu en voor de werkgelegenheid.”

Het is echter niet evident om afvalstoffen in te zamelen in een ziekenhuis. Veel mensen komen er thuis al nauwelijks toe, laat staan op het werk, met de tijdsdruk en de focus op de patiëntenzorg.”

Voortdurende evoluties

“Veel kunststofafval verdwijnt vandaag bij het gewone vuilnis. In sommige regio’s loopt nu een experiment met roze zakken voor alle kunststoffen die niet-PMD zijn. Met UZ Leuven wilden we hieraan meedoen. De plaatselijke intercommunale ging ermee akkoord. Maar de wetgeving laat het niet toe: je mag maar drie zakken per week buitenzetten, ook als ziekenhuis. Jammer natuurlijk. Want nu verdwijnen die kunststoffen samen met het ander niet-risicohoudend afval in de verbrandingsoven. De kunststof die via de roze zakken wordt opgehaald, wordt daarentegen hergebruikt voor kunststofbanken en -balken met heel wat toepassingen. De mogelijkheden voor dat soort recyclage zullen verder toenemen. Ook afgedankte elektronica worden meer en meer hergebruikt. Het Vlaamse bedrijf Umicore is een wereldspeler op het vlak van het herwinnen van edele metalen uit elektronica.”

“Ik werk al 20 jaar in het UZ Leuven en ik zie voortdurend evoluties. Soms wordt de recyclage van een bepaald materiaal na jaren plots onrendabel. Vroeger werden de placenta’s ingezameld voor gebruik in de cosmetica of de farmacie; vandaag hebben die sectoren andere mogelijkheden en zijn placenta’s afval dat niet meer ingezameld wordt.”

Mooie projecten

“Vroeger werden de babyflesjes voor afgekolde melk of poedermelk gereinigd en hergebruikt. Economisch was dat duur door de zware logistiek. Daarom kiezen veel ziekenhuizen voor wegwerpflesjes. Dat is goedkoper, logistiek gemakkelijker en het levert minder risico op contaminatie op. Keerzijde van de medaille: we hebben nu duizenden kilo’s extra hoogwaardig afval. De producent van de flesjes toonde zich bereid om te recycleren, maar dan moesten

wij ons logistiek mee organiseren. Om te beginnen moet je je medewerkers motiveren. Dat ging hier gemakkelijk, want velen vonden het ‘een regelrechte verspilling’ dat die flesjes werden weggegooid. Als je de medewerkers aan je kant hebt, wordt het een stuk gemakkelijker. Ze moeten willen meewerken, anders is je project al bij voorbaat verloren. Daarna zijn we met recyclagebedrijf FostPlus aan tafel gegaan. We konden FostPlus overtuigen dat we de flesjes bij het gewone PMD-afval mochten voegen, zodat we geen nieuwe afvalstroom hoefden te creëren. Dan bleef er nog één probleem: op elk flesje kleefde een etiket met de naam van het kindje. Dat zijn vertrouwelijke gegevens, dus moest dat etiket eraf. Hiervoor moesten we een ander soort etiket gebruiken, dat gemakkelijk te verwijderen is. Gelukkig waren alle medewerkers gemotiveerd genoeg en is dit vandaag de standaardprocedure in het ziekenhuis. Het project is een mooi succes.”

“Een ander project is de inzameling van de blauwe doeken gebruikt als verpakking bij sterilisatie. Die zijn gemaakt van polypropyleen: een kunststof. We vonden een bedrijf dat de gebruikte doeken wou recyclen tot polypropyleenkorrels, die als grondstof voor andere producten kunnen dienen. Alleen moesten wij die doeken intern inzamelen en was er ook een manuele manipulatie nodig. Hiervoor hebben we samenwerking gezocht met een maatwerkbedrijf. Dat past perfect in de filosofie van de circulaire economie, die streeft naar een toegevoegde waarde. In het maatwerkbedrijf werken laaggeschoolde mensen die hoogwaardig afval kunnen behandelen om er nieuwe grondstoffen van te maken. We hebben bij dit project ook andere ziekenhuizen betrokken om voldoende volume te hebben, zodat het economisch haalbaar wordt, ook voor het maatwerkbedrijf.”

“Sommige opportuniteiten kan je grijpen, andere zijn niet realistisch: omdat er geen markt voor is, omdat het niet te organiseren valt enzovoort. Vandaag verzamelen we in het UZ Leuven al 50 soorten afval apart in. De haalbaarheid moet je geval

Sleutels tot een succesvol recyclageproject

- Is er continu en voldoende volume?
- Is het een homogeen materiaal of gemakkelijk te homogeniseren?
- Is het recyclagemateriaal waardevol, is er een markt voor?
- Is er geen gezondheidsrisico?
- Is er een draagvlak bij de medewerkers?
- Is het wettelijk toegelaten?
- Pluspunt: kan je de inzameling laten verlopen via bestaande kanalen?

per geval bekijken. Neem het inzamelen van hoogwaardige materialen zoals katheters. Dat zou in principe kunnen, maar de wetgeving maakt het lastig, omdat het over risicohoudend medisch afval gaat, met zijn specifieke strenge wetgeving naar verpakking, transport en verwerking. Of neem iets simpels: koffiegruis. Dat wordt gebruikt om champignons te kweken en er is vraag naar. In het ziekenhuis hebben we tientallen tonnen koffiegruis, maar wel erg verspreid. Inzameling hiervan is niet eenvoudig, omdat het ook allemaal uiterst hygiënisch moet kunnen verlopen.”

“Of deze inspanningen ook economisch rendabel zijn? Voor de maatschappij zeker en vast. Voor het ziekenhuis is enige nuance nodig. Het is niet gemakkelijk om dit tot in detail te berekenen, omdat er zoveel elementen meespelen. De recyclage van de flesjes brengt wellicht op. Met de blauwe doeken halen we een break-even. Vergeet niet dat elke kilogram afval die je niet hoeft te laten verbranden ook een uitgespaarde kost is. Maar zelfs al maken we er geen winst op, dan nog is het de moeite waard. Voor het milieu en voor de werkgelegenheid”, besluit Herman Devriese.

Voor meer info over de studiedag “Zorge-loos afval: hoe circulair kan de healthcare zijn”, zie www.leuvenmindgate.be/activities

Nieuw loonmodel IFIC eindelijk van start (maar nog niet overal)

Na jarenlange onderhandelingen wordt dit jaar gestart met de uitrol van het nieuwe loonmodel in de zorgsector: IFIC. Tenminste, dat geldt voor de federale sectoren: de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen, de thuisverpleging, en andere. De eerste fase van de implementatie van IFIC is ondertussen volop bezig in de voorzieningen. Voor de voorzieningen die met de zesde staats hervorming naar Vlaanderen werden overgeheveld wordt binnen het kader van VIA 5 onderhandeld om ook een opstap te voorzien voor het IFIC-loonmodel.

Aan het IFIC-loonhuis is vele jaren gewerkt door de sociale partners in overleg met de federale overheid. IFIC verdeelt de functies in de zorgvoorzieningen in duidelijke categorieën met ook nieuwe barema's. Het totale kostenplaatje voor IFIC in de federale private sectoren bedraagt 395 miljoen euro. De federale overheid heeft voor een eerste fase in 2018 65 miljoen vrijgemaakt.

“Met dit startbedrag konden we twee dingen doen”, zegt stafmedewerker Veerle Van Roey van Zorgnet-Icuro. “Ofwel beslisten we om die 65 miljoen te verdelen over een deel van het personeel. Een valabele piste, ware het niet dat we niet weten wanneer we voldoende middelen zullen hebben om de volledige implementatie te realiseren. Het alternatief was om de 65 miljoen te verdelen over alle personeelsleden in de sector. In het overleg met de sociale partners is voor dit tweede scenario gekozen. Voor de volgende stappen hebben we de toezegging van 15 miljoen extra in 2019 en nog eens 15 miljoen in 2020. Tegen 2020 hebben we dus jaarlijks 95 miljoen ter beschikking van de 395 miljoen euro die nodig is om IFIC helemaal uit te rollen in de federale private sectoren. De verdere implementatie overstijgt het mandaat van de huidige regering, al heeft ze zich er schriftelijk toe verbonden om zo snel mogelijk de



Veerle Van Roey: “We willen werk blijven maken van een afgestemde loonpolitiek over de sectoren heen. Het is niet evident dat verpleegkundigen en zorgkundigen andere loonvoorwaarden krijgen afhankelijk van de sector waarin ze werken..”

verdere uitrol mogelijk te maken. Hoe dan ook, eenmaal de IFIC-trein start, is het niet de bedoeling om ergens halfweg de rit te stoppen.”

Wat met de Vlaamse geregionaliseerde voorzieningen?

Het is de uitdrukkelijke doelstelling van Zorgnet-Icuro om ook de recent geregionaliseerde zorgvoorzieningen mee te nemen in het IFIC-verhaal. De VIA-onderhandelingen lopen op dit ogenblik en daar ligt ook IFIC op tafel. De zesde staatshervorming, die momenteel in uitvoering is, creëert een complexe situatie.

“Eenzijds zijn er heel wat voorzieningen en organisaties op Vlaams niveau die niet bij de uitwerking van het voorliggende IFIC loonmodel betrokken zijn geweest”, zegt Veerle Van Roey. “Denk aan de sociaal-cul-

turele organisaties, de welzijnssector, de gezinszorg, de kinderopvang, de maatwerkbedrijven enzovoort. Anderzijds is er een grote groep van voorzieningen die tot voor kort onder de bevoegdheid van de federale overheid vielen. Zij waren, ook omdat ze allemaal deel uitmaken van hetzelfde paritaire comité (330), dan ook van in het begin actief betrokken bij de IFIC-onderhandelingen. Nu ze naar het Vlaamse niveau zijn overgeheveld, worden ze losgekoppeld van de sectoren die federale bevoegdheid bleven. Het gaat om de woonzorgcentra, de PVT's, de categorale ziekenhuizen, de autonome revalidatiecentra en de initiatieven Beschut Wonen. Het is onze betrachting dat onze geregionaliseerde sectoren in deze fase toch bij IFIC kunnen aansluiten. We hebben er samen zo hard voor gestreden om de loonpolitiek in die voorzieningen gelijke tred te laten houden met de ziekenhuizen. Het is niet

gemakkelijk om die koppeling nu los te laten omdat een andere overheid bevoegd geworden is. Vlaanderen moet de nodige middelen voorzien om die organisaties mee te nemen in de eerste fase van IFIC. Daarnaast willen we evenwel grondig nagaan hoe we ons in de toekomst tot de Vlaamse sectoren willen verhouden. Samen met de betrokkenen willen we een oefening maken om later onderbouwde keuzes te kunnen maken.”

“We zullen wel werk moeten blijven maken van een afgestemde loonpolitiek, het is niet evident dat verpleegkundigen en zorgkundigen andere loonvoorwaarden krijgen afhankelijk van de sector waarin ze werken. Dat zou de concurrentie die vandaag al bestaat tussen ziekenhuizen en bijvoorbeeld woonzorgcentra, nog kunnen versterken en 'cherry picking' kunnen bevorderen.”

Medewerkers kunnen kiezen

Het IFIC-loonmodel gaat uit van verschillende premissen. Zo wordt het loon niet langer uitsluitend op basis van het diploma bepaald. Globaal genomen worden ook hogere aanvangslonen ingevoerd. In sommige gevallen leiden die hogere aanvangslonen wel tot lagere lonen in de laatste jaren van een loopbaan. Je moet dus het hele plaatje bekijken. Dat zorgt ervoor dat sommige van de huidige medewerkers er weleens baat bij zouden kunnen hebben om niet in IFIC te stappen. Die mogelijkheid bestaat ook.

“Globaal is IFIC een opwaardering van de lonen in de sector”, bevestigt Veerle Van Roey. “Maar er is inderdaad een kleinere groep bij wie de keuze niet zo evident is. Het gaat om ca. 12% van alle medewer-

kers. Zij zullen moeten kiezen voor 'het snelle geld' en dan later wat minder, of omgekeerd. Die mensen zullen in hun keuze begeleid worden door de personeelsdiensten van de voorzieningen. Ook de vakbonden geven informatie.”

“IFIC is trouwens helemaal tot stand gekomen in overleg met de vakbonden, waardoor een breed draagvlak heeft. Het loonmodel ligt nu vast, maar het is aan de voorzieningen om elke medewerker correct aan de juiste categorie toe te wijzen. Voor de grote groep van verpleegkundigen en zorgkundigen is dit meestal niet zo moeilijk. Voor andere functies dient er nog bepaald te worden of hij/zij in categorie x of y thuishoort.

IFIC-middelen in BFM ziekenhuizen

De bijkomende middelen voor IFIC zullen via het Budget Financiële Middelen (BFM) aan de ziekenhuizen gestort worden. De gesprekken hierover zijn momenteel lopende en er wordt ook een advies van de federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen verwacht. De meerkost voor IFIC zal allicht via de B9 in het BFM opgenomen worden. Dat is dezelfde categorie waarin ook andere sociale akkoorden worden gefinancierd.

Junckerplan voor Europese investeringen biedt ook zorgvoorzieningen kansen

Socialprofitorganisaties op zoek naar financiële middelen voor grote en risicovolle investeringen kunnen een beroep doen op het zogenaamde Junckerplan. Dat Europese investeringsplan wil belemmeringen voor investeerders wegnemen, investeringsprojecten onder de aandacht brengen en financiële middelen slimmer inzetten. Vooral het EFSI – het Europees Fonds voor Strategische Investerings – biedt mogelijkheden. We gingen erover praten met Luk Zelderloo van het EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities).

Het EFSI is de hoeksteen van het investeringsplan voor Europa. Het is opgericht om het gebrek aan vertrouwen en investeringen na de economische en financiële crisis weg te werken. In een tijd van schaarse overheidsmiddelen wil EFSI het geld van banken, ondernemingen en particulieren mobiliseren. De Europese Commissie werkt daarvoor samen met de Europese Investeringsbank (EIB).

“Het Junckerplan en EFSI bestonden al een tijdje, maar sinds kort is het programma verlengd tot 2020 en staat het ook veel nadrukkelijker open voor sociale projecten zoals gezondheidszorg, welzijn en onderwijs”, vertelt Luk Zelderloo. “Het zou best kunnen dat EFSI na 2020 zelfs een permanent karakter krijgt. Europa wil ook meer inzetten op communicatie naar de sociale sectoren om de mogelijkheden beter bekend te maken. Het is een heel positieve evolutie dat Europa meer oog heeft voor de sociale sector. Ik heb hier mee voor geijverd bij de Europese Commissie en bij de EIB in Luxemburg. Ik merk een kentering in het denken. Europa wil de communicatie in de twee richtingen versterken: met *capacity building* in de sociale sector zelf en met het dichten van de *knowledge gap* die bestaat bij bankiers en de EIB over de sociale sector. In 2018 organiseren wij hiervoor een 12-tal events in diverse landen met infosessies, ook voor potentiële investeerders. Je kunt echt spreken van een verandering in de geesten die bezig is.”

Regionaal investeringsplatform

“Ondertussen blijven wij als sector bij Europa pleiten voor sectorspecifieke programma's. Om een voorbeeld te geven: het is vaak moeilijk voor kleinere projecten om EFSI-ondersteuning te krijgen. Alleen projecten van meer dan 25 miljoen euro krijgen een directe toegang tot de EIB; projecten met een kleinere investering moeten via een gewone financiële instelling passeren, maar vaak kennen die zelf de mogelijkheden van EFSI onvoldoende. Wij stellen voor om een clustering van projecten mogelijk te maken. Zo zouden tien projecten van 2,5 miljoen euro samen ook aan 25 miljoen komen en zo recht hebben op extra ondersteuning. Voorts ijveren we voor regionale en nationale investeringsplatformen voor onze sectoren.”

“Het EFSI is trouwens maar een van de financiële instrumenten. Ook andere Europese initiatieven zijn soms het onderzoeken waard. EFSI is bedoeld voor risico-investeringen op het gebied van infrastructuur, innovatie en vorming. Neem bijvoorbeeld een groot opleidingsprogramma voor nieuwe zorgtechnologie. Het is vandaag nog erg onzeker welke ontwikkelingen zullen standhouden en welke niet. Het houdt dus risico's in als je hierin investeert. Ook de vermaatschappelijking van de zorg noopt ons tot grote investeringen. Bijvoorbeeld om woningen aan te passen zodat ze toegankelijk worden voor mensen met een beperking die zelfstandig willen wonen. Of neem de ziekenhuissector: als het aantal bedden blijft dalen, dan zal in die gebouwen moeten worden geïnvesteerd voor andere functies. Ook die transitie zou een EFSI-dossier kunnen opleveren.”

Is het sop de kool waard?

“Natuurlijk gelden er vrij strenge criteria. Het moet gaan om duurzame projecten en het financiële plaatje moet kloppen. Voor het risico dat niet gedekt is, geeft de EIB een bankgarantie. Zo kunnen organisaties een langere rentevoet krijgen.”

“Of het sop de kool waard is nu de intresten sowieso laag staan? De Europese Bank maakt zich sterk dat ze de leningslast met zowat de helft kan doen dalen. Voor een project van 500.000 euro is dat misschien niet zoveel, maar als we over enkele miljoenen beginnen te praten, dan kan dat bedrag snel oplopen. Je moet het dossier per dossier bekijken.”

“Enkele Vlaamse organisaties hebben trouwens de weg naar EFSI al gevonden en getuigen dat de communicatie met de EIB vlot verloopt. Het kan een mooie driehoek zijn: de Vlaamse overheid als belangrijke financier, de initiatiefnemers zelf en de Europese Investeringsbank. In de ouderenzorg kan je via deze weg gemakkelijker privéwoningen toegankelijk maken voor ouderen met een rolstoel. Of je zou samen met een sociale-woningmaatschappij nieuwe woonvormen kunnen ontwikkelen. Of samen met een technologiepartner op grote schaal investeren in zorg-op-afstand.” “Een mooie initiatief vond plaats in Ierland, waar een welzijnsorganisatie samen met de sociale huisvesting de bouw van 2.500 woningen en appartementen voor cliënten heeft gefinancierd, mee dankzij de EFSI-hefboom.”

Luk Zelderloo en EASPD ijveren in 2018 voor een regionaal investeringsplatform. Wie interesse heeft of een concreet dossier wil indienen, kan contact opnemen. “Mijn grootste zorg is dat we de kansen grijpen die zich aandienen. Het ogenblik is er rijp voor. Europa stelt zich meer open voor de sociale sectoren. Laat ons daar optimaal gebruik van maken”, roept Luk Zelderloo op. Meer informatie op www.socialinvestment.eu.



Luk Zelderloo: "Het kan een mooie driehoek zijn: de Vlaamse overheid als belangrijke financier, de initiatiefnemers zelf en de Europese Investeringsbank."

MEER RUIMTE, STRENGERE REGELS **Samenwerken met EIB kan lonen**

AZ Maria Middelaes in Gent werkte eerder al met de Europese Investeringsbank (EIB) samen voor de financiering van het nieuwe ziekenhuis.

Financieel directeur Frederik Coussée: "Onze bank stelde ons voor om cofinanciering te vragen aan de Europese Investeringsbank (EIB). Dat was vóór er sprake was van het Junckerplan en EFSI. We hebben een dossier gemaakt en zijn ermee naar Luxemburg getrokken. Daar heeft de EIB ons dossier in detail bestudeerd. De vereisten zijn streng, met heel wat simulaties, berekeningen en juridische formaliteiten. Het gaat dus niet zomaar. Maar eenmaal je de EIB aan je kant hebt, wordt er veel mogelijk. We hebben een gunstige rente én een langere looptijd kunnen bedingen dankzij de EIB. Een lening voor infrastructuurwerken op 20 jaar krijgen is al moeilijk, laat staan op 25 of 30 jaar. Met de EIB wordt dat wel mogelijk."

"Daartegenover staan verplichtingen. De EIB vraagt een stevig businessplan en je moet je ertoe verbinden om de hele looptijd van de lening je financiële ratio's op peil te houden. Ze leggen de lat echt wel hoog. We moeten met het ziekenhuis jaar na jaar mooie cijfers kunnen voorleggen. Wie de MAHA-studies wat volgt, weet hoe moeilijk dat is. We werken hier hard voor. Het is een engagement dat we aangegaan zijn, samen met de artsen, de raad van bestuur en de ondernemingsraad. We zijn allemaal trots op het nieuwe ziekenhuis. Het is een geweldige opportuniteit, maar je krijgt niets voor niets. Die druk om financieel performant te blijven, houdt ons scherp. Onze begroting moet voldoen aan alle convenanten die met de banken afgesproken zijn. Maar dat lukt."

“De noden zijn er, de oplossingen ook. Laat ons ervoor gaan!”

De reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen is volop bezig. Maar in de luwte ontwikkelde zich in de regio Halle-Vilvoorde een uniek en goedwerkend organisatienetwerk, los van alle piloot- of proefprojecten. Helemaal bottom-up en vertrekkend vanuit de complexe noden van kwetsbare cliënten bieden de 12 partners van het netwerk Samen-Wel-Zijn al enkele jaren multidisciplinaire eerstelijnszorg aan. Wij gingen luisteren bij opbouwster Nelle Minner van Riso Vlaams-Brabant, tijdelijk coördinator van het organisatienetwerk.

“Riso Vlaams-Brabant is een vzw voor Samenlevingsopbouw met en voor kwetsbare groepen die vaak niet zo sterk opkomen voor de eigen rechten: laaggeschoolden, mensen in armoede... Ook op het vlak van gezondheidszorg en welzijn zijn die mensen extra kwetsbaar. Onderzoek toont dat zij vaak minder gezond en ook minder lang in goede gezondheid leven. Ons project richt zich op het landelijke Pajottenland en de regio Halle, waar het zorgaanbod niet erg groot is. We wilden onderzoeken hoe we welzijn en gezondheidszorg beter toegankelijk konden maken voor die doelgroep. We hebben verschillende pistes bekeken en uiteindelijk gekozen voor een organisatienetwerk”, vertelt Nelle Minner.

“Het netwerk startte in 2014 en groeide geleidelijk uit tot een groep van twaalf partners. Dat was in het begin zeker niet gemakkelijk. Alle organisaties hebben het druk en tijd vrijmaken voor alweer een proefproject is niet evident. Zeker niet voor zo'n complexe doelgroep, die sowieso extra tijd en aandacht vergt. Gaandeweg is het engagement van alle partners gegroeid. Dat komt omdat we van in het begin op cliëntniveau gewerkt hebben. We installeerden een digitaal aanmeldpunt en brachten de diverse

Organisatienetwerk Samen-Wel-Zijn

Organisatienetwerk Samen-Wel-Zijn is een klein, decentraal geïntegreerd organisatienetwerk in de regio Pajottenland-Zennevallei in Vlaams-Brabant. Het netwerk is ontstaan vanuit twaalf diverse partners uit de gezondheids- en welzijnszorg:

- Drie huisartsenpraktijken uit Halle
- Begeleid Wonen Pajottenland
- CAW Halle-Vilvoorde
- CGG Ahasverus en CGG PassAnt
- OCMW Halle
- Riso Vlaams-Brabant
- SEL Zenneland
- SPPiIT Mobiele team
- Wit-Gele Kruis

hulpverleners samen rond moeilijke casussen. Die praktijk toonde snel haar nut. Door op cliëntniveau te werken, leerden de partners de doelgroep beter kennen. We leerden ook elkaar beter kennen en we zagen de complementariteit: hoe het OCMW bijvoorbeeld kan tussenkomen bij financiële problemen maar zich niet meteen raad weet met psychische kwetsbaarheid, terwijl het CGG net wel die psychische kwetsbaarheid kan aanpakken maar niets aan de



geldproblemen kan doen. Terwijl al die problemen vaak één kluwen vormen dat je niet gefragmenteerd kunt oplossen. Dankzij de samenwerking op casusniveau konden we samen het verschil maken voor de cliënten.”

Drempelverlagend

“Ook de cliënten voelden die steun”, gaat Nelle Minner verder. “Het gevoel dat ze er niet meer alleen voor staan is erg be-

“Hulpverleners van één gespecialiseerde organisatie kunnen niet altijd een oplossing bieden en voelen zich vaak machteloos bij de cliënten. Dat is nu niet meer het geval. Vandaag overheerst het gevoel: samen kunnen we het aan.”



Enkele leden van organisatienetwerk Samen-Wel-Zijn: Kri Partous (Sociale Dienst OCMW Halle), Trui Vandenberghe (CAW Halle-Vilvoorde), Cindy Baillieu (Psychiatrisch Ziekenhuis St.-Alexius Grimbergen), Nelle Minner (Riso Vlaams-Brabant), Bart Teugels (Begeleid Wonen Pajottenland) en Liesbeth Devreker (Artsenkring Halle en Omgeving).

langrijk. De huisarts neemt een stuk verantwoordelijkheid op door in een eerste gesprek de drempel tot hulpverlening te verlagen. Zo stelt de huisarts indien nodig aan de cliënt voor dat een hulpverlener contact met hem zal opnemen. Als de cliënt daarmee akkoord gaat – met een schriftelijke *informed consent* – doet de huisarts de aanmelding via een digitale tool bij het CAW. Een hulpverlener van het CAW contacteert dan de cliënt voor een verkennend gesprek om de ondersteu-

ningsnoden duidelijk te maken. Dat is een heel andere manier van werken dan wanneer de huisarts de cliënt de raad geeft: ‘Ga hiermee eens naar een psycholoog.’”

“Het CAW bekijkt de cliënt vanuit diverse invalshoeken en maakt een inschatting van de noden. De casus wordt daarna besproken op het praktijkmoment, een tweemaandelijks bijeenkomst van het netwerk. Cliënten mogen hieraan deelnemen als ze willen. De partners focussen

zich tijdens het overleg op gezamenlijk detecteren, preventief opsporen, problemen aanpakken en escalaties vermijden. Dikwijls gaat het om zeer complexe situaties met uiteenlopende problemen die elkaar versterken.”

“De praktijkmomenten zijn een uitstekend forum voor de hulpverleners om elkaar te leren kennen vanuit de praktijkervaring. Door samen na te denken, groeit het begrip voor de situatie van de cliënt en daalt ook de vrees voor dergelijke moeilijke casussen. Hulpverleners die er alleen voor staan, kunnen geen oplossing bieden en voelen zich vaak machteloos bij die cliënten. Dat is nu niet meer het geval. Vandaag overheerst het gevoel: samen kunnen we het aan. Hulpverleners hoeven ook niet langer alleen de verantwoordelijkheid te dragen. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid. Cliënten worden niet langer van het kastje naar de muur gestuurd. Elke cliënt krijgt een trajectbegeleider. Per casus bekijkt men wie het meest geschikt is. Vaak is de cliënt al bij verschillende organisaties bekend. Als er met een van de hulpverleners al een vertrouwensband bestaat, dan proberen we daarop verder te werken.”

Reorganisatie eerste lijn

“Bijzonder aan het organisatienetwerk Samen-Wel-Zijn is dat het vrijwillig ontstaan is, niet opgelegd door derden of door een overheid. Bovendien beperken we ons niet tot strategische afspraken, maar werken we vanuit de praktijk met de cliënten. Hoewel het netwerk nog volop in ontwikkeling is, hebben we de jongste twee jaar ongeveer vijftig patiënten van drie huisartsenpraktijken besproken. Vijftig patiënten met een complexe zorgnood, die zonder deze aanmelding allicht geen verdere hulp zouden hebben gekregen. Idealiter zouden alle huisartsen in het



netwerk betrokken worden, maar we voelen de druk toenemen. Als er té veel cliënten moeten worden besproken op het tweemaandelijks praktijkmoment, dan dreigt de kwaliteit te dalen. Een alternatief is dat we het aantal praktijkmomenten verhogen, maar ook dat is niet evident. We zouden trouwens ook geografisch nog kunnen uitbreiden. Om maar te zeggen: de noden zijn er, de oplossingen ook, maar we moeten het georganiseerd krijgen. Onze aanpak past perfect binnen de reorganisatie

van de eerste lijn waaraan minister Vandeuren werkt. Met een voltijdse netwerkcoördinator zouden wij het organisatie netwerk kunnen borgen en versterken. Voorlopig gebeurt de coördinatie door verschillende mensen en organisaties, maar dat is op de middellange termijn geen stabiele situatie. Minister Vandeuren heeft oren naar onze vraag, maar wil eerst de resultaten van lopende pilotprojecten in het kader van het 'Geïntegreerd Breed Onthaal' afwachten. Duimen maar!"

Organisatienetwerk op een keerpunt

In 2016-2017 volgde doctoraatsonderzoeker Steven van den Oord de werking van het organisatie netwerk, als deel van het ruimere CORTEXS-onderzoek.

Steven van den Oord: "Ik ben veeleer toevallig in contact gekomen met Nelle Minner en het organisatie netwerk Samen-Wel-Zijn. Het leek me meteen een heel bijzondere en interessante case, omdat het organisatie netwerk vrijwillig en bottom-up ontstaan is. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de netwerken in de geestelijke gezondheidszorg, die opgelegd zijn door de overheid. Ontstaat een netwerk van onderuit, dan is de kracht ervan helemaal afhankelijk van het organiserend vermogen van de groep zelf. In die zin is Samen-Wel-Zijn een mooi en eigenlijk ook heel uitzonderlijk voorbeeld, waaruit we lessen kunnen trekken."

"Natuurlijk is dit organisatie netwerk nog vrij jong, maar toch is het nu al interessant om de evolutie en de doeltreffendheid ervan in kaart te brengen. Zo heb ik voor mijn onderzoek de relaties tussen alle partners verhelderd: wie verwijst door naar wie, welke afhankelijkheden en belangen hebben de partners, wat zijn de rollen van de partners, en hoe worden de middelen verdeeld... Ik heb ook de perceptie van elke partner over het netwerk bevraagd: zijn ze tevreden over de samenwerking, over de effectiviteit, de resultaten... Ook over de netwerk governance heb ik in interviews vragen gesteld."

Drie aanbevelingen

"Het onderzoek naar vrijwillige bottom-up organisatie netwerken in het publieke domein staat nog in zijn kinderschoenen ten opzichte van gemandateerde organisatie netwerken. Het model van Provan en Kenis uit 2008 onderscheidt drie ideaaltypes van organisatie netwerken: een *shared-participant model*, waarin de partners samen de coördinatie op zich nemen; een *lead-model*, waarin één van de partners de coördinatie doet; en een NAO of Netwerk Administratieve Organisatie, waarbij de coördinatie gebeurt door een derde partij. Welk model het meest geschikt is, is afhankelijk van diverse factoren: de doelconsensus, de netwerk grootte, het netwerk vertrouwen en de competenties op netwerkniveau. Samen-Wel-Zijn schippert op dit ogenblik tussen een *shared-participant model* en een NAO. Dat is geen stabiele situatie. Stel bijvoorbeeld dat Riso Vlaams-Brabant niet langer aan dit project werkt, dan zou het netwerk weleens uit elkaar kunnen vallen. De werking is nu voornamelijk gebaseerd op de vrijwillige inzet van de partners. Het organisatie netwerk is de eerste jaren goed doorgekomen en met mooie resultaten ook. Maar nu is hét moment om een stap verder te zetten en stabiliteit te zoeken. Hiervoor zijn extra middelen nodig."

"Een tweede aanbeveling die ik in deze stand van het onderzoek al kan maken, is om ook na de voorlopige hypothese over de moeilijkheden van de cliënt nog meer geïntegreerd te werken. Het gesprek bij de

huisarts, het *informed consent*, de toeleiding naar het netwerk... dat loopt allemaal vlot. Maar zodra de noden in kaart gebracht zijn en de verantwoordelijkheden toegewezen, denken de partners nog te veel vanuit het eigen aanbod. Sommige complexe multi-problematieken moet je echt samen opnemen. Dat wordt een volgende stap in de integratie van het organisatie netwerk."

"Een derde aanbeveling is om de coördinatie van het netwerk te verduidelijken. Vandaag draait de structuur vooral op Riso Vlaams-Brabant en het CAW. Maar hoe zal men omgaan met spanningen in het netwerk? Een grote uitdaging in organisatie netwerken is dat doelen en belangen van de partners niet altijd overlappen. Met de reorganisatie van de eerste lijn worden die doelen, belangen en grenzen van organisaties weer herschikt en is de vraag wie de coördinatie opneemt en hoe."

"Op basis van deze bevindingen hebben we twee scenario's gemaakt. In een eerste scenario blijft Samen-Wel-Zijn beperkt van omvang, wordt het vertrouwen onderling verder opgebouwd en kiest men voor een zelfsturend en participatieve opzet (*shared-participant model*). In het tweede scenario gaat men resoluut voor een NAO waarbij een voltijdse (externe) netwerkcoördinator wordt aangetrokken en bouwt men het netwerk verder uit met extra partners. Hiervoor zijn extra middelen nodig. Ik raad aan om voor het tweede scenario te gaan. Samen-Wel-Zijn is er klaar voor. Het is een parel van een casus."



CB1052

De zorgsector evolueert steeds meer naar een geïntegreerde aanpak, die de patiënt centraal stelt.

De nieuwe reeks **Z-Healthcare** brengt een boeiend beeld waarbij de zorgsector streeft naar hogere en betaalbare kwaliteit, welzijn en comfort voor patiënt en zorgverlener. De reeks besteedt veel aandacht aan de menselijke verhalen van patiënten, senioren en zorgverleners en aan ZORG2030, het dialoogproject over de gezondheidszorg in 2030, dat werd opgestart door het UZ Brussel en de VUB.

Z-Healthcare
Elke woensdag op Kanaal Z

kanaal **Z**

In samenwerking met :



ZORG 2030
DIALOGUEER MEE



Universitair
Ziekenhuis
Brussel



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL

HEALTH & CARE

DÉ VAKBEURS VOOR DE ZORGSECTOR

WORD ZORGMEDEWERKER/ZORGTEAM VAN HET JAAR

HEALTH&CARE plaatst via verschillende awards nieuwigheden in de kijker, moedigt creativiteit aan, geeft aandacht aan doordachte architectuur en belooft gastvrijheid. Naast de vijf bestaande awards lanceert H&C in 2018 **twee nieuwe awards** om dé zorgmedewerker en hét zorgteam van het jaar te bedanken.

NIEUWE CATEGORIEËN

• AWARD •

ZORGMEDEWERKER

Dé zorgmedewerker met een "bijzonder hart" voor de zorg.

• AWARD •

ZORGTEAM

Hét zorgteam die kwalitatieve en uitstekende, persoonsgerichte zorg nastreeft.

BESTAANDE CATEGORIEËN

• AWARD •

INNOVATIE

Een award voor het meest innovatieve product of dienst. (al dan niet gecommercialiseerd)

• AWARD •

HOSPITALITY

Deze award belooft een project dat de klant of patiënt een uitzonderlijk warm gevoel geeft.

• AWARD •

HEALTH & CARE

Een mooi project door de samenwerking tussen overheid, zorgsector en industrie.

• AWARD •

CONCEPT

Een award voor het project dat qua architectuur en inrichting er bovenuit springt.

• AWARD •

TOOLS

We belonen specifieke hulpmiddelen of vondsten die het verblijf van de bewoners of het werk van het personeel vergemakkelijken.

Meer informatie en inschrijvingen op
www.health-care.be

HEALTH & CARE
DÉ VAKBEURS VOOR DE ZORGSECTOR

24 | 25 | 26 APRIL 2018
FLANDERS EXPO

In samenwerking met



dag v/d
ZORG

Een week lang zorg en welzijn in de kijker

12 MAANDAG
MAART

**EERSTELIJS
ZORG IN BEELD**

13 DINSDAG
MAART

**INNOVATIE
FESTIVAL**

14 WOENSDAG
MAART

**REANIMATIE
MARATHON**

15 DONDERDAG
MAART

**BURENDAG
KINDEROPVANG**

16 VRIJDAG
MAART

**MANTELZORG
CAFÉ'S**

17 ZATERDAG
MAART

**BLOED/PLASMA
DONATIE**

18 ZONDAG
MAART

**OPENDEUR
IN 250
ORGANISATIES
UIT ZORG &
WELZIEN**

**Volg het volledige programma van
Dag v/d Zorg van 12 tem 18 maart**

Tijdens de Week v/d Zorg wordt de sector elke dag op een andere manier belicht. Op maandag is dat de eerstelijnszorg, op dinsdag organiseert Dag v/d Zorg samen met in4care het eerste innovatiefestival voor zorg en welzijn. Op woensdag is er de reanimatiemarathon, een samenwerking tussen Dag van de Zorg, de onderwijsinstellingen en Vlaams zorgambassadeur Lon Holtzer. Op donderdag openen honderden kinderopvanginitiatieven hun deuren tijdens de burendag en op vrijdag ontmoeten mantelzorgers elkaar in tientallen mantelzorgcafés. Op zaterdag wordt er masaal bloed en plasma ingezameld in de donorcentra van Rode Kruis-Vlaanderen. Als kers op de taart toont de sector zich op zondag *Samen Zorgkrachtig* tijdens de opendeurdag.

Meer info & programma op www.dagvandezorg.be