

zorgwijzer 105

CÉLINE SCHEYVING
& CHARLOTTE DEBOOSERE

**“Oriënterend
kortverblijf
biedt advies
op maat”**

zorg net

icuro

IN DIT NUMMER

Edito.....	3	Hoe Roger Degrieck voorzitter werd van woonzorgcentrum Sint-Lodewijk in Schilde	32
20 Jaar Wet op de Patiëntenrechten.....	4	Oriënterend kortverblijf biedt ademruimte voor ouderen en hun familie.....	36
Wim Van de Waeter over de zorgberoepen	19	EMDR als efficiënte therapie om trauma te verwerken.....	40
Beroepsorganisaties van verpleegkundigen over de schaarste op de arbeidsmarkt.....	23		
Naar een kostenbewust geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis.....	28		

EDITO



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Retentie, retentie, retentie

Iedereen kent vast en zeker de drie kernwoorden wanneer het gaat om de waarde van vastgoed: locatie, locatie, locatie. Voor zorg en welzijn kunnen we moeiteloos eenzelfde soort antwoord formuleren: medewerkers, medewerkers, medewerkers ... Zonder medewerkers valt alles stil. Het probleem van de personeelskrapte neemt alle mogelijke mentale ruimte in beslag voor wie in de zorg werkt. Het houdt iedereen bezig, zeven op zeven.

Sommige journalisten of burgers stellen mij nog altijd de vraag: “Wat is de oplossing voor dit probleem?” Helaas kunnen we dit niet zomaar “oplossen”, dé oplossing bestaat niet. Het verhaal en de analyses dreigen eentonig te worden. Er is de demografie en de stijgende vraag naar zorg, de uitstroom uit het beroep en de instroom die onvoldoende is. Alleen een combinatie van heel veel ingrepen samen kan ervoor zorgen dat de krapte de komende jaren niet nog veel groter wordt. De zorg zal het de komende jaren met minder mensen moeten doen. “Oplossingen”, lees verschuivingen of afbouw op de ene plaats, creëren vaak ook nieuwe problemen in een ander segment van de gezondheidszorg.

Meer dan ooit groeit het inzicht dat we vooral zorg moeten dragen voor wie nu in de zorg werkt. Zodat we ook hen niet massaal kwijtspelen. En dus moeten we het werk werkbaarder maken en druk van de ketel halen. Zodat onze medewerkers niet voortdurend naar adem happen en zich afvragen of ze nu toch niet beter op zoek gaan naar een ander soort job met minder stress en mentale belasting. Retentie staat met andere woorden bovenaan de prioriteitenlijst van onze HR-verantwoordelijken. Wim Van De Waeter, directeur patiëntenzorg bij ZNA en voorzitter van de commissie zorg van Zorgnet-Icuro, slaat in deze Zorgwijzer de nagel op de kop: “Als we niet kunnen garanderen dat medewerkers hun werk veilig, goed en kwalitatief kunnen doen, dan ondermijnen we het welzijn van de zorgberoepen.”

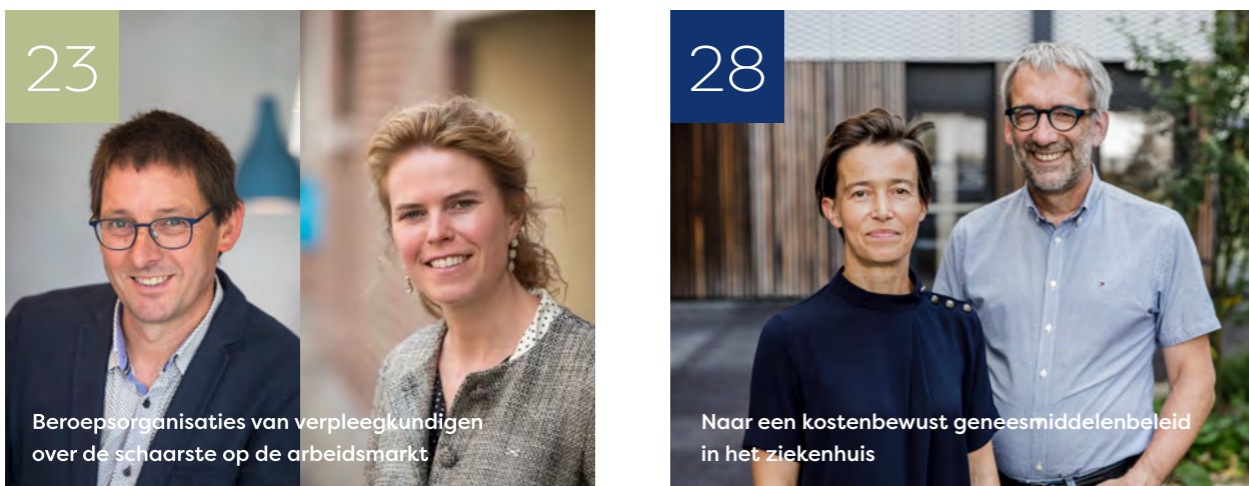
We gaan noodgedwongen naar een shift. Vroeger volgde het aanbod de zorgvraag. Was er ergens nood aan meer capaciteit, bijvoorbeeld door het toenemend aantal ouderen in de samenleving, dan creëerden we extra plaatsen. Nu zullen we het aanbod moeten sturen in functie van wat we op een kwaliteitsvolle en menselijke manier kunnen realiseren met de beschikbare medewerkers. Er zullen dus noodgedwongen evidenties verdwijnen. Een krimpscenario in de praktijk toepassen vergt moed en overleg. Nu zijn zorgvoorzieningen daar op microniveau mee bezig, binnen hun organisatie en hun mogelijkheden, zo goed en zo kwaad als het kan. Maar nu duidelijk wordt dat het personeelstekort zich voordoet in alle segmenten van zorg en welzijn moeten we naar een breder ethisch debat over de keuzes die we maken. Wat kunnen we blijven bieden in tijden van schaarste? Artsen, zorgpersoneel, directies én burgers moeten hierover nadenken; het zal aan de politiek zijn om een kader uit te tekenen.

Ondertussen timmeren we verder aan een andere arbeidsorganisatie op de werkvloer om de medewerkers efficiënter in te zetten. De aanpassing van de Weg op de Gezondheidsberoepen komt dan onvermijdelijk over ieders lippen. Maar welke aanpassing? Daarover lopen de meningen ver uiteen. In deze Zorgwijzer laten we daarover enkele vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties aan het woord. Na jarenlange discussies en veel stilstand pleit ik om te vertrekken van een wit blad in plaats van bestaande wetgeving te gaan amenderen. De nood is zo hoog dat we de moed zullen moeten vinden om heilige huisjes te slopen. Moeten we niet naar een *light* systeem, weg van alle handelingen die in ontelbaar veel regeltjes worden gegoten die in de praktijk al lang niet meer haalbaar zijn? We hebben nood aan een kaderwet met grote lijnen in plaats van nog meer aangebouwde hokjes. Met een responsabilisering van alle betrokkenen. Laat ons daar werk van maken. Nog deze legislatuur. Nog langer wachten zou schuldig verzuim zijn.



04

20 Jaar Wet op de Patiëntenrechten



23

Beroepsorganisaties van verpleegkundigen over de schaarste op de arbeidsmarkt

28

Naar een kostenbewust geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis

“De wet heeft van patiënten partners gemaakt”

De wet op de patiëntenrechten bestaat 20 jaar: het ideale moment om die mijlpaal te vieren, maar ook te evalueren. Want de medische wereld is de voorbije twee decennia natuurlijk sterk veranderd. Vier experts laten hun licht erover schijnen.

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINI CLEEMPUT EN PETER DE SCHRUYVER



“Technologie kan helpen om patiënten beter te informeren”

Het belang van de wet op de patiëntenrechten kan niet onderschat worden, zegt professor ethiek Freddy Mortier (UGent). “Artsen waren het gewend om vanuit een paternalistische macht te beslissen, maar die verdween bijna volledig: een aardverschuiving!”

Hoe is de wet op de patiëntenrechten ontstaan?

“De voorgeschiedenis van de wet gaat een héél eind terug. In de voorbije honderd jaar is zeer langzaam het besef gegroeid dat patiënten een stem moeten krijgen in de medische zorg. Een heel belangrijke doorbraak kwam er tijdens de processen van Neurenberg, na afloop van de Tweede Wereldoorlog. Daar werd onder meer aangeklaagd dat de nazi's medische experimenten uitvoerden op gevangenen in de kampen, onder meer in Auschwitz en Dachau. Terwijl die mensen daar uiteraard nooit toestemming voor hadden gegeven. Na die processen is de Code van Neurenberg opgesteld, een reeks ethische onderzoeksprincipes. Een daarvan is dat proefpersonen van experimenten altijd hun vrijwillige toestemming moeten geven. Daar is de basis gelegd voor de zogenaamde ‘geïnformeerde toestemming’, die later is overgedragen naar de volledige medische praktijk.

Al zijn er tot in de jaren 1970 heel wat misbruiken geweest. Denk maar aan het Tuskegee-syfilis-onderzoek in de Verenigde Staten, dat liep van 1932 tot 1970. Daarbij ronselden wetenschappers onder valse voorwendselen een grote groep Afrikaans-Amerikaanse proefpersonen om onderzoek te voeren naar syfilis. Maar die proefpersonen kregen geen juiste diagnose en werden niet (correct) behandeld, waardoor een grote groep overleed. Door de processen die volgden op die en andere misbruiken, groeide het bewustzijn rond *informed consent*. Dat werd uiteindelijk ook wettelijk verankerd in de Verenigde Staten. In de jaren 1990 volgde de Raad van Europa met een conventie over patiëntenrechten. In de nasleep daarvan heeft de Belgische regering-Verhofstadt de patiëntenrechten - die in de medische praktijk al min of meer werden toegepast - in 2002 ook in een wet gegoten. Een ongelofelijk belangrijke beslissing!”

Is de wet vooruitstrevender dan gelijkaardige wetten uit andere landen?

“In grote lijnen komt hij wel overeen met internationale wetten. Het enige wat vrij kenmerkend is voor onze wet, is de zogenaamde ‘cascade’ die erin is verwerkt.

Die is bedoeld voor gevallen waarin de patiënt zelf geen beslissingen kan nemen. Vóór de wet er was, was het heel eenvoudig: dan besliste de arts. Maar sinds de invoering van de wet treedt dan een hele ‘waterval’ in gang: als de patiënt zelf geen beslissing kan nemen - omdat hij bijvoorbeeld in coma ligt - dan beslist zijn vertegenwoordiger, die expliciet is aangeduid. Als er geen vertegenwoordiger is, dan beslist zijn partner. Als er geen partner is, dan zijn meerderjarig kind. Als er geen kind is, dan zijn ouder, broer, zus enz. Pas helemaal achteraan dat rijtje komt de ‘beroepsbeoefenaar’: de arts dus, in de meeste gevallen.

Dat was destijds een aardverschuiving! Artsen waren het gewend om vanuit een paternalistische macht te beslissen, maar die verdween bijna volledig. En maar goed ook! Toen bleek dat de Britse premier Winston Churchill - die je toch moeilijk een incompetent persoon kunt noemen - een ernstige hartziekte had, heeft zijn arts heel lang getwijfeld om hem daarover in te lichten. Hij wilde namelijk zijn functioneren als staatshoofd niet in het gedrang brengen. Nu lijkt dat absurd, maar zo'n staatsman - die ons mee uit de Tweede Wereldoorlog heeft gered - werd door zijn dokter dus als een kind behandeld. Vandaar dat we niet genoeg kunnen onderstrepen hoe belangrijk de wet op de patiëntenrechten - en vooral het gedeelte over ‘geïnformeerde toestemming’ - wel is. Aanvankelijk moesten veel artsen wennen aan die cultuurverschuiving, maar vandaag is dat gelukkig heel goed ingeburgerd.”

Zijn patiënten vandaag ook “empowered” genoeg om die wet te laten gelden?

“Het is een veelgehoorde kritiek op de wet: dat hij geschreven zou zijn voor mondige patiënten, die bereid zijn om - koste wat het kost - op te komen voor hun rechten. Maar mondigheid alleen is niet voldoende, je moet ook enorm veel weten. Heel veel patiënten kennen de mogelijkheden van de wet niet, waardoor ze hun partner bijvoorbeeld niet tijdig op de hoogte brengen van hun wensen. Of ze beseffen niet dat ze hun patiëntendossier kunnen inkijken, of dat een andere arts zelfs de ‘persoonlijke notities’ van hun dokter mag opvragen.

Het is natuurlijk niet evident om mensen meer *empowered* te maken. Al zie ik wel veel goede initiatieven. In ziekenhuizen liggen duidelijke brochures, ziekenfondsen verspreiden veel informatie, de patiëntenverenigingen - die ik buitengewoon belangrijk vind - zijn zeer betrokken,



**“Aanvankelijk
moesten veel artsen
wennen aan die
cultuurverschuiving,
maar vandaag is dat
gelukkig heel goed
ingeburgerd”**

Freddy Mortier



“Zet technologie zoveel mogelijk in om mensen medisch te informeren, zodat ze de ‘gewone zorg’ meer en meer zelf in handen kunnen nemen

ook in ethische comités bijvoorbeeld ... Ik heb toch de indruk dat er de laatste jaren iets begint te veranderen. Het aantal klachten bij de ombudsdiensten van ziekenhuizen gaat bijvoorbeeld sterk omhoog. Al zie ik daar nog wel een pijnpunt: er is nood aan meer *empowerment* van de ombudsdiensten. Zij maken deel uit van een ziekenhuis, waardoor ze te weinig op hun strepen kunnen staan. Als er nu een klacht van een patiënt binnenkomt en de dokter en de ziekenhuisdirectie besluiten daar niet op in te gaan, kan die ombudsdienst weinig doen. Zo'n dienst zou een onafhankelijke rol moeten krijgen.”

Hoe zit het eigenlijk met minderjarigen? Krijgen zij voldoende ondersteuning door de wet?

“Absoluut. Ook dat is best vooruitstrevend. Minderjarigen krijgen van de wet het recht om zelfstandig beslissingen te nemen als ze daartoe in staat zijn. Hoe oud ze zijn is dus niet relevant: bij de ‘medische meerderjarigheid’ wordt enkel gekeken naar hun psychologische competentie. Dat principe is later overgenomen in de euthanasiewet. Een 14-jarige mucoviscidosepatiënt kan dus zelf beslissen over zijn behandelingen en kan in principe zelfs euthanasie aanvragen, ongeacht wat zijn ouders daarvan vinden.

Daarnaast stel ik vast dat geïnformeerde toestemming soms beter wordt toegepast bij minderjarigen.

Als een hartpatiënt van acht jaar bijvoorbeeld een operatie moet krijgen, dan zal hij vooraf zeer uitgebreid ingelicht worden: van het parcours naar de operatiekamer tot de verdoving en wat er vervolgens precies zal gebeuren. En dat allemaal in begrijpelijke taal. Bij meerderjarige patiënten wordt veel van die uitleg achterwege gelaten, hoewel zij daar ook nood aan hebben en vaak zelfs nog angstiger zijn dan kinderen.”

De medische wereld is veel complexer geworden. Volstaat de wet nog?

“Ik denk niet dat we deze wet moeten veranderen. Al klopt het natuurlijk dat sommige beslissingen moeilijker worden, zowel voor artsen als voor patiënten. Neem nu de vele genetische tests, zoals NIPT bij zwangerschappen. Of je als aanstaande ouder informatie wil krijgen over allerlei genetische aandoeningen of niet, kan je alleen maar zelf beslissen. Daar kan medische expertise weinig toe bijdragen. Maar eenvoudiger wordt dat zeker niet.

Nog een belangrijk probleem is de complexiteit van medische dossiers. Patiënten kunnen die heel gemakkelijk thuis inkijken, maar 99% van de mensen begrijpt amper iets van dat medische jargon. En het kan ook niet de bedoeling zijn dat pakweg een topchirurg, die al zijn kostbare tijd besteedt aan complexe operaties, voor elke patiënt die ‘vertaalslag’ moet maken. Daar kunnen multidisciplinaire teams bij helpen.

Maar ik zie ook een mooie rol voor nieuwe technologieën: een digitaal ‘woordenboek’ dat wetenschappelijke termen omzet in heldere taal, zou bijvoorbeeld heel welkom zijn.

Ook ziekenfondsen en patiëntenorganisaties kunnen - met de hulp van nieuwe technologie - nog een veel grotere rol spelen. Zij kunnen de complexe medische informatie heel goed vertalen op maat van hun leden, en dan het liefst elektronisch, zodat mensen alles rustig thuis kunnen bekijken. Technologie zal trouwens steeds meer gebruikt moeten worden om mensen te informeren. Gezien de personeelsschaarste in de gezondheidszorg - die ik niet meteen zie verdwijnen - zullen mensen voor milde problemen meer en meer aangewezen zijn op zelfhulp en mantelzorg. Dat is een evolutie die je niet kunt tegenhouden. Maar in die schaarste kunnen we een bepaalde opportuniteit zien: zet technologie zoveel mogelijk in om mensen medisch te informeren, zodat ze de ‘gewone zorg’ meer zelf in handen kunnen nemen.”

Zetten het personeelstekort in de sector en de wachttijden de patiëntenrechten niet te veel onder druk?

“Het klopt dat patiënten niet altijd terecht kunnen bij de arts van hun keuze, of dat ze dan maanden moeten wachten. Maar ik heb veel vertrouwen in de kwaliteit van onze medische zorg, die uitgebreid wordt gecontroleerd.

Al stel ik me wel vragen bij het feit dat onze overheid niet alle beschikbare informatie deelt. We weten bijvoorbeeld dat er soms spectaculaire verschillen zijn in overlevingskansen bij bepaalde aandoeningen, afhankelijk van het ziekenhuis waar patiënten worden behandeld. Maar die informatie wordt niet openbaar gemaakt, om allerlei redenen. Al zullen de fusieoperaties van ziekenhuizen de algemene kwaliteit wel ten goede komen.”

Is de wet tijdens de covidpandemie voldoende nageleefd?

“Je moet natuurlijk altijd de individuele rechten afwegen tegen de collectieve. Toen de verplichte vaccinatie op tafel werd gelegd, beschouwden sommigen dat als een inbreuk op de lichamelijke integriteit. Maar bij ernstige epidemische aandoeningen moet je altijd uitzonderingen kunnen maken. In de jaren 1980 had je gelijkaardige discussies rond HIV. De privacy van patiënten is cruciaal, maar betekent dat ook dat je aan een partner van een HIV-patiënt mag verzwijgen dat hij of zij een dodelijk risico loopt? Dat geldt ook bij covid: door bijvoorbeeld vaccinatie te weigeren, verlies je andere rechten, omdat je anders de samenleving in gevaar brengt. Je hebt ook niet het recht om in de bebouwde kom 100 km per uur te rijden, enkel en alleen omdat jij dat belangrijk vindt. Dan weegt de bescherming van de maatschappij zwaarder door.”



“De rol van vertrouwenspersonen moet nog meer in de verf worden gezet”



De wet op de patiëntenrechten heeft veel stigma's rond geestelijke gezondheidszorg uit de wereld geholpen. Al zijn er wel specifieke uitdagingen, vertelt Kris Bruyninckx, onafhankelijke ombudsvrouw patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg voor Psyche vzw.

Hoe belangrijk is de wet op de patiëntenrechten in de geestelijke gezondheidszorg?

“Zéér belangrijk. De wet heeft van patiënten partners gemaakt in de geestelijke gezondheidszorg. Zij worden mee verantwoordelijk voor hun eigen zorgtraject. De wet geeft ons als ombudspersonen ook bestaansrecht. En ik denk dat hij een belangrijke rol speelt in de destigmatisering van de geestelijke gezondheidszorg: doordat patiënten een stem krijgen en mee kunnen beslissen, wordt de sector toch wat uit het verdomhoekje gehaald.”

Heeft deze wet 20 jaar geleden een grote verschuiving teweeggebracht?

“In zekere zin wel: er werd een basis gelegd voor patiënten om hun stem te laten horen en gelden. Maar zo'n ommekeer gebeurt niet van de ene dag op de andere. Eigenlijk is twintig jaar geleden, bij het ontstaan van de wet, een proces in gang gezet. Sindsdien zijn er heel wat nieuwe inzichten en evoluties bijgekomen - denk maar aan het elektronisch patiëntendossier - waardoor ook de omgang met patiëntenrechten blijft evolueren. We zien wel dat de toepassing van de wet nog steeds verschilt tussen voorzieningen en hulpverleners. Al is er algemeen steeds meer aandacht voor: we evolueren zeker in positieve zin.”

Wat zijn de specifieke uitdagingen voor deze sector, als het gaat over patiëntenrechten?

“Uitdagingen zijn er zeker! Zo hebben we bijvoorbeeld veel te maken met 'belendende wetgeving': rechten en wetten die de patiëntenrechten kunnen beïnvloeden. Denk maar aan internering, gedwongen opname en bewindvoering. In onze sector zijn er soms patiënten met een beperkt ziekte-inzicht, waardoor hulpverleners extra veel overtuigingskracht nodig hebben. Vertrouwenspersonen kunnen sowieso een belangrijke rol spelen: ze zijn een steunpilaar voor de patiënt, maar ook een bondgenoot voor de hulpverlener. Helaas zijn ze nog te weinig bekend en maken patiënten te weinig gebruik van dit recht. Misschien heeft dat deels te maken met de talloze wetten waarin over vertrouwenspersonen wordt gesproken, terwijl dat concept telkens iets anders lijkt te betekenen. In de wet patiëntenrechten gaat het over iemand die samen met de patiënt luistert naar de hulpverlener. Zo'n extra paar oren kan heel zinvol zijn, omdat patiënten in hun kwetsbare situatie niet altijd alle informatie oppikken of bepaalde vragen misschien niet durven te stellen. Dat de vertrouwenspersoon dan kan helpen, is een win-winsituatie: voor de patiënt, maar ook voor de hulpverlener. Zeker omdat de vertrouwenspersoon geen bedreiging is voor het beroepsgeheim.

Een andere belangrijke uitdaging is de betrokkenheid van familie. Dat is heel belangrijk binnen de geestelijke gezondheidszorg: familieleden kunnen zorgen voor continuïteit - wanneer de patiënt in het weekend bijvoorbeeld naar huis mag. Maar zij hebben ook veel kennis over de voorgeschiedenis van de patiënt. Zeker omdat er vaker wordt gekozen voor kortere behandelingen en ambulante zorg, wordt familie steeds belangrijker. Maar patiënten willen wel niet altijd dat hun familie betrokken wordt bij de behandeling, en bovendien mogen hulpverleners natuurlijk het beroepsgeheim niet schenden.

Tot slot is het concept van dwang nog een belangrijke uitdaging. Dat wordt al veel minder dan vroeger toegepast in de geestelijke gezondheidszorg, maar helaas is het soms wel nog nodig. Dit ontnemt de patiënt natuurlijk het recht om deelgenoot te zijn in de beslissingen over zijn behandeling.”

“Geïnformeerde patiënten zijn ook vaker betrokken patiënten, die zelf verantwoordelijkheid nemen”

Kris Bruyninckx

Wat kan er gebeuren om die dwang toch meer af te stemmen met patiëntenrechten?

“Het is belangrijk om te blijven inzetten op informatie, ook op momenten waarop de patiënt het misschien niet helemaal vat. In zulke gevallen kan een vertrouwenspersoon een heel belangrijke rol spelen. En verder moeten hulpverleners natuurlijk voldoende tijd krijgen om met patiënten rond de tafel te zitten en alles te bespreken. Helaas is de werkdruk gigantisch. Dit is dus ook een oproep aan de overheid: zorg voor tijd en middelen, zodat de wet nog beter kan worden toegepast.”



Hoe kan de wet nog bekender worden in de sector?

“Er zijn al veel goede initiatieven. Zo krijgen patiënten in veel voorzieningen bij hun opname automatisch een brochure over de wet patiëntenrechten. En vanuit OOGG, de onafhankelijke ombudsdienst geestelijke gezondheidszorg, organiseren wij ook heel wat vormingen, zowel voor patiënten als hulpverleners. We hebben nu bijvoorbeeld een *e-learningtraject* voor professionals ontwikkeld, dat we gaan verspreiden binnen de ziekenhuizen. En recent zijn we gestart met een project, specifiek gericht op kinderen en jongeren, en de ambulante sector, waar we nog iets minder bekend zijn. Er is een nieuwe website, we hebben een stellingenspel ontwikkeld voor jongeren, er is een chatfunctie waarop mensen ons elke werkdag kunnen bereiken en we leggen de laatste hand aan een online game. Dat speelt zich af in een planetenstelsel, waarbij elke planeet een ander patiëntenrecht vertegenwoordigt.”

Zijn patiënten “empowered” genoeg om de wet ook te laten gelden?

“Sommige patiënten staan sterk genoeg in hun schoenen om hun rechten af te dwingen, andere helaas niet. Vanuit de ombudsdienst coachen wij patiënten daar ook in. Maar eenvoudig is het sowieso niet, omdat je als patiënt in een afhankelijkheidspositie zit. De hulpverlener heeft de expertise, waardoor een partnerschap soms moeilijk afdwingbaar is.

Nochtans denk ik dat de meeste beroepsbeoefenaars zeker achter de wet staan: zij weten dat het recht op informatie de basis is. En dat geïnformeerde patiënten ook vaker betrokken patiënten zijn, die zelf verantwoordelijkheden nemen. Helaas steekt de hoge werkdruk de hulpverleners vaak stokken in de wielen: om patiënten goed te informeren en met hen te overleggen, is nu eenmaal veel tijd nodig.

Worden er bij de ombudsdienst veel klachten neergelegd?

“In 2021 kreeg OOGG 2359 klachten. Dat cijfer is de voorbije vijf jaar ongeveer stabiel gebleven. Met uitzondering van 2020: tijdens de eerste maanden van de coronacrisis konden wij als ombudsen niet in de ziekenhuizen komen. Bovendien waren veel patiënten huiverachtig om klacht in te dienen: die periode was al zo moeilijk voor iedereen, dat ze dat er niet meer konden bijnemen.”

Waarover gaan de meeste klachten?

“Drie vierde van de klachten gaat over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. Dan hebben we het bijvoorbeeld over een gebrek aan respectvolle bejegening en/of goede behandeling. Dat kan gaan over de betrokkenheid van familie, geweigerde opnames, onvoldoende beschikbaarheid van hulpverleners, een gebrekkige somatische behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis enz. Ook over de ‘hotelservice’ in voorzieningen komen heel wat klachten:

over het eten bijvoorbeeld, het gebrek aan een eigen kamer of een kleerkast die niet op slot kan. Daarnaast zijn er vrij veel klachten over het gebrek aan geïnformeerde toestemming: bijvoorbeeld medicatie of behandelingen die onder dwang worden toegediend. En tot slot krijgen we geregeld klachten rond de informatie over en inzage in patiëntendossiers.”

Kunnen de meeste klachten ook effectief behandeld worden?

“Elke klacht wordt sowieso door ons beluisterd. Soms is dat voor de betrokkene genoeg: een luisterend oor tegen wie hij kan vertellen hoe moeilijk de situatie is geweest. Daarnaast kunnen we patiënten ook coachen, informeren, doorverwijzen en bemiddelen. Maar de patiënt bepaalt altijd wat er gebeurt, hij behoudt zeggenschap over zijn eigen klacht.”

Hoe kan het klachtenrecht nog verbeterd worden?

“Dat is een verschrikkelijk moeilijke vraag ... Het klachtenrecht werkt, zeker in de residentiële sector: wij zijn aanwezig in psychiatrische ziekenhuizen en voorzieningen, wat de drempel om klachten in te dienen zeker verlaagt. We worden trouwens ook goed aanvaard in de sector: de hulpverleners en directies kennen ons en aanvaarden ons werk. Maar in de ambulante sector kan onze bekendheid zeker nog omhoog, daar werken we volop aan.”

Moet de wet patiëntenrechten na 20 jaar geëvalueerd (en verbeterd) worden?

“Het is zeker goede wetgeving die patiënten een goede basis geeft, plus natuurlijk ook veel verantwoordelijkheid. Maar elke wet moet voortdurend worden geëvalueerd. Er zijn de voorbije 20 jaar ook heel wat uitdagingen bijgekomen, denk maar aan het elektronisch patiëntendossier. Het is fantastisch dat mensen hun eigen dossier rechtstreeks thuis kunnen inzien. Maar helaas staan zulke dossiers vaak vol jargon, en is niet alles even goed gekaderd. Het is dus een uitdaging voor hulpverleners om zo’n dossier te schrijven in begrijpelijke taal, alsof ze het tegen de patiënt zelf zouden vertellen. Ik denk dat het nooit voldoende is om enkel vanuit een wet naar patiëntenrechten te kijken. De wet stoelt op communicatie tussen hulpverlener en patiënt, dus we moeten blijven werken aan een nieuwe cultuur waarbij patiënten echt als partners worden gezien.”



“Dat de vertrouwenspersoon kan helpen, is een win-winsituatie: voor de patiënt, maar ook voor de hulpverlener”

Kris Bruyninckx



“Doordat patiënten een stem krijgen en mee kunnen beslissen, wordt de geestelijke gezondheidszorg toch wat uit het verdomhoekje gehaald

“De onvolkomenheden en onduidelijkheden moeten uit de wet”

Als we met een juridische bril naar de wet op de patiëntenrechten kijken, is het na 20 jaar toch nodig om over bepaalde aspecten een grondig debat te voeren, zegt Tom Balthazar, professor gezondheidsrecht (UGent), stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro en voormalig voorzitter van de federale commissie patiëntenrechten.

Voelt de wet op de patiëntenrechten na 20 jaar gedateerd aan?

“Dat zou ik niet zeggen, de wet is nog zeer actueel. Al is uit de toepassing gebleken dat er wel enkele onvolkomenheden en onduidelijkheden in staan. Bovendien is de context in die twintig jaar tijd enorm veranderd. De wet is geschreven vanuit een duale relatie tussen patiënt en zorgbeoefenaar. Maar dat komt natuurlijk niet (meer) overeen met de realiteit, die veel complexer is. Ten eerste maakt de patiënt altijd deel uit van een context: zijn brede familie en omgeving. En daarnaast wordt er, meer dan 20 jaar geleden, in teams gewerkt. Dat heeft natuurlijk implicaties. Denk maar aan het beheer van het dossier: is dat de taak van één zorgbeoefenaar of van het hele team? Daarin spelen zaken als beroepsgeheim en het privacyrecht een cruciale rol.

Wat zijn volgens u de belangrijkste onduidelijkheden in de wet?

“Een belangrijke onduidelijkheid is het hele luik rond het patiëntendossier, waarin de patiënt inzage krijgt. Daarop zijn enkele uitzonderingen, maar die zijn nogal vaag gedefinieerd. Zo zijn er de ‘gegevens over derden’. Gaat het enkel over zaken die de patiënt over anderen vertelt? Of gaat het over zaken die anderen over de patiënt vertellen? Als een familielid bijvoorbeeld bij de huisarts klaagt over een patiënt die te veel drinkt, moet de huisarts dat dan delen met die patiënt?”

Daarnaast is er het concept van de ‘persoonlijke notities’. Om de discussie daarrond te begrijpen, is

het belangrijk om te weten dat het patiëntendossier doorheen de jaren enorm is geëvolueerd. Aanvankelijk was het louter een geheugensteun voor de individuele zorgbeoefenaar. Later evolueerde het naar een communicatie-instrument voor alle leden van een team. En sinds het inzage-recht is het een instrument geworden om te communiceren met de patiënt. Die kan nu ook elektronisch zijn dossier inkijken, van thuis uit. Dat valt zeker te verantwoorden, maar het brengt wel complicaties mee. Zo moet er op een andere manier geschreven worden: medisch jargon en allerlei afkortingen zijn voor de patiënt totaal onbegrijpelijk. Maar er kunnen ook zaken in staan die de patiënt ervaart als een belediging. Wat als een arts zijn collega’s bijvoorbeeld wil waarschuwen dat een patiënt zich soms handtastelijk of agressief gedraagt? Er is dus nood aan meer duidelijkheid over het concept van die ‘persoonlijke notities’ en wat daar precies mee mag en kan gebeuren.”

Ook over de concepten vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon blijkt nogal wat onduidelijkheid te zijn.

“In de wet zijn dat twee verschillende functies. Een vertegenwoordiger van een patiënt mag beslissingen nemen wanneer de patiënt dat niet meer kan. Een vertrouwenspersoon staat de patiënt emotioneel bij wanneer die informatie krijgt van een arts. Een vertrouwenspersoon kan later een vertegenwoordiger worden, maar dit hoeft niet. Daar bestaat nogal wat onduidelijkheid over, zeker omdat diezelfde termen ook in andere wetten opduiken, soms in een andere

betekenis. Bovendien is er onduidelijkheid over de zogenaamde cascade: de volgorde van familiale vertegenwoordigers die beslissingen nemen over wils-onbekwame patiënten. Dat gaat om ‘een ouder’, ‘een meerderjarig kind’, ‘een broer of zus’. Maar vaak zijn er meerdere kinderen, broers of zussen. De wet verduidelijkt niet wie de zorgbeoefenaar dan moet consulteren.”

Ziet u ook bepaalde toepassingsproblemen van de wet?

“Ja, rond de ‘negatieve voorafgaande wilsverklaring’ bijvoorbeeld. Die wordt steeds meer gebruikt in het kader van voorafgaande zorgplanning, wat zeker positief is. Maar een van de problemen is dat er geen vast model voor bestaat, in tegenstelling tot de wilsverklaring voor euthanasie bijvoorbeeld. Als burger moet je dus zelf uitzoeken hoe je die wilsverklaring vormgeeft. Bovendien is er geen verplichte registratie en moet je niet aan je vertegenwoordiger meedelen dat je zo’n wilsverklaring hebt.”

Ook vertegenwoordiging van minderjarigen is een heikel punt. Waarom precies?

“In beginsel worden minderjarigen vertegenwoordigd door hun ouders, al moeten ze uiteraard wel altijd betrokken worden. Maar de wet stelt dat oordeelsbekwame minderjarigen zelfstandig hun rechten mogen uitoefenen. Zo mag een arts aan een meisje van 16 jaar anticonceptie voorschrijven. Als dat meisje niet wil dat haar ouders op de hoogte worden gebracht, mag die arts hen niet verwittigen.

“De wet is geschreven vanuit een duale relatie tussen patiënt en zorgbeoefenaar. Maar dat komt natuurlijk niet (meer) overeen met de realiteit”

Tom Balthazar

Op die ‘oordeelsbekwaamheid’ staat geen leeftijd: een zorgbeoefenaar kan oordelen dat het geldt voor een bepaalde 14-jarige met veel maturiteit, maar niet voor een andere 17-jarige, bijvoorbeeld. Dat heeft het voordeel van de soepelheid, maar het nadeel van de onzekerheid. Andere landen hebben wel duidelijke leeftijdsgrenzen, maar dan krijg je meer rigiditeit. Er is dus nood aan een grondig debat.”



“Er is nood aan meer duidelijkheid over het concept van die ‘persoonlijke notities’ en wat daar precies mee mag en kan gebeuren”

Tom Balthazar



De Wet op de Patiëntenrechten botst ook weleens met andere wetgeving?

“Zeker, bijvoorbeeld met GDPR, de bekende wetgeving rond privacy. Die gaat uit van een rechtstreeks inzagerecht, terwijl in het patiëntenrecht soms sprake is van onrechtstreeks inzagerecht, via een beroepsbeoefenaar. Daarnaast is er bijvoorbeeld de Kwaliteitswet, die zegt dat patiënten altijd toestemming moeten geven vóór leden van een team informatie mogen delen. Maar dat leidt tot praktische problemen: op intensieve zorgen is er bijvoorbeeld continue zorg, 24/7. Die zorgbeoefenaars moeten alle gegevens over een patiënt hebben, toestemming of niet.

En dan is er nog de toegang tot het dossier via het *E-Health-platform*. Dat gebeurt in beginsel rechtstreeks en meteen. Dat is bijvoorbeeld handig voor de resultaten van een covidtest: als patiënt weet je meteen of je positief bent. Maar als het over complexere zaken gaat, ligt dat moeilijker. Stel dat een man zich heeft laten testen op prostaatkanker, en het resultaat is positief. Dan kan die de resultaten van het laboratorium met een inkijken, nog voor de huisarts of uroloog. Misschien zou een vertragingstermijn van één week zinvol zijn, zodat de arts de kans krijgt om dit tijdens een consultatie rustig te kaderen.”

Er gaan stemmen op om het recht op klachtenbehandeling meer te laten gelden. Hoe kijkt u daarnaar?

“Er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling. Bij dat laatste wordt een oordeel geveld en kan daar ook een gevolg aan gekoppeld worden. Bij bemiddeling wordt een klacht ook onderzocht, maar is het vooral de bedoeling om de communicatie te herstellen en eventueel tot excuses of een regeling te komen. In heel wat gevallen is dat laatste zinvoller.”

“Als we het over de ambulante sector hebben, is er zeker nood aan verbetering. Nu beschikt die sector over een federale ombudsfunctie: een onderbemande dienst in Brussel die helaas niet de mogelijkheid heeft om echt te luisteren, laat staan tot oplossingen te komen. Als het gaat over de residentiële sector van ziekenhuizen en voorzieningen, dan voorziet de wet dat zij intern een ombudsfunctie moeten hebben. Alleen wordt soms de vraag opgeworpen of zij dat voldoende onafhankelijk kunnen doen. Uiteraard is een onafhankelijk statuut belangrijk, maar het is ook goed dat ombudsmensen de structuur van een voorziening goed kennen, om tot een zinvol resultaat te komen. Als we naar een te geformaliseerd en ‘gejuridiseerd’ systeem gaan, zullen we veel aan soepelheid inboeten.”



“De patiëntenrechten kwamen in de covidcrisis sterk onder druk”

Else Tambuyzer

Het Vlaams Patiëntenplatform organiseerde een grootschalige bevraging over de bekendheid van de wet op de patiëntenrechten, en peilde naar de mate waarin patiëntenrechten vandaag worden gerespecteerd. Directeur Else Tambuyzer geeft tekst en uitleg.

Eén op de vijf deelnemers van de bevraging bleek de wet niet te kennen. Kwam dat als een verrassing?

“We krijgen vaak vragen of klachten van mensen die de wet eigenlijk niet blijken te kennen. Totaal verrast waren we dus niet. Al hadden we wel gehoopt dat er een verbetering zou zijn tegenover vijf jaar geleden, toen we een gelijkaardige bevraging deden. Maar dat bleek jammer genoeg niet het geval. Vaak weten mensen pas wat hun rechten zijn, wanneer ze ermee geconfronteerd worden. Wie nog nooit ernstige medische problemen had, ligt wellicht ook niet wakker van de vraag of hij zijn patiëntendossier mag inkijken. Al is er ook positief nieuws: bijna alle deelnemers konden minstens één patiëntenrecht benoemen.

Vanuit het Vlaams Patiëntenplatform blijven wij natuurlijk volop inzetten op de bekendmaking van de wet, met infosessies, brochures, acties ... En ook vanuit andere kanalen, zoals overheden en ziekenfondsen, worden heel wat inspanningen geleverd.

Al mogen we ons natuurlijk niet enkel op burgers richten. Het is minstens even belangrijk dat zorgprofessionals de wet kennen én in de praktijk leren brengen, in de eerste plaats door helder te communiceren. Daar ligt een belangrijke taak voor de opleidingen. Wij sturen zelf maandelijks een mail uit naar honderden zorgverleners en voorzieningen, met concrete *tips & tricks*.”

Het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening wordt het minst goed gerespecteerd. Wat zijn daar de belangrijkste aandachtspunten?

“Dat recht is vrij vaag omschreven in de wet, waardoor mensen het natuurlijk heel breed interpreteren. Uit de resultaten van de bevraging bleek dat een groot deel van de klachten over kwaliteitsvolle dienstverlening te maken had met covid. Dat ging bijvoorbeeld over uitgestelde zorg en lange wachtlijsten, patiënten die te snel naar huis gestuurd werden, verkeerde diagnoses, zorgverleners die uitgeput waren en daardoor soms onbeleefd of ongeduldig reageerden ...”

Welke andere patiëntenrechten worden het vaakst geschaad?

“Ook rond het patiëntendossier blijken er vrij veel klachten te zijn. Ongeveer een kwart van de deelnemers gaf aan dat ze moeilijkheden ervoeren om hun dossier in te kijken. Ook wanneer patiënten een afschrift vragen, wordt dat niet altijd gerespecteerd: soms wordt hun vraag genegeerd, soms krijgen ze niet het volledige dossier te zien of worden ze bijvoorbeeld geconfronteerd met lange wachttijden.

Daarnaast is er ook verbetering nodig rond het klachtenrecht. Uit onze bevraging bleek dat slechts 31% van de mensen die een klacht hadden, ook effectief een klacht indienden. Het klachtenlandschap is dan ook erg versnipperd: er zijn veel verschillende instanties en het is soms moeilijk om uit te zoeken

wie verantwoordelijk is voor een bepaalde klacht. Bovendien is er soms enkel de mogelijkheid tot klachtenbemiddeling in plaats van -behandeling, terwijl dat niet altijd een antwoord biedt. En bovendien wordt soms ook de onafhankelijkheid van de ombudspersonen, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, in vraag gesteld. Tot slot blijkt dat klachten niet altijd tot kwaliteitsverbetering leiden. Terwijl dát net is wat patiënten hopen: dat anderen niet in dezelfde situatie hoeven te belanden.

Iets wat velen ook zorgen baart, is dat de wet niet altijd even afdwingbaar is. Als een zorgverlener besluit om geen afschrift van het patiëntendossier te geven, stopt het vaak voor de patiënt. Het enige wat dan rest, is een juridische procedure.

“Het is ontzettend belangrijk dat zorgprofessionals de wet kennen én in de praktijk leren brengen, in de eerste plaats door helder te communiceren”

Else Tambuyzer

Maar dat weegt financieel en emotioneel erg zwaar. We hopen dus dat de wet op een andere manier meer afdwingbaar kan worden gemaakt.”

De rollen van vertegenwoordiger en vertrouwenspersoon worden ook te weinig gebruikt?

“Die rollen zijn nog te weinig bekend, wat veel te maken heeft met het complexe systeem. Als patiënt moet je actief de stap zetten om een vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon in je patiëntendossier te laten registreren. Dat kan je niet zelf doen, het moet via een zorgverlener gebeuren. Wij pleiten ervoor om dat via mijngezondheid.be mogelijk te maken: zo kan de patiënt dat zelf doen, van thuis uit, en is het meteen zichtbaar voor alle hulpverleners en in alle dossiers.

Omdat veel mensen er niet bij stilstaan dat ze misschien van de ene dag op de andere zo'n vertegenwoordiger nodig kunnen hebben - na een verkeersongeval bijvoorbeeld - zijn ze zich ook niet bewust van dat recht.

Daarom zou het goed zijn dat zorgverleners hun patiënten daarover informeren. De jaarlijkse hernieuwing van het globaal medisch dossier is bijvoorbeeld een geknipt moment.”



“Uit de resultaten van de bevraging bleek dat een groot deel van de klachten over kwaliteitsvolle dienstverlening te maken had met covid

Else Tambuyzer

Welke lessen kunnen we trekken uit de covidcrisis?

“Het was toch beangstigend om te zien hoezeer patiëntenrechten onder druk kwamen te staan: de vrije keuze van zorgverleners, de bijstand door vertrouwenspersonen... De gelijkwaardigheid binnen een patiëntenrelatie stond plots op een veel lager pitje. Daarnaast gaven veel patiënten aan dat bezoek en sociaal contact, wat geen officiële patiëntenrechten zijn maar voor velen wel zo aanvoelen, cruciaal zijn voor het sociaal welzijn. En het baart ons zorgen dat de toestand in sommige voorzieningen, vooral ziekenhuizen, zo is gebleven. Bezoek wordt daar nog steeds sterk beperkt, wat toch geen juiste evolutie is. Wat ook problemen opleverde, was het feit dat bijvoorbeeld - door bepaalde groepen zorgverleners automatisch op de patiënten werden afgewenteld. Dat moet bij een toekomstige crisis absoluut vermeden worden.”

Kunnen we verder met de huidige wet, of is een hervorming nodig?

“Dankzij onze bevraging zijn enkele belangrijke knelpunten blootgelegd. Ik denk dat iedereen het erover eens is dat een actualisering van de wet zich opdringt. De medische wereld is de afgelopen 20 jaar sterk geëvolueerd - denk maar aan telegeneeskunde en geïntegreerde zorg. We moeten dus met de hele sector nadenken over de vraag hoe we de wet kunnen aanpassen aan de huidige praktijk.”



WIM VAN DE WAETER OVER DE ZORGBEROEPEN

**“Elke crisis biedt
opportunities.
Ook vandaag”**

Meer en meer ziekenhuizen en woonzorgcentra bouwen capaciteit af door een gebrek aan verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers. Ook ZNA in Antwerpen. Samen met algemeen directeur patiëntenzorg Wim Van de Waeter, tevens voorzitter van de Intersectorale Commissie Zorg van Zorgnet-Icuro, overlopen we de opties in de huidige situatie.

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER



“Als we niet kunnen garanderen dat medewerkers hun werk veilig, goed en kwalitatief kunnen doen, dan ondermijnen we het welzijn van de zorgberoepen”

Wim Van de Waeter

Er wordt al vele jaren gestreefd naar functieuitzuivering, functiedifferentiatie, het aantrekkelijker maken van het verpleegkundig beroep ... Waar ziet u nog kansen?

“Er bestaan nog altijd veel misvattingen over de gezondheidszorg. Jongeren hebben vaak een te beperkt beeld van wat zorgberoepen inhouden. Ik merk het bij mijn eigen kinderen: in het ASO is er nauwelijks aandacht voor. Daarnaast moeten we de arbeidspopulatie activeren. Er zijn nogal wat verpleegkundigen uit het beroep gestapt om een of andere reden. Soms voor enkele jaren om voor de kinderen te zorgen, maar uiteindelijk zie je die vaak niet terug. Hoe kunnen we dat potentieel bereiken? Arbeidsmigratie is ook een mogelijkheid, als het ethisch gebeurt. India heeft in sommige contereinen bijvoorbeeld een overschot aan verpleegkundigen. Er is ook arbeidspotentieel bij de mensen die uit Oekraïne gevlucht zijn bijvoorbeeld, maar ook uit andere gebieden ... De kunst is om hen te bereiken en goed te begeleiden. Maar het is niet evident om als buitenlandse verpleegkundige aan de slag te kunnen. De administratieve processen zijn soms complex en duren lang. Daarnaast gaan we als zorgorganisaties creatief moeten zoeken naar de best mogelijke oplossingen. Waarom bijvoorbeeld niet werken met een medicatieverpleegkundige die zich toelegt op dat specifieke cruciale proces? Dat is misschien een mogelijkheid voor verpleegkundigen die om fysieke redenen niet alle facetten van de zorg kunnen opnemen. Soms denken we nog te zwart-wit, volgens gekende modellen.

Hoe overtuig je het onderwijs om meer aandacht te schenken aan de gezondheidsberoepen? Ze worstelen zelf met een tekort aan leerkrachten en een negatieve beeldvorming?

“We moeten daar als voorzieningen zelf op inzetten. Hoe kunnen we studenten uit onder meer het ASO bij ons binnenhalen om ze te laten kennismaken met de zorg, de complexiteit, de diversiteit, de loopbaanmogelijkheden. Zelfs jonge mensen die overwegen om verpleegkunde te studeren, kennen vaak maar een fractie van de mogelijkheden. Terwijl je een zeer gevarieerde en uitdagende loopbaan kan uitbouwen.”

Moeten zorgvoorzieningen meer uit hun schulp komen?

“Absoluut. Ik ben onlangs gaan praten op een beroepenavond in de school van mijn kinderen. De school mikte in eerste instantie op een arts of een advocaat, maar ik heb zelf voorgesteld om over verpleegkunde te praten. Als je aan jongeren uit ASO-richtingen vraagt wat ze willen worden, dan kiezen de meesten voor advocaat, journalist of ingenieur. De optie gezondheidszorg komt nauwelijks in beeld. Met ZNA ontwikkelen we nu een kennismakingstraject. Dat vergt een inspanning en het is niet evident om iedereen mee te krijgen, maar het moet.”

Veel verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers werken vandaag deeltijds terwijl ze graag voltijds aan de slag zouden gaan.

“Het probleem zit op microniveau. In een team is er bijvoorbeeld ruimte voor een halftijds logistiek assistent. Vandaag kijken we al meer op macroniveau: kunnen we toch geen voltijds contract aanbieden en die medewerker ook op een andere dienst inschakelen? Maar organisatorisch is het niet altijd gemakkelijk. In ZNA hebben we voedingshostessen die 's morgens en 's avonds met broodbuffetwagens van kamer naar kamer gaan. Je hebt die hostessen 's morgens en 's avonds nodig, maar tussenin niet. Om onderbroken diensten te vermijden, opteren we voor halftijdse functies. Kan je een hostess dan overdag geen andere taken laten doen? Voor één hostess zou dat lukken, maar er is een heel team van hostessen en je kan die mensen onmogelijk allemaal een voltijds contact aanbieden.”

Hoe kijkt u naar de rol van interimkantoren vandaag?

“Ik noem ze een noodzakelijk kwaad. De klassieke interim, waarmee we al jaren werken, heeft zijn voordelen. Het geeft flexibiliteit en het helpt op piekmomenten. Waar ik het moeilijker mee heb, is de shift richting projectverpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen die je inhuurt voor een bepaald project. Zo is het tenminste ontstaan. Die projectverpleegkundigen werken aan betere voorwaarden, krijgen soms een bedrijfswagen enz. Wat zie je nu? Meer en meer jonge en pas afgestudeerde verpleegkundigen kiezen voor projectverpleegkunde via interimkantoren. Terwijl zij hiervoor nog niet de nodige ervaring hebben kunnen opbouwen. Daarmee heb ik het moeilijk. Zeker omdat de kost van een projectverpleegkundige 2,2 keer hoger ligt. Onze budgetten zijn er niet naar om veel gekke dingen te doen.”

Wordt daarover in dialoog getreden met interimkantoren?

“We spreken er wel mee, maar ze schieten als paddenstoelen uit de grond. Ze zijn met veel, erg versnipperd en commercieel. Je kan het hen niet kwalijk nemen dat ze een gat in de markt zien. Waar er een schaarste is, heb je altijd mensen die een graantje mee willen pikken. Maar dit is uiteindelijk geen duurzaam systeem.”

Naast de instroom heb je de retentie. Hoe kunnen organisaties daar meer op inzetten?

“Oog voor het welzijn van je medewerkers is een eerste punt. Medewerkers moeten zich veilig en thuis voelen. Ze moeten ervaren dat er voor hen wordt gezorgd. Ook de werkomgeving is belangrijk, net als de relatie met de direct leidinggevende. Goede coaching van leidinggevendenden is daarom een belangrijk aandachtspunt. Waar we meer moeten op inzetten, zijn safe staffing levels. Mensen moeten hun job goed kunnen doen.

We hebben altijd de neiging om als het wat moeilijker gaat, een tandje bij te steken. Is er een verpleegkundige minder? Niet zeuren, we werken wat harder. Dat houdt je niet eindelijk vol. Als we niet kunnen garanderen dat medewerkers hun werk veilig, goed en kwalitatief kunnen doen, dan ondermijnen we het welzijn van de zorgberoepen. Mensen hebben voor de zorg gekozen om goede zorg te leveren. Als ze 's avonds naar huis gaan met het gevoel dat ze zich uit de naad gewerkt hebben en toch geen goede zorg hebben kunnen geven, dan zijn ze verkeerd bezig. Alle ziekenhuizen en woonzorgcentra kampen met capaciteitsproblemen. We sluiten afdelingen. Dat vraagt moed en overleg. Een afdeling sluiten heeft een directe impact op de patiënten en de artsen. Dat geeft spanningen. We kunnen niet meer om het debat heen: welke keuzes maken we in de zorg?

De toegankelijkheid was altijd een grote troef. Die komt nu in het gedrang?

“Absoluut. Acute noden worden altijd opgevangen, maar de vraag is of we altijd alles gaan kunnen blijven bieden. In tijden van schaarste moeten we durven kiezen voor kwaliteit en veiligheid, boven kwantiteit.”

Evolueren we naar een model met minder keuzevrijheid en langere wachttijden? We zien het in de praktijk al bij de huisartsen, die in sommige regio's een patiëntenstop invoeren.

“Ja, ook in Antwerpen kunnen de huisartsen het niet meer bolwerken. Waar gaan de patiënten naartoe als ze niet bij een huisarts terecht kunnen? Naar de spoedgevallendienst. Het aantal patiënten op spoed is opnieuw met 12% gestegen in ZNA ten opzichte van de periode vóór de pandemie. Wij kunnen niet meer aan dat tempo blijven groeien, met de schaarste aan medewerkers. We hebben een fundamenteel debat nodig.”

Welke opties zijn er?

“De uitstelbare, planbare zorg moeten we onvermijdelijk meer spreiden. Patiënten voor een heup- of knieoperatie zullen meer geduld moeten oefenen. We zullen werken met een constante flow, met minder pieken en dalen, meer geprogrammeerd en met wachtlijsten.

Dat zal helpen om de capaciteit efficiënt in te zetten. Daarnaast is er urgente en niet-planbare zorg. Die krijgt voorrang. Een oncologische behandeling stel je geen maanden uit. We moeten evoluties naar een getrappt systeem. Zoals we eigenlijk al tijdens de coronacrisis hebben gedaan.

Minister Vandenbroucke bereidt een hervorming van de gezondheidszorg en de financiering voor. Alle ziekenhuizen samen hebben volgens de recente MAHA-studie maar 100 miljoen euro winst gemaakt. Dat is een flinterdunne marge. En dan krijgen we nu de energiecrisis. Die zal ons collectief veel meer kosten dan die 100 miljoen euro.



“Over angels en taboes in het verpleegkundig debat”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE

BEELD: JAN LOCUS

De beroepsorganisaties van verpleegkundigen hebben een uitgesproken mening over de schaarste op de arbeidsmarkt en de mogelijke oplossingen. We gingen erover praten met Wouter Decat van de Algemene Unie der Verpleegkundigen van België (AUVB) en met Ellen De Wandeler van het Netwerk Verpleegkunde (NVKVV).



“De AUVB pleit ervoor om de titel ‘verpleegkundige’ voor te behouden voor de bacheloropleiding. Tegelijk pleiten we voor een volwaardig profiel voor HBO5-medewerkers”

Wouter Decat

Gaan er ziekenhuizen failliet? Het klinkt onvoorstelbaar, maar in andere landen is het gebeurd. Of steken we een tand bij in de hervorming en werken we nog meer samen? Bijvoorbeeld voor de robotchirurgie. Een Belgisch ziekenhuis zonder robot? Dat loopt concurrentieel gewoon achter. Maar zijn die robots allemaal nodig? Zijn ze goed bezet? En kom je als ziekenhuis wel uit de kosten om hierin te investeren?”

Was dat soort samenwerking niet een doelstelling van de ziekenhuisnetwerken?

“Inderdaad, maar we hebben nog altijd geen netwerkfinanciering. Als vijf ziekenhuizen in een netwerk er samen niet uitkomen, tja ... Er is nog werk om de juiste incentives in te bouwen. Dat is geen duurzaam model. Er is veel meer afstemming nodig.”

Ook KB78 – nu Wet op de Uitoefening van Gezondheidsberoepen (WUG) – ligt al jaren op tafel. Groeit er stilaan een consensus over de verpleegkundige en de (ondersteunende) zorgberoepen?

“Dat debat is zeker nog niet rond. Het wordt al twintig jaar gevoerd. Sommigen pleiten voor één niveau van verpleegkunde: de bachelor. Dat heeft het voordeel van de duidelijkheid. Maar wat dan met de wetgeving en de erkenningen?”

Als alle verpleegkundigen het statuut van bachelor hebben, moet je ze ook allemaal als bachelor betalen. Is daar geld voor? Er wordt bovendien gevreesd voor een grote uitval als alleen het bachelorniveau overblijft. De gevolgen zijn moeilijk te voorspellen. De meningen zijn verdeeld, zowel bij de beroepsorganisaties als de beleidsinstanties. We hebben in de toekomst wel meer sterk opgeleide verpleegkundigen nodig, dat lijkt geen twijfel.”

“We kunnen niet meer om het debat heen: welke keuzes maken we in de zorg?”

Een meer traditionele hefboom om een job aantrekkelijker te maken, zijn de arbeidsvoorwaarden. Zijn die vandaag zo slecht voor verpleegkundigen?

“Er wordt een te negatief beeld hierover opgehangen. Verpleegkundigen verdienen een mooi loon. Wat niet helpt, zijn alle discussies over premies en IFIC. Een belangrijk principe in IFIC is verloning op basis van functie, niet van diploma.

Maar in de praktijk is er wel degelijk een verschil gemaakt tussen een bachelor- en een HBO5-diploma. En dan is er de categorie van gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld op de spoedgevallendienst of op intensieve zorgen.

Is hun job wezenlijk zoveel anders dan die van een verpleegkundige op geriatrie? Dat geeft onderlinge spanningen. En dan zijn er nog de premies voor beroepstitels die eerst waren afgeschaft maar nu terug zijn ingevoerd onder de naam specialisatiecomplement. Met alweer veel mensen die zich benadeeld voelen.

Die verschillen brengen discussie teweeg, die de beeldvorming voeden dat het altijd over de lonen gaat. Met als bijklank: die arme sloebers verdienen niets. Dat plaatje klopt niet.”

Zijn er andere manieren om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren?

“We moeten luisteren naar wat medewerkers echt belangrijk vinden. Op dit ogenblik implementeren we in ZNA zelfroostering. Als een hoofdverpleegkundige het uurrooster maakt, zijn veel medewerkers ongelukkig. Vervolgens beginnen ze onderling te wisselen. Waarom laten we de hoofdverpleegkundige daar dan zoveel energie in steken? Geef teams de ruimte om zelf de roosters samen te stellen. Zorg voor een kader en geef mensen zeggenschap. Dat heeft een positief effect op het welbevinden. Dit is maar één praktisch voorbeeld van mensen meer regelruimte te geven in hun dagelijkse praktijk.”

Zelfroostering zou je het microniveau kunnen noemen. Ziet u dat ook haalbaar op het niveau van een loopbaan? Dat medewerkers aan het begin van hun loopbaan extra hard werken en wanneer ze kinderen krijgen wat gas terugnemen, om dan enkele jaren later weer een tandje bij te steken zodat ze twee jaar vroeger met pensioen kunnen?

“Absoluut. Daar liggen veel opportuniteiten. Maar in België hebben we een strikte arbeidswetgeving. Jonge mensen hebben een huis af te betalen en ze barsten van de energie. Helaas, je mag maar 38 uur per week werken. Hetzelfde met de ‘annualisering’ van de arbeidstijd. Het klassieke voorbeeld is de pediatrie, waar je in de winter erg veel werk hebt en in de zomer minder. Waarom mogen pediatriemedewerkers in de winter niet meer uren werken en in de zomer minder?”

We moeten creatiever zijn. Ook beroepsorganisaties hebben een behoudende reflex. Een positief voorbeeld uit de covidcrisis waren de zorgbuddy's, die niet-verpleegkundige taken overnamen waarvoor verpleegkundigen geen tijd hadden. We hebben in ZNA honderd mensen – van wie velen op dat moment technisch werkloos waren – extra ingezet in de zorg. Exact één week na het ontstaan van het idee waren de eerste van de ruim 1.300 kandidaten bij ons in opleiding. Daar zaten parels van mensen bij. Sommigen volgen nu zelfs een zorgopleiding of hebben in het ziekenhuis een andere functie opgenomen. Dat is een verhaal om trots op te zijn. Elke crisis creëert opportuniteiten. We moeten die zo goed mogelijk proberen te grijpen.”

De Wet op de Uitoefening van de Gezondheidsberoepen (WUG) staat weer in de actualiteit. Wat moet daarvoor jullie prioritair aan veranderen?

Wouter Decat: “De wet is niet aangepast aan de huidige situatie. We hebben een uitgeschreven functie-differentiatie voor verpleegkundigen nodig. De context is totaal anders dan tien jaar geleden. Er zijn nu verschillende zorgfuncties, opdrachten en opleidingen, die in de wet niet omschreven zijn.”

Ellen De Wandeler: “Het huidige KB 78 maakt dat verpleegkundigen vandaag worden ingezet voor losstaande taken en te weinig voor de totaalzorg en de coördinatie ervan. Dat is wat fundamenteel fout zit. Wij vragen een herziening van de lijst met bevoegdheden van verpleegkundigen, met meer aandacht voor zorgplan en zorgcoördinatie.”

Een verpleegkundige moet delegeren, opvolgen en andere medewerkers educatie geven. Die switch moet er komen, al zal ze soms op weerstand botsen. Als beroepsorganisatie nemen we een leidende rol op. Door het verouderde KB en de financiering die eraan gekoppeld is, worden vandaag verpleegkundigen ingezet voor tal van niet-verpleegkundige taken. Uit de recente KCE-studie over verpleegkundige bestaffing op Intensieve Zorgen blijkt onder meer dat 80,9% van de IZ-verpleegkundigen kamers en materiaal poetst. 56,3% loopt rond met bloedstalen in het ziekenhuis.”

“Iedereen die bijkomende opleidingen en competenties verwerft, moet hiervoor een premie krijgen. Het onderscheid dat vandaag bestaat, berust nergens op”

Wouter Decat, AUVB

Decat: “Volledig akkoord. Tegelijk is het KB 78 meer dan een opsomming van verpleegkundige taken. Het geeft ook een visie op de gezondheidsberoepen en op wat verpleegkunde is. Verpleegkunde is meer dan de handelingen. KB 78 valoriseert vandaag veel competenties niet. De klinische reflectie en het opnemen van verantwoordelijkheid – samen met de arts – worden niet gehonoreerd: het staat niet in de lijst, het wordt niet gewaardeerd en niet gefinancierd. Verpleegkundigen worden te zeer gereduceerd tot het lijstje handelingen.”

De Wandeler: “Het gaat om verpleegkundige diagnostiek, het bepalen van de verpleegkundige zorg en aan wie ga ik wat, mits toezicht, delegeren. Die zaken horen vandaag niet tot de lijst verpleegkundige handelingen.”

Met de Technische Commissie Verpleegkunde hebben we in 2021 een advies goedgekeurd waarin deze drie handelingen wel opgenomen zijn. We hopen dat de minister hier spoedig uitvoering aan geeft.”

Verpleegkundigen moeten meer ruimte krijgen voor diagnostiek en coördinatie. Dat betekent dat andere functies dan andere taken moeten overnemen? We komen dan bij de heikele discussie over bachelor-verpleegkundigen en HBO5-verpleegkundigen?

Decat: “Klopt. Ons standpunt is dat je mensen moet respecteren en waarderen voor de competenties die ze hebben en aankunnen. Ik maak wel vaker de vergelijking met een piloot. Je hebt piloten die een opleiding en een erkenning hebben om met een Cessna te vliegen, andere piloten mogen een Airbus besturen. In de verpleegkunde mag iedereen met de naam ‘piloot’ met een Cessna en met een Airbus vliegen, ongeacht de opleiding van de piloot. Sommige verpleegkundigen werken vandaag boven hun niveau en competenties, andere verpleegkundigen onder hun niveau en competenties. De discussie over bachelor en HBO5 ligt enorm gevoelig. De AUVB pleit ervoor om de titel ‘verpleegkundige’ voor te behouden voor de bacheloropleiding. Tegelijk pleiten we voor een volwaardig profiel voor HBO5-medewerkers. HBO5-verpleegkundigen zijn daar niet gelukkig mee en ik begrijp dat. Die mensen hebben evenzeer sterke competenties waarvoor ze respect en erkenning verdienen, maar ze liggen op een ander niveau. Het blijft een delicate discussie. KB 78 moet duidelijkheid creëren, zodat we alle zorgberoepen kunnen valoriseren volgens hun competenties.”

De Wandeler: “Ik zie het graag in termen van een veeleer praktisch opgeleid profiel en een meer theoretisch opgeleid profiel. We hebben alle zorgprofielen broodnodig. Als we bachelors opleiden om taken te vervullen die een HBO5, zorgkundige of een logistieke kracht evengoed kunnen opnemen, dan zijn we niet correct bezig. Niet voor de maatschappelijke kost en ook niet voor de zorgvragers. Elke voorziening moet de functies afstemmen op de zorgnoden van haar patiënten, bewoners of cliënten. Daarin moet meer flexibiliteit komen, ook wat de financiering betreft. Voor het Netwerk Verpleegkunde is HBO5 een essentiële functie, naast de zorgkundige, de bachelor en de master. Wij spreken van verschillende ‘verpleegkundige functies’ of ‘functies die verpleegkundige handelingen stellen’. Het onderscheid tussen de functies is cruciaal. Zo is enkel de bachelor-verpleegkundige Europees conform en dient de beslissing over de nieuwe naam voor de HBO5-collega's consequent te worden toegepast in de drie landstalen zodat er geen verwarring in het werkveld ontstaat. We willen vooruit met het Vlaams en federaal regeerakkoord. We zijn al meer dan veertig jaar aan het discussiëren.”



“We hadden zo graag gezien dat loonschalen losstaan van de afdeling waar je werkt. Het is niet omdat je op een bepaalde afdeling werkt, dat je automatisch een hogere verloning moet krijgen”

Ellen De Wandeler

Moet er ook een rechtstreeks toegankelijke masteropleiding komen?

De Wandeler: “Vandaag doen al veel bachelor-verpleegkundigen een master. Een rechtstreeks toegankelijke masteropleiding geeft praktische problemen.”

Zo zouden die studenten nooit het visum krijgen van zorgkundige of bachelor, tenzij je al die uren stage integreert in die master. Maar stel dat er niets verandert aan de opdeling bachelor- en HBO5-verpleegkundige en alles bij het oude blijft, dan gaan wij ervoor pleiten om alle bachelor-verpleegkundigen een professionele masterdiploma te geven. In 2017 besloot de Franstalige gemeenschap HBO5 op te trekken naar 3,5 jaar opleiding.

Dat zorgde voor een daling van 15% bij de bachelors en 40% bij de HBO5-inschrijvingen. We moeten dat in Vlaanderen absoluut voorkomen.”

Decat: “In Wallonië ijvert men nu al om de bacheloropleiding als een professionele master te beschouwen.”

Sinds 2019 mogen zorgkundigen mits een opleiding enkele extra handelingen uitvoeren. Hoe evalueren jullie dat en kunnen we dat lijstje handelingen nog uitbreiden?

Decat: “Dat loopt goed, al heb je nu een onderscheid tussen zorgkundigen die de opleiding wel of niet gevolgd hebben. Nieuwe zorgkundigen krijgen die handelingen mee in hun basisopleiding. Op de werkvloer gaat dat vlot, al heb ik de indruk dat zorgkundigen niet staan te springen om er nog extra verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden bij te nemen. Niet elke zorgkundige kijkt daarnaar op dezelfde manier. Er zijn vele soorten zorgkundigen: zij die een eerste jaar HBO5-verpleegkunde voltooid hebben, zij die een bacheloropleiding volgen, zij die via het tweedekansonderwijs zorgkundige worden, zij die in het zevende jaar secundair onderwijs zorgkundige worden ... Dat zijn allemaal zorgkundigen, maar er zijn grote verschillen op het vlak van competenties en kwalificaties.”

De Wandeler: “Een geluk dat die uitbreiding van zorgkundige handelingen er in 2019 is gekomen. Dat heeft ons tijdens de pandemie goed geholpen. Goede opleiding en begeleiding door mentoren is hierbij belangrijk. Eventueel zou nog een drietal bijkomende handelingen aan zorgkundigen toegewezen kunnen worden. We buigen ons daarover met BEFEZO, de beroepsvereniging van zorgkundigen.”



“80,9% van de IZ-verpleegkundigen poetst kamers en materiaal. 56,3% loopt rond met bloedstalen in het ziekenhuis”

Ellen De Wandeler, NVKV



Moeten bachelor-verpleegkundigen ook extra bevoegdheden krijgen, bijvoorbeeld op het vlak van medicatievoorschriften?

De Wandeler: “Ja, in een tweede fase. Eerst moeten we de verpleegkundige diagnostiek bepalen. Verpleegkundigen zijn geen vragende partij om initieel medicatie voor te schrijven.”

Het gaat over vervolgmedicatie. Het zal altijd binnen de contouren van een staand order zijn van een arts. Wat we in 2022 gerealiseerd hebben, is het verpleegkundig voorschrift voor wondzorg. Verpleegkundigen hebben de wettelijke bevoegdheid om wondzorg of thuisverpleging voor te schrijven.

Het enige probleem: als een verpleegkundige dat voorschrijft, krijgt de patiënt geen terugbetaling. Daar ligt de knoop. Als een verpleegkundige consultaties geeft, dan krijgt een ziekenhuis daarvoor geen financiering. Doet een arts die consultaties, dan is er wel financiering. Het punt is niet dat we niet mogen voorschrijven, maar dat er geen financiering aan gekoppeld is.”

Er zijn ondertussen een aantal specialisaties in de verpleegkunde met functiecomplementen. Dat zou tot spanningen tussen verpleegkundigen leiden?

De Wandeler: “Ik geloof niet dat enkel de beroepstitels tot spanningen leiden. Wat IFIC ervan gemaakt heeft, leidt ook tot spanningen. We hadden zo graag gezien dat loonschalen losstaan van de afdeling waar je werkt. Het is niet omdat je op een bepaalde afdeling werkt, dat je automatisch een hogere verloning moet krijgen.”

Koppel die vergoeding aan het functieprofiel, niet aan de werkplek.

De voorziene IFIC-functieprofielen referentiepersoon binnen en buiten de afdeling lenen zich hier zeer goed toe, maar worden onderbenut omwille van de onzekere financiering.”

Decat: “Als mensen ergens voor opgeleid zijn en competenties hebben verworven die ze effectief inzetten in hun functie, dan moeten ze daarvoor gevaloriseerd worden. We mogen ons hierbij niet beperken tot de acht gespecialiseerde titels. We moeten de valorisatie van opleidingen uitbreiden.”

De Wandeler: “Wij waren niet onverdeeld blij met de herinvoering van de beroepstitels en de premies, omdat heel veel specialisaties daar niet in zitten.”

Decat: “Iedereen die bijkomende opleidingen en competenties verwerft, moet hiervoor een premie krijgen. Het onderscheid dat vandaag bestaat, berust nergens op.”

De Wandeler: “Om enkele cijfers te noemen: 17% van de verpleegkundigen heeft een bijzondere beroepstitel (BBT) en 22% een bijzondere beroepsbekwaamheid (BBK). Dat blijft een beperkte groep tegenover het aantal verpleegkundigen die zich een specialisatie eigen hebben gemaakt.”

Nu de beroepstitels toch heringevoerd zijn, kunnen we niet anders dan pleiten voor een uitbreiding van de lijst, zodat meer verpleegkundigen de kans krijgen de titel en de premie te verwerven. We hebben geen andere optie.”

Op sociale media doet een quote de ronde: “Er is geen tekort aan verpleegkundigen. Er zijn te weinig verpleegkundigen die onder de huidige omstandigheden willen werken.”

De Wandeler: “Het tekort aan verpleegkundigen is absoluut, met 1 verpleegkundige voor 9,4 patiënten, wat maximaal 8 zou mogen zijn. Toch tonen cijfers van de OESO dat we meer verpleegkundigen hebben dan andere Europese landen. Wij hebben 5 acute bedden op 1.000 bewoners tegenover een Europees gemiddeld van 3,7. We hebben 17,4 IC-bedden per 100.000 inwoners tegenover een gemiddelde van 12. We hebben een bezettingsgraad van 81,8% tegenover een Europees gemiddelde van 75,2%. Over de werkdruk die dat veroorzaakt wordt te weinig gesproken. Hoe organiseren we onze gezondheidszorg? Hoe komt het dat ziekenhuizen zo moeilijk samenwerken? Hoe pakken we de overconsumptie en therapeutische hardnekkigheid aan? Wat met de excessen van de prestatiefinanciering en de prestatiegeneeskunde? En hoe zorgen we ervoor dat verpleegkundigen geen taken meer opnemen die niet tot hun opdracht behoren? Daar zitten de angels. Daar zitten de taboes.”

Decat: “De bestaande structuren kosten onze gezondheidszorg handenvol veel geld. Minister Vandembroucke weet dat. Maar hij moet opboksen tegen de lobby’s van de artsen en van de ziekenhuizen. Het gaat over miljarden.”

De Wandeler: “Zoveel eenvoudige handelingen gebeuren over alle sectoren heen door verpleegkundigen die vier jaar gestudeerd hebben. Als beleidsmakers hun huiswerk maken en de wetgeving aanpassen, dan kunnen zorgvoorzieningen op hun niveau hetzelfde doen en worden het tekort aan verpleegkundigen en de werkdruk veel relatiever.”

Hoe kunnen zorgvoorzieningen ondertussen de uitstroom van verpleegkundigen beperken?

De Wandeler: “De resultaten van de KCE-studie over de impact van twee jaar covid zullen voor sommige ziekenhuizen, na alles wat ze doorstaan hebben, een zware domper geweest zijn. Ik hoop dat ze hun motivatie niet verliezen en hiermee positief aan de slag gaan. De studie toont dat ziekenhuizen met de beste werkomgeving ook beter presteren op andere parameters. De kwaliteit van de werkomgeving omvat factoren zoals deelname aan het ziekenhuisbeleid, de kwaliteit van de werkrelatie arts-verpleegkundige, het verpleegkundig leiderschap ... Zo is het risico op *burn-out* bijna tweeënhalve keer lager in de ziekenhuizen met de beste werkomgeving (23%) in vergelijking met ziekenhuizen met de slechtste werkomgeving (54%).

In ziekenhuizen met de beste werkomgeving is de intentie om de huidige job te verlaten ruim twee keer lager vergeleken met ziekenhuizen met de slechtste werkomgeving (27% versus 56%).”

Decat: “Organisaties die luisteren naar hun medewerkers, rekening houden met hun noden en ze actief betrekken bij het beleid, hebben minder moeite om medewerkers te vinden en te behouden. Zorgnet-Icuro heeft samen met het comité HTSC (*Hospital & Transport Surge Capacity*) een analyse gemaakt, met min of meer dezelfde bevindingen.”

Hoe kijken jullie naar de situatie in de woonzorgcentra? Die hebben het nog moeilijker om verpleegkundigen aan te trekken.

De Wandeler: “De woonzorgcentra kreunen onder de werkdruk. De zorg die ze willen geven, lukt haast niet meer. De verpleegkundigen moeten daarom de coördinerende rol opnemen. Taak- en functie-differentiatie zijn uiterst belangrijk. Dit principe moeten we doortrekken naar de studenten verpleegkunde. Zij worden tijdens hun stages in woonzorgcentra te vaak in de basiszorg ingezet. Dat is nefast. Laat stagiairs verpleegkunde meelopen met de hoofdverpleegkundige. Dat is de plaats waar zo iemand aanspraak mag op maken. En opnieuw: de verloning. Werk je als geriatrisch verpleegkundige met een beroepstitel in een ziekenhuis, dan krijg je een federale premie. Werkt diezelfde verpleegkundige in een woonzorgcentrum, dan krijgt ze die premie van Vlaanderen niet. Je moet als woonzorgcentrum erg creatief zijn om nog verpleegkundigen aan te trekken. Die problematiek hebben we in het voorjaar in het Vlaams parlement aangekaart.”

Decat: “In de huidige situatie van een groeiende zorgzwaarte met zware multipathologie in de woonzorgcentra en de soms bestaande wantoestanden in vele – vooral commerciële – woonzorgcentra, is de verpleegkundige bestaande staffing erg precair. Het hoofd van een afdeling in een woonzorgcentrum moet voor de AUVB altijd een verpleegkundige zijn, geen teamcoach met een ander zorgdiploma. Minimaal één verpleegkundige zou deel moeten uitmaken van het hoger kader en/of op directieniveau. We blijven met de AUVB strijden voor een kwaliteitsvolle verpleegkundige zorg in alle voorzieningen en alle sectoren.”

“Er is werk aan de medicijnwinkel”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: SOPHIE NUYTEN

De meeste geneesmiddelen krijgen we in België dankzij onze sociale zekerheid terugbetaald. Vaak ook dure tot zeer dure medicijnen. Ze maken hoe langer hoe meer het verschil voor de patiënt. Tegen sommige ziektes is dankzij die innovatieve medicatie enorme vooruitgang geboekt, maar ze is duur. Financieel wordt de last voor overheid en ziekenhuizen loodzwaar. De groeiende wanverhouding tussen kosten en baten weegt op een kwalitatief en kostenefficiënt geneesmiddelenbeleid in de ziekenhuizen.

Voor elke patiënt dient een klinische besluitvorming te gebeuren over het toedienen van medicatie en de keuze voor het juiste product. Om een prijsbewust en kwaliteitsvol aanbod van geneesmiddelen te voorzien zou die zou idealiter gestoeld moeten zijn op een weloverwogen financieel-economische aanpak. Dat staat te lezen in ‘Bittere of vergulde pil’, een recente publicatie van Zorgnet-Icuro. “Helaas schort het daar vaak aan”, vertelt Stephanie Devisscher, stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro. “Nochtans hebben artsen, patiënten én de overheid baat bij een adequaat en vlot verlopend geneesmiddelenbeleid.”

Jo Swartenbroekx, hoofdapotheeker van het UZA en voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA), kent het probleem in de dagelijkse praktijk: “Als ziekenhuisapotheker kunnen we ertoe bijdragen patiënten een zo efficiënt en goedkoop mogelijke therapie aan te bieden.

In het overleg met de artsen – zoals via het medisch-farmaceutisch comité – hebben we een belangrijke rol in informatie en opleiding. Dat overleg is er naar mijn aanvoelen nu te weinig. Er is een te lage incentive om goedkoop en efficiënt voor te schrijven in functie van de therapie. In Nederland gaat men veel meer in dialoog, ook met de zorgverzekeraar, om te bepalen wie in aanmerking komt voor welke therapie. Dat komt omdat de ziekenhuizen daar zelf verantwoordelijk zijn voor het geheel van de kosten binnen het forfaitaire financieringssysteem. Probleem is dat we in België in een forfait een manier van besparen zien. Vroeg of laat loop je dan tegen de muur.”

Stephanie Devisscher: “Een apotheker houdt de samenstelling van het volledige medicatieschema van elke patiënt in het oog – en kan daarin voorstellen doen tot aanpassing, toevoeging of eliminatie van bepaalde medicatie. Dat is van grote waarde voor zowel artsen als voor het overheidsbudget. Ook sterk in het oog te houden zijn de digitalisering, automatisering en robotisering. Daarvoor zijn ook fikse investeringen nodig. Maar de koterij van oplossingen voor een te omvangrijke regelgeving en een dure farmacie is een oud zeer. En dat is erg, want dat hindert de basisprincipes die een goed geneesmiddelenbeleid schragen: veilig, werkzaam en kosteneffectief, zodat de patiënt de best mogelijke zorg krijgt. Het is tijd voor een grote kuis.”

Jo Swartenbroekx: “Ziekenhuizen moeten niet rijk worden van de medicijnen die ze doorverkopen. Voor gehospitaliseerde patiënten fungeren we eigenlijk gewoon als doorgeefluik. Wat we uitgeven voor nieuwe geneesmiddelen uit patent krijgen we grosso modo terugbetaald van het RIZIV, voor geneesmiddelen zonder patent is dat echter maar 85% van de officiële prijs. Voor de acute ziekenhuizen is er ook een forfait volgens de zwaarte van de pathologie, wat oké is, mocht het niet zijn dat dat budget niet meer realistisch is. Op de nationaal gemiddelde kost wordt bespaard – het budget daarvoor is te sterk gelimiteerd. Om die put te vullen moet je als ziekenhuisnetwerk dus onderhandelen en kortingen bedingen met de farmaceutische industrie. Dat hoeft niet verkeerd te zijn, maar het voorziene budget komt allang niet meer in de buurt van de werkelijke kost.”

In het rood

Maandverpakkingen tussen de vijf- en de twaalfduizend euro per patiënt zijn geen uitzondering in de ziekenhuisapothek. Die hoge prijzen zijn niet alleen het probleem van de terugbetalende overheid, ook van de ziekenhuisapothek want – om maar één ding te noemen – de aflevermarge is beperkt tot 7,11 euro per verpakking ongeacht de prijs van het geneesmiddel zelf. Ook de kost van het stockeren, handling, administratie enz. komt op rekening van het ziekenhuis. Een in het ziekenhuis opgenomen patiënt betaalt daar 62 cent per dag zelf van. Dat is een nooit geïndexeerd bedrag dat dateert uit de tijd van de Belgische frank, omgerekend naar toen: 25 frank.

“Als ziekenhuizen vragen om winst te mogen maken op geneesmiddelen,” zegt Swartenbroekx, “dan is dat geen winst in de strikte zin van het woord. Het is een marge voor kosten die nu eenmaal met het afleveren van medicijnen aan de patiënt gepaard gaan.”

Wat wij onderhandelen gaat in de pot van het BFM waarmee ook andere posten mee gedekt worden. Vorig jaar zat een kwart van de ziekenhuizen over de hele lijn in het rood. De exploitatie van nog veel andere ziekenhuizen gaat ook in het rood – door inhaalbedragen uit het Budget Financiële Middelen (BFM) halen ze min of meer een break even.”



“Maandverpakkingen
tussen de vijf- en de
twaalfduizend euro
per patiënt zijn geen
uitzondering in de
ziekenhuisapothek”

Jo Swartenbroekx

Stephanie Devisscher: “We zijn heel goed geworden in het bedenken van creatieve oplossingen om de tanker varende te houden. Maar het is een typisch Belgisch ratjetoe van lapmiddelen geworden dat niemand nog overziet. We merken wel dat de overheid bereid is te luisteren naar onze verzuchtingen. We moeten bepalen waar we beginnen om de situatie recht te trekken. Er liggen bij het RIZIV al enkele verbeteringen op tafel – bijvoorbeeld rond digitaliseren van procedures – maar de uitvoering loopt over meerdere jaren. Er is nog heel wat werk aan de winkel.”

We kunnen alvast beginnen te vegen voor eigen deur. De tijd dat de ziekenhuisapothek de melkkoe van het hospitaal was, is voorbij. Het financieringsmechanisme dateert voor een deel zelfs nog van de jaren 1980 en is niet aan de huidige situatie en noden aangepast.”



“Het budget van een ziekenhuis voor geneesmiddelen en implantaten loopt op tot een kwart van de omzet

Jo Swartenbroeckx

Meerwaarde valoriseren

De taken van de ziekenhuisapothek zijn in de laatste decennia veel complexer geworden. Zij spelen voor de patiënt een almaar grotere rol in de prijs, de effectiviteit van de medicijnen, therapietrouw. Maar ook de dienstverlening aan hun huisapothekers, aan artsen en de medewerking aan klinische studies van de industrie is continu uitgebreid. Er komt ook almaar meer wetgeving bij kijken.

Jo Swartenbroeckx: “Voor een deel is dat te wijten aan de medische evolutie – er zijn de laatste jaren veel nieuwe geneesmiddelen bijgekomen. Het belang van farmacie in ziekenhuizen is de laatste vijftien jaar versneld gegroeid. Vroeger was onze taak volbracht bij het op tijd leveren van de juiste dosis bij de juiste patiënt, vandaag volstaat dat niet meer. Als apotheker moet je de therapie kennen die een patiënt volgt of zal volgen. We moeten die kunnen evalueren en waar nodig bijsturen met een advies aan de arts.

We adviseren ook over de toedieningswijze en waken over eventuele onverenigbaarheden in de voorschriften. De druk op de ziekenhuisapothek is dus een kwestie van tijd en middelen geworden.”

“Toen ik 15 jaar geleden in het UZA startte, waren we met 41 voltijdsen. Vandaag zijn we met 65, de helft meer, maar de werkmiddelen zijn niet in dezelfde verhouding meegegroeid, ze zijn zelfs nooit verhoogd, hooguit geïndexeerd. Dat is niet houdbaar. Het budget van een ziekenhuis voor geneesmiddelen en implantaten loopt op tot een kwart van de omzet. Dat moet je toch onder controle zien te houden.”

Stephanie Devisscher: “Juist, bij al die extra taken komen extra kosten kijken. De balans is zoek tussen kosten en baten. De complexe regelgeving verhoogt die druk nog. In de publicatie hebben we opgelijst wat de oorzaken van de scheefgroei zijn. We hopen dat we aan de hand van een helder en toegankelijk overzicht met de stakeholders kunnen bekijken wat er aan gedaan kan worden. Van die dialoog moeten we echt werk maken, met het RIZIV, de bevoegde minister, het FAGG, de FOD Economie, de FOD Volksgezondheid, diensten van de Europese gemeenschap. We willen een erkende gesprekspartner zijn zodat de ziekenhuisapotheker, in samenwerking met de artsen, zijn toegenomen meerwaarde in het ziekenhuis nog beter kan valoriseren.”

Jo Swartenbroeckx: “Gelukkig werken ziekenhuizen stilaan meer en meer logistiek samen, al zijn daar ook hindernissen. Ziekenhuizen doen aan gezamenlijke geneesmiddelenaanloop, wat schaalvoordelen oplevert, maar vreemd genoeg mogen ze, volgens een oude wet die bepaalt dat een apotheek geen groothandelspraktijken mag uitvoeren, de geneesmiddelen distributie niet vanuit één platform organiseren. Tja, hoe kan je dan kostenefficiënt werken? Dat zou toch ook eens herbekeken mogen worden.”



“De tijd dat de ziekenhuisapothek de melkoe van het hospitaal was, is voorbij”

Stephanie Devisscher



Bittere of vergulde pil Geneesmiddelenbeleid in de ziekenhuispraktijk

www.zorgneticuro.be/publicaties



In deze publicatie formuleert Zorgnet-Icuro de uitdagingen om te komen tot een kwalitatief en performant geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis. Het financieel-economisch geneesmiddelenbeleid in ziekenhuizen moet rekening houden met verschillende beleidsdomeinen: de (pre)markttoegang voor geneesmiddelen, het terugbetalingsbeleid voor geneesmiddelen, het economische mededingings- en prijsbeleid, de ziekenhuisfinanciering, de beschikbaarheid van geneesmiddelen (inclusief stockbeheer en -breuken) en de wet op de overheidsopdrachten. Die complexiteit maakt van een economisch farmaceutisch beleid in het ziekenhuis een uitdaging op meerdere gebieden die in de brochure worden uitgediept.

Uitdaging 1

Opvallende stijging van de uitgaven voor innovatieve geneesmiddelen

Uitdaging 2

De kosten en opbrengsten van geneesmiddelen voor de ziekenhuizen in balans krijgen

Uitdaging 3

Het optimaal inzetten van tenders voor het aankopen van geneesmiddelen

Uitdaging 4

Te veel verschillende systemen en regels

Uitdaging 5

Een grotere rol voor de ziekenhuissector in het complexe beleidslandschap



NIEUWE PUBLICATIE

De ziekenhuisapothek op de weegschaal

Basisscenario's, juridische klijtlijnen en financiële modellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen

Naast het financieel-economisch geneesmiddelenbeleid worden de ziekenhuizen ook geconfronteerd met bijkomende eisen voor de functie ziekenhuisapothek, die vele psychiatrische en revalidatieziekenhuizen, en ook kleinere algemene ziekenhuizen voor een hele uitdaging plaatsen. Om de ziekenhuizen te ondersteunen in het verkennen van toekomstbestendige scenario's voor de eigen ziekenhuisapothek, zette Zorgnet-Icuro een project op in samenwerking met het consultancybureau Möbius.

We beschrijven de mogelijke voordelen en risico's om de functie ziekenhuisapothek te realiseren in samenwerking met een ander ziekenhuis. Voor mogelijke juridische constructies voor samenwerking werd uitgegaan van drie basisscenario's: in eigen beheer houden, een gedeeltelijke samenwerking voor productie, apotheekbereidingen en/of herverpakking, of een verdergaande samenwerking voor geneesmiddelen distributie. We werkten een financieel model uit om inzicht te bieden in de financiële impact van een specifiek scenario op basis van de lokale gegevens.



Download de integrale publicatie:

www.zorgneticuro.be/publicaties
[enkel voor leden].

HOE ROGER DEGRIECK VOORZITTER WERD VAN
WOONZORGCENTRUM SINT-LODEWIJK IN SCHILDE

“De wereld van de zorg trok aan mij”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

Het begon met enkele zakjes paaseitjes. Of eigenlijk startte het al eerder, met het voornemen om zich na zijn pensioen te engageren als vrijwilliger in de wereld van de zorg. Roger Degrieck vertelt over zijn atypisch traject tegen de achtergrond van de coronacrisis en hoe hij voorzitter van woonzorgcentrum Sint-Lodewijk in Schilde werd.



“Ik ben voorzitter van een geluksfabriek”, zegt Roger Degriek glimlachend. “Onze enige opdracht bestaat erin de bewoners van woonzorgcentrum Sint-Lodewijk gelukkig te maken. Dat is naar mijn bescheiden mening een van de mooiste taken die je kan vervullen.” Roger Degriek (69) kijkt terug op een mooie carrière die langs verschillende takken van de bedrijfsweld liep, van haventransport via de chemiesector tot kwaliteitscontrole van petroleum en chemische producten.

“Het was mij altijd heel duidelijk dat ik - zodra ik meer tijd had - me wilde engageren als vrijwilliger. Ik wilde nog intellectueel en zinvol actief zijn en voelde dat vooral de wereld van de zorg aan mij trok. Toen ik in 2016 met pensioen ging, nam ik enkele bestuursmandaten op in de sociaal-culturele sector, werd voorzitter van de Rotary Club en gaf ik me op als buddy van een persoon met een beperking. Daarnaast werd ik ook benoemd als rechter aan de ondernemingsrechtbank. Als consulaire rechter staan we de beroepsmagistraten bij met onze ervaring en kennis uit het bedrijfsleven.”

Geen seconde getwijfeld

“Toen de coronacrisis in maart 2020 in alle hevigheid losbarstte, klopten we bij het woonzorgcentrum aan met de Rotary Club om de jaarlijkse paasgeschenkjes voor de bewoners af te geven.

Daar zagen we een woonzorgcentrum in oorlog en een directeur die overspoeld werd door een vloedgolf aan problemen. Toen de burgemeester me de dag erna vroeg of ik bereid was om managementsteun te geven aan de directie van het woonzorgcentrum, heb ik geen seconde getwijfeld. Ik had de chaos gezien en voelde dat hulp broodnodig was.

Samen met onder andere Nathalie Duchateau vormde ik het C-team, waarin we het vrijwilligerswerk en een aantal logistieke zaken coördineerden. De bedoeling was om de directie te ontlasten zodat ze zich konden concentreren op de bewoners en hun families. Zo vulden we 180 *shiften* van zieke of besmette medewerkers in. We richtten een cohortafdeling in voor de besmette bewoners en er kwam een naai-atelier dat schorten en mondklappers maakte. We coördineerden de eerste testrondes met vrijwillige artsen en vrijwilligers die resultaten doorbelden naar de familie.

Die eerste golf was onwezenlijk, een oorlogssituatie waar we ons door moesten slaan zonder kogels. Gelukkig kregen we veel steun van de gemeente en al de vrijwilligers. Er zijn beelden die ik nooit zal vergeten. De vrijwilligsters die in een atelier vol ratelende machines schorten en mondklappers stikten. Medewerkers die *videocalls* opzetten en geduldig de bewoners hielpen om even contact te hebben met hun familie. De empathie, liefde en warmte was bijna tastbaar.”



“Je kan zeggen dat ik door de coronacrisis aanspoelde in het woonzorgcentrum, maar ik bleef plakken omdat ik verliefd werd op het woonzorgcentrum en zijn bewoners”

Roger Degriek

Verliefd op het huis

Na de eerste golf bleven we met het C-team op de achtergrond aanwezig om waar nodig te helpen met de logistiek, zonder in de weg te lopen van de directie. Je kan zeggen dat ik door de coronacrisis aanspoelde in het woonzorgcentrum, maar ik bleef plakken omdat ik verliefd werd op het woonzorgcentrum en zijn bewoners.

In juni 2021 kreeg ik de vraag of ik wilde toetreden tot het bestuur. Ik kende nog niet zoveel van de zorgsector, maar net die liefde voor het huis en het feit dat mijn ervaring als bedrijfsleider misschien iets kon betekenen voor het woonzorgcentrum zorgden ervoor dat ik ja zegde. Toen de toenmalige voorzitter enkele maanden later ontslag nam, voelde ik me niet geroepen om hem op te volgen, mijn carrière in de zorg was nog zo jong. Toch gaven de andere bestuursleden mij onvoorwaardelijk het vertrouwen, waardoor ik nu toch op deze voorzittersstoel zit” (lacht).

Uitdagingen

“Er liggen een aantal uitdagingen op tafel voor de komende jaren. Wzc Sint-Lodewijk is een thuis voor 120 bewoners en 40 assistentiewoningen. Een deel van onze infrastructuur is verouderd. Om hetzelfde aantal bewoners te handhaven en hun comfort te verbeteren moet er een nieuwbouw komen. De omgevingsvergunning hiervoor is net goedgekeurd, dus we kunnen aan de slag. Als voorzitter kan ik hier een klankbord zijn voor de directie bijvoorbeeld op vlak van budgetten, financiering en kostprijsberekening.

Ik wil ook aan de slag gaan met de inbedding van onze vrijwilligers. Er werd altijd al fantastisch werk verricht vanuit het hart en het buikgevoel, maar in functie van het nieuwe woonzorgdecreet is er meer structuur nodig. In onze geluksfabriek zijn de vrijwilligers de kers op de taart en die moeten we ook koesteren.

Als voorzitter wil ik het bestuur een gezicht geven, zowel naar de medewerkers als de bewoners en hun familie. Ik probeer bijvoorbeeld aanwezig te zijn als er jubilarissen gevierd worden. Het contact met de bewoners en familieleden is voor mij de belangrijkste barometer om de tevredenheid af te toetsen.

Onze bewoners leven niet geïsoleerd op een eilandje, want ons huis ligt middenin de dorpskern. De integratie met de dorpskern zou ik graag verder uitgebreid zien. Op dit moment komt het koor en de fanfare al repeteren bij ons en hebben we een mooie cafetaria met lekkere pintjes.

Als ik luidop mag dromen dan zie ik een crèche of naschoolse opvang naast het dagbestedingscentrum waar enkele actieve bewoners nog een rol kunnen opnemen.”

Mooie voetsporen

“Met deze functie gaat een nieuwe wereld voor mij open. Ik bezocht een zorgbeurs met allerhande hulpmiddelen, volg een opleiding voor bestuursleden bij Zorgnet-Icuro en verdiep me in het nieuwe woonzorgdecreet. Het geeft me energie om al die nieuwe zaken te ontdekken. Dit woonzorgcentrum is een organisatie die bijna 100 kaarsjes mag uitblazen. Ik treed als voorzitter in mooie voetsporen en ben vastbesloten mijn stukje van de weg goed af te leggen.”



“Oef, we kunnen
weer verder!”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: TINI CLEEMPUT

Erkende centra voor kortverblijf kunnen sinds 2020 een bijkomende erkenning als “oriënterend kortverblijf” krijgen. Het enthousiasme om met de uitgebreide versie van die hulpvorm voor ouderen te starten raakte bij vele voorzieningen wellicht getemperd door de coronapandemie. In woonzorgcentrum Blijvelde in Kortemark zijn ze nu wel al een jaar up and running met tien plaatsen. Die zijn altijd volgeboekt.

Céline Scheyving, zorgcoach, en Charlotte Deboosere, coördinator van het oriënterend kortverblijf in Blijvelde, schetsen een typische situatie die mensen tot bij hen brengt: een vrouw woonde nog alleen thuis na het overlijden van haar man. Na een val 's nachts met een ziekenhuisopname tot gevolg, stonden haar kinderen voor een groot vraagteken. Kon mama nog terug alleen naar huis? Drong een opname in het woonzorgcentrum zich op? Zij en hun mama voelden zich hulpeloos en konden niet onmiddellijk zelf gepaste oplossingen bedenken. “Hun ‘oef-moment’ kwam er toen ze konden instappen in het traject van ons oriënterend kortverblijf”, vertelt Charlotte Deboosere.

“De vraag is groot”, weet Céline Scheyving die elk traject met de bewoner van a tot z opvolgt. “De meerwaarde ten opzichte van de gekende vorm van kortverblijf bestaat erin dat we de zorg aanzienlijk kunnen intensifiëren.

Op het einde van het traject kunnen we de ouderen en hun familie of mantelzorger een op maat en gepersoniseerd advies geven zodat ze na het oriënterend kortverblijf terug verder kunnen.”

Gemoedsrust

Het team van Blijvelde bestaat uit collega's met verschillende disciplines: psycholoog, ergotherapeut, verpleegkundige en maatschappelijk werker. Tijdens multidisciplinair overleg wordt het profiel en het ziektebeeld van de oudere in kaart gebracht en opgevolgd. Het team betreft de oudere en zijn familie hier intensief bij. Ook eerstelijnsactoren zoals thuisverpleging, huisarts, gezins- en familie zorg sluiten aan. “Vooral de psychologische component wordt aan de klassieke zorg van het kortverblijf toegevoegd”, zegt Charlotte Deboosere die klinisch psychologe is.

De opnames in oriënterend kortverblijf berusten op een fysieke, psychische en/of sociale problematiek, al dan niet voortkomend uit een crisissituatie. Het aantal opnames omwille van psychische en sociale redenen heeft wel een inhaalbeweging gemaakt. “Bijvoorbeeld”, zegt Charlotte Deboosere, “na het overlijden van een partner komt het weleens voor dat de andere partner zich verwaarloost, het initiatief verliest. Dat is misschien onvoldoende reden om haar of hem naar een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis te oriënteren, maar de familie zit wel met de handen in het haar. Dan kunnen wij de situatie van nabij opvolgen en een nieuwe richting geven.”

Opzet geslaagd

Het opzet van het oriënterend kortverblijf is voor het team van Blijvelde geslaagd als het kan voorkomen dat ouderen te vroeg moeten worden doorverwezen naar tweede- of derdelijnszorg, zoals woonzorgcentrum, ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis.

Charlotte Deboosere: “Voor veel families bieden we een oplossing met betaalbare en haalbare zorg.

Ze weten wat er aan de woning aangepast moet worden, krijgen alle praktische raad en een overzicht van de dienst- en zorgverlening waar ze beroep kunnen doen. Ze kunnen erop vertrouwen dat ons advies nuttig is: de hele woon- en leefsituatie van hun mama of opa is grondig tegen het licht gehouden. Dat ze op onze raad en ondersteuning kunnen terugvallen schenkt de familie gemoedsrust.”

Céline Scheyving: “De familie heeft het soms moeilijk en is bang om de verkeerde beslissing te nemen. Schuldgevoelens steken al gauw de kop op. Moet mijn vader nu echt naar een woonzorgcentrum? Was het te gevaarlijk hem weer naar huis te laten keren? Ons advies – en dat van de thuiszorgdiensten en de huisarts – helpt de bewoner en zijn familie onderbouwd een keuze te maken. Op het moment dat ze moeten beslissen krijgen ze weer ademruimte en reageren ze opgelucht: ‘Oef, we kunnen weer verder.’”



“De familie heeft het
soms moeilijk en is
bang om de verkeerde
beslissing te nemen”

Céline Scheyving



Ook voor familie

“Toen we louter het klassieke kortverblijf konden aanbieden was het veel meer zwart-wit”, vindt Céline Scheyving. “Je ging terug naar huis zodra je voldoende hersteld was of je bleef in het woonzorgcentrum als er een plaats vrijkwam. Met het traject van het oriënterend kortverblijf kunnen we veel meer gebruik maken van alle mogelijkheden en faciliteiten die voorhanden zijn. Veel mensen weten niet van het bestaan en functioneren van een centrum voor dagverzorging, een assistentiefat, nachtoppas, noem maar op. Familieleden en mantelzorgers zijn meestal onder de indruk van wat er allemaal kan. Mengvormen zijn ook mogelijk zonder dat de gebruiker aan zelfstandigheid inboet, zoals een assistentiewoning die aangepast is aan de noden van de bewoner, met maaltijden aan huis en deelname aan activiteiten in het centrum voor dagverzorging of lokaal dienstencentrum.” Charlotte Deboosere besluit: “Voor ouderen zorgen is óók voor hun familie zorgen. Familieleden zitten vaak op hun tandvlees als ze bij ons terecht komen. Vaak zijn zij zelf in de zestig, werken nog, zorgen mee voor de kleinkinderen en zijn 24 op 24 in de weer voor hun zorgbehoevende ouder. De druk die andere familieleden soms op hun schouders laden kan sterk doorwegen en zorgt vaak voor conflicten. Het siert hen dat ze de zorg voor hun ouder willen opnemen, maar zij moeten leren loslaten omdat ze zichzelf te veel wegcijferen. Dus krijgen ook zij intensieve aandacht van ons. Dat is toch ook één belangrijke meerwaarde van het oriënterend kortverblijf.”



“Voor ouderen zorgen is óók voor hun familie zorgen”

Charlotte Deboosere

De zorgcoach trekt het traject

De zorgcoach plant voor het begin van het zorgtraject en het eerste multidisciplinair overleg al een gesprek met de bewoner, ter kennismaking en om diens noden, wensen en verwachtingen te leren kennen. “Dat schept een vertrouwensband”, zegt Céline Scheyving, zorgcoach bij Blijvelde.

Vervolgens contacteren zij en de hoofdverpleegkundige alle zorgdiensten, zoals thuisverpleging en huisarts, omdat zij al een goed beeld van de grootte en de aard van het netwerk rond de bewoner hebben, en van diens relatie met zijn familie. Scheyving: “Die informatie kom je niet altijd in een eerste gesprek met de bewoner of familie te weten.”

Het eerste multidisciplinaire overleg gebeurt bij voorkeur met familieleden erbij. Zijn die er niet bij, dan nemen Céline en de verpleegkundige achteraf contact met hen en overlopen ze de actiepunten, zoals die in het overleg zijn bepaald. Ze vragen hen of er nog belangrijke zaken zijn waarmee het team rekening moet houden.

Scheyving: “Voor hen betekent dat vaak al een therapeutisch moment: ze kunnen vanuit hun perspectief hun verhaal doen, met elementen die ze niet bij vrienden of andere familieleden kwijt kunnen.”

Na een stabilisatieperiode gaat de zorgcoach bij de familie na of er met het oog op het vervolgtraject al een mogelijk verblijf elders is gevonden, bij wijze van back-up, voor het geval terugkeer naar huis niet mogelijk zou blijken.

Voor het tweede multidisciplinaire overleg stelt het team het advies samen; de coördinator schrijft het uit en de zorgcoach bespreekt het met familie en bewoner. In moeilijker situaties soms met de psycholoog erbij.

Als slot van het traject houdt de zorgcoach ongeveer twee maanden na het ontslag nog een opvolgingsgesprek met de familie of de bewoner om na te gaan hoe alles verloopt en of het team nog iets voor hen kan betekenen.

NIEUWE PUBLICATIE

Medisch beleid in woonzorgcentra

Functie en rol van de coördinerend en raadgevend arts

In deze publicatie formuleert Zorgnet-Icuro zijn eigen visie op het medisch zorgbeleid voor woonzorgcentra en expliciteert de rol van de coördinerend en raadgevend arts. We houden een aantal organisatie modellen tegen het licht en wegen hun voor- en nadelen tegen elkaar af. Het is een noodzakelijke oefening in het licht van de huidige en toekomstige noden van de bewoners en de veranderende verwachtingen en trends in de (medische) zorgpraktijk. Het woonzorgcentrum vormt immers een schakel in een continuüm van (medische) zorg en ondersteuning aan ouderen, en is in die zin nauw verbonden met de ontwikkelingen in de eerste lijn en de ziekenhuizen. Het maakt op een geïntegreerde wijze deel uit van het gehele gezondheids- en welzijnssysteem.



Medisch beleid in woonzorgcentra
Functie en rol van de coördinerend
en raadgevend arts
www.zorgneticuro.be/publicaties



Je hebt mekaar meer te vertellen dan je denkt

Op 25 oktober lanceert *Patient Empowerment* vzw, samen met *THE Institute* vzw, haar 2de grootscheepse affiche- en socialemediacampagne. Elke zorgorganisatie die dat wenst kan gratis deelnemen. Aan de vorige editie participeerden ongeveer 50 Vlaamse zorgorganisaties en eerstelijnszones. De campagne bestaat uit pers- en redactionele informatie, filmpjes, een affiche en banners voor websites en sociale media.

Ze loopt één maand. De vzw *Patient Empowerment* staat in voor de communicatie via een filmpje op sociale media, persaandacht, het verspreiden van tips, het opmaken en verdelen van een affiche ... De deelnemers krijgen beeldmateriaal en basisteksten aangeleverd die ze zelf kunnen bewerken indien gewenst. Aan de affiche kan het logo van de zorgorganisatie toegevoegd worden.



Je hebt mekaar meer te vertellen dan je denkt

Patient Empowerment
EN JE VOELT JE BETER



Meer info:
www.patientempowerment.be

“Deblokkeren zodat verwerking kan starten”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: JAN LOCUS

Inge Brans, kinder- en jeugdpsychiater, past EMDR dagelijks toe in haar werk. En dat zowel binnen als buiten de muren van MC Sint-Jozef in Munsterbilzen, waar ze twee afdelingen leidt. EMDR, voluit *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, is een therapie die valt onder het ruimer theoretisch model van *Adaptive Information Processing* (AIP). AIP verwijst naar een aangeboren capaciteit van het brein om moeilijke levenservaringen te verwerken en te komen tot een adaptieve oplossing. Het is te vergelijken met het lichaam dat zichzelf herstelt van fysieke wonden. Door een psychisch trauma kan het informatieverwerkingsstelsel geblokkeerd raken. EMDR kan een katalysator zijn voor een effectieve informatieverwerking die leidt tot een snelle en adaptieve verwerking van het trauma.

“Het is geen therapie om met het trauma te leren omgaan of een plaats te geven. Het is een manier om het trauma te verwerken”, steekt Inge Brans van wal. Ze heeft erg veel positieve ervaringen met EMDR. “Aspecten van de traumatische beleving zijn op zintuiglijk, lichamelijk, emotioneel of cognitief vlak opgeslagen in disfunctionele geheugennetwerken. EMDR maakt het mogelijk hiertoe toegang te krijgen en op die manier voor een aangepaste informatieverwerking te zorgen. Zo kunnen dysfunctionele opgeslagen herinneringen alsnog worden verwerkt. Ze worden op een bewust niveau toegankelijk zonder dat ze nog een emotionele lading oproepen.”

“Een trauma is de ijstop van de berg die volledig vast zit. Naast de berg ligt een meer. Dit meer staat symbool voor datgene wat de persoon aan kan. EMDR doet het ijs smelten waardoor het koude water in het meer terechtkomt”

Inge Brans



Stimuli om informatie te verwerken

Wanneer iemand een heftige ervaring met veel emotie meemaakt, wordt de herinnering hieraan en de daaraan gekoppelde emoties opgeslagen in het langetermijngeheugen. Daardoor kan de persoon er nog lang last van hebben. “Aan het begin van een EMDR-sessie vraag ik de patiënt om aan de traumatische ervaring terug te denken, inclusief de beelden, gedachten, lichamelijke gewaarwordingen en gevoelens die daarbij horen. Dat geeft mij de nodige info over het trauma, maar vormt ook de basis van de therapie. De patiënt moet de gebeurtenis opnieuw voor de geest halen, maar dan in combinatie met een afleidende stimulus. Concreet moet de patiënt gedurende 45 à 60 seconden een punt volgen met zijn/haar ogen (= een vorm van bilaterale stimulatie).

Sommige therapeuten zwaaien met hun vingers, anderen gebruiken geluiden die via een koptelefoon links en rechts worden aangeboden. De oogvolgbeweging zou de meest effectieve manier zijn. Patiënten geven mij vaak aan dat ze er te zenuwachtig van worden. Ik tik daarom meestal op de benen van de patiënt”, aldus Brans. “Er kunnen meerdere sets van stimuli worden aangeboden. Tijdens de sessie wordt niet uitgebreid gesproken over het trauma. Ik haal de herinnering uit het langetermijngeheugen en breng ze over naar het werkgeheugen, oftewel het kortetermijngeheugen. Omdat het werkgeheugen veel informatie tegelijkertijd moet verwerken, zal het beeld vervagen en kan de emotionele lading er worden afgehaald.”

“EMDR heeft als doel om informatie te verwerken”, benadrukt Brans. “Afhankelijk van persoon tot persoon en van de ernst van die traumatische gebeurtenis loopt die verwerking niet altijd even vlot en dreigt men soms helemaal vast te lopen. Het risico is dat mensen dissociëren of hun trauma herbeleven. Als therapeut moet je checken of de persoon daadwerkelijk in een EMDR-proces komt. Dat kan je vergelijken met een trein. Als die rijdt, vliegen de beelden ook voorbij en ben je er niet bewust mee bezig. Staat de trein stil, blijf je wel kijken naar het beeld en ga je dat steeds weer herbeleven.” Na elke set van bilaterale stimulatie (BLS) is er een rustmoment waarop de therapeut aan de patiënt vraagt welke gedachten er in hem/haar zijn opgekomen. Een EMDR-sessie brengt een hoop gedachten, beelden en soms ook gevoelens op gang die vaak ook iets doen veranderen. De patiënt moet na elke set aangeven welke verandering het meest opvallend was. “Soms kan één sessie voldoende zijn. Het hangt ervan af hoe complex het trauma is”, aldus Brans.

VR-bril

Een tijdje geleden leidde Brans een proefproject rond *Virtual Reality* (VR). Het doel van de VR-bril is dat de patiënt meer regie krijgt over het eigen traumaverwerkingsproces. Het afgelopen jaar werden door deze therapeutische interventie diverse patiënten behandeld met een positief effect op hun gemoedstoestand, slaappatroon en dagdagelijks functioneren.

De VR-brillen worden nu waar mogelijk standaard ingezet, als aanvulling op de *face-to-face* EMDR sessies. “VR wordt enkel gebruikt als mensen EMDR echt aankunnen. Daarom doen we eerst 1 à 2 gewone EMDR-sessies waarbij we de spanning meten. Mensen geven op een schaal van 1 tot 10 aan hoe gespannen ze aan het begin en aan het einde van de sessie zijn. Als de spanningsgraad snel daalt, kan er met een VR-bril worden gestart. De patiënt wordt via de EMDR-module in een veilige, virtuele omgeving begeleid door een betrouwbare stem. Er wordt gevraagd om aan het beeld te denken waar tijdens de gewone EMDR-sessies al mee werd gewerkt. Dan komt er een bolletje in beeld dat alle richtingen uitgaat en de patiënt moet volgen. Daarnaast zijn er groene en rode bolletjes waarbij de patiënt één of twee keer moet klikken. Beide oefeningen komen door elkaar zodat de informatieverwerking wordt gestimuleerd. Via slimme software past de applicatie zich tijdens de sessie aan reacties van de patiënt aan. We willen de VR-bril in de toekomst ook graag inzetten voor exposure en relaxatie. Wanneer iemand bijvoorbeeld angstig is voor een bepaalde locatie, kan de locatie in de VR worden verwerkt. Zo leert de patiënt ermee omgaan.”

“De grote meerwaarde van de VR-bril is dat je als therapeut meerdere patiënten tegelijkertijd kan behandelen. Patiënten kunnen de VR-fase immers meestal zelfstandig doorlopen. De therapeut volgt op afstand de evolutie van de spanningscores op. Deze geeft de patiënt via een controller zelf aan, het systeem verwerkt niet automatisch de spanning die een persoon voelt. Net als bij een gewone EMDR-sessie, wordt hetzelfde beeld steeds weer opgeroepen tot de spanning op nul staat. De VR-bril werkt voor alle leeftijden, al merken we dat het bij ouderen soms moeilijker loopt. Dat heeft meer te maken met het feit dat zij niet altijd goed mee zijn met de techniek”.

Draagkracht en gedragstherapeutische kennis

Om de EMDR-methode toe te passen, zijn er twee belangrijke voorwaarden. Enerzijds moet de patiënt een zekere emotionele stabiliteit hebben en anderzijds vereist de techniek de nodige therapeutische kennis. Niet in het minst om de persoonlijke draagkracht van de patiënt EMDR te kunnen inschatten.

“Ik vergelijk het met een berg. Een trauma is de ijstop van de berg die volledig vast zit. Naast de berg ligt een meer. Dat meer staat symbool voor datgene wat de persoon aan kan.

EMDR doet het ijs smelten waardoor het koude water in het meer terecht komt. Het is uiteraard belangrijk dat het meer dit water kan opvangen. Met andere woorden, de patiënt moet voldoende draagkracht hebben om EMDR op te starten”, vertelt Brans. “De therapie wordt door veel patiënten ervaren als een ijskoude douche. Je kent de intensiteit van die douche niet op voorhand en hebt dus geen idee hoeveel water het meer moet slikken.





“Het doel van de VR-bril is dat de patiënt meer regie krijgt over het eigen trauma-verwerkingsproces”

Inge Brans

Daarom is het belangrijk dat EMDR, bij complex trauma en minder emotionele stabiliteit, in een gecontroleerde *setting* gebeurt. Binnen de muren van een voorziening kan een patiënt vanuit de omgeving meer opgevolgd worden. Wanneer je EMDR echter ambulante inzet, is het nog belangrijker om als therapeut goed in te schatten of de patiënt voldoende stabiel is.”

In Nederland heb je geen specifieke vooropleiding nodig om een EMDR-opleiding te volgen. In België is het voorafgaand volgen van een therapie-opleiding een must. “En dat is maar goed ook”, zegt Brans.

“EMDR kan erg heftig zijn en je hebt therapeutische skills nodig om hier op een gepaste manier mee om te gaan. Er kan heel wat meer in een traumakanaal zitten dan je op voorhand inschat. De patiënt goed omkaderen, is dus cruciaal.

Daarnaast moet je ook voorkomen dat je zelf niet getraumatiseerd wordt daar mensen heftige zaken kunnen vertellen. Al is EMDR er niet enkel voor de ‘zware’ cases. Ook voor ‘kleinere’ zaken kan EMDR werken. Zo kan je een uitspraak van iemand uit je omgeving in de kindertijd je hele leven meeslepen en heeft die uitspraak een negatieve impact op je functioneren. Iedereen ervaart de zaken anders. Wat voor de ene een trauma is, hoeft dat voor de andere niet te zijn. Ook die ‘dagdagelijkse’ zaken kunnen met EMDR worden behandeld.”

Een deel van het proces

EMDR is geen eindpunt op zich. “Er zijn mensen die bij een sterfgeval enkel het laatste beeld van het sterfbed zien. Dit kan een eng beeld zijn waarop een persoon blokkeert en alle andere herinneringen verdringt.

Door het enge beeld via EMDR terug op te roepen, wordt deze blokkade weggenomen waardoor ook andere, mooie beelden terug kunnen komen. EMDR vervangt het rouwproces niet”, zegt Brans. “De stabilisatie die nodig is om aan EMDR te kunnen starten, gebeurt door de therapeut die dichtbij de patiënt staat. Ik kom enkel tussen in de EMDR-fase. Vertrouwen is daarbij cruciaal. De vaste therapeut moet daarom aan de patiënt heel duidelijk maken dat hij of zij vertrouwen heeft in mij.”

“Het succes van EMDR is dat de *BLS-sets* ervoor zorgen dat een bepaalde herinnering haar kracht en emotionele lading verliest. Hierdoor wordt het eenvoudiger om aan die oorspronkelijke gebeurtenis terug te denken. Het kan ook zijn dat herinneringsbeelden veranderen of waziger worden. Er zijn zelfs mensen die na een EMDR-sessie niets meer weten van het trauma. Dankzij EMDR kan een verwerkingsproces starten wat voordien geblokkeerd was. Er zijn bijvoorbeeld mensen die psychotisch worden door een traumatisch verleden. Dankzij EMDR kan de psychose gerichter worden behandeld. Of, er kan gewerkt worden aan nieuwe coping mechanismen. Als de emotionele lading van een gebeurtenis weg is, zal de patiënt bijvoorbeeld niet meer weglopen van zaken die hem aan die gebeurtenis doen herinneren. Op die manier kan hij of zij weer functioneren of terugkeren naar de samenleving”, besluit Brans.

Op de website van Integrativa waar Ludwig Cornill, de psycholoog-psychotherapeut die EMDR uitrolde in België en ook de nodige opleidingen aanbiedt, kan je een lijst vinden van therapeuten die het EMDR-certificaat hebben behaald.

VERBINDING (verbroken) / (dis)CONNECTED

Gerennomeerde kunstenaars uit binnen- en buitenland nemen deel aan de Vierde Triennale Hedendaagse Kunst van het Universitair Psychiatrisch Centrum in Duffel. Het thema dat de kunstwerken bijeen brengt, is verbinding in al zijn facetten, zowel kritische als hoopgevende. Via actuele kunst wil het psychiatrisch ziekenhuis het taboe rond psychische kwetsbaarheid doorbreken, zich openstellen naar de buitenwereld en kunst als integraal onderdeel van onze zorg onder de aandacht brengen. Bezoekers zijn welkom van 14 september tot en met 20 november 2022 op de campus in Duffel. De tentoonstelling is gratis en vrij te bezoeken van woensdag tot en met zondag, telkens van 13.00 tot 17.00 uur.



Meer info:

www.upcduffel.be/triennale-hedendaagse-kunst-upc-duffel



Campagnebeeld: Commedia 'Performers' van de Belgische kunstenaar Maen Florin

PROJECTOPROEP

Samenwerking tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg versterken door coaching

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck, het Fonds Julie Renson, het Koningin Fabiolafonds en de Koning Boudewijnstichting willen de implementatie, verbetering of verduurzaming van concrete, lokale samenwerkingspraktijken tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg ondersteunen. Ze voorzien hiervoor financiële steun voor een coachingstraject-op-maat door een externe coach, ter waarde van 40.000 euro.

Alle actoren van de eerste lijn en welzijn die geconfronteerd worden met mensen met psychische problemen, en alle actoren van de geestelijke gezondheidszorg die actief zijn in de eerste lijn, en die al een vorm van samenwerking zijn aangegaan, kunnen een kandidatuur indienen tot 30 november 2022.



Meer info:

www.kbs-frb.be/nl/samenwerking-tussen-de-eerste-lijn-en-geestelijke-gezondheidszorg-versterken-door-coaching

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:
Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

Vormgeving:
www.engage.studio

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.

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

Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op communicatie@zorgneticuro.be

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 105, oktober 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe Zorgwijzer verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: www.zorgneticuro.be/nieuwsbrief

www.zorgneticuro.be

