

ZORGWIJZER

05

Magazine | Juni 2009

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 1 nr. 05 | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Antwerpen X Masspost | P 902010

Ledenevent Gent Dynamisch Zorgnet Vlaanderen

zorgnet

VLAANDEREN

- 08 Dossier: investeren in infrastructuur van woonzorgcentra
- 16 Levens nabije zorg voor meer geluk
- 25 Geslaagd ledenevent in Topsporthal



Inhoud 05

colofon

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

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene

Werkten mee aan dit nummer:
Frederick Cousse, Saskia Mahieu,
Ivan Mervillie, Klaartje Theunis,
Filip van Brabander, Jef Van Holsbeke,
Wim Verdoodt, Tarsi Windey

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Gianni Barbieux, Mine Daelemans, Patrick Holderbeke, Johan Martens, Ivan Mervillie, Thomas Van Haute

Verantwoordelijke uitgever:
Guido Van Oevelen
p/a Zorgnet Vlaanderen
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 14 september.

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

- 03 *Editoriaal*
- 04 *Commercialisering geen wondermiddel*
- 05 *Korte berichten*
- 06 *Ombudsman is vooral bemiddelaar*
- 08 *Dossier: investeren in infrastructuur van woonzorgcentra*
- 14 *Financieel beleid: 34% personeel woonzorgcentrum niet gefinancierd*
- 15 *Op bezoek bij toekomstig minister-president Kris Peeters*
- 16 *Levens nabije zorg voor meer geluk*
- 18 *Bruggen slaan en verbinden: outreaching in ouderenzorg*
- 20 *Park Passionisten bouwt aan zorg van de toekomst*
- 22 *Passwerkers doen het goed en snel*
- 24 *Juridisch: woon-werkverkeer*
- 25 *Geslaagd ledenevent in Topsportthal*
- 28 *Spiegeling: opiniebijdrage Guy Tegenbos*
- 29 *Momentopname: Marc Van Uytven*
- 30 *Dranouter, zomerfestival bij uitstek*
- 31 *Schrijfwedstrijd voor verpleegkundigen*

Na de verkiezingen

editoriaal

Op 7 juni hebben we ons met zijn allen kunnen uitspreken over waar we met Vlaanderen en Europa naartoe willen. Het resultaat van de verkiezingen leverde enkele verrassingen op. Zowel aan Vlaamse als aan Franstalige kant.

Maar wat de gezondheidszorg betreft, lijken de meeste neuzen toch in dezelfde – en wat ons betreft: in de juiste – richting te wijzen. Alle Vlaamse partijen met expliciete plannen om de gezondheidszorg te privatiseren en te commercialiseren zijn afgestraft. Ook al is het voor iedereen duidelijk dat de broeksriem de komende jaren aangehaald zal moeten worden, toch kiest Vlaanderen voor partijen die willen investeren in een goede, toegankelijke en voor iedereen betaalbare zorg. De solidariteit haalt het van het winstbejag.

Een tweede belangrijke vaststelling is de keuze voor een verdere staatshervorming. Voor Zorgnet Vlaanderen is een staats-hervorming nooit een fetisj geweest. Regionalisering is geen doel op zich. Integendeel zelfs, de solidariteit waarvoor Zorgnet Vlaanderen ijvert, stopt niet aan de taalgrens. Een sterke, federale sociale zekerheid is goed voor elk van ons, op voorwaarde dat die transparant en efficiënt functioneert.

Waar het Zorgnet Vlaanderen wel om te doen is, is goed bestuur. Een basisvoorwaarde voor goed bestuur is een duidelijke en eenduidige bevoegdheidsverdeling. Vandaag is die er niet op het gebied van de gezondheidszorg. De federale en de Vlaamse overheden hebben elk een vinger in de pap en al te vaak leidt dat tot een tweesporenbeleid, absurde beslissingen, bureaucratische traagheid, inefficiëntie,

verspilling van middelen, noem maar op. Daarom zal Zorgnet Vlaanderen blijven opkomen voor het overhevelen van het gezondheidsbeleid naar de gemeenschappen.

Een louter Vlaamse gezondheidszorg is overigens nog geen garantie op een efficiënt beleid. De voorbije maanden en jaren heeft Zorgnet Vlaanderen meer dan eens kritische kanttekeningen geplaatst bij het Vlaamse beleid. Zo moeten er dringend meer middelen worden vrijgemaakt voor investeringen in infrastructuur, zowel in de ouderenzorg als voor de ziekenhuizen. De normen en regels van het VIPA moeten worden bijgestuurd en geactualiseerd. Het ondernemerschap in de social profit moet worden aangemoedigd en niet gefnuikt.

Een aantal partijen heeft hierover duidelijke toezeggingen gedaan in aanloop naar de verkiezingen. Dat gebeurde onder meer op het openbare debat over het memorandum van Zorgnet Vlaanderen. Het spreekt vanzelf dat Zorgnet Vlaanderen er actief over zal waken dat de gedane beloftes ook worden nagekomen. Want de toekomst van onze gezondheidszorg is te belangrijk om ze zomaar in verkiezingsbeloften te laten verzanden.

*Peter Degadt
gedelegeerd bestuurder*



Peter Degadt

Commercialisering geen wondermiddel

In De Tijd van 28 mei 2009 verscheen het hierna volgende opiniestuk van Raf De Rycke, ondervoorzitter van Zorgnet Vlaanderen en gedelegeerd bestuurder van de Broeders van Liefde.

Verskillende politici breken een lans voor meer commercialisering in de welzijnssector, terwijl de christelijke arbeidersbeweging waarschuwt voor een verschraling van het welzijnsveld. Is commercialisering van de zorg nu goed of slecht?

Er is al een relatief beperkte commercialisering in de zorgsector. In de ouderenzorg heeft ongeveer een kwart van de rusthuizen het statuut van een vennootschap. Dat komt overeen met ongeveer 20 procent van de totale capaciteit. In de marge van de sector algemene ziekenhuizen treffen we centra aan voor esthetische chirurgie, wellnessklinieken, oogklinieken en labo's voor klinische biologie die commercieel worden uitgebaat. In de geestelijke gezondheidszorg is er een toenemende private markt van psychotherapieën, meer private groepspraktijken voor ambulante psychiatrie, en een aantal commerciële initiatieven voor beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen. In de gehandicaptenzorg zou je de persoonlijke assistentiebudgetten en de persoonsgebonden budgetten een vorm van commercialisering kunnen noemen.

Commercialisering wordt vaak in verband gebracht met efficiëntie. Er zou zich een meer efficiënte aanpak opdringen in de zorgsector, en commercialisering zou daartoe substantieel kunnen bijdragen. De bewering dat de zorgsector een kostensector is, waar efficiënter gewerkt zou kunnen worden door commercialisering, snijdt geen hout. Het toepassen van alle moderne managementconcepten om te

komen tot meer effectiviteit en efficiëntie is een noodzakelijke voorwaarde voor de uitbating van elke zorgvoorziening, of het nu een non-profit- of een profitvoorziening is. Elke ondoelmatige aanwending van middelen komt niet alleen neer op verspilling van middelen, maar ook van mogelijkheden tot zorgverlening.

Twee snelheden

Een sterk doorgedreven commercialisering zal snel leiden tot een zorg met twee snelheden. Enkel de meer lucratieve activiteiten zullen het voorwerp vormen van commercialisering, terwijl minder rendabele activiteiten gemarginaliseerd dreigen te worden. Welzijn en gezondheid zijn publieke of collectieve goederen met een zodanige weerslag op de samenleving, dat de verdeling en financiering niet zomaar aan het vrije spel van koopkrachtige consumenten en winstzoekende producenten overgelaten mogen worden. De zorg voor de zorgbehoevende mens volgt een andere logica dan die tussen consumenten en producenten.

Uit dat alles mogen we niet afleiden dat commerciële initiatieven uit den boze zijn. De Europese regelgeving maakt niet alleen een grensoverschrijdende dekking van medische handelingen mogelijk, maar ook commercialisering van de zorg. Het is aan de overheid om een kader uit te werken met een gereguleerde zorgmarkt waarin zowel de non-profitsector als de profitsector kunnen opereren met dezelfde normen voor planning, erkenning, financiering, kwaliteit en toegankelijkheid.

Op die manier kan de overheid de toetreding van de profitsector regelen via kwaliteitsnormen, waarbij de regie en tariefbepaling de verantwoordelijkheid van de overheid blijven. Ik pleit voor een gereguleerde markt met volgende kenmerken: vrije keuze voor patiënten en bewoners, efficiëntie en transparante aanwending van overheidsgelden, en een onderscheid tussen vitale behoeftebevrediging en een meer wensgerichte zorg.

Niemand kan gekant zijn tegen een gezonde concurrentie. Een gereguleerde

markt betekent dat alle voorzieningen, al dan niet met een commerciële dimensie, kunnen deelnemen aan de competitie op de zorgmarkt. De zorgsector is een voorstander van een aantal concepten die volledig samenvallen met de profitsector, zoals deugdelijk bestuur en professionalisering. Kwaliteitsbewaking is erg belangrijk voor de patiënten en bewoners. De wantoestanden op dat vlak zijn gelukkig eerder uitzonderlijk. Via een systeem van accreditatie door een onafhankelijk instituut, zoals bijvoorbeeld in Nederland, kunnen kwaliteitslabels aan zorgvoorzieningen worden gegeven.

Gezondheidskloof

Werken zonder winst oogmerk biedt de beste garanties op het vlak van betaalbaarheid. Commercialisering van de zorg zonder voorwaarden zal de gezondheidskloof tussen sociaaleconomisch sterkere en zwakkere groepen nog doen toenemen. De pure toepassing van marktprincipes zoals in de VS leert ons dat de aangeboden zorg veel duurder uitvalt en minder toegankelijk wordt. In de non-profitsector blijven eventuele overschotten in een vzw-structuur en komen ze in aanmerking voor herinvestering in de zorg. De overheid zal er ook moeten over waken dat subsidies aan commerciële initiatieven (bijvoorbeeld infrastructuursubsidies) niet terugvloeien naar de aandeelhouders in de vorm van dividenden.

Is de commercialisering van de zorg nu een goed idee? We antwoorden best niet met een radicaal ja of neen. Commercialisering kan mits een aantal voorwaarden vervuld zijn. Het is aan de volgende Vlaamse regering om in overleg met de federale overheid een beleid uit te stippen waarbinnen de non-profit- én de profitsector een plaats hebben, met genoeg garanties voor een kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen.

Zorgnet Vlaanderen publiceerde onlangs "Zorg te Koop", een cahier over commercialisering. U vindt het op www.zorgnet-vlaanderen.be.



Zorgnet Vlaanderen organiseert bestuurdersdialogen ouderenzorg



De ouderenzorg is volop in beweging. De uitdagingen zijn enorm: de aankomende vergrijzing en verzilvering, de toenemende behoefte aan vraaggerichte en meer continue zorg, de toenemende vermarkting binnen de sector, het vinden van voldoende (gekwalificeerd) personeel, het streven naar kwaliteit en externe verantwoording... Dit alles noopt de voorzieningen tot strategische keuzes voor de toekomst.

Om de bestuurders van ouderenzorgvoorzieningen te ondersteunen bij het maken van deze keuzes organiseert Zorgnet Vlaanderen dit najaar "bestuurdersdialogen ouderenzorg". Op 14 avondbijeenkomsten op verschillende plaatsen in Vlaanderen gaan gedelegeerd bestuur-

der Peter Degadt en voorzitter Guido Van Oevelen in gesprek met de bestuurders van de ouderenzorgvoorzieningen. Voor eerst om van hen te horen hoe zij tegen de toekomst aankijken en wat zij als ondersteuning van Zorgnet Vlaanderen verwachten. Daarnaast geven ze duiding en toelichting bij een aantal externe factoren die de organisatie van de ouderenzorg in de toekomst sterk zullen bepalen.

Met deze bestuurdersdialogen willen we tegemoet komen aan de behoefte bij de bestuurders van ouderenzorgvoorzieningen naar netwerking, overleg en gedachteswisseling. We kijken dan ook uit naar een boeiende dialogenreeks, en hopen ook u daar te mogen ontmoeten.

Zorgnet Vlaanderen bezorgde in de loop van juni de uitnodigingen voor deze ontmoetingen aan de woonzorgcentra. Daar in staan de data en de verschillende locaties. Bestuurders en directieleden kunnen intekenen op één van de bestuurdersdialogen door de inschrijvingsstrook bij deze uitnodiging terug te sturen naar Zorgnet Vlaanderen. Ontvangt u deze uitnodiging graag opnieuw? Stuur dan een mail naar edl@zorgnetvlaanderen.be en wij bezorgen u het inschrijvingsformulier.

Voor meer inhoudelijke informatie over de bestuurdersdialogen kunt u contact nemen met Roel Van de Wygaert, tel. 02 507 01 85 of via rvdw@zorgnetvlaanderen.be.

kort

Minister Onkelinx onderzoekt hoe ze achterstallige facturen kan wegwerken

Onlangs stelde volksvertegenwoordiger Luc Goutry (CD&V) twee parlementaire vragen over de ziekenhuisfinanciering en de ziekenhuisaansprakelijkheid aan minister Onkelinx. Veel verder dan wat vage beloftes reikten de antwoorden van de minister niet.

Reeds een jaar geleden beloofde minister Onkelinx dat ze een omzendbrief zou maken waarin ze zou verduidelijken welke activiteiten of handelingen derden, al dan niet werkend voor firma's gespecialiseerd in medisch materiaal, in het operatiekwartier mogen uitvoeren en welke de aansprakelijkheid van het ziekenhuis is in het geval de activiteit of handeling van deze derde schade zou toebrengen aan de gezondheid van een patiënt.

Een jaar na datum blijkt dat de minister verschillende partijen heeft consul-

teerd die de complexiteit van de materie extra voor het voetlicht hebben gebracht. Er is bijgevolg nog altijd geen omzendbrief.

In de tweede parlementaire vraag beaamt de minister dat het nog niet aan de ziekenhuizen uitbetaalde saldo van de inhaalbedragen 1999 – 2001 inderdaad 91 miljoen euro bedraagt. Ze zegt te onderzoeken hoe ze deze achterstallige facturen zal kunnen wegwerken.

De minister verklaart tevens dat de tijd tussen het referentiejaar van activiteitsgegevens en het budgetjaar waarin ze gebruikt worden wat haar betreft niet korter kan. Ze wijst bovendien op recente initiatieven van haar administratie, in het bijzonder Portahealth, die ertoe bijdragen dat de overheid sneller ziekenhuisgegevens kan opladen, valideren en gebruiken voor haar beleid.

Het is een publiek geheim dat theorie en praktijk niet noodzakelijk 100% overeenstemmen. Sinds de ziekenhuizen bijvoorbeeld de nieuwe MVG-II-registratie via Portahealth moeten doorsturen naar de FOD Volksgezondheid zou er nog niemand in geslaagd zijn dit succesvol te doen. Bij gebrek aan data is het uiteraard moeilijk recente gegevens aan te wenden bij de vaststelling van het budget van financiële middelen.

In antwoord op de vraag welke initiatieven de minister voorziet te nemen om alle voorziene maatregelen correct en tijdig te financieren, geeft zij toe dat de enveloppe voor de financiering van de maatregelen inzake de sociale akkoorden ontoereikend is, maar dat zij op latere datum op basis van reële kosten zullen herzien worden.

FC

Ombudsman is vooral *bemiddelaar*

ombuds-
dienst

Ombudsmannen lopen nog niet zo heel lang rond in het ziekenhuiswezen. Pakweg tien jaar geleden was ook lang niet iedereen overtuigd van hun nut. De wet op de patiëntenrechten bracht daar verandering in. Sinds augustus 2002 is elk ziekenhuis verplicht een ombudsdienst te installeren. Loopt het pad van de ombudsman sindsdien over rozen? Hoegenaamd niet. “Je moet nog altijd het vertrouwen zien te winnen”, meent Luc Van Bauwel.

Luc Van Bauwel is zelf al acht jaar ombudsman in het Antwerpse AZ Sint-Vincentius/Sint-Jozef. Hij heeft nooit een wet nodig gehad om het belang van zijn werk in te zien. Met de steun van de directie richtte hij een ombudsdienst op. “Intermenselijke communicatie tussen zorgverstreker en patiënt heb ik altijd zeer belangrijk gevonden. Er kan nogal wat foutlopen op dat vlak. Personeel en patiënt begrijpen elkaar niet altijd even goed. Tot op de dag van vandaag zijn de meeste klachten het gevolg van misverstanden of gebrekkige communicatie.”

Volgens Van Bauwel moeten ziekenhuizen meer aandacht schenken aan de mening van de patiënt over de zorg die hij krijgt. “In het verleden werd daar vaak onvoldoende naar geluisterd. Dat is spijtig, want voor het beleid is dat de ideale feedback om de dienstverlening te verbeteren. Alleen al daarom is het belangrijk dat er zoiets als een ombudsdienst bestaat, die kan optreden als centraal aanspreekpunt.”

Belangrijk voor de verdere ontwikkeling van het vak vindt Luc Van Bauwel de manier waarop klachten geregistreerd worden. Door overleg met andere ombuds-



*Luc van Bauwel, ombudsman AZ Sint-Vincentius/Sint-Jozef:
“Juiste en voldoende communicatie kan veel wrevel voorkomen.”*

mannen bestaat er inmiddels een uniform registratieformulier dat alle klachten in verschillende categorieën onderbrengt: medisch, verpleegkundig, administratief-financieel of organisatorisch.

Het aantal klachten – in het geval van Luc Van Bauwel zo’n 250 per jaar – wordt voortdurend vergeleken met het aantal patiënten. “In ons ziekenhuis resulteert dat in een klachtratio van 0,11 %, wat betekent dat één op de duizend patiënten naar de ombudsman stapte. Over heel

Vlaanderen is dat gemiddeld 0,14 %.” Dat er zo weinig klachten zijn, kan twee oorzaken hebben. Of alles loopt op rolletjes, of patiënten kennen de weg naar de ombudsman niet. “Aan onze naam bekendheid kan zeker nog gewerkt worden”, meent Van Bauwel. “Toch ben ik niet ontevreden met dat lage aantal. We weten immers dat uiteindelijk slechts 5% van de ontevreden patiënten effectief naar een ombudsdienst stapte. Maar de laagdrempeligheid is en blijft een aandachtspunt voor de toekomst.”



Karel Van Damme, ombudsman van AZ Maria Middelaers: "Zo'n dagje onder collega's is best wel nuttig."

Onafhankelijk

Niet elk dossier dat op het bureau van de ombudsman belandt, spreekt voor zich. Het antwoord op de vraag of en door wie er een fout is begaan, is immers niet altijd even duidelijk. "Een patiënt die als gevolg van een complicatie langer in het ziekenhuis moet blijven dan verwacht, zal vlug geneigd zijn dat als een medische fout te zien. In zo'n geval kan juiste en voldoende communicatie heel wat wrevel voorkomen. Een patiënt die merkt dat de dingen niet lopen zoals verwacht, wil geïnformeerd worden. Het is onze taak het verzorgend personeel daarvoor nog meer te sensibiliseren."

De laatste jaren profileert de ombudsman zich dan ook steeds meer als een bemiddelaar, een rol die hem overigens door de wet op de patiëntenrechten is toebedeeld. "Bij onenigheid proberen we de patiënt in contact te brengen met de arts, zodat hij een antwoord op zijn vragen krijgt. Maar een patiënt kan ook een oordeel verwachten of een antwoord op een schuldvraag. Dan is het onze taak om alternatieven aan te bieden of door te verwijzen naar instanties zoals de mutualiteit, de Orde van Geneesheren of, in het geval van een schadeclaim, naar de verzekeringsmaatschappij."

De vrijheid om zijn vaak delicate job in alle onafhankelijkheid te doen, is voor een ombudsman van groot belang. "De bewegingsvrijheid om te bevragen wie we willen, van poetsvrouw tot gedelegeerd bestuurder, is cruciaal. In welke mate dat kan, verschilt weleens van ziekenhuis tot ziekenhuis, al heb ik de indruk dat het de laatste tijd fel verbeterd is."

Een overtuigd ombudsman stampt dus weleens tegen zere schenen. "Dat moet je durven; het is inherent aan de job. Ik geef ook alle ombudsmannen de raad om

hun mandaat serieus te nemen. Je moet er echt voor gaan en de zaak aanpakken, maar ook diplomatisch genoeg zijn om klachten sereen af te handelen. En dat allemaal zonder je door wie ook te laten misleiden. Enkel zo bouw je op termijn voldoende krediet op."

Dat Luc Van Bauwel acht jaar geleden van zijn directie het fiat kreeg voor zijn ombudsplannen, dankt hij deels aan zijn jarenlange ervaring als hoofdverpleegkundige. "Dat was een goede duw in de rug, die mijn geloofwaardigheid zeker geen kwaad gedaan heeft. Toch moest ook ik, als ombudsman, dat vertrouwen en respect opnieuw zien te winnen."

Leren uit conflicten

Het ultieme doel van de ombudsman is een ziekenhuis met een open communicatiecultuur waarin zowel patiënten als medewerkers er openlijk voor uitkomen als er iets misloopt. "Het is belangrijk dat daarover kan worden gesproken. Op zo'n momenten telt elk verhaal, zowel dat van de arts als dat van de patiënt. De ombudsman moet daarin bemiddelen. Wij zijn er niet om met modder te gooien, hé. Wij zijn er om de communicatie zo goed mogelijk te laten verlopen."

Want, zo doceert Van Bauwel, uit elk conflict kan je leren. "Het is mijn taak de relevante lessen door te geven binnen de organisatie. In mijn jaarverslag staat elke keer een reeks aanbevelingen. Op het moment dat de directie die leest, mogen daar eigenlijk geen verrassingen tevoorschijn komen. Een goede ombudsman laat zijn directie regelmatig weten wat er leeft in het ziekenhuis. Daarna is het aan hen om met die informatie aan de slag te gaan. Of dat ook gebeurt? Ja. Maar als ombudsman heb je soms wel wat geduld nodig."

WV

Tips uitwisselen onder collega's

Maandag 8 juni vond in de kantoren van Zorgnet Vlaanderen een seminarie voor vertegenwoordigers van ombudsdiensten van algemene ziekenhuizen plaats. Luc Van Bauwel presenteerde er een visietekst over het ombudsvak. Karel Van Damme, al vier jaar ombudsman van het AZ Maria Middelaers in Gent, was een van de deelnemers. Wat heeft hij onthouden?

"Dat de manier waarop klachten geregistreerd worden, zeer belangrijk is. Het interessante van zo'n studiedag is dat je meteen met collega's kan vergelijken hoe zij het doen. Hoe komt het dat zij een dossier anders inschatten, een klacht anders coderen, andere aanbevelingen doen ...? Daar ontstond meteen een geanimeerde discussie over. En terecht.

Wat ik ook interessant vond, was het stuk over hoe je als ombudsman rapporteert. Welke informatie bezorg je aan welke doelgroepen? Hoe bouw je dat op? Daar heb ik heel wat goede tips rond verzameld waardoor mijn volgende jaarverslag er toch iets anders zal uitzien.

Ook de bereikbaarheid van de ombudsman kwam ter sprake. Hoe bereik je patiënten? Hoe kan je wegen op een organisatie? De meningen daarover liepen erg uiteen. Ik zit bijvoorbeeld bijna 90 % van mijn tijd op mijn kantoor, terwijl anderen voor 90 % in het ziekenhuis rondlopen. Hoe doe je dat dan?

Er bleken ook heel wat verschillen in het aantal klachten dat de verschillende ombudsdiensten op een jaar verwerken. Sommige collega's spraken van 600 behandelde klachten per jaar, terwijl ikzelf er maar 400 ontvang en die zelfs niet allemaal behandeld krijg. Hoe komt dat? Dat zijn allemaal vragen waarop je binnen je eigen organisatie amper feedback krijgt. Zo'n dagje onder collega's is dus best wel nuttig om je eigen job eens kritisch te bekijken."

Vandaag keuzes maken voor de zorg van morgen

Over 10 jaar telt Vlaanderen 60.000 meer 80-plussers dan vandaag. Dat is de bevolking van een middelgrote provinciestad. De vraag naar zorg en naar een aangepaste woonzorgomgeving zal in de nabije toekomst fors toenemen. De woonzorgcentra bereiden zich daar terdege op voor, maar worden met talrijke vragen en obstakels geconfronteerd. Zorgnet Vlaanderen organiseerde daarom op 9 juni een studiedag *Investeren in infrastructuur van woonzorgcentra*. Tegelijk roept Zorgnet Vlaanderen de Vlaamse en de federale overheden op hun verantwoordelijkheden te nemen in dit belangrijke dossier.

Stafmedewerker Saskia Mahieu geeft een stand van zaken.

dossier

Het groeiende tekort aan residentiële ouderenzorg is vandaag al voelbaar. Vele woonzorgcentra koesteren dan ook bouwen/of uitbreidingsplannen. Ook voor Zorgnet Vlaanderen is het investeren in extra aanbod in de ouderenzorg een prioriteit. Als koepelorganisatie wil Zorgnet Vlaanderen zijn leden met raad en daad bijstaan.

Wat subsidiëren?

Er bestaan verschillende mogelijkheden voor de financiering van bouwprojecten in de ouderenzorg, gaande van meer publieke tot zuiver private financieringsbronnen. De bekendste financieringsbronnen zijn het VIPA – het Vlaams Investeringsfonds voor Persoonsgebonden Angelegenheden – en een lening bij de bank. Recente trends tonen mogelijkheden van samenwerking met vastgoedinvesteerders en projectontwikkelaars. Ook de banken diversifiëren en bieden all-in-formules als DBFM – Design, Build, Finance, Maintain. De vraag rijst in hoeverre het aangewezen is om privaat kapitaal aan te trekken om de uitbreiding van woonzorgcapaciteit te realiseren.

Een veel voorkomende redenering is dat private financiering (via een eigen bijdrage of met ondernemingskapitaal) voor het woonaspect aanvaardbaar is, maar dat het zorgaspect een sociale bescherming op basis van collectieve financiering (overheidsfinanciering) verdient. Voor



Saskia Mahieu pleit in naam van Zorgnet Vlaanderen voor een dringende inhaalbeweging op het gebied van infrastructuur voor de residentiële ouderenzorg.

Zorgnet Vlaanderen is die redenering onvoldoende genuanceerd. Immers, een toenemende graad van zorgafhankelijkheid gaat niet alleen gepaard met meer nood aan zorg, maar ook met de nood aan infrastructurele aanpassingen die zorggerelateerd zijn.

Zorgnet Vlaanderen pleit voor een onderscheid op basis van de aard van de zorgvraag. Gaat die zorgvraag uit van een behoefte, dan bestaat er een groot draagvlak voor een sterke solidariteit. Is de zorgvraag daarentegen veeleer een kwestie van zorgpreferentie, dan is het draagvlak voor solidariteit een stuk minder groot. Toegepast op het vlak van wonen en zorg

is een sterke solidariteit – met overheidsfinanciering – gerechtvaardigd voor de woonaspecten die noodzakelijk zijn om in de zorgbehoefte te voorzien: bredere doorgangen voor rolstoelgebruikers of specifieke zorgvormen voor dementerenden. Die sterke solidariteit is nodig om iedereen een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle en betaalbare zorg te kunnen aanbieden. Spreken we over preferentiegebonden woonaspecten – een meer luxueuze inrichting van de kamer – dan kan wél een beroep worden gedaan op de eigen financiële bijdrage van de zorggebruiker.

In de praktijk betekent dat bijvoorbeeld

dat er minder nood is aan een collectieve financiering van de infrastructuur voor serviceflats, maar wel voor de infrastructuur van woonzorgcentra, zowel wat betreft de basisnormen voor infrastructuur als de zorggerelateerde infrastructuurvereisten voor welbepaalde doelgroepen.

Hoe financieren?

Vandaag komt de Vlaamse overheid via het VIPA tussen voor minder dan 60% van de totale kostprijs van een bouwproject. Dat publieke aandeel daalt bovendien snel door de stijgende bouwkosten en nieuwe regels en normen, onder meer uit Europa. Zorgnet Vlaanderen vraagt de overheid dan ook om extra investeringen.

De middelen zijn echter schaars en meer en meer gaan stemmen op om commercieel initiatief aan te trekken. Voor Zorgnet Vlaanderen kan dat, maar alleen mits een aantal duidelijke voorwaarden. Zo moet de maatschappelijke doelstelling van toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg overeind blijven. Bovendien kunnen de schaarse overheidsmiddelen op geen enkele manier aangewend worden om aandeelhouders te spijsen. Ten slotte moet er ook een expliciet engagement zijn voor maatschappelijk verantwoord en waardegericht ondernemen.

De keuze voor een bepaalde financieringsformule is ook een ethische keuze. Zorgnet Vlaanderen verdedigt een rechtvaardige verdeling van de middelen. Elke persoon is gelijkwaardig en heeft dezelfde rechten op zorg, ook de meest kwetsbaren. Vanuit die optiek staat Zorgnet Vlaanderen open voor de financiering van woonzorgcentra met bancaire leningen en leasingformules, omdat die transparant zijn. Wat niet kan, zijn formules als obligaties met woonrechten, waarbij iemand kapitaal investeert en in plaats van een rentevergoeding een woonrecht krijgt. Dit woonrecht is immers op het moment dat men het wil uitoefenen, niet gegarandeerd.

Wat de Publiek-Private Samenwerking (PPS) betreft, ziet Zorgnet Vlaanderen in sommige gevallen interessante mogelijkheden. Zo kan een woonzorgcentrum gebouwd worden door commerciële ondernemers, waarna de exploitant bij de ingebruikname het gebouw kan aankopen met de steun van de overheid. Op die manier kan de solvabiliteit van de exploitant op peil gehouden worden, wat essentieel is voor verdere kredietverschaffing.

Ook correcte financiering exploitatie nieuwe voorzieningen nodig

De kostprijs van de infrastructuur is lang niet het enige probleem waarmee sociale ondernemers geconfronteerd worden. Zorgaanbieders aarzelen om een nieuwe zorgvoorziening te starten of om uit te breiden, omdat er ook exploitatieproblemen zijn. We zetten de vier belangrijkste even op een rij:

1. Een halvering van de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in 2010

Het "3de protocolakkoord", afgesloten tussen de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten, voorziet in een RVT-statuuut voor alle bewoners die zwaarder zorgafhankelijk zijn. Dat statuut houdt de financiering van meer zorgpersoneel in. Omdat het 3de protocolakkoord op 1 oktober 2010 afloopt, zullen de voorzieningen die vanaf 1 juli 2010 erkend worden (nieuwe voorzieningen) niet langer in aanmerking komen voor een RVT-statuuut. Dat betekent concreet dat de ZIV-tegemoetkoming voor zwaarder zorgafhankelijke bewoners daalt van € 62,07 naar € 31,54 per bewoner per dag. Zorgnet Vlaanderen dringt bij minister van Sociale Zaken Onkelinx aan op een meerjarenplanning terzake.

Vlaamse overheid

De overheidsmiddelen moeten integraal besteed worden aan de woonzorgbehoeften, in het belang van de zorggebruiker en van de samenleving. De Vlaamse overheid kan daar op twee manieren toe bijdragen:

1. Door opnieuw te opteren voor een eenmalige uitbetaling van de investeringssubsidie. Zo worden de rentelasten voor de instellingen vermeden.
2. Door de VIPA-procedures te vereenvoudigen en te verkorten. Dat zou tijdswinst, minder kosten en een efficiënter beheer van het bouwproject betekenen.

Daarnaast zijn ook méér VIPA-middelen nodig. Er is dringend nood aan een inhaal-

2. Onvoldoende ZIV-tegemoetkoming tijdens de eerste maanden

De eerste zes tot negen maanden is de ZIV-financiering beperkt tot een vast forfait van € 16,14 (waarde op 1.1.2009) per bewoner per dag. Dat bedrag is ruim ontoereikend ten aanzien van de reële loonkost die gemaakt wordt om de zorglast in deze periode te dragen, conform de RIZIV-personeelsvereisten. Zorgnet Vlaanderen vraagt een financiële regularisatie voor de reële zorgkost in die periode.

3. Onzekere financiering van sociale akkoorden

Nieuwe woonzorgcentra dreigen nadeel te ondervinden wat betreft de tewerkstellingsmaatregelen en de financiering van de sociale akkoorden. Zo is de aanwezigheid van de medewerkers Sociale Maribel sterk ongelijk gespreid. Op dit ogenblik is het ook onduidelijk of de federale regering de meerkost van de sociale akkoorden van 2000 en 2005 consequent zal blijven financieren.

4. Onvoldoende financiering recent opgelegde normen

De Vlaamse overheid komt nauwelijks financieel tussen in de door haar opgelegde normen in verband met leef- en woonklimaat en voorzieningenbeleid.

beweging. Komt die er niet, dan kan er onvoldoende antwoord geboden worden op de vergrijzing. Vandaag wachten al 18.000 Vlaamse ouderen op een plaats in een woonzorgcentrum, zo blijkt uit de invulling van het aantal geplande woongelegenheden. De woonzorgcentra hebben vandaag "voorafgaande vergunningen" voor ruim 13.000 woongelegenheden in portefeuille. Voor deze plaatsen zijn echter nog geen erkenningen aangevraagd. De belangrijkste reden om te wachten, is het gebrek aan voldoende kapitaal. Daarom vraagt Zorgnet Vlaanderen de Vlaamse overheid om de komende zes jaar het VIPA-budget voor de woonzorgcentra op te trekken tot 110 miljoen euro per jaar. Alleen zo kan de noodzakelijke inhaalbeweging worden ingezet.

SM

“Zorgsector is stabiele sector, ook in tijden van crisis”

Christine De Cafmeyer is verantwoordelijke voor de Social Profit bij KBC. Zij weet alles over kredieten voor investeringen in infrastructuur van woonzorgcentra. “KBC en andere banken blijven middelen ter beschikking stellen van de zorgsector”, zegt ze. “De voorzieningen hebben een vrij constante cash-flow, het is een stabiele sector. Ook in tijden van crisis.”

Christine De Cafmeyer: De nood aan nieuwe voorzieningen in de ouderenzorg is nijpend. Daarover is iedereen het eens. Op de programmatie zijn er ook al heel wat plaatsen opgevraagd. Alleen worden die vandaag niet gerealiseerd. Men begint er gewoon niet aan. Op de studiedag wilden wij daarom een overzicht geven van mogelijke financiële technieken, nieuwe zorgconcepten en tendensen op het gebied van architectuur, zodat het bij de verantwoordelijke bestuurders zou beginnen te kriebelen om er toch maar aan te beginnen.

De bestuurders hebben natuurlijk hun redenen om drie keer na te denken voor ze effectief een bouw dossier beginnen?

Uiteraard, en daarvoor heb ik veel begrip. Het gaat om grote bedragen, vaak vijf miljoen euro en meer. Bovendien zijn dergelijke bouw dossiers een heel complexe materie en zijn er heel wat onzekerheden. Op het gebied van de overheidsfinanciering bijvoorbeeld, maar ook op het vlak van personeelsinvulling. Beheerders willen geen financiële avonturen.

Toch zijn er nog voldoende mogelijkheden om een bouw dossier ook financieel rond te krijgen?

Het blijft een complex verhaal, maar er zijn toch wel mogelijkheden. Eerst en vooral is er het klassieke investeringskrediet bij de bank in combinatie met steun vanuit het VIPA. Binnen bepaalde plafonds zorgt het VIPA voor 60% van de middelen en voor 90% waarborg. Met de nieuwe regeling betaalt het VIPA die som echter niet meer in één keer uit, maar gespreid over 20 jaar. Dat betekent dat wie

bouwt, toch eerst 100% moet lenen bij de bank. En meestal zelfs nog meer dan de 100% die het VIPA voorreken, want met de gehanteerde plafonds kom je er in realiteit niet. Bovendien moet de initiatiefnemer ook altijd een stuk eigen middelen investeren.

Door de nieuwe VIPA-regeling vragen banken ook meer interest aan de voorzieningen?

Dat klopt en dat is ook logisch. Vroeger kregen de instellingen de 60% van het VIPA meteen uitbetaald. Nu is er geen directe kapitaalsubsidie. Dat betekent dat de solvabiliteitsratio van de instellingen, de verhouding tussen eigen vermogen en vreemd vermogen, met de nieuwe regeling een stuk slechter is. Dat leidt tot een minder goede rating, waardoor de banken verplicht zijn om hogere intresten aan te rekenen. Hierbij moeten we wel opmerken dat de hogere marges ook een gevolg zijn van de liquiditeitscrisis op de financiële markten.

Er zijn ook initiatiefnemers die het VIPA links laten liggen?

Ja, je kunt ook bouwen zonder financiële steun van het VIPA, maar wel met de waarborg. Of je kunt helemaal zonder inbreng van het VIPA bouwen. Wie hiervoor kiest, doet dat meestal om twee redenen. Ten eerste hanteert het VIPA een zware procedure die jaren kan aanslepen. Ten tweede legt het VIPA ook bijkomende normen op voor een bouwproject. Die lange wachttijd en die extra vereisten kosten vaak handenvol geld. Soms zelfs zoveel geld, dat beheerders beslissen om af te zien van de steun van het VIPA. In dat geval moet je natuurlijk de opgeno-

men kredieten terugbetalen met eigen middelen en zonder gebruik te kunnen maken van de gebruikstoelage. Anderszijds schiet het bouwproject doorgaans een stuk sneller op, wat ook kostenbesparend kan zijn. Het is een afweging die je moet maken per dossier. Belangrijk is dat de bouwheer ook rekening houdt met de bouwnormen die in de toekomst zullen gehanteerd worden.

Nieuwe wegen

Tot hier de klassieke financieringen, maar er zijn ook nieuwere manieren?

Inderdaad. Zorgnet Vlaanderen is er voorstander van dat de exploitant van de voorziening ook de eigenaar van het gebouw is. Toch bestaan er ook andere technieken en mogelijkheden. Zo kan een rusthuis zijn gebouw verkopen aan een BEVAK. Dat is een soort van beleggingsvehikel. Die BEVAK sluit dan een huurcontract op lange termijn met de exploitant. Het gaat over overeenkomsten op 27 jaar met erfpacht. Het grote voordeel hiervan is dat het rusthuis dat zijn gebouw verkoopt, hier meteen een som geld voor krijgt, dat het dan weer kan investeren in nieuwe projecten. Belangrijk is wel dat de huurprijs niet te hoog wordt bepaald, zodat deze niet ten nadele van de bewoners moet komen.

Dat lijkt op een sale & lease back formule?

Ja, maar met dat verschil dat er bij leasing altijd een koopoptie is aan een vastgestelde optieprijs. Leasing biedt bij nieuwbouw het voordeel dat je de BTW op het gebouw niet in één keer hoeft te betalen,



dossier

Christine De Cafmeyer: "Banken doen hun best om kredieten te verlenen aan de zorgsector, maar de overheid kan niet volgen."

maar gespreid in de tijd. Er is dus een waaier aan mogelijkheden.

Deze nieuwe technieken van de verkoop aan een BEVAK en sale & lease back worden al vrij courant toegepast in de commerciële rusthuissector. Maar we merken ook meer en meer interesse vanuit de vzw's.

Toch is de visie van Zorgnet Vlaanderen ook rationeel onderbouwd?

Natuurlijk wel. Als het rusthuis eigenaar is van het gebouw, komt dat de solvabiliteit ten goede. Zeker als het gebouw grotendeels betaald is, staat dat toch wel mooi op de balans. De eigen middelen zijn groter, zodat je gemakkelijker kredieten kunt krijgen. Het blijft dus een afweging van voor- en nadelen. Als je je gebouw verkoopt, geef je iets uit handen. De bezorgdheid van Zorgnet Vlaanderen is in die zin te begrijpen. Er is nog een zekere schroom tegenover samenwerking met aanbieders van alternatieve financieringsvormen.

Teveel schroom om goed te zijn?

De evolutie is onafwendbaar. Banken doen hun best om kredieten te verlenen aan de zorgsector, maar de overheid kan

niet altijd volgen. En dan heb ik het niet over de administratie, maar over het gebrek aan middelen. Er moeten dus andere wegen gevonden worden. En het siert Zorgnet Vlaanderen dat het, ondanks zijn eigen visie en standpunt, ook de openheid heeft om zijn leden te informeren over alternatieve mogelijkheden.

We horen ook meer en meer over DBFM: design, build, finance and maintain. Een interessante formule?

DBFM is niet zo evident in de zorgsector, omdat je dan niet alleen je gebouw uit handen geeft, maar ook het concept en het onderhoud ervan. Dat is vaak een brug te ver. Maar ook hier zijn er tussenvormen. Je kunt bijvoorbeeld B&F uitbesteden: build en finance. In dat geval staat bijvoorbeeld een aannemer samen met een financier in voor de bouw en de financiering van het project. Een andere tussenvorm is dat de initiatiefnemer gaat samenwerken met een projectbeheerder. In dat geval volgt de projectbeheerder het hele project op: van de aanbesteding tot en met de oplevering. Dat is zeer efficiënt, die projectbeheerders zijn echte specialisten, maar natuurlijk kost dat ook wel iets.

Stabiele sector

Mogelijkheden te over, maar is het in tijden van economische crisis niet beter om nog even de kat uit de boom te kijken?

Ik begrijp dat de crisis voor bijkomende onzekerheid zorgt. Toch is er een dringende behoefte aan nieuwe plaatsen in de ouderenzorg. Klanten zullen er altijd zijn. Wat er ook gebeurt, zorg zal altijd een belangrijk aandachtspunt blijven. Dat is een grote zekerheid. Daarom ook dat KBC en andere banken middelen ter beschikking blijven stellen van de zorgsector. Deze voorzieningen hebben immers een vrij constante cash-flow, het is een stabiele sector. Ook in tijden van crisis.

Had u aan het einde van de studiedag het gevoel dat het inderdaad al begon te kriebelen bij veel van de toehoorders?

Ik heb in elk geval heel veel positieve feedback gehoord. En er was veel enthousiasme en oprechte interesse in de zaal. Dat belooft dus.

dossier

Vernieuwende architectuur: Het Gouden Anker

Op de studiedag op 9 juni werden ook enkele cases gepresenteerd. Afgevaardigd bestuurder Dirk Van Hoecke van vzw Amate stelde er het project “Het Gouden Anker” voor, een zorgcentrum in Antwerpen met zicht op de oude dokken.

“Het Gouden Anker is gebouwd op een terrein van 7.500 m²”, vertelt Dirk Van Hoecke. “We waren al een tijdje op zoek naar een geschikte plek in het Antwerpse, toen we in 2000 op dit terrein aan de ouden haven stootten. Het is gelegen op ’t Eilandje, een gebied dat nu sterk wordt opgewaardeerd. Maar toen wij de grond kochten, was er nog niets. We zitten vlakbij de oude dokken. Onze eerste doelgroep waren dan ook de schippers. Aanvankelijk wilden we 72 rusthuisbedden bouwen, maar uiteindelijk hebben we gekozen voor 90 rusthuisbedden en 50 serviceflats. We zouden het project in twee stappen uitvoeren: eerst de 72 bedden waarvoor we subsidie konden krijgen, in een tweede fase de rest. Maar dat was buiten de stadsarchitect van Antwerpen gerekend. Hij legde ons op om vier bouwlagen hoog te gaan, iets wat we aanvankelijk niet van plan waren. Uiteindelijk beschikken we nu over 8 serviceflats op het gelijkvloers, 3 verdiepingen met elk 30 rusthuisbedden en een dakverdieping met de overige serviceflats.”

“We hebben ervoor gekozen om kleinschalig te werken, met leefgroepen van 12 mensen. Het gebouw is een monolithisch blok, doorbroken door een lichtstraat. Die lichtstraat zorgt ervoor dat je in elke kamer, in elk lokaal, altijd direct contact hebt met de buitenwereld. Het gebouw is zo ontworpen, dat het gemakkelijk aanpasbaar is aan de behoeften.

In 2007 heeft de stad in het oude dok een jachthaven uitgebouwd voor de vier jachtclubs van Antwerpen. Er is dus veel beweging en activiteit. Dat komt goed uit, zeker omdat meer dan de helft van onze bewoners uit het schippersmilieu komt. Naast ons gebouw hebben we ook een grote tuin aangelegd. Nu ’t Eilandje door de stad vernieuwd wordt, is het nog aangenamer. Het Gouden Anker is in 2006 in gebruik genomen, maar er is een hele lijdensweg aan voorafgegaan.”

“Een eerste moeilijkheid was het terrein zelf, dat echt een greenfield was. Geen faciliteiten, geen waterleidingen, nauwelijks riolering in de buurt. Even hebben we overwogen om op de oude riolering uit de tijd van Napoleon aan te sluiten, maar toen bleek dat die naar het dok liep waar de vispopulatie net weer aan het toemenen was, hebben we daar toch maar van afgezien. Neen, serieus: er was heel veel extra werk door de ligging.

Een tweede punt was de tussenkomst van de stadsarchitect, die onze oorspronkelijke plannen in de war stuurde. Het was een hele uitdaging om deze vrij imposante bouw van 50 meter op 50 meter de nodige esthetiek mee te geven en tot een leefbaar concept te maken.

Ook het financiële luik was dikwijls een nachtmerrie. We kregen slechts subsidie voor 72 rusthuisbedden. De rest moesten we met eigen middelen betalen. Dat lukte, dankzij de goede samenwerking met andere initiatieven, die ondertussen in de vzw Amate verenigd zijn. Naast Het Gouden Anker zijn dat het Huizeken van Nazareth in Antwerpen, Sint-Jozef in Lier en O.-L.-Vrouw Troost in Zandhoven.

We hebben ook lang op het RVT-statuuut moeten wachten. Dat zorgde voor extra problemen. Het opstartforfait is ontoereikend, maar je moet als instelling wel van in het begin met alles in orde zijn. Dat gaat tot in het absurde. Als nieuwe voorziening kan je bovendien geen beroep doen op bijkomende tewerkstelling via de Sociale Maribel. We zijn ondertussen drie jaar bezig en nog altijd zijn er geen nieuwe projecten vrijgegeven. In een groot huis als het onze weegt dat zwaar door.”

Studiedag

“De studiedag was een heel mooi initiatief. Het is een uitstekende gelegenheid om contacten te leggen en ervaringen uit te wisselen. We moeten in onze sector meer en meer die weg bewandelen, de weg van samenwerking op alle niveaus.

Een directeur van een rusthuis beheert normaliter maar één keer in zijn loopbaan een bouwdoos. Voor de meesten van ons is het dus helemaal nieuw en al doende bouwen we expertise op. Maar als ons eigen project af is, gaat die expertise heel snel weer verloren, terwijl een collega tien kilometer verder weer alle beginnersfouten maakt die wij ook maakten. We starten allemaal vanaf nul. Dat is jammer. Ik zie het dan ook als een belangrijke opdracht van Zorgnet Vlaanderen om hier structureel werk van te maken. Een studiedag als deze is een prima eerste aanzet.”

“Of ik zelf nog tips heb voor collega’s? Misschien eerst een waarschuwing: een volledig nieuwe voorziening bouwen is zeer moeilijk. Tussen de start van de bouwwerken en de ingebruikname zitten twee jaar of meer. Je hebt dus heel wat overbruggingskrediet nodig. Wat de uitvoering van de werken betreft, is een strikte kwaliteitscontrole heel belangrijk. Ik heb echt wel het gevoel dat de kwaliteit van de bouw achteruit aan het gaan is. Aannemers zoeken goedkope werkrachten, wat niet altijd in kwaliteitsvolle afwerking resulteert. Je hebt echte vakmensen nodig als je bouwt voor de lange termijn. En een laatste tip: hou de knip op je portemonnee. Uiteindelijk moet de prijs voor de bejaarde betaalbaar blijven. Voor de rest zou ik zeggen: ga ervoor! Vandaag hebben wij in Het Gouden Anker alle struikelblokken onder controle. Het project heeft een grote toegevoegde waarde en dat maakt het allemaal de moeite waard!”



Dirk Van Hoecke: “We moeten binnen de zorgsector onze expertise aan elkaar doorgeven.”

34% van het personeel in een woonzorgcentrum niet gefinancierd

In 2007 sloegen Zorgnet Vlaanderen, Partezis en Dexia de handen in elkaar om jaarlijks een financiële analyse van de vzw-sector ouderenzorg in Vlaanderen te realiseren. De cijfers vertellen heel wat over de dagelijkse realiteit in de ouderenzorg. Zo blijkt een bewoner 40% van de totale kost zelf te moeten betalen. En de personeelskost zorgt voor een steeds hogere druk.

Het opzet van de studie is drievoudig:

- Macro-economische informatie geven over de financiële gezondheid van de Vlaamse vzw-ouderenzorgvoorzieningen;
- Trends opsporen die belangrijk zijn voor de betaalbaarheid van de woonzorgcentra;
- Elke voorziening die aan de sectoranalyse deelneemt een individuele positionering geven, zodat zij haar eigen financiële situatie kan benchmarken ten opzichte van de grotere steekproef.

MARA (Model for Automatic Resthome Analysis) maakt gebruik van gegevens uit de jaarrekeningen en cijfermateriaal dat op het niveau van elke voorziening verzameld wordt. Het analysemodel is gebaseerd op het MAHA-model, dat door Dexia al vijftien jaar gehanteerd wordt voor een financiële analyse van de ziekenhuizen.

Het eerste jaar namen 133 woonzorgcentra aan de sectorstudie deel. Het tweede jaar waren er dat 167. De groeiende interesse toont het nut van de studie aan voor beleidsvoorbereidend werk binnen de voorziening.

Uit de analyse blijkt een gezonde financiële structuur voor 70% van de voorzieningen. Zij slagen voor drie van de vier

parameters van de gecombineerde test, met name solvabiliteit, resultaat, liquiditeit en continuïteit. Vooral de continuïteit op het vlak van infrastructuur is een zwak punt: slechts 39% van de voorzieningen slaagt er in 2007 in de ouderdomsindicator van de gebouwen stabiel te houden.

9% van de voorzieningen bevindt zich in een financieel moeilijke situatie; de cash-flow volstaat in 2007 niet om de schulden op lange termijn af te lossen.

Vooral kleinere voorzieningen (minder dan 75 wooneenheden), voorzieningen met een lagere zorgload (meer dan 40% O- en A-profielen) en voorzieningen met een zware RVT-opdracht (75% RVT-ge-rechtigden of meer) hebben het moeilijk, zo blijkt uit de studie.

Opvallend is ook dat de bewoner 40% van de totale kost van een verblijf in een woonzorgcentrum zelf dient te betalen. Uit de analyse blijkt gemiddeld de volgende samenstelling van de omzet in vzw-woonzorgcentra: 40% van de omzet wordt gerealiseerd op basis van de dagprijs, 0,2% op basis van supplementen, 40% op basis van de ZIV-tegemoetkoming, 2% op basis van investeringssubsidies (VIPA), 15% op basis van diverse werkings- en personeelssubsidies en 3%

op basis van diverse aangerekende diensten zoals de cafetaria.

Verontrustend is dat een groot deel van de dagprijs, die voor de steekproef in 2007 gemiddeld € 42,03 bedraagt, niet-gesubsidieerde loonkost betreft. Deze loonkost, die dus niet gefinancierd is door de ziekteverzekering of andere werkingssubsidies, en ten laste is van de bewoner, neemt toe tot gemiddeld € 27 per bewoner per dag in 2007 of ruim € 800 per maand. Dat is een jaarlijkse stijging van 2,5 % sedert 2005.

De niet-gesubsidieerde loonkost betreft voornamelijk omkaderingspersoneel en heeft dus te maken met het realiseren van een kwalitatief leef- en woonklimaat, en een voorzieningenbeleid. Zorgnet Vlaanderen dringt er bij de Vlaamse overheid op aan om minstens de door haar opgelegde normen te financieren, zoals die op het vlak van organisatie en werking, kwaliteit, hygiëne en veiligheid.

De druk van de personeelskost neemt immers toe: de personeelskost bedraagt in 2007 reeds 73,5% van de werkingsopbrengsten in 2007. De totale bezoldigingskost bedraagt in 2007 € 79,2 per bewoner per dag. 34% van de loonkost in een woonzorgcentrum wordt niet gesubsidieerd.

SM

“Geef ons de nodige ademruimte”

In de aanloop naar de coalitievorming na de Vlaamse verkiezingen werden voorzitter Guido Van Oevelen en gedelegeerd bestuurder Peter Degadt van Zorgnet Vlaanderen op vrijdag 12 juni ontvangen door minister-president Kris Peeters. Beide heren hielden een goed gevoel over aan het gesprek. Al blijft het natuurlijk afwachten wat de nieuwe Vlaamse regering in petto houdt voor de gezondheidszorg.



Het gesprek met minister-president – of eigenlijk: informateur – Kris Peeters verliep in een gemoedelijke sfeer. De afspraak vond plaats in het Errerahuis aan het Warandepark in Brussel, de ambtswoning en ontvangstruimte van de Vlaamse Regering. Ook voorzitter Frank Cuyt van het Welzijnsverbond was erbij.

Voorzitter Van Oevelen vroeg de minister-president vooral om meer ruimte voor het sociaal ondernemerschap in Vlaanderen. De Vlaamse overheid blijkt met name vaak heel sterk in regelgeving en normering, maar vergeet daarbij weleens de nodige ademruimte te laten aan initiatieven die nieuwe wegen willen verkennen of die aan de toekomst willen bouwen.

Uiteraard kwam ook de regionalisering van de gezondheidszorg aan bod. Ook hier herhaalde Zorgnet Vlaanderen bij monde van Peter Degadt en Guido Van Oevelen zijn standpunt: het belangrijkste is dat er homogene bevoegdheidsdomeinen komen. Als meerdere niveaus op eenzelfde beleidsdomein actief zijn, loopt het fout. Vandaar de vraag naar een regionalisering van de gezondheidszorg.

Ten slotte werd ook de nadruk gelegd op de dringende noodzaak van nieuwe investeringen in de gezondheidszorg. Die noodzaak doet zich voor in alle zorgsectoren: de algemene ziekenhuizen, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Wie zich nu verschuilt achter de economische crisis om niets te hoeven doen, zal daar later het gelag voor betalen. Investeren in de zorg en in de infrastructuur van de zorg kunnen de economische activiteit bovendien een nieuw elan geven.

Over welke partijen een coalitie moeten vormen, spraken Peter Degadt en Guido Van Oevelen zich niet uit. Al lieten ze wel duidelijk verstaan dat voor Zorgnet Vlaanderen niet alle heil uit de hoek van de privatisering en de commercialisering moet worden verwacht.

Belofte maakt schuld

In de aanloop naar de Vlaamse verkiezingen in juni vond op dinsdag 17 maart het grote politieke debat van de welzijns- en gezondheidssector plaats in het Stripmuseum in Brussel. We zetten nog even enkele uitspraken van toen op een rijtje.

“Inderdaad, ik sla een mea culpa wat de algemene ziekenhuizen betreft. Hier is heel veel geld nodig. De CD&V wil deze investeringen inpassen in een volgend relanceplan tijdens de komende legislatuur.”

Minister Veerle Heeren (CD&V) over de dringende nood aan middelen voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen.

“Ik ben voorstander van een maximumfactuur (MAF) in de woonzorgsector. Hierbij moeten we uitgaan van de draagkracht van elke patiënt.”

Minister Frank Vandenbroucke (sp.a)

“Ja, het is soms een hele lijdensweg voor mensen om een plaats in een woonzorgcentrum te vinden. Dus ja, er moet geïnvesteerd worden in een voldoende groot aanbod. En de factuur voor het rusthuis mag niet meer bedragen dan het pensioen van de mensen.”

Vera Van der Borght (Open VLD)

“Soms moeten politici ook de moed hebben om géén regels op te leggen.”

Mieke Vogels (Groen!)



congres

Levensnabije zorg voor meer geluk

“Aandacht voor de kleine dingen die hechten en helen, en ook de grote wonden verzachten.” Zo luidde het motto van het congres *Ouderen aan onze zorg toevertrouwd* in Blankenberge eind april. Die aandacht voor kleine dingen vinden we ook terug in het PAF-project van woon- en zorgcentrum Vincenthove in Roeselare. Directeur Luc Bulckens was dan ook één van de initiatiefnemers van het congres. We gingen nog even met hem napraten.

Het congres *Ouderen aan onze zorg toevertrouwd* werd georganiseerd door de werkgroep Bezieling en Kwaliteit van Caritas West-Vlaanderen. Luc Bulckens was voorzitter van de congreswerkgroep. Hij vertelt wat de aanleiding was voor het congres.

Luc Bulckens: Er bestaat veel kwantitatief onderzoek naar de kwaliteit van de zorgverlening. Denk aan de registratie van decubitus of valaccidenten. De jongste jaren is daarnaast ook veel *kwalitatief* onderzoek verricht. We hebben het dan over de zorgattitude of de *grondhouding*. Op het congres hebben we een aantal van die onderzoekers aan het woord gelaten. We wilden het thema vanuit verschillende hoeken benaderen.

Waarover gaat het dan precies?

Professor Grypdonck spreekt over “voelbare betrokkenheid”, professor Gastmans heeft het over “authentieke zorgzaamheid”, nog anderen gebruiken de termen “belevingsgerichte zorg” of “aandachtige nabijheid”. Zelf geef ik de voorkeur aan “levensnabije zorg”. De Nederlandse professor Annelies van Heyst wijst erop dat al die termen terug te voeren zijn naar het oude bijbelse be-

grip “naasteliefde”. Als zorgverleners werken wij met zorgvragers. We doen dat vanuit onze beroepsbekwaamheid, maar ook *als mensen*. De verpleegkundige aan het bed krijgt daarbij de grootste opdracht. Enerzijds kun je dat als een last beschouwen, want zorg voor mensen kan nu eenmaal soms zwaar wegen. Maar je kunt het anderzijds ook als een sleutelpositie zien: je hebt als zorgverlener de sleutel in handen voor meer welzijn en geluk bij de zorgvrager. Dat klinkt misschien wat verregaand, maar het is goed om te beseffen dat we met onze zorgattitude zowel mensen gelukkig kunnen maken als mensen kunnen schaden of zelfs breken. Sommige van onze handelingen geven leven, andere handelingen belemmeren veeleer het leven. Het is nodig om dat verschil te herkennen en te durven benoemen.

In het woon- en zorgcentrum Vincenthove is hierrond het PAF-project ontstaan?

PAF staat voor privacy, autonomie en familiebetrokkenheid. Kijk, er bestaat een verband tussen het meer zorgbehoevend worden en het verlies van eigenwaarde bij bewoners. Als mensen zorgbehoevend worden, hebben wij soms de neiging om

niet alleen de zorg over te nemen, maar ook de hele organisatie van die zorg. En soms vergeten we de mensen zelf hierbij fundamenteel te betrekken en te bevragen. Allemaal met de beste bedoelingen, natuurlijk. Maar toch, deze manier van werken kan mensen kwetsen en zelfs vernederen. Het is een ongeoorloofde inbreuk op hun autonomie. En dat maakt mensen ongelukkig. Om heel bewust met die problematiek om te gaan, hebben we het PAF-project in het leven geroepen.

Hoe ging dat in zijn werk?

We spraken binnen ons woon- en zorgcentrum af om op een doordachte manier in relatie te treden, zowel met elkaar als met de bewoners. We kozen bewust voor relationaliteit en we ontwikkelden hiervoor een rationeel kader, met checklists. Het is een heel individuele en tegelijk ook een gezamenlijke opdracht. Er moet een bereidheid zijn om als individu in zorgzaamheid en betrokkenheid te groeien en er moet een bereidheid zijn om daar *als huis* gezamenlijk werk van te maken. Medewerkers hebben weinig boodschap aan opgelegde richtlijnen. We kunnen wel een appél doen op hun persoonlijke engagement. Huisregels en reglementen kunnen efficiënt zijn om een organisatie

Luc Bulckens: "Patiënten houden van competente en moedige hulpverleners die met hen een gesprek durven aangaan over moeilijke thema's: hun angst en onrust, hun reactie op de ziekte en de prognose, hun verdriet en teleurstelling. Uit zo een ontmoeting ontstaat vertrouwen en verbondenheid."

OUDEREN AAN ONZE ZORG TOEVERTROUWD

te structureren, maar in menselijke relaties ontkennen ze dikwijls net het meest fundamentele van een relatie, met name dat ze uniek en interpersoonlijk is. Annelies van Heyst heeft het in dat verband over het "onbehagen van de zorgfabriek". Er zijn factoren die de levens nabije zorg belemmeren en er zijn factoren die deze opdracht bevorderen.

Wat zijn bijvoorbeeld bedreigende factoren?

We hebben in Vincenthove tien bedreigende factoren tegenover tien bevorderende factoren in kaart gebracht. De inzichten van professor Grypdonck zijn daarbij een grote inspiratiebron geweest. Een eerste bedreigende factor is dat een opname in een woon- en zorgcentrum meestal een totale breuk met het vorige leven betekent. De keuze voor een opname is zelden positief. Men komt alleen bij ons omdat het thuis niet meer gaat. Voor ons, die tien of twintig jaar in een woonzorgcentrum werken, is een opname een vanzelfsprekendheid. Maar voor de nieuwe bewoner is het een ongelooflijk ingrijpend gebeuren. Staan we daar wel voldoende bij stil?

Een tweede pijnpunt is het verlies van privacy. Ieder ogenblik kan er iemand ongenood binnenkomen. Bewoners leven samen in een ruimte die men nauwelijks kan afsluiten. Niets kan verborgen blijven. Wie op bezoek komt, wat ze meebrengen, wie de bewoner verwent en wie weinig aandacht schenkt, de verhouding met de kinderen of de partner, de lichamelijke ongemakken, de vergissingen die de bewoner door vergetelheid maakt: het speelt zich allemaal op het semi-publieke forum af. En zo zijn er tien pijnpunten, tien bedreigende factoren waarmee we rekening moeten houden.

Gelukkig zijn er ook de bevorderende factoren?

Tegenover de valkuilen staan inderdaad ook tien positieve wegwijzers naar levens-

nabije zorg. Een eerste element is onze professionaliteit. Professor Marian Verkerk noemt dat "de dingen goed doen en de goede dingen doen". Ook de bewoner kennen, is een bevorderende factor. De bewoner kennen als persoon, weten wie hij is, wat hij belangrijk vindt, hoe hij op zijn situatie reageert... Mieke Grypdonck wijst hier op een belangrijke valkuil: de afhankelijkheid van de bewoner nodigt ons uit om de leiding te nemen in de relatie, terwijl we dat nu net niet mogen doen. Zoals ook de traagheid van de bewoner vaak uitnodigt om snel over te nemen, ook al door de werkdruk. Afhankelijkheid leidt gemakkelijk tot betutteling. In die val mogen we niet trappen. We moeten voortdurend een gesprek en een dialoog aangaan met elke individuele bewoner. Patiënten houden van competente en moedige verpleegkundigen die met hen een gesprek aandurven over moeilijke

thema's: hun angst en onrust, hun reactie op de ziekte en de prognose, hun verdriet en teleurstelling. Uit zo een ontmoeting ontstaat vertrouwen en verbondenheid.

U raakte het zelf al even aan: de werkdruk maakt het er niet gemakkelijker op?

Dat klopt. En toch moeten we hier tijd voor kunnen en mogen nemen. Daar moeten we samen van overtuigd zijn. Perfectie is misschien niet van deze wereld en dromen liggen soms ver van de realiteit. Toch zie ik in de alledaagse realiteit vaak dat echte levens nabije zorg wel degelijk mogelijk is. Heel veel medewerkers gaan teder en liefdevol om met hun bewoners. Ik zou tientallen verhalen kunnen vertellen, menselijk en hartverwarmend. Dat maakt het ook zo mooi om in deze sector te mogen werken.

Levens nabije zorg

Belemmerende factoren voor menswaardigheid en medemenselijkheid	Bevorderende factoren voor menswaardigheid en medemenselijkheid
1. De opname als totale breuk met het vorige leven.	1. Professionaliteit: de dingen goed doen en de goede dingen doen.
2. Het verlies van privacy.	2. De bewoner echt leren kennen.
3. Afhankelijkheid en verlies van eigenwaarde.	3. Vertrouwen krijgen door verantwoordelijkheid op te nemen.
4. Wachten wordt als vernederend ervaren. Hoe kunnen we mensen zo weinig mogelijk laten wachten?	4. Een gesprek en dialoog aangaan.
5. De onredelijkheid: zijn al onze richtlijnen wel redelijk?	5. Aanwezig zijn, present zijn, leren luisteren naar emoties.
6. Het tijdschema: is er plaats voor onverwachte vragen?	6. Verantwoordelijkheid en zorg opnemen voor de gekwetste mens.
7. Routinematig handelen wordt als mensenwaardig ervaren.	7. Zorg die de autonomie respecteert.
8. Het wisselen van hulpverleners maakt het moeilijker om afspraken te maken.	8. Collegialiteit, beroepsbekwaamheid.
9. Hebben hulpverleners voldoende autonomie?	9. Zelfzorg.
10. Wordt het thuisgevoel gerespecteerd?	10. Arbeidskwaliteit, open communicatie.

“Belang van vroegdetectie kan niet overschat worden”

Op 5 juni organiseerde het PZ Sint-Norbertus in Duffel het symposium *Thuis-be-zorgd*.

Klinisch psychologe Ann Cappaert sprak er over de faciliterende rol van outreaching vanuit de geestelijke gezondheidszorg naar de ouderenzorg.

Zorgwijzer ging even bij haar langs.



outreach

Maandagvoormiddag, psychiatrisch ziekenhuis Sint Norbertus in Duffel. In een kleine vergaderzaal twee hoog zit een zestal mensen rond de tafel voor het opvolgoverleg van het Therapeutisch Project Outreach. Onderwerp van gesprek is mevrouw X. Mevrouw X werd eerder na een spoedopname in een algemeen ziekenhuis overgeplaatst naar een woonzorgcentrum. Haar moeilijke en storende gedrag daar zette het verzorgend personeel aan om het ouderenteam van het Centrum Geestelijke Gezondheid (CGG) te contacteren.

Uit het gesprek maak ik op dat haar storende gedrag zich onder andere uit in een drang tot hamsteren van voedingswaren, bij voorkeur fruit. Het behoeft geen betoog dat het verzamelen en bewaren van fruit onder de matras niet bepaald hygiënisch is. Uit het psychodiagnostisch testonderzoek van mevrouw X bleek onder andere dat haar verzamelwoede in hoge mate een compensatie is voor eerder ervaren verlies. Daarom wordt beslist om de nieuw verworven bezittingen van mevrouw X niet aan te slaan. Iemand suggereert om het vers fruit te vervangen door plastic exemplaren. Op die manier kan het hamsteren toch een stuk hygiënischer verlopen.

Uiteraard is de problematiek van mevrouw X complexer dan de bovenstaande anekdote laat uitschijnen. Haar grensoverschrijdende gedrag wordt gekenmerkt door zowel verbale als fysieke agressie tegenover medebewoners, personeel en bezoekers. De daaruit voortvloeiende conflicten wegen sterker door binnen die specifieke problematiek dan een verdwaald stuk fruit. Net zoals de daarop inspelende hulpverlening die vanuit het project werd opgezet. De anekdote illu-

streert eveneens de bereidwilligheid van de zorgverleners om ‘out of the box’ verder te blijven denken, met als einddoel het verbeteren van de leefomgeving voor alle betrokkenen.

Proactief werken

Een van de gesprekspartners is klinisch psychologe Ann Cappaert van het ouderenteam van het CGG De Pont. Een paar dagen eerder sprak Ann Cappaert het volgelopen auditorium van het congrescentrum De Kleiput toe tijdens het symposium *Thuis-be-zorgd*. Het onderwerp van haar lezing: *Bruggen slaan en verbinden, de faciliterende rol van outreaching in het samenwerken bij ouderen*.

Ann Cappaert: “Outreachinge hulpverlening gaat proactief op zoek naar hulpbehoevenden, werkt drempelverlagend en biedt een zorgverlening aan op maat. We doen dit met een zorgnetwerk dat de instellingsgrenzen overschrijdt. Daarbinnen situeert zich een gesystematiseerd cliëntoverleg en een individueel onderhandeld behandelings- of zorgenplan.”

Het Therapeutisch Project Outreach van het arrondissement Mechelen, waarin Ann Cappaert actief is, hanteert die outreachende benadering bij de zorgverlening voor depressieve en/of dementerende ouderen. De eerste belangrijke pijler in deze benadering is de detectie van deze ouderen.

“Als we binnen de GGZ een louter afwachtende houding aannemen, krijgen we de indruk dat slechts een minderheid van ouderen met psychische problemen kampt. Onze outreachende ervaring leert ons echter iets anders. Het taboe rond psychische stoornissen, de angst voor stigmatisering, de relatief geringe bekendheid van wat de GGZ is en doet, en

ten slotte de beperkte mobiliteit maken dat ouderen moeilijker de weg vinden naar geschikte hulpverlening.”

Het belang van detectie en meer bepaald vroegdetectie kan niet worden overschat. Daarvoor steunt outreach vooral op de kring rond de oudere. De CGG-medewerkers zoeken plaatsen op waar ouderen wonen of vaak komen en houden contact met sleutelfiguren in de ouderenzorg op de eerste lijn. Zij zijn voor de outreachende hulpverlener de wegwijzer naar de cliënt. “Dat betekent dat we de betrokken zorgverleners moeten vormen en coachen. We merken dat ze vaak een soort ‘buikgevoel’ ontwikkeld hebben dat hen vertelt wanneer er iets niet pluis is. Nu reiken we hen signaleringsinstrumenten en observatieschalen aan die dat subjectieve buikgevoel aan objectieve criteria kunnen toetsen.”

Doeners

Eenmaal een weloverwogen hulpvraag is geformuleerd, start het werk aan de tweede steunpilaar van het project: zo snel mogelijk een accurate diagnose stellen. “We zijn doeners, we willen de ouderen uit hun lijden verlossen. Dat is ook de verwachting van de hulpverlener: los het probleem op, zorg dat de situatie weer leefbaar wordt. Willen we een zorgtraject op maat uitwerken, dan moeten we eerst een correct beeld krijgen van wat er aan de hand is. Naast het diagnostische werk van de GGZ moeten we zeker en vast ook de brug slaan naar de somatische sector. Overleg met de behandelende huisarts is noodzakelijk. Vaak blijken de vastgestelde psychiatrische of dementiële syndromen een somatische oorzaak te hebben.”

Zonder het nauwkeurig gelijkstemmen van de verschillende zorgverleners kan het gebeuren dat die elkaar onbedoeld



*Ann Cappaert van het Centrum Geestelijke Gezondheid De Pont in Mechelen:
“Outreachinge hulpverlening gaat proactief op zoek naar oudere hulpbehoevenden,
werkt drempelverlagend en biedt een zorgverlening aan op maat.”*

tegenwerken. Dat brengt ons bij de derde pijler: op maat gemaakte zorgverlening door formeel overleg.

“Met het Therapeutisch Project Outreach proberen we de neuzen in dezelfde richting te krijgen. Occasionele en vluchtige contacten via telefoon of mail volstaan niet om een zorgtraject terdege te be-

heren. Het is noodzakelijke om met de betrokken zorgverleners op regelmatige basis rond tafel te gaan zitten. Dat is de meest efficiënte manier om essentiële gegevens uit te wisselen, samen zorgtrajecten uit te werken en waar nodig bij te sturen. We mogen evenmin vergeten de familie en mantelzorgers in het overleg te

betrekken. Dit samenspel tussen de verschillende hulpverleners impliceert een betrokkenheid die verder gaat dan de individuele actieve caseload. Enkel op die manier kunnen breuken in het zorgtraject vermeden worden.”

Therapeutische projecten zoals het TP Outreach zijn samenwerkingsinitiatieven die gefinancierd worden door het RIZIV. Ze hebben als doel om via overleg de samenwerking tussen de betrokken hulpverlening, de potentiële hulpverlening en het leefmilieu te bevorderen. Daarnaast moeten ze de overheid op langere termijn adviseren over het te voeren beleid aangaande zorgcircuits en netwerken. Dat gebeurt onder andere via transversaal overleg.

“De doelgroep van het Therapeutisch Project Outreach zijn ouderen met demantie of depressie. Twee psychiatrische ziektebeelden die bij die leeftijdsgroep vaak moeilijk te onderscheiden zijn. Onze formele partners zijn het ouderenteam van CGG De Pont dat projecthouder is, met mezelf als inhoudelijk coördinator. Verder is er het SIT (Samenwerking Initiatief Thuiszorg) Thuiszorg Overleg Mechelen, dat de administratieve taak op zich neemt. En ten slotte zijn ook Gerontopsychiatrie PZ Sint-Norbertus, PGN (Psychogeriatrisch Netwerk), Psychiatrische Thuiszorg en Woon- en Zorgcentrum Ten Kerselaere formele partners.”

Na twee jaar actief aan het Therapeutisch Project Outreach te hebben meegewerkt, ziet Ann Cappaert een aantal duidelijk geprofileerde beperkingen en voorwaarden. Zo is er onder andere de grote tijdsinvestering.

“De vele verplaatsingen van de hulpverleners naar de cliënten, de inclusie- en overlegvergadering en de informele contacten zijn enorm tijdrovend. Outreach kan ook alleen ten gronde toegepast worden bij een kleine caseload. Daarom is het aan te raden om de geografische regio van het zorgnetwerk zo klein mogelijk te houden, terwijl toch alle soorten hulpverlening voor ouderen vertegenwoordigd blijven. Daarnaast moet het systematisch overleg zich op elk niveau situeren. En even belangrijk: door het niet onaanzienlijke prijskaartje dat aan outreach vasthangt, moet het beleid ten volle achter het concept staan.”

IM

Park Passionisten bouwt aan zorg van de toekomst

samen-
leven

Eind april werd in Tienen de eerste steen gelegd van Park Passionisten, een sociale woonzorgwijk die model wil staan voor de ouderen- en psychiatrische zorg van de toekomst. Te midden het groen zullen jonge gezinnen er zij aan zij leven met zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten. “Het gaat ons niet enkel om de zorg, het gemeenschapsleven is minstens even belangrijk”, zegt Gust Rector, directeur van de Tiense kliniek Broeders Alexianen.

Als de laatste steen van Park Passionisten – zo genoemd omdat het gebouwd wordt op de grond van de zusters Passionisten – gelegd is, zal er in Tienen een sociale woonwijk staan waar het zowel voor de zorgbehoevende als voor de zorgeloze bewoner goed leven is. Een wijk met een verhoogd zorgniveau, noemt Rector het project. “Met als uitgangspunt dat de zorg naar de mensen komt in plaats van de mensen naar de zorg.”

Het idee van de woonzorgwijk komt uit Scandinavië. Dichter bij huis heeft Rector zich laten inspireren door het West-Vlaamse Wervik, waar al langer een dergelijke woonzorgzone bestaat. “In die zone, die zich in de stad bevindt, neemt men initiatieven zodat zorgbehoevende mensen zolang mogelijk thuis kunnen blijven; datzelfde gevoel willen we creëren met Park Passionisten.”

Maar het echt unieke aan de Tiense wijk is volgens Rector dat het project volop inspeelt op de vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt. Die trend komt sterk op in de geestelijke gezondheidszorg en houdt in dat een patiënt zo lang mogelijk in de maatschappij verblijft en zo kort mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis.

In de nieuw te bouwen wijk kunnen psychiatrische patiënten, op voorwaarde dat

ze gestabiliseerd zijn en langdurig zorg nodig hebben, onder andere terecht in huizen die speciaal voor beschut wonen worden opgericht. “Maar we gaan ook zelf, op de 20% procent van de grond die van ons is, een psychiatrisch verzorgings-tehuis plaatsen. Uiterlijk zal je geen verschil zien met de rest van de wijk, maar er zal daar wel 24 op 24 uur begeleiding aanwezig zijn. In dat PVT zal plaats zijn voor 20 tot 30 mensen”, legt Rector uit.

Het hart van de wijk

In de hele wijk kunnen vier- tot vijfhonderd mensen wonen. Voor kleine klusjes zoals grasmaaien of boodschappen doen, kunnen die rekenen op de sociale werkplaats die de psychiatrische patiënten uit de wijk aan het werk zal zetten.

Ook de tweede doelgroep, de zorgbehoevende ouderen, kan naast de zorg die ze nodig heeft, rekenen op enkele bijzondere initiatieven. “Er komen serviceflats waarvan we hopen dat het assistentiewoningen worden. Dat is een nieuwe term uit het woonzorgdecreet. Het verschil met de klassieke serviceflat is dat de bewoner van een assistentiewoning op extra zorg kan rekenen, met een intensiever zorgpakket als resultaat”, zegt Rector. Naast die serviceflats komt er in Park Passionisten ook een klein rustoord, dat net als het PVT volledig in de wijk wordt geïntegreerd.

Het hart van de wijk wordt het lokale dienstencentrum: een zorgkruispunt waar haal- en brengdiensten worden georganiseerd. “Alle bewoners van de wijk kunnen daar een warme maaltijd komen halen. Het dienstencentrum zorgt ook voor ontspanning en vorming: kaartavonden, computerlessen enz. En uiteraard kan je er ook met je zorgvragen terecht. Een oudere bewoner kan via de domotica bij hem thuis net zo goed een verpleegster oproepen als de boodschappen- of poetsdienst”, legt Rector uit.

De faciliteiten van Park Passionisten zullen overigens niet exclusief voorbehouden zijn voor de bewoners van de wijk. Rector hoopt dat ook de ouderen uit de ruime omgeving er gebruik van zullen maken. “Ook zij zijn welkom in het dienstencentrum voor een warme maaltijd of, waarom niet, voor een beurt bij de pedicure.” De bedoeling is dat Park Passionisten voor ongeveer een kwart van de stad, het volledige gebied tussen de Aarschotse- en de Diestsesteenweg, een verhoogde zorg zal realiseren.

Virtueel woonzorgcentrum

Maximaal 30% van de bewoners van Park Passionisten zal zorgbehoevend zijn. Voor de rest wil Rector er vooral een mooi project van maken. “Enkel de rand van het park wordt bebouwd. In het midden



Gust Rector, directeur Broeders Alexianen: "Deze wijk brengt de zorg naar de mensen in plaats van de mensen naar de zorg."

komt er een autoluwe groene zone met een grote waterpartij. Bovendien ligt het park op tien minuten van het station, op vijf minuten van het centrum van Tienen en zal er kinderopvang zijn.

Die troeven moeten er, samen met de grote principes achter het project – vermaatschappelijking van de zorg, een continue zorg en een vraaggestuurde zorg – garant voor staan dat iedereen zich thuis voelt in de nieuwe wijk: jonge gezinnen omdat ze er kwaliteitsvol kunnen leven, ouderen omdat ze hun huis niet hoeven te verlaten om de zorg te krijgen die ze nodig hebben en psychiatrische patiënten omdat ze weer deel uitmaken van het dagelijkse leven.

Rector, die de vraaggestuurde zorggedachte achter het bouwproject graag doortrekt, hoopt van harte dat er in de toekomst diverse moderne zorgconcepten in de wijk ontstaan, zoals het virtuele rusthuis. "Waarom zou het niet kunnen dat de woning van een oudere bewoner op een bepaald moment een virtueel rustoord wordt? In plaats van die persoon naar het rusthuis te brengen, komt het rusthuis met al zijn voorzieningen naar hem toe. Zo ontstaat er een virtuele voorziening, verspreid over de hele wijk."

Zelf is Gust Rector nogal onder de indruk van het Wervikse project waar Park Passionisten deels zijn inspiratie haalde. "De

mensen uit de Wervikse woonzorgzone appreciëren het initiatief alvast enorm. Ik ben er ook van overtuigd dat er een grote vraag is naar dergelijke projecten. De meeste ouderen willen helemaal niet naar een rustoord; het liefst van al blijven ze zo lang mogelijk thuis, tenzij het echt niet anders kan natuurlijk. Hou er ook rekening mee dat de bevolking steeds meer verouderd is. Op termijn zal dat om aangepaste oplossingen vragen. Met de bouw van deze wijk willen wij alvast onze bijdrage leveren."

Meer dan wat gebouwen

Toch is het leveren van zorg niet Rectors enige bezorgdheid. Park Passionisten moet ook het gemeenschapsleven nieuwe impulsen geven. "Wij willen vooral dat er contacten zijn tussen de bewoners, dat er een vorm van verstandhouding groeit. Park Passionisten gaat om meer dan het neerzetten van wat gebouwen. De opvolging van het hele project is minstens zo belangrijk."

Ook om die reden beschouwt Rector het dienstencentrum als het hart van de wijk. "Daar kunnen de mensen elkaar ontmoeten, daar komen de wijkcomités samen. En daar kan er een positieve manier van samenleven ontstaan waaraan onze patiënten op een volwaardige manier deel kunnen nemen en waar ook ouderen een

plaats krijgen. De huidige woonzorgcentra zijn nog te vaak afgesloten van de buitenwereld. We doen wel ons best om de maatschappij naar binnen te brengen, maar dat is moeilijk. In zo'n wijk kan dat op een veel natuurlijker manier gebeuren. Hetzelfde geldt voor onze psychiatrische patiënten. Ze hebben misschien nog wel wat begeleiding en ondersteuning nodig, maar in een woonzorgwijk staan ze tenminste opnieuw met hun twee voeten in het dagelijkse leven."

Dat aan al dat moois een prijskaartje hangt, spreekt voor zich. De realisatie van dit project kost de Broeders Alexianen alleen al ruim tien miljoen euro. "En dat gaat maar over 20 % van de hele wijk. Voor de stad komt daar nog de kost van de sociale woningbouw bij. En er moeten ook wegen worden getrokken, infrastructuur voorzien, een park aangelegd...".

Wanneer de eerste bewoners de wijk zullen intrekken, is nog onduidelijk. Rector hoopt ten laatste over drie jaar. "Gezien het tekort aan sociale woningen in Tienen, vermoed ik dat de stad er spoed zal achterzetten. Om het hele project te ontwikkelen en volledig af te werken, reken ik toch op tien jaar. Maar het zal dan ook de moeite waard zijn."

WV



Passwerkers doen het goed en snel

In tijden van economische kommer en kwel is sociaal verantwoord ondernemen voor veel bedrijven een ver-van-mijn-bedshow. Dat het anders kan, bewijst Passwerk. Geen liefdadigheidsinstelling, maar een gewoon commercieel bedrijf. Ofschoon, gewoon? Niet helemaal. Passwerk doet er alles aan om mensen met een autismespectrumstoornis of ASS in het gewone arbeidscircuit in te schakelen. Als softwaretesters presteren ze daar uitzonderlijk goed.

De term autisme omvat een erg breed spectrum van stoornissen: geen twee mensen met autisme zijn gelijk. Feit is wel dat zo'n 40 % van allen die aan een autismespectrumstoornis lijden normaal- tot zelfs hoogbegaafd is. En dat biedt ongekende, voor velen nog onvermoede mogelijkheden. Mogelijkheden die een aantal Vlamingen een paar jaar geleden in Warschau voor het eerst zagen op een congres over autisme. Daar presenteerde de Deen Thorkil Sonne zijn *Specialisterne*, een bedrijf dat hij oprichtte nadat bij zijn eigen zoon autisme was gediagnosticeerd. *Specialisterne* is een soort uitzendbureau dat mensen met een autismespectrumstoornis als test engineer naar het reguliere arbeidscircuit brengt.

Het Deense initiatief sprak zo tot de verbeelding dat in Vlaanderen meteen werd beslist ook hier met een dergelijk initiatief van start te gaan. Samen met een aantal bedrijven, een paar organisaties uit de welzijnssector en de VDAB werd Passwerk opgericht. Dirk Rombaut, toen nog actief bij de VDAB, werd door die instelling vrijgesteld en kon aan de slag als projectcoördinator. Van dan af ging het snel, heel erg snel.

Nauwgezet en snel

Maar hoe kon dat? Informatica en het testen van software zijn toch geen eenvoudige bezigheden. Dat is toch lastig en erg complex werk? Nico De Cleen, directeur van Passwerk, legt uit waarom mensen met een autismespectrumstoornis uitermate geschikt zijn om software te testen. In de eerste plaats hebben velen van hen

al een relatief grote affiniteit met computers. Dat is uiteraard niet voldoende. Een aantal typische eigenschappen geeft de doorslag.

Veel autisten hebben een bijzonder analytische geest en erg veel oog voor detail. Nauwgezet werken is in de softwarewereld ontegensprekelijk een enorm voordeel. Dirk Rombaut, de huidige sales manager zegt het vaak: 'Mensen met ASS zien niet altijd het bos, maar wel bijzonder goed de bomen.' In het dagelijkse leven is dat soms lastig, als test engineer kunnen ze daar alleen maar voordeel uit halen.

Ook andere persoonlijkheidskenmerken zijn op het lijf van een goed softwaretester geschreven: personen met ASS werken heel geconcentreerd, ze getuigen van een soms fenomenaal doorzettingsvermogen, kunnen strikt procedureel werken en zijn niet bang van repetitieve activiteiten. Alles samen goed om wat aanvankelijk als een handicap overkomt tot een waardevolle troef om te buigen. Of, om het met de woorden van Johan Cruijff te zeggen: 'Elk nadeel heb z'n voordeel'. In de dagelijkse praktijk blijkt alvast dat mensen met ASS software tot twee keer zo snel én efficiënt analyseren als anderen.

Van gesprek tot certificaat

Kandidaten leren Passwerk kennen door een artikel in de pers, door een interview op de radio, door een ontmoeting op een beurs, en melden zich spontaan. Anderen worden doorgestuurd of worden op het bestaan van Passwerk geattendeerd, bijvoorbeeld door GTB (de Gespecialiseerde

Trajectbepalings en Begeleidingsdienst van de VDAB), door een GON-begeleider (GON staat voor Geïntegreerd Onderwijs, het samenwerkingsverband tussen gewoon en buitengewoon onderwijs) of door de scholen zelf.

Wie bij Passwerk komt, kan niet zomaar aan de slag. Eerst zijn er gesprekken waarbij wordt nagegaan of de affiniteit met ICT voldoende groot is. Twee andere belangrijke elementen in het eerste gesprek zijn de kennis van het Engels, de voertaal in ICT, en de mate waarin de kandidaat zich zelfstandig met het openbaar vervoer kan verplaatsen. Tijdens daaropvolgende gesprekken worden deze thema's nog wat diepgaander besproken.

Is het resultaat van deze gesprekken positief, dan kan de persoon met ASS een aantal tests afleggen. Naast het IQ en de competenties wordt ook de persoonlijkheid van de kandidaat gescreend. Na de testdag volgt een assessment. Bedoeling hiervan is na te gaan hoe de kandidaat werkt. Bijvoorbeeld in welke mate hij zich in diverse omgevingen kan concentreren of welke structuur hij, om optimaal te presteren, rondom zich wil of moet hebben.

Dat laatste behoort duidelijk tot de basisfilosofie van Passwerk. In tegenstelling tot wat in 'normale' commerciële ondernemingen het geval is, past het bedrijf zich zoveel mogelijk aan de persoon met ASS aan en niet omgekeerd. De hele 'selectieprocedure' wordt uiteindelijk afgesloten met een vier weken durende opleiding.



Het gaat snel

Passwerk, een coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (CVBA) en sociaal oogmerk, ging officieus van start einde 2007, officieel in februari 2008. Directeur Nico De Cleen genoot een technologische opleiding, sales manager Dirk Rombaut volgde sociale studies. Het bedrijf wordt gesteund door vier categorieën aandeelhouders. De A-categorie bestaat uit de ondernemingen Ordina Belgium en M2Q (Cronos groep), de B-categorie wordt gevormd door een aantal vzw's, de werknemers zelf kunnen in de C-categorie stappen en tot slot zijn er de sympathisanten van de D-categorie. Initiële bedoeling was tegen einde 2009 32 Passwerkers een baan te hebben bezorgd, begin juni waren er al 20 inzetbaar en zijn er zeven extra in opleiding die vanaf juli inzetbaar zijn. Het gaat dus snel, veel sneller dan verwacht. De bijzonder positieve reacties zijn daar vanzelfsprekend niet vreemd aan.

Meer informatie over Passwerk vindt u op www.passwerk.be.

U kan ook contact opnemen met Dirk Rombaut (rombaut_dirk@skynet.be of 0495 290 196).

Dirk Rombaut: "Mensen met ASS zien niet altijd het bos, maar wel bijzonder goed de bomen."

Aan het einde van de opleiding en na het afleggen van een examen krijgt hij of zij een certificaat.

Jobcoaches als bakens

De jobcoaches van Passwerk begeleiden de persoon met ASS in zijn reguliere werkomgeving. Vóór de kandidaat er aan de slag gaat, bezoeken ze de nieuwe werkplaats. De jobcoach bemerkt er zaken die kunnen worden aangepast om aldus de stress van de nieuwe medewerker zoveel mogelijk te beperken. Zo kan het nuttig zijn de computer van de persoon met ASS op een niet al te drukke plaats te installeren.

De jobcoach verdiept zich meteen ook in de kantoorcultuur. Zo stelt hij bijvoor-

beeld de vraag hoe de collega's elkaar groeten. Schudt iedereen elkaar 's ochtends de hand? Voor iemand met autisme kan dat een probleem vormen, een probleem dat wel kan worden vermeden. Hoe en waar wordt er geluncht? Indien er gezamenlijk wordt gegeten klappt de persoon met ASS misschien dicht? Ook hier kan in de praktijk rekening mee worden gehouden. De jobcoaches blijven de werknemer van Passwerk continu van nabij volgen en zijn voor hem of haar, voor hun omgeving en voor hun werkgever altijd aanspreekbaar.

Als het van de mensen van Passwerk en de test engineers zelf afhangt, dan mag Van Dale in een volgende editie een nieuw woord opnemen. 'Win-winsituatie' staat

er al in, door het werk van Passwerk ontstaat een 'win-win-winsituatie'. Drie keer winnen, op drie verschillende niveaus. In de eerste plaats op het persoonlijke niveau van de persoon met autisme. Hij of zij kan aan de slag in het reguliere arbeidscircuit, krijgt er erkenning en wordt, volkomen terecht, weer als volwaardig lid van de maatschappij aangezien. In de tweede plaats is er, door de kwaliteit van de geleverde prestaties, winst op microniveau. En ten slotte is er winst op macroniveau, doordat de persoon met ASS uit het systeem van de vervangingsinkomens wordt gehaald en de maatschappij middelen kan vrijmaken voor andere behoeften.

FvB

Woon-werkverkeer: een keuze voor duurzame mobiliteit?

juridisch

De werkgeverstussenkomst voor woon-werkverkeer wordt opgetrokken. Hierbij moeten we een verschil maken tussen openbaar vervoer en vervoer met de wagen. Over een aantal afspraken worden tegen eind juni knopen doorgehakt. En ondertussen rijst alweer de vraag: wie gaat dat betalen?

In het interprofessioneel akkoord (IPA) 2009-2010 hebben de sociale partners afgesproken om de werkgeverstussenkomst voor een sociaal abonnement vanaf 1 februari 2009 op te trekken van 60% tot gemiddeld 75%. In de Nationale Arbeidsraad is deze intentieverklaring op 20 februari 2009 omgezet in een collectieve arbeidsovereenkomst (CAO nr.19 octies).

Voor wie met de trein naar het werk komt, betaalt de werkgever een forfaitaire tussenkomst in de prijs van de treinkaart. Kiest een werknemer voor ander openbaar vervoer dan de trein, dan moet de werkgever een deel van de kostprijs betalen als het traject minstens 5 kilometer bedraagt.

Als de prijs van het vervoer in verhouding staat tot de afstand, is de tussenkomst beperkt tot 75% van de effectief betaalde vervoerprijs. Als er voor de vervoerskosten daarentegen een eenheidsprijs geldt, is er een tussenkomst van 71,8% van de effectief betaalde vervoerprijs, ongeacht de afstand. Dit bedrag wordt evenwel beperkt tot de tussenkomst die men krijgt voor een verplaatsing met de trein tot 7 kilometer (30 euro per maand op 1 februari 2009).

Eigen vervoer

Wat betreft de werkgeverstussenkomst in het private vervoer van de werknemers voor woon-werkverkeer, zijn er verschillen naargelang de sector. De gezondheidszorg heeft een eigen sectorale

arbeidsovereenkomst. In elk geval blijft de bestaande afspraak van toepassing tot 30 juni 2009: voor de berekening van de tussenkomst wordt uitgegaan van een gemiddelde van 60%. Daarna zijn er twee mogelijkheden. Ofwel is er tegen eind juni 2009 een sector- of ondernemings-CAO met een andere regeling. Dan geldt die nieuwe regeling vanaf de overeengekomen datum. Ofwel is er tegen eind juni 2009 geen nieuwe sector- of ondernemings-CAO. In dat geval is de verhoging tot 75% automatisch van toepassing vanaf 1 juli 2009.

In de schoot van het paritair comité 330 loopt de bespreking over de noodzakelijke aanpassing van de huidige collectieve arbeidsovereenkomsten. Momenteel ligt er een voorstel ter tafel dat kiest voor een beleid van duurzame mobiliteit. Het woon-werkverkeer met het openbaar vervoer wordt gestimuleerd, net als het fietsvervoer. De tussenkomst voor het woon-werkverkeer met de wagen wordt behouden op 60%.

Werkgevers krijgen in het voorstel de mogelijkheid om andere afspraken te maken op ondernemingsniveau. Oplossingen op maat van de voorziening worden dus niet uitgesloten.

Of dit voorstel weerhouden wordt, dan wel of de algemene regel van gelijke tussenkomst voor woon-werkverkeer met het openbaar vervoer en de wagen zal gelden, zal allicht blijken op 29 juni. Dan vindt de volgende vergadering plaats van het pari-

tair comité voor de gezondheidsdiensten en -inrichtingen.

Kosten

De koppeling van de tussenkomst voor het eigen vervoer met de wagen aan de tussenkomst voor het openbaar vervoer – het zogenaamde *overloopeffect* – betekent een meerkost voor de werkgevers. Deze meerkost mag in principe verrekend worden in de IPA-overeengekomen onderhandelingsenveloppe. Alleen, voor de federale gezondheidsvoorzieningen is deze enveloppe onbestaande.

De financiële meerkost dreigt dan ook op de schouders van de instellingen te komen. Zorgnet Vlaanderen heeft hieromtrent de minister van Sociale Zaken aangeschreven met de vraag naar een bijkomende financiering hiervoor. Een verhoogde patronale kost versterkt bovendien eens te meer de financiële tenlastename van de personeelskosten door de werkgevers, die dan enkel op bewoners en patiënten kan verhaald worden. Een onaanvaardbare situatie. Zorgnet Vlaanderen zal dan ook de bevoegde ministers nogmaals interpellieren en op hun verantwoordelijkheid terzake wijzen.

Tot op heden blijft het echter windstil vanuit het kabinet van minister Laurette Onkelinx (Sociale Zaken), alsook vanuit het kabinet van minister Joëlle Milquet (Werk).

KT

Zorg toont zich van zijn sportiefste kant

Vrijdagmiddag 12 juni gaven iets meer dan 500 leden van Zorgnet Vlaanderen present op het ledenevent in de Topsporthal in Gent. In een optimale netwerk-sfeer maakten ze er samen een aangename, culturele en sportieve ontmoeting van. Ex-hardloopster Kim Gevaert mocht voor SOS-Kinderdorpen bovendien een cheque van maar liefst 7.000 euro mee naar huis nemen.

Het ledenevent bood voor elk wat wils. Verspreid over de stad Gent waren zo maar eventjes 17 verschillende culturele uitstappen georganiseerd. Een paar honderd leden grepen de kans met beide handen. Vele anderen verzamelden al rond de middag in de Topsporthal. Daar konden medewerkers uit de verschillende zorgsectoren en uit de verschillende provincies zich sportief uitleven voor het goede doel. Per ronde van 200 meter schonk Zorgnet Vlaanderen één euro aan SOS Kinderdorpen, waarvan Kim Gevaert ambassadrice is. Allicht was het voor voorzitter Guido Van Oevelen eventjes slikken toen om 16 uur al het voorziene bedrag van 5.000 euro gehaald was. “We hadden inderdaad een budget van 5.000 euro voorzien. Maar blijkbaar zijn onze organisaties nog beweeglijker en dynamischer dan we dachten”, aldus een opgetogen voorzitter. Uiteindelijk werden meer dan 6.700 rondes afgelegd en werd het bedrag voor SOS-Kinderdorpen naar boven afgerond tot 7.000 euro. Een ontroerde Kim Gevaert mocht de cheque in ontvangst nemen.

Uiteraard was er ook veel tijd en ruimte voor een hapje en een drankje en vooral heel veel ontmoetingen. “Samenwerking op alle niveaus wordt almaar belangrijker in de zorgsector”, aldus gedelegeerd bestuurder Peter Degadt. “Met deze dag wilden we in de eerste plaats een platform creëren waar onze leden elkaar in een informele sfeer kunnen ontmoeten. Er is heel veel gepraat, gelachen en gesport vandaag. Dat is goed voor de sfeer en voor de samenwerking. Ik ben dan ook heel gelukkig met de mooie opkomst en de positieve reacties.”







(Deze Zorgwijzer ging ter perse op 22 juni. Mogelijkerwijs is de politieke situatie inmiddels geëvolueerd.)

Verkiezingen, een belangrijk moment

De deelstaatverkiezingen zijn een belangrijk moment voor de zorgsector. Maar ze zijn niet het enige belangrijke moment. Vóór de verkiezingen gebeurde ook het een en ander.

Het meest opmerkelijke was dat het aftredende Vlaams parlement enkele testaments opmaakte voor zijn opvolger en voor de volgende Vlaamse regering. Na de goedkeuring van het woonzorgdecreet, keurde het nog een ruimere resolutie goed, die de contouren van het concept woonzorg heel breed schetst. Dat kan een nieuw tijdperk inluiden in de ouderenzorg, maar het gaat veel ruimer dan dat: het mikt op termijn op de integratie van elementen van een breed welzijnsbeleid en van een woonbeleid in het lokale beleid van ruimtelijke ordening en ontwikkeling. Ook op de valreep keurde dat parlement een actieplan jeugdzorg goed, waarin het kiest voor een verdere uitbreiding van die jeugdzorg volgens de geldende concepten maar met nog meer integrale zorg. En voor de gehandicap-

tenzorg werd een resolutie goedgekeurd waarin gevraagd wordt om een voortzetting van het uitbreidingsplan à rato van 22,5 miljoen euro per jaar, ongeacht de economische evolutie.

Die testaments zijn belangrijke statements, ofschoon de vraag blijft hoe het volgende parlement en de volgende regering ermee zullen omgaan. Het derde testament vormde overigens geen beletsel om in de verkiezingscampagne de strijd over de wachtlijsten voor gehandicapten voort te zetten. Andere wachtlijsten, zoals die voor de rusthuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de kinderopvang vormden geen echte inzet van de campagne.

In die verkiezingscampagne domineerde nog één groot strijdpunt. Open VLD schoof de privatisering en commercialisering in de zorgsector naar voren, vooral, maar niet uitsluitend, voor de welzijnssector. De andere partijen reageerden hierop hoofdzakelijk negatief.

De zorg vormde bij alle partijen wel een belangrijk hoofdstuk in het verkiezingsprogramma, maar andere grote strijdpunten dan de genoemde, kwamen daaruit niet naar voren.

Wat leert de verkiezingsuitslag?

CD&V wint, vooral door zich te handhaven, en door afgetekend de grootste partij te worden doordat de anderen kleiner worden. Open VLD verliest meer dan verwacht en voelt zich de geslagene. SPA verliest in vergelijking met de vorige Vlaamse verkiezingen flink, maar niet in vergelijking met de federale verkiezingen van 2007 en in vergelijking met de peilingen. Groen blijft stabiel en wint niet, in tegenstelling tot de Franstalige geestesgenoten. Grote verliezer is het extreem-

rechtse Vlaams Belang, dat een derde van zijn aanhang kwijt raakt. LDD plukt daarvan maar met mate de vruchten. N-VA is de grote winnaar.

Links verschrompelt tot 22 procent, extreemrechts verzwakt, rechts groeit een beetje, centrum en centrum-rechts komen er wat sterker uit (CD&V, N-VA, Open VLD).

Voor het zorgbeleid zal dit laatste op zich geen grote veranderingen teweeg brengen. Belangrijker is dat de partijen die pleiten voor Vlaamse autonomie in de zorg- en gezondheidssector duidelijk versterkt uit de stembusslag komen. Waartoe dat leidt, is nog een ander verhaal.

Dan is er nog de vraag welke coalitie tot stand komt na deze verkiezingen. Een coalitie met Open VLD zal wellicht minstens een kleine opening moeten bevatten naar meer privatisering in de zorg. Een coalitie zonder Open VLD zal niet in die richting gaan, maar het is een illusie te menen dat de privatisering en de commercialisering dan niet verder zullen evolueren. Het is een trend die er hoe dan ook zal zijn; hij kan afgeremd of bevorderd worden, maar niet uitgeschakeld.

Een coalitie met N-VA zal wellicht harder aandringen op meer autonomie in de zorgsector. Maar ook in een coalitie zonder N-VA zal dit op de agenda staan.

Rest nog de vraag wie minister van Welzijn en Gezondheid wordt. Daarover is vandaag moeilijk een voorspelling te wagen. Maar ook dat zal een zekere impact hebben. Personen doen er ook toe. Ook.

Guy Tegenbos
Politiek redacteur De Standaard



Guy Tegenbos

Financiën zit niet in een ivoren toren

“Met mijn diploma economie kon ik achtien jaar geleden gemakkelijk in het bedrijfsleven aan de slag. Maar ik voelde me daar te jong voor. Bovendien werkte mijn vader als directeur in een school en zat de social profit me dus wel wat in het bloed. Toch heb ik mezelf altijd meer als een financieel dan als een zorgexpert beschouwd.

Aangezien ik zowel voor de financiën als de administratie verantwoordelijk ben, heb ik een vrij uitgebreid takenpakket. Dat varieert van het coördineren van de facturatie over de boekhouding tot de doktersadministratie. Bovendien ben ik ook verantwoordelijk voor al wat met informatica te maken heeft. Zo kruipt er tegenwoordig heel wat energie in de invoering van het elektronisch patiëntendossier. Gezien de grootte van onze organisatie kan ik voor al dat werk wel terugvallen op verschillende diensthoofden: facturatie, financiën, IT, enzovoort.

Dat de boel hier draait, is het werk van de artsen en de verpleegkundigen. Mijn taak is ervoor te zorgen dat ze dat in een financieel gezonde omgeving kunnen doen. Financiën, administratie en informatica hebben in dat geheel veeleer een ondersteunende functie. Een van mijn grootste uitdagingen is ervoor te zorgen dat dit ziekenhuis voldoende middelen heeft om een moderne organisatie te zijn met de ruimte en de voorzieningen die daarvoor nodig zijn. Dat is niet altijd eenvoudig. Ziekenhuisfinanciering is, op zijn zachtst gezegd, een complexe materie.

Een van mijn huidige jaardoelstellingen is het realiseren van een administratief project voor de klinische studies. Heel de organisatie rond die studies – aanmelding, contracten, facturatie en financiële stromen – moet duidelijk in kaart worden gebracht. Zo wordt het maken van correcte afspraken en het goed verdelen van de verantwoordelijkheden een stuk makkelijker. Op die manier helpt mijn departement mee de kernactiviteit van dat onderzoek faciliteren: een bijkomend aanbod creëren voor de patiënten. Uitein-

delijk is dat de essentie. Het financiële discours is belangrijk, maar komt eigenlijk pas op het tweede plan, na de zorg voor de patiënt.

Iets waaraan we ook heel hard werken, is beheerscontrole: het opmaken en opvolgen van budgetten. Voor de goede verstandhouding: dat doen we niet vanuit een ivoren toren, maar in samenspraak met de desbetreffende budgethouders. Op die manier vinden ook de financiële en de administratieve medewerkers aansluiting bij wat er allemaal in dit ziekenhuis gebeurt. Wij maken ook de nodige berekeningen om na te gaan of die budgetten wel overeenstemmen met de beleidsdoelstellingen van deze organisatie.

Verder vaak ik samen met de collega's van het departement aankoop over gedane en geplande investeringen. Elk jaar komen alle budgethouders langs bij het investe-

ringscomité. Samen met hen bekijkt dat comité wat hun financiële verwachtingen voor de komende jaren zijn. Op het einde van die budgettaire oefening krijgen we dan zicht op het totale financieringsbudget. Dan is het nog kwestie van te bepalen wie wat moet betalen en waar dat geld vandaan moet komen: eigen cash flow of vreemd vermogen.

Het klopt dat een ziekenhuis geen winst hoeft te maken, al streven we daar wel naar. In tijden van crisis is dat misschien wat moeilijker, maar dat betekent niet dat ik nu een begroting met verlies zal opmaken. Ik probeer er steeds voor te zorgen dat er wat aan de kant ligt voor als het even wat moeilijker gaat. We moeten minstens break even draaien en als dat niet lijkt te lukken, wordt er gewerkt en geschaafd tot dat wel zo is. Zo simpel is dat.”

WV



moment-
opname

“Het financiële discours is belangrijk, maar komt eigenlijk pas op het tweede plan, na de zorg voor de patiënt.”

Dranouter

het zomerfestival bij uitstek

Eén van de sympathiekste zomerfestivals is ongetwijfeld dat in Dranouter. Van vrijdag 7 tot en met zondag 9 augustus kan je er weer terecht voor een flinke portie oude en nieuwe folkmuziek. Ook gezinnen met kinderen zijn er meer dan welkom. Wie weet kan je er wel naartoe met de groeten van Zorgwijzer!



Eén van de sympathiekste zomerfestivals is ongetwijfeld dat in Dranouter. Van vrijdag 7 tot en met zondag 9 augustus kan je er weer terecht voor een flinke portie oude en nieuwe folkmuziek. Ook gezinnen met kinderen zijn er meer dan welkom. Wie weet kan je er wel naartoe met de groeten van Zorgwijzer!

Het Dranouter Festival ontstond in 1975 vanuit de toenmalige toonaangevende folkclub "De Zon". Het eerste festival was een eendaags gebeuren op de speelplaats van de toenmalige jongensschool. Er speelden 8 groepen en er waren een 300-tal toeschouwers.

In 1977 werd het voor het eerst een tentenfestival. Het festival lokte toen al meer dan duizend toeschouwers. Op het einde van de jaren 1970 had Dranouter zich geprofileerd als folkfestival naar Angelsaksisch model met groepen uit voorname-lijk Engeland, Vlaanderen, Frankrijk en Nederland.

In de jaren 1980 stagneerde de groei. De folk kreeg het moeilijk en werd wat in de verdrukking gedruwd door de opmars van allerlei elektronische toestanden en de rock. Het festival moest het stellen met drie- tot vijfduizend toeschouwers – veelal veteranen van 1968 – en kreeg een sterk hippie-imago mee.

De kentering kwam er op het einde van de jaren 1980. De programmatie werd toen ook opengetrokken naar wereldmuziek en fusies tussen genres deden hun intrede. De interesse groeide, waardoor ook 'grotere namen' konden worden geprogrammeerd. In 1995 steeg het toeschouwersaantal tot 45.000. 'Dranouter' was een begrip geworden als zomerfestival. Ondertussen zat de tweede folkrevival er aan te komen, waardoor ook meer jonge mensen de weg naar de folkweide vonden. In 1997 barstte het festivalterrein bijna uit zijn voegen met meer dan 65.000 toeschouwers. Sindsdien is de

oppervlakte nagenoeg verdubbeld, werd het publiekscomfort gevoelig vergroot en werd de nieuwe concerttent op gejuich onthaald.

Programma 2009

Bij het ter perse gaan van deze Zorgwijzer waren nog niet alle namen voor de editie 2009 bekend. Staan alvast wel op de affiche: Yevgueni, Richard Thomson, Flip Kowlier (allen op vrijdag), Soetkin Collier Quintet, Novastar, Tim Pintens (op zaterdag), Milow, The Chieftains, Bart Peeters, Buurman (op zondag). Maar de grote kleppers moeten nog bekendgemaakt worden.

Voor de meest actuele informatie, zie www.folkdranouter.be.



Vrijkaarten

Zorgwijzer heeft 2 vrijkaarten (ter waarde van 60 euro per ticket) voor het folkfestival Dranouter op zondag 9 augustus.

Iets voor jou? Stuur dan zo snel mogelijk een mailtje naar Chris Teugels via ct@zorgnetvlaanderen.be. Succes!



SCHRIJFWEDSTRIJD VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

Ondraaglijk licht is de zorg

Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw Brugge viert zijn honderdjarig bestaan met een schrijfwedstrijd voor verpleegkundigen. Onder het thema "Ondraaglijk licht is de zorg" zijn zowel columns als cursiefjes welkom. Deelnemen kan nog tot eind 2009.

Het PZ O.-L.-Vrouw in Brugge bestaat in 2010 precies honderd jaar. Dat wordt uiteraard op passende wijze gevierd. De vakgroep verpleegkunde bedacht alvast een originele wedstrijd. Verpleegkundigen uit heel Vlaanderen worden uitgenodigd om in de pen te klimmen en zich met elkaar te meten in een schrijfwedstrijd. De folder schetst de thematiek als volgt:

"Waar zat je met je gedachten toen je koos voor dit beroep? Bij Florence Nightingale? Zag je jezelf ook al, als zalvende engel, de laatste uren van gewonde stumpers draaglijk maken? Gezwicht voor de romantiek van dit beroep? Of is die romantiek ver zoek? Werken als verpleegkundige, tot je ellebogen in de zorg: is het een vloek of een zegen? Of allebei? Tegelijk licht en ondraaglijk. Omdat het het beste uit jezelf haalt en oplicht. Maar tegelijk je rug kraakt en je draagkracht nekt. Omdat er altijd meer gevraagd wordt dan je wilt of kunt geven. Ondraaglijk licht is de zorg. Tegelijk licht. Tegelijk ondraaglijk."

Hoe ondraaglijk licht ervaar jij als verpleegkundige de zorg? Schrijf het neer. "Doe het kritisch, doe het gedurfd, doe het schalks, doe het schrijnend, doe het integer, filosofisch of boos. Maar doe het!" Aldus nog de organisatoren.

Je kunt zowel met een cursiefje als met een column deelnemen. De tekst mag ongeveer 1.500 tekens tellen. Je hebt nog even tijd hiervoor: tot 31 december 2009. In januari 2010 beoordeelt een deskundige jury de inzendingen. Uiteraard wordt ook een passende prijs voorzien, inclusief de publicatie van de winnende inzendingen in de pers. De resultaten worden bekendgemaakt in maart 2010.

Meer weten? Kijk dan op www.pzol.v.be voor het volledige wedstrijdreglement. Of stuur een mailtje naar bea.derouck@olv.gzjb.be. Of neem contact met Lieve Gommers op 050 30 18 00. Deze wedstrijd loopt in samenwerking met het NVKVV.

Ja, ik wil graag Zorgwijzer gratis toegestuurd krijgen.

Zorgwijzer gratis in uw brievenbus?

Stuur deze bon naar Zorgnet Vlaanderen, t.a.v. Chris Teugels, Guimardstraat 1, 1040 Brussel. Of via e-mail aan ct@zorgnetvlaanderen.be.

Naam

Organisatie

Functie

Adres

Telefoon

E-mail



Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

