

Jaarverslag 2010



Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw
Dhr. Luc Van Gorp
Frontispiesstraat 8, bus 1.2
B-1000 Brussel
tel. 02.739.35.11 - fax 02.739.35.99
directie@vlaanderen.wgk.be
www.witgelekruis.be

Redactie

Sam Cordyn • Hilde De Groef • Rose-Marie
Delcour • Dolf De Ridder • Gert De Roy • Kristel
De Vlieghe • Bram Fret • Kristien Scheepmans •
Esmeralda L. Tobing • Louis Paquay • Hendrik Van
Gansbeke • Kris Van Heghe • Eefje Van Nuland •
Renild Wouters

Eindredactie

Dolf De Ridder
Renild Wouters

Coördinatie

Esmeralda L. Tobing

Fotografie

© Stillmation.com © Frank Toussaint
© Kris Pannecoucke © Fotomix

Vormgeving

RCA Hasselt

Druk

Graflux Printing

Onderzoekspartner van
het Wit-Gele Kruis



Inhoud

WOORD VOORAF	3	VERPLEEGPRIJS	25
THUISVERPLEGING	4	SOCIAAL OVERLEG	26
VLAANDEREN	7	<ul style="list-style-type: none">• Het voltijds brugpensioen op 58 jaar verlengd tot 2013• Het sociaal overleg omzeild: het Attractiviteitsplan• Op weg naar een mini sociaal akkoord in 2011	
ONTWIKKELINGEN	9	GEZINSZORG 'BETER THUIS'	28
<ul style="list-style-type: none">• Het Elektronisch Verpleegdossier (EVD)• Studie Ambulant Elektronisch Verpleegkundig Dossier• Pilotproject 'Patient Care Communication'• Protocol III• Zorgtraject Diabetes• Psychiatrische zorg thuis• Kadercursus 'Beleid en Leiding geven in de thuisverpleging'		KERNCIJFERS THUISVERPLEGING	29
RIZIV	14	WAGENPARK	33
ONDERZOEK	18	TEWERKSTELLING	34
<ul style="list-style-type: none">• Vrijheidsbeperkende maatregelen• Decubituspreventie• Project 'Diabeteseducaties eerste lijn'• Evaluatie pilotproject zorgkundigen (RIZIV)• Verstrekingsprofielen		VERENIGINGEN	36
PUBLICATIES	22	AFDELINGEN	38
<ul style="list-style-type: none">• 'Thuis Verplegen'• 'Gezond Thuis'• De 'Huishoudagenda' en de 'Kalender'• Handboek: 'Wegwijs in de thuisverpleging'• Wetenschappelijke publicaties en presentaties			

Coverfoto

Pendulum: het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen als dynamische kracht in de interactieve ontwikkeling van de thuisverpleging.

www.witgelekruis.be



Dit symbool geeft aan dat u extra informatie vindt op www.witgelekruis.be

Woord vooraf

Zorg is hip - thuisverpleging is hot - de patiënt zet alles op z'n kop

Wat ons vooral is opgevallen het voorbije jaar: voor de patiënt is zijn **thuisituatie het uitgangspunt van leven en zorg**. Dit vormt een onomkeerbaar gegeven. Als zorgverlenende diensten en organisaties moet alles in het werk gesteld worden om onze manier van werken fundamenteel aan te passen, willen we hier optimaal aan tegemoetkomen.

Het is net iets te eenvoudig te beweren dat we als organisatie al lang de keuze gemaakt hebben om de centrale positie voor de patiënt vanuit zijn thuisituatie als uitgangspunt te nemen. Dit echt realiseren vraagt een doorgedreven aanpak waarbij alles ook effectief vertrekt vanuit de positie van de patiënt in relatie tot de zorgverlener. De patiënt en zijn omgeving zijn mondig geworden en ontgroeien steeds meer het stadium van bevoogding en afhankelijkheid.

Deze verschuiving van het paradigma werd ondermeer duidelijk op de **eerstelingsgezondheidsconferentie**, die op het einde van 2010 onder grote belangstelling plaats vond. De patiënt kreeg er een prominente plaats via het Vlaams Patiëntenplatform. Als Wit-Gele Kruis kregen we hierbij de kans om inhoudelijk binnen stuur- en werkgroepen een wezenlijke bijdrage te leveren in het welslagen van deze dag.

Deze evolutie in patiëntparticipatie stelt ons als Wit-Gele Kruis voor verdere uitdagingen. We beseffen meer en meer dat wij als dienst(en) voor thuisverpleging onze verpleegkundigen ter plaatse (op wijkniveau) moeten ondersteunen. En dat in zowel verpleeginhoudelijke, administratieve als ICT-gerelateerde problemen. Zó slagen wij erin om vanuit het perspectief van de **patiënt in zijn thuisituatie, de goede én passende zorg te geven**. Dit vraagt een enorme inzet van verpleegkundig kapitaal waarbij we alert moeten blijven om hierin steeds te verbeteren en mee te evolueren. Thuisverpleging vormt namelijk een complexe aangelegenheid, die rekening moet houden met tal van nieuwe evoluties. Als grootste dienst voor thuisverpleging willen we met zin voor verantwoordelijkheid onze rol vervullen met grote belangstelling voor kwaliteit en innovatie.



Daarbij is er de confrontatie met een **verwachte toename van patiënten** in de thuiszorg. We zijn het voorbije jaar ook verder gegaan met het inzetten van extra zorgkundigen, die onze verpleegkundigen in hun dagdagelijkse zorg ondersteunen. Ze voeren de gedelegeerde verpleegkundige taken uit onder toezicht van verpleegkundigen en binnen de samenwerking van een verpleegkundige equipe. Als Wit-Gele Kruis pleiten we resoluut voor de structurele verderzetting, na gunstige evaluatie, van het pilootproject rond de inzet van zorgkundigen in de thuisverpleging. Hun bijdrage biedt toegevoegde waarde voor zowel de patiënt als voor de collega's thuisverpleegkundigen. Tegelijk willen

we waarschuwen dat de inzet van zorgkundigen binnen onze verpleegkundige equipes begrensd is door de kwalitatieve vereisten van de verpleegkundige zorgverlening, het opleidingsniveau van de pas opgeleide zorgkundigen en de geldende regelgeving op de beroepsuitoefening.

We kijken met kritische belangstelling uit naar wat zal gebeuren in de moeizame regerings-onderhandelingen in het kader van de staatshervorming met de gezondheidszorg, en in het bijzonder naar de positie van de thuisverpleging. Thuisverpleging vormt een belangrijk onderdeel in het gediversifieerd antwoord op de enorme vergrijzingsgolf die ons wacht. Getuige hiervan de groei die de sector gestaag maakte de voorbije tien jaar. Het vraagt om een toekomst met een blijvend groeipad voor de thuisverpleging.

In die zin zijn ook de actuele besprekingen van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen bijzonder waardevol over de grondige evaluatie en, waar nodig, de **hertekening van de financiering van de thuisverpleging**. Hopelijk kan vanuit een patiëntgerichte en professionele visie fundamenteel ruimte vrijkomen voor een financiering, die naast loutere vergoeding van prestaties ook 'incentives' voorziet voor goede, kwaliteitsvolle zorg. Voor zorg die echt aanstuurt op zelfzorg voor de patiënt, die thuisverpleegkundigen vergoedt voor essentiële patiënt- en mantelzorgondersteunende zorg en voor hun aanvullende inbreng in gezondheidsbevordering en -preventie.



Luc Van Gorp

Voorzitter Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

Thuisverpleging



Welke toekomst voor de thuisverpleging?

De vraag naar thuisverpleging neemt toe omwille van de veroudering van de bevolking, de kortere opnameduur in ziekenhuizen, meer chronisch zieken, meer specialistische technieken thuis, meer opvang van psychiatrische patiënten thuis en omdat de plaats van de zorg steeds minder bepalend is voor de aard van de zorg. Maar de huidige

groei van de activiteit van de thuisverpleging van meer dan 6 % per jaar (2010) (volgens het Rapport Verhaevert¹ is dit gemiddeld 3,2 % jaarlijks tot 2020), zorgt voor een nijpend tekort aan thuisverpleegkundigen. Het is daarom van bijzonder belang dat kritisch wordt nagedacht over de toekomstige rol voor (thuis)verpleegkundigen.

Ervaringen vanuit Denemarken, Schotland, Nederland², ... helpen om een bepaald inzicht te krijgen in de eigen situatie en tegelijk nieuwe inzichten uit andere modellen toe te passen op de eigen situatie. Zo kunnen we een hedendaags en innovatief antwoord bieden op de verschillende evoluties in de zorg- en hulpverlening.

1. Verhaevert P., *Analyse over de thuisverpleging*, RIZIV: Dienst Geneeskundige Verzorging. Juni 2005.

2. *Buurtzorg: Menselijkheid boven bureaucratie – Nederland – Jos de Blok & Aart Pool - 2010.*



Ondersteuning voor de toekomst

Thuisverpleegkundigen waren pioniers in de professionele thuiszorg. Vandaag profileert thuisverpleegkunde zich in Vlaanderen over het hele gamma van zorgverlening: zowel complexe als minder complexe zorgsituaties bij patiënten aan huis, thuisverpleging van zwaar zorgbehoevende patiënten, palliatieve zorgsituaties, hooggespecialiseerde technologische zorg, zorgverlening aan personen met een handicap, de ondersteunende en begeleidende zorg aan psychiatrische patiënten thuis, enzovoort. De thuisverpleegkundigen werken als generalisten, net zoals de huisartsen, in de thuiszorg. Maar ze hebben ook nood aan ondersteuning van gespecialiseerde collega's in eigen rangen om mee te kunnen met de nieuwste evoluties. Het Wit-Gele Kruis werkt hierom als dienst voor thuisverpleging met gestructureerde verpleegequipes aan huis waarbinnen die ondersteuning is voorzien.

Professionele inbreng

Dit is meteen een pleidooi om de thuisverpleegkundigen van meet af aan bij de start van iedere thuiszorgaanvraag te betrekken, zowel bij de indicatiestelling voor verpleegkundige zorg thuis, als bij de uitvoering van de thuiszorg. Zo kan de thuisverpleegkundige meteen een professionele inbreng doen in het zorgproces van de patiënt. Vanuit zorgcontacten worden de patiëntensituaties dan 'gelezen' en het passend verpleegkundig zorgantwoord uitgewerkt en gerealiseerd in de thuisomgeving, samen met de patiënt en zijn naaste omgeving. Indien nodig worden patiënten doorverwezen naar andere zorgverleners (en vice versa).

In de toekomst wordt van thuisverpleegkundigen verwacht dat zij meer en meer de rol van zorgorganisator en -coördinator opnemen, binnen de multidisciplinaire samenwerking o.l.v. de huisarts, vanuit hun specifieke professionele bezorgdheid om de gezondheid van de patiënt en vanuit de veelvuldige zorgcontacten.

Waardigheid van de patiënt

We ervaren belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Er vindt een duidelijke verschuiving plaats van een acuut naar een chronisch zorgmodel. De thuisverpleging staat voor de uitdaging om de patiënt en de relatie met de patiënt een fundamentele plaats te geven. Alles moet in het werk gesteld worden om de patiënt in zijn thuissituatie te begrijpen. Het menselijk bestaan-in-kwetsbaarheid vormt hierbij het uitgangspunt. De zorg die verleend wordt, vormt slechts een middel om tot waardigheid van de patiënt te komen. Onze verpleegkundigen wordt geleerd ethisch gevoelig te zijn en kritisch na te denken over het belang van een professionele relatie met de toegewezen patiënten. Thuisverpleging vormt een bij uitstek relationeel gebeuren om vanuit vertrouwen tot goede en waardigheidsondersteunende zorg te komen.

“

De jaarlijkse groei met meer dan 6 % zorgt voor een **nijpend tekort** aan thuisverpleegkundigen!

”

Patiënt beslist mee

Als thuisverpleegkundigen vertrekken wij vanuit een respectvolle patiëntenparticipatieve visie. Wij staan de patiënt thuis bij om beheerder te kunnen zijn van zijn eigen zorg. In de toekomst wordt dit nadrukkelijker 'onderhandelde zorg'. De patiënt vormt een onlosmakelijk geheel met zijn directe naasten. De mantelzorgers spelen een belangrijke rol in het duidelijker maken van de concrete zorgbehoeften van de patiënt en in het mee beheren van de zorg, voor zover dit de keuze is van de patiënt.

Als thuisverpleegkundigen zorgen we ervoor dat de patiënt uit verscheidene zorgopties deze kan kiezen die het beste bij hem past. Als de patiënt dit niet meer kan, informeren we bij de patiënt-vertegenwoordiger of de naaste omgeving om die zorg te kunnen geven waarvoor de patiënt zou gekozen hebben. Hierbij wordt vanuit een professionele deskundigheid een goede inschatting gemaakt van wat goede zorg zou zijn voor de patiënt.

Zelfzorg

Zoals heel nadrukkelijk ervaren in Denemarken¹, krijgt zelfzorg in de thuiszorg een zeer centrale plaats. De thuisverpleegkundige levert maximale inspanningen om de zelfredzaamheid van de patiënt te stimuleren, ondanks zijn kwetsbaarheid. Aspecten zoals het actief begeleiden van patiënten naar zelfzorg en het opnemen van taken in de preventieve gezondheidszorg, gezondheidseducatie en -promotie vormen een bijzondere uitdaging. Ze worden vandaag nog niet of onvoldoende gehonoreerd. Belangrijke financiële 'incentives' voor dergelijke meer proactieve begeleiding van de patiënt/gebruiker, moeten in de toekomstige financiering ingebouwd worden en als een essentieel onderdeel van de thuisverpleegkundige rol worden erkend én gehonoreerd.

Hierbij wordt nauw samengewerkt met de diensten gezondheidspromotie van de mutualiteiten, het Locoregionaal Gezondheidsoverleg en -Organisatie (LOGO's) en de huisartsen die met de Vlaamse Overheid een overeenkomst hebben in het kader van

preventieve gezondheidszorg, gezondheidseducatie en -promotie. Wij pleiten voor een complementariteit van de educatieve, coachende en ondersteunende rol van de thuisverpleging hierin met de bestaande diensten en hun beschikbare expertise.

Inzet van competente verpleegkundigen

Het is duidelijk dat de toekomstige thuisverpleegkundige zal moeten beschikken over voldoende ontwikkelde competenties om deze evoluerende rol passend te kunnen invullen. Tegelijk zal de thuisverpleegkundige inspanningen moeten leveren door bijkomende vorming te volgen en noodzakelijke ervaring op te doen. We willen hierbij duidelijk inzetten op het verder vervolmaken van thuisverpleegkundigen op een hoger niveau. Het huidige voorziene budget voor permanente vorming in de thuisverpleging is hiervoor een bescheiden begin. Hiervoor moeten nog meer middelen vrijkomen.



1. Het Deense model voorziet heel wat taken in de zorg voor lager/korter geschoolden. Het huidige opleidingsniveau komt qua duurtijd en 'niveau' overeen met de huidige HBO5 verpleegkundigen. Hierdoor daalt de inzet van hoger opgeleide verpleegkundigen in de zorg drastisch en worden zij eerder ingezet in complexere zorgsituaties en voor heel wat coördinerende taken in de woonzorg. Zij werken meestal in en vanuit een multidisciplinair dienstverband. De verschillende beroepen werken samen met zeer groot respect voor elkaar en erkennen elkaars eigenheid waarbij de nodige competenties en expertise ter beschikking wordt gesteld van de burger, cliënt, patiënt. In Denemarken gebeurt de toeleiding tot verpleegkundige zorg niet steeds via de klassieke weg van toewijzing van zorg, maar via de visitatiecommissie vanuit de gemeenten. Dit heeft ervoor gezorgd dat de verpleegkundige enigszins wat naast het systeem haar eigen ding blijft doen en hierdoor mogelijks onvoldoende geïntegreerd meewerkt binnen een multidisciplinair team. Natuurlijk werken verpleegkundigen in Denemarken vanuit een team samen met andere zorgverleners (helpers, assistenten, kinesisten, ergotherapeuten enz.) in de zorg voor de bejaarde persoon. Toch moet – ook naar onze Belgische context toe – werk gemaakt worden van een ander model om de verpleegkundige zorg te integreren in een totaalzorg. De verpleegkundige zorg kan hier niet los van staan.

Vlaanderen

Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg: nabeschuivingen

Voor deze conferentie (11/12/2010) heeft het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen een actieve rol gespeeld in alle voorbereidende werkgroepen, in de realisatie van de



einddocumenten en in de debatten van de conferentie zelf. Post factum heeft het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen nog belangrijke nabeschuivingen geformuleerd én gecommuniceerd aan minister Jo Vandeuren waarvan we er hier kort enkele uitlichten.

eHealth

Inzake eHealth vraagt het Wit-Gele Kruis om het 'Kadaster' af te stemmen op de federale eHealth, en de 'Eerstelijnskluis' te kaderen binnen diverse ontwikkelingen in de federaal gestuurde gezondheidszorg. Het Wit-Gele Kruis pleit ervoor om de eHealthBox te ontsluiten voor de

verschillende zorgverleners, patiënten en mantelzorgers in de eerste lijn en zelfs tweede lijn. Er moet meer aandacht gaan naar de collectieve verantwoordelijkheid voor de gegevensoverdracht tussen de betrokken zorg- en hulpverleners.

Lokaal netwerk

Wat betreft structuren die het praktijkniveau in de eerstelijnsgezondheidszorg ondersteunen, staat het Wit-Gele Kruis achter de beleidsintentie om de regelgeving te versoepelen inzake schaalverkleining van de SEL-regio's (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg). Het Wit-Gele Kruis is wel van oordeel dat gezondheidszorg én welzijnszorg best geïntegreerd georganiseerd worden op het laagste niveau van een 'wijk', bij voorkeur territoriaal afgebakend.

Het Wit-Gele Kruis ziet voor een doelgroep van patiënten met een complexe en/of chronische problematiek 'een model' van multidisciplinaire samenwerking op microniveau noodzakelijk, met een centrale rol voor de huisarts. Ook de samenwerking met de tweede lijn verdient meer aandacht wat betreft het ontslagmanagement en de samenwerkingsprotocollen. Het Wit-Gele Kruis vraagt dringend werk te maken van de rol en de functie van het Woonzorgnetwerk, het lokale netwerk voor woonzorg bij uitstek.

Financiering

Het Wit-Gele Kruis pleit voor financiële toegankelijkheid van de eerste lijn via een automatische toekenning van de sociale derdebetalersregeling. Daarnaast is er nood aan een gepaste praktijkfinanciering op basis van patiëntpopulatie en casemix, overeenkomstig de hiervoor gemaakte kosten, financiering van de samenwerking in de lokale zorgseenheden en financiering van overleg in de eerste lijn met tweede- en derde lijn.

Geestelijke gezondheidszorg

Het Wit-Gele Kruis dringt aan op de spoedige uitklaring van de aangekondigde eerstelijns-psychologische functie, die rekening houdt met de ontwikkelingen in de psychiatrische thuiszorg. Het Wit-Gele Kruis ervaart de nood aan een proefproject voor het inzetten van psychiatrische thuisverpleging met de nadruk hierbij op een laagdrempelige trapsgewijze zorg. Het Wit-Gele Kruis kijkt geboeid uit naar de samenwerkingsprojecten in het kader van art. 107 van de ziekenhuiswet waarin de reeds aanwezige capaciteiten en competenties in de thuisverpleging kunnen worden gevaloriseerd.

Talent ondersteunen

In de zorg om talent steunt het Wit-Gele Kruis het streven van de minister naar imago-versterking van de zorgberoepen (o.a. via de zorgambassadeur) en administratieve vereenvoudigingen. Over de zorg om talent binnen de thuisverpleging, heeft de organisatie een aantal onderwijsvoorstellen en aanbevelingen geformuleerd voor de noodzakelijke versterking van de



opleiding verpleegkunde, de opleiding tot zorgkundige en het inzetten van korter gekwalificeerde zorgverleners.

Preventie

Het Wit-Gele Kruis steunt de beleids optie om preventie te verbinden met de 'cure' en 'care' in de eerste lijn en wijst op de onderbelichte preventieve rol van de belangrijke groep thuisverpleegkundigen, die een groot aantal kwetsbare zorgvragers bereiken. Zij zijn uitstekend geplaatst om bottom-up preventie-initiatieven mee te

helpen realiseren rond risicovolle situaties bij kwetsbare ouderen in hun thuissituatie. Ook bepleit het Wit-Gele Kruis een specifiek preventiebeleid voor de mantelzorgers en de zorgverleners zelf.

Onderzoek

Het Wit-Gele Kruis vraagt dat de thuisverpleging een expliciete plaats krijgt in de 'onderzoekslijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg' die zal worden gecreëerd.

Patiëntenbelangen

Het Wit-Gele Kruis dringt erop aan om de belangen van de patiënt (zoals vrije keuze en regie van de zorgverlening) niet los te zien van het bredere patiëntstelsel (o.a. de mantelzorger).

“

De **collectieve verantwoordelijkheid** voor de gegevensoverdracht tussen zorg- en hulpverleners vraagt meer aandacht.

”

Ontwikkelingen

Het Elektronisch Verpleegdossier (EVD)

In de provincies Limburg, Vlaams-Brabant en Antwerpen lag de prioriteit vooral op het verder uitrollen van het EVD naar alle regionale afdelingen. Hierbij kreeg de noodzakelijke opleiding ruime aandacht.

Meer dan 2400 verpleegkundigen gebruiken het systeem, dat beantwoordt aan de vereisten voor deelname aan het VINCA II project. Hiervan hebben 1116 verpleegkundigen de subsidie voor VINCA II ontvangen (inclusief 739 nieuw gesubsidieerden). Een belangrijke hardwarebeslissing werd genomen in het laatste kwartaal van 2010: krachtige servers die in cluster opereren met een snellere en efficiëntere opslagcapaciteit, moeten de huidige vervangen en dit in de drie provincies. Deze servers staan in voor de communicatie tussen de mobieltjes van de verpleegkundigen en de computers in de regionale afdelingen. De omschakeling is dan ook bedoeld om de synchronisatietijden van deze communicatie te verlagen. Deze nieuwe servers waren begin 2010 reeds in gebruik genomen in Antwerpen, daar waar Limburg en Vlaams-Brabant een omschakeling gepland hebben naar dit gezamenlijk platform voor mei 2011. Om de alsmar snellere evolutie van de technologie bij te kunnen benen, werd een belangrijke upgrade van de onderliggende componenten voor de mobieltjes opgestart. Hierdoor wordt het systeem sneller en efficiënter ontwikkeld. Bovendien werd ook continu gewerkt aan een verbetering van de toepassing.

In 2010 werd nu ook in West-Vlaanderen vooruitgang geboekt in het EVD-project. Na het afwerken van het lastenboek in juni werd de ontwikkelingsfase opgestart in

september. Op die basis is begin 2011 op de Panasonic Toughbook een eerste oplevering gepland van het systeem met alle basisfuncties, zoals het afwerken van een verpleegronde inclusief bevestiging, het annuleren van zorgen, etc.

In Oost-Vlaanderen werd volop gewerkt aan het bepalen van de functies. Naast de basisfuncties ligt de nadruk op specifieke functies zoals het gestructureerd patiëntenoverleg. Het opmaken van het lastenboek is voorzien voor begin 2011.

Studie Ambulant Elektronisch Verpleegkundig Dossier

De FOD Volksgezondheid wil op korte termijn de zorg en communicatie in de thuisverpleging ondersteunen via software voor een verpleegkundig dossier, specifiek voor de thuisverpleging. In dit kader werd opdracht gegeven om te onderzoeken op welke theoretische verpleegkundige referentieconcepten dit gefundeerd moet zijn, hoe de structurering van deze concepten sturing kan geven aan de zorgverlening en welke internationale standaarden hiervoor beschikbaar zijn. Er moet ook werk gemaakt worden van de voorbereiding van het elektronisch voorschrift voor verpleegkundige zorg en van een elektronische verpleegkundige ontslag- of verwijfsbrief. Deze federale opdracht wordt uitgewerkt door een consortium be-



staande uit medewerkers van de Fédération des Maisons Médicales en van het NVKVV, waarin zowel het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen als Mederi participeren. We verwachten het onderzoeksrapport in de loop van 2011.

Pilootproject 'Patient Care Communication'

De FOD Volksgezondheid startte in 2010 met het pilootproject 'Patient Care Communication' (PCC). Dit project test een nieuw standaard voorschrift uit voor verpleegkundige en kinesitherapeutische zorgen dat de communicatie tussen de zorgverstrekkers van de eerste lijn vereenvoudigt.

Op dit moment bestaat er geen uniformiteit onder de medische voorschriften om verpleegkundige of kinesitherapeutische zorgen voor te schrijven. Voor dit project werd een standaardmodel ontwikkeld dat bestaat uit enerzijds een voorschrift en anderzijds een feedbackformulier. Met dit formulier kan de arts feedback vragen aan de verpleegkundige of de kinesitherapeut wanneer de behandeling beëindigd wordt. Dit moet de communicatie tussen de verschillende zorgverleners bevorderen. In 2011 wordt het gebruik, de werking en de toegevoegde waarde van het nieuwe voorschrift getest en geëvalueerd in de regio Gent en de regio Dinant.

Protocol III

In juni 2005 sloten de federale overheid, de gemeenschappen en de Gewesten het derde Protocolakkoord af over het te voeren ouderenbeleid. Dit akkoord resulteerde in een beleidsverklaring met gemeenschappelijke doelstellingen voor ouderenzorg, waarbij iedere autoriteit autonoom actieplannen opstelt om deze doelstellingen te bereiken.

Alternatieve zorgvormen

In dit Protocolakkoord stelt de federale overheid een budget ter beschikking van 174 miljoen euro voor een periode van zes jaar (2005-2011). 20% van dit budget is voorzien voor de creatie van alternatieve zorgvormen. Voor een beperkte periode kunnen instellingen en organisaties uit de residentiële sector en de ambulante sector (ROB, RVT, CDV, GDT of Diensten voor Thuisverpleging) een financiering krijgen voor projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

Kinderziektes

Tijdens de zitting van het Verzekeringscomité van 8 februari 2010, keurde de jury van de Vlaamse Gemeenschap de voorgestelde rangschikking van geselecteerde projecten goed. Uiteindelijk werden 47 Vlaamse projecten weerhouden; bij 19 ervan was een provinciale Wit-Gele Kruisvereniging in meer of mindere mate betrokken. De uiteindelijke opstart van de projecten liep niet van een leien dakje. Zoals zo vaak met

nieuwe concepten, waren er een aantal kinderziektes en beginnersfouten. Maar na enkele moeilijke maanden was er in de meeste projecten een verbeterde werking.

Tweede projectoproep

De voor 2010 aangekondigde tweede projectoproep kwam er nog niet omwille van de gewijzigde politieke situatie, maar wordt vermoedelijk opnieuw gelanceerd in 2011. Eén ding is zeker: wanneer het zover is, zal het Wit-Gele Kruis hier opnieuw enthousiast en met volle overtuiging op intekenen.

Zorgtraject Diabetes

In 2009 werden in België twee zorgtrajecten opgestart: één voor chronische nierinsufficiëntie (sinds 1 juni 2009) en één voor diabetes type 2 (sinds 1 september 2009). In 2010 kwamen de zorgtrajecten pas goed op gang. Een zorgtraject organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte, met als doel de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Het vereist de samenwerking tussen patiënt, huisarts en specialist, en wordt bekrachtigd in een 'zorgtrajectcontract', ondertekend door de drie partijen voor de duur van vier jaar.

Diabeteseducatie

Bij de praktische uitvoering van de zorgtrajecten waren er veel onduidelijkheden. Zo was er de discussie of een diabeteseducator in de eerste lijn nog educatie mocht geven aan een patiënt die reeds een opstarteducatie

had gekregen in het conventiecentrum. Na overleg met de bevoegde instanties in het RIZIV kregen deze en andere problemen een oplossing. Zo werd beslist dat, vanaf 1 januari 2011, een patiënt die een zorgtraject diabetes type 2 sluit, tijdens het kalenderjaar waarin zelfregulatie in een diabetesconventiecentrum werd gestart, nog opvolg- en extra-educatie in geval van problemen kan krijgen in de eerste lijn.

Actieplan

Eind 2010 werd bij het RIZIV het begeleidingscomité zorgtrajecten samengesteld om tegen eind 2012 een evaluatie te kunnen maken van de zorgtrajecten. Het Wit-Gele Kruis is vertegenwoordigd in dit comité. In 2010 traden de lokale multidisciplinaire netwerken in werking (LMN): dit is een samenwerking van de lokale huisartsenkring(en) met de lokale geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT) rond een actieplan, ter promotie en ondersteuning van het gebruik van de zorgtrajecten.

Zorgtrajectpromotor

De coördinatie in een LMN ligt in handen van een zorgtrajectpromotor, die samenwerkingsverbanden moet tot stand brengen en in de regio een netwerk moet uitbouwen van zorgverleners. Hij/zij informeert en motiveert zorgverleners in de regio, inventariseert noden en knelpunten en werkt oplossingsgericht.

Enkele cijfers

In 2010 werden door diabeteseducatoren van het Wit-Gele Kruis 10.719 diabeteseducaties gegeven aan 2225 diabetespatiënten binnen een zorgtraject: dit vertegenwoordigde 95,1 % van alle educaties. De overige 4,9 % van de educaties werd gegeven aan patiënten die niet in een zorgtraject begeleid werden. Zowel verpleegkundigen- als diëtisten-diabeteseducatoren voerden deze educaties uit. Gemiddeld ontvingen 166 diabetespatiënten per maand een opstarteducatie in het kader van een zorgtraject.

Educatiekaart diabetes

Bij de educatie van diabetespatiënten - ook in het kader van de zorgtrajecten - wordt de educatiekaart diabetes gebruikt, die in 2010 aan een herdruk toe was. De inhoud van de kaart werd uitgebreid met info over de nieuwe medicatie en vernieuwde inzichten in de behandeling van diabetes en preventie van diabetesverwikkelingen. Van de educatiekaart 2010 hebben we 3300 exemplaren gedrukt en verdeeld over de vijf provinciale Wit-Gele Kruisverenigingen.



“ Gemiddeld **166** diabetespatiënten per maand ontvangen een opstarteducatie (zorgtraject). ”

Terugkomdag diabeteseducatoren

Op 23 september 2010 organiseerde het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen in het Provinciehuis van Vlaams-Brabant een 'terugkomdag' voor alle diabeteseducatoren van het Wit-Gele Kruis. De 64 aanwezigen volgden een gevarieerd programma dat als goed tot zeer goed werd geëvalueerd. Alle diabeteseducatoren van het Wit-Gele Kruis beschikken over het specifiek registratienummer voor de diabeteseducator, wat overeenkomt met het bewijs van een volwaardige opleiding.

Psychiatrische zorg thuis

Thuisverpleegkundigen moeten steeds meer kwetsbare patiënten met psychische stoornissen verzorgen of thuis begeleiden. Deze ambulante patiënten bezoeken vaak ook een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Thuisverpleegkundigen en huisartsen volgen de patiënt van nabij op en zijn dan ook ideaal geplaatst om aan preventie te doen: aan primaire (bijv. overbelasting mantelzorgers voorkomen) aan secundaire (bijv. problemen vroegtijdig opsporen) of aan tertiaire preventie (bijv. herstel of invalidering voorkomen). Thuisverpleegkundigen nemen ook deel aan de projecten die de zorg thuis organiseren voor de patiënt, met name de therapeutische projecten en de projecten psychiatrische zorg thuis.

Nieuw model

Tijdens de interministeriële conferenties Volksgezondheid (2009 – 2010) hebben de federale overheid en de gemeenschappen zich ertoe verbonden om het bestaande aanbod in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) open te stellen voor de realisatie en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intra- en extramurale voorzieningen. Voor elke patiënt wordt die zorg aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt, en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt. De verschillende overheden hebben hiertoe een nieuw model voor GGZ ontwikkeld: een model van zorgnetwerken en -circuits. De federale overheid en de gemeenschappen hebben daarom een gezamenlijke oproep gelanceerd voor projecten in de GGZ zodat de zorg voor psychiatrische patiënten anders kan worden georganiseerd (artikel 107 van de ziekenhuiswet).

Billijke vergoeding

Het Wit-Gele Kruis heeft gespecialiseerde verpleegkundigen psychiatrie, die de thuisverpleegkundige en de patiënt kunnen ondersteunen in complexe situaties. De organisatie ijvert daarom ook voor een billijke vergoeding voor thuisverpleegkundigen en gespecialiseerde thuisverpleegkundigen psychiatrie bij deze specifieke zorgverlening.

Totaalzorg

In het licht van deze hervormingen is het Wit-Gele Kruis begonnen met het uitwerken van een visie op psychiatrische zorg thuis. Door de unieke vertrouwensrelatie met de patiënt is de thuisverpleegkundige in staat totaalzorg aan te bieden waarbij zelfredzaamheid en het welzijn van de patiënt voorop staan. En dit in een multidisciplinair teamverband. De thuisverpleegkundigen, met of zonder specialisatie in de psychiatrische thuisverpleging, delen kennis en kunde om zo optimale zorg te kunnen verlenen.



“
Zelfredzaamheid en het
welzijn van de patiënt
staan voorop in een
multidisciplinair
teamverband.”



De geslaagde cursisten van de kadercursus.

Stepped-care model

Het Wit-Gele Kruis werkte mee aan het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de multidisciplinaire samenwerking (met zorgbemiddelaar) rond de opvang in de eerste lijn voor patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen. Slechts die zorg die nodig is, moet geboden worden: van minder naar meer gespecialiseerde zorg volgens noodzaak (stepped-care model).

Kadercursus 'Beleid en Leiding geven in de thuisverpleging'

Op vraag van verschillende provincies organiseerde het Wit-Gele Kruis, in samenwerking met het NVKVV en voor de eerste maal met de Katholieke Hogeschool Limburg, haar zesde kadercursus 'Beleid en Leiding geven in de thuisverpleging'.

Vernieuwing troef

Voor het eerst vond deze kadercursus plaats in de nieuwe gebouwen van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Inhoudelijk werd aan het programma gesleuteld in functie van de huidige evoluties en rekening houdend met voorgaande evaluaties. Zo werd een nieuwe module toegevoegd: 'Arbeidswetgeving, sociaal overleg en CAO's'. Andere nieuwe onderwerpen waren o.a. functiedifferentiatie, RIZIV-controles, het verpleegkundig dossier, financiële tegemoetkomingen in de thuiszorg en een introductie van de website van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Ook nieuw was de gezamenlijke cursusdag 'Kwaliteit en Zorgverlening' die docenten uit vier Wit-Gele Kruisprovincies samen hebben voorbereid en gedoceerd.

Een deels vernieuwde groep van gemotiveerde docenten stond klaar om de 20 enthousiaste cursisten doorheen het uitgebreide cursusmateriaal te gidsen. Om het getuigschrift te behalen was deelname aan de vijf modules vereist, en moest een examen worden afgelegd. Het examen omvatte het schrijven van een 'paper' over een actieplan voor de eigen afdeling en de presentatie en de verdediging van de 'paper' voor de jury.

Terugkomdag

In het najaar werd een terugkomdag georganiseerd waarbij de focus lag op de reflectie over leerpunten vanuit de kadercursus en een debat over het inzetten van de zorgkundigen. De officiële uitreiking van de diploma's met aansluitend een receptie, sloten de terugkomdag af. Voor de cursisten was de zesde kadercursus alvast geslaagd.

De honoraria voor de thuisverpleging werden lineair geïndexeerd met 0,93 % vanaf 01/01/2010. De programmawet (23/12/2009 - BS 30/12/2009) voorzag in een aanpassing van het remgeld voor de FFB van 15 % naar 10 %, met ingang vanaf 01/02/2010. De invoering van nieuwe verstrekkingen 'vervangen van suprapubische sonde met ballon' en 'vervangen van gastrostomiesonde met ballon' waarvoor in 2009 concrete voorbereidingen werden getroffen, werden uitvoerbaar vanaf 01/02/2010 (KB 24/11/2009 – BS 07/12/2009).

Vergoeding ongemakkelijke uren

In het kader van de uitvoering van het 'Attractiviteitsplan Verpleegkunde in de sector thuisverpleging', werden voorbereidingen getroffen om een equivalent uit te werken voor de vergoeding voor ongemakkelijke uren, zoals dit voor verpleegkundigen en zorgkundigen in ziekenhuizen en ROB/RVT was voorzien. Met het voorstel voor een 'Vergoeding voor herhaaldelijk noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten' werd een oplossing uitgewerkt voor zowel zelfstandige als loontrekkende thuisverpleegkundigen. Er is een extra vergoeding van 0,56 euro per bezoek voor het 3de, 4de en 5de bezoek bij forfaitpatiënten. De maatregel wordt met terugwerkende kracht uitgevoerd vanaf 01/01/2010 (KB 19/01/2011 - BS 07/02/2011). Ondertussen werden concrete afspraken uitgewerkt hoe deze extra vergoedingen met terugwerkende kracht kunnen gevorderd worden bij de verzekeringsinstellingen.

KCE-project

In 2009 werd meegewerkt aan het KCE-project 'Financiering Thuisverpleegkunde in België'. De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringinstellingen kreeg op 20/04/2010 de voorstelling van het eindrapport. De bespreking van de resultaten stelt verwachtingen naar mogelijk bijkomende onderzoeksopdrachten. Minister L. Onkelinx heeft hiervoor concrete suggesties gevraagd aan de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringinstellingen in het RIZIV. Omdat er gekozen werd om zorgvuldig te werk te gaan, werd een werkgroep financiering thuisverpleging opgericht binnen de Overeenkomstencommissie. De besprekingen concentreerden zich al snel op twee belangrijke problematieken die

door twee aparte werkgroepen behandeld worden: enerzijds de nood aan een begin van praktijkfinanciering in de sector thuisverpleging, en anderzijds de dringende noodzaak tot het uitklaren van het gebruik van de Katz-schaal in de thuisverpleging.

Evaluatie zorgforfaits

Het aantal afscoreningen in de thuisverpleging is hoog. Dat bleek enerzijds uit de recente evaluatie van het gebruik van de zorgforfaits B in de thuisverpleging door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV, en anderzijds uit de evaluatie van de vernieuwde controle op zorgforfaits door mutualiteiten door het Nationaal College van Adviserende Geneesheren. Uit beide evaluaties blijkt de noodzaak tot ernstige bijsturing van het gebruik van de Katz-schaal in de thuisverpleging.

Nieuwe samenstelling Conventiecommissie

De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringinstellingen werd anders samengesteld vanaf 20/4/2010. Hiermee werd uitvoering gegeven aan de wet van 21 april 2007. De vernieuwde samenstelling voorziet vier vertegenwoordigers van Diensten voor Thuisverpleging (twee Nederlandstalige uit VFDT en twee Franstalige uit C SSDI) en vier vertegenwoordigers van zelfstandige verpleegkundigen in hoofdberoep (één uit het Kartel Zelfstandige Thuisverpleegkundigen (Mederi, NVKVV, e.a.) en drie vertegenwoordigers van het Kartel Zelfstandige Verpleegkundigen).

Voor de vertegenwoordiging van zelfstandige verpleegkundigen, werd de noodzakelijke telling uitgevoerd van de leden van beroepsverenigingen van exclusief zelfstandige verpleegkundigen met voltijdse activiteit (tweetalig). De telling van de zelfstandige verpleegkundigen in hoofdberoep zal om de vier jaar plaatsvinden. Langs de zijde van de verzekeringsinstellingen hebben zich geen wijzigingen voorgedaan. Het huisreglement voor de werking van de Overeenkomstencommissie en haar werkgroepen werd hernieuwd.





Uitbreiding diensten eHealth

eHealth maakt als recent opgestarte organisatie een snelle groei door. Enkele belangrijke dossiers voor de zorgverstrekkers kwamen inmiddels op tafel: toegangs- en beveiligingsregels voor de gebruikers van eHealth, aantonen van het bestaan van een therapeutische relatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt, ... Voor de verpleging zullen deze regels nog in het bijzonder aangepast worden. Vanuit de zorgverstrekkers dringen we erop aan werk te maken van de samenstelling van het gebruikerscomité voor eHealth.



De diensten die door eHealth worden aangeboden breiden snel uit. Steeds meer overheden, organisaties en zorgverstrekkers wensen ervan gebruik te maken. In dit verband werden belangrijke stappen gezet binnen de Vlaamse Overheid om aan te sluiten op eHealth o.a. met het project voor

de ontwikkeling van de Eerstelijnskluis. Daarnaast werden belangrijke inspanningen geleverd om BelRAI in het kader van de zorgvernieuwingsprojecten toegankelijk te maken voor nieuwe beroepsgroepen die buiten de klassieke groep vallen van de federale gezondheidszorgberoepen.

Recip-e

Via het NVKVV participeert het Wit-Gele Kruis aan een consortium van de belangrijkste organisaties van zorgverstrekkers in het Plootproject 'Ambulant elektronisch voorschrift' Recip-e. Het gaat om een project dat een generieke manier van elektronisch voorschrijven wil uittesten: voor geneesmiddelen, verpleegkundige zorg, kiné, enzovoort.

MyCareNet

De sector thuisverpleging participeerde in de concrete pilootfase voor MyCareNet. In functie hiervan werden heel wat noodzakelijke aanpassingen voorbereid aan de sectorspecifieke regelgeving.

Er wordt in de eerste plaats gestreefd naar administratieve vereenvoudiging. Men maakte de inschatting dat tegen eind 2010 reeds 40 % van de thuisverpleegkundigen actief zou werken met MyCareNet. Tegen medio 2012 wordt de verplichte toepassing in de sector thuisverpleging verwacht.

Het verpleegkundig dossier in de praktijk

De thuisverpleegkundigen namen in 2009 kennis van de resultaten van het evaluatie-project DGEC 05/011: het verpleegkundig dossier in de praktijk. Deze studie toonde een concreet beeld van hoe thuisverpleegkundigen hiermee omgaan en hoe de eigen regelgeving te beperkt gekend en toegepast was. Hiervoor is sinds 2009 veel werk geleverd binnen een aparte werkgroep van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen. Ze heeft heel wat concrete oplossingen voorgesteld met een consensus van de betrokken partijen. Eind 2010 bleek dat deze voorstellen niet overeenkwamen met de vooropgestelde doelstelling van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle. Meteen werd gewerkt aan vereenvoudigde oplossingen die begin 2011 hun goedkeuring moeten krijgen in de Overeenkomstencommissie. We verwachten nog meer duidelijkheid over de frequentie en de aard van de rapportage in het verpleegkundig dossier en over de concrete betekenis van de begrippen planning en evaluatie.

Katz-schaal voldoende gekend?

Medio 2010 bracht de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle een alarmerend verslag uit van het onderzoek over 'Het gebruik van het forfait B in de thuisverpleging'. Voor alle onderzochte groepen van thuisverpleegkundigen wordt een overscoring FFB teruggevonden. Er werden gerichte controles uitgevoerd bij drie categorieën van verpleegkundigen:

- 1) De 'topconsumers', met de absolute hoogste profielen in het attesteren van forfait B.
- 2) De 'in forfait B gespecialiseerde verpleegkundigen', die een hoog percentage van hun omzet uit forfait B haalden.
- 3) Een 'controlegroep' van thuisverpleegkundigen met een jaarmzet groter dan 50.000 euro waarvan 20 % tot 30 % uit forfait B-attestering kwam.

Bij de 'topconsumers' en de 'in forfait B gespecialiseerde verpleegkundigen' werden frequenter inbreuken vastgesteld bij attesteren van FFB. De grote presteerders begingen ook inbreuken bij meer van hun patiënten dan de controlegroep, en de eersten behaalden ook frequenter overscoringen. Om dit op te lossen stelde de DGEC verregaande maatregelen voor zoals voorschrijfplicht voor forfait B, het invoeren van een maximum aantal vergoedbare forfaits per verstrekker en per dag, het verstrekken van informatie door het ziekenfonds over geattesteerde bedragen voor forfaitzorg, meer preventief optreden door de DGEC (nl. verstrekken van info aan verpleegkundigen over correct toepassen van de evaluatieschaal van Katz en meer gericht en vooral vroeger controleren).

Is de kennis over het gebruik van de Katz-schaal voldoende? Is het systeem van de forfaitbepaling voldoende eenduidig en voldoende veilig tegen misbruik? Het gaf aanleiding tot specifiek onderzoeks- en aanpassingswerk in de Werkgroep KATZ binnen de overeenkomstencommissie. We verwachten een diepgaande discussie over de interpretatieregels van de items transfer, mobiliteit en incontinentie. De thuisverpleegkundigen



willen het negatieve beeld dat hierdoor ontstaat over de sector met doorslaggevende argumenten ontkrachten en waar mogelijk dit verder voorkomen.

Informatief document

Binnen de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle presenteerde de Infobox RIZIV in 2010: 'Wegwijzer voor de startende verpleegkundige in de thuiszorg'. Het is een sterk informatief document voor iedere startende of actieve thuisverpleegkundige.

Begroting 2011

Kort voor de zomer 2010 werd hard gewerkt aan de opmaak van de begroting 2011. Het leverde een pittig debat op over een al dan niet verantwoorde groeinorm van 4,5 % voor de uitgaven in de ziekteverzekering. Het Verzekeringscomité voorzag, op voorstel van de verzekeraars, naast een indexverhoging met 1,4 % voor de tarieven van de nomenclatuur thuisverpleegkunde en rekening houdend met schaars beschikbare middelen, enkel budget voor drie minimale nomenclatuuraanpassingen of nieuwe nomenclatuurnummers: het bezoek van een stomaverpleegkundige voor 0,258 miljoen euro, de uitbreiding van de oogindruppeling pre- en postoperatief voor 0,196 miljoen euro en de uitbreiding bezoek referentieverpleegkundige bij complexe wondzorg voor 0,108 miljoen euro.

De Commissie voor Begrotingscontrole maakte voor de thuisverpleging de opmerking om behoedzamer om te gaan met het toekennen van zorgforfaits aan patiënten en na te denken over een eerder voorstel voor het systematisch doorsturen van een factuur over de verstrekte zorgen aan de patiënt.

In de Algemene Raad van oktober 2010 werd het Voorstel van de vertegenwoordigers van de Regering aan de Algemene Raad van het RIZIV besproken. Hierin blijft de groeinorm behouden, maar zal er voor 1 miljard reserveringen gebeuren buiten de Ziekteverzekering.

Een extra budget van 600.000 euro wordt voorzien voor de hervorming van de GGZ, ondermeer om de zorgbemiddelingsfunctie of de referentiepersoon GGZ in de eerste lijn te financieren. De voorstellen van de verzekeringsinstellingen kwamen te vervallen onder impuls van de regering. Er is wel bijkomend budget van 3 miljoen euro op jaarbasis voorzien voor het wekelijks klaarzetten van medicatie bij specifieke doelgroepen van patiënten (o.m. dementerenden, patiënten met visusstoornissen, patiënten die problemen hebben met fijne motoriek, ... NIET bij forfaitpatiënten!).

Indexering honoraria

De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringinstellingen keurde de lineaire toepassing goed van de index van 1,4 % op de honoraria voor de thuisverpleging vanaf 1/1/2011.

Permanente vorming in de thuisverpleging

In 2010 werd intensief gewerkt aan het opzetten van een systeem voor 'Vergoeding permanente vorming in de thuisverpleging', als aanzet voor een accrediteringssysteem. In het budget 2010 werd 1.750.000 euro voorzien wat pas verdeeld zal worden medio 2011.

Tegemoetkomend aan de hoge ICT-vereisten voor dit systeem kwamen ook de zorgverstrekkers en de RIZIV-administratie tot een vereenvoudigd voorstel waardoor thuisverpleegkundigen jaarlijks voor een vergoeding van 175 euro minstens 5 uur permanente vorming kunnen volgen, mits ze aan alle voorwaarden voldoen. De komende weken mag de concrete uitwerking hiervan verwacht worden.

Wekelijks klaarzetten van medicatie

Er werd ook een heel jaar werk geleverd aan een concreet voorstel voor het 'Wekelijks klaarzetten of voorbereiden van orale medicatie bij de patiënt thuis'. Met het beperkte budget 2010 leek het onmogelijk om tot een haalbaar voorstel van nieuwe nomenclatuur

te komen. Met de begroting 2011 kwam extra budget op jaarbasis beschikbaar om een aangepast voorstel uit te werken voor een specifieke doelgroep van patiënten. Het voorstel wordt nu verder onderhandeld om na de zomer 2011 wellicht van toepassing te worden.

Pilootproject Zorgkundigen verlengd

De verpleegkundige zorgverstrekkers drongen aan op duidelijkheid over het verder verloop van het Pilootproject Zorgkundigen. Normaal eindigde het project op 31/05/2011. Inmiddels werd een verlenging van het project goedgekeurd tot 31/12/2011. De betrokken diensten voor thuisverpleging die al voor 31/12/2010 deelnamen aan dit project, kunnen via een wijzigingsclausule bij hun overeenkomst de verlenging aanvragen. Onder tusschen werkt de wetenschappelijke begeleidingsequipe hard aan de kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie van dit project. Kort na de zomer 2011 zal de evaluatie besproken worden en wordt er gewerkt aan de structurele inbedding van de inzet van zorgkundigen in de nomenclatuur van de thuisverpleging.



Onderzoek

Vrijheidsbeperkende maatregelen: een probleem in de thuiszorg?

Het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen voerde een kwalitatief onderzoek uit naar de ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Na analyse van de 14 interviews met thuisverpleegkundigen zijn dit de belangrijkste resultaten:

- Er is heel wat onduidelijkheid rond het begrip 'vrijheidsbeperkende maatregelen' bij de thuisverpleegkundigen. Zij kunnen geen eenduidige invulling geven van het concept en komen doorheen het interview tot een grotere bewustwording. Daarnaast is er onduidelijkheid over de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot deze maatregelen. De onduidelijkheid van het begrip wordt vergroot doordat er binnen de afdeling geen duidelijk, transparant beleid beschikbaar is. Opvallend is dat de verpleegkundigen de thuiszorg vergelijken met de ziekenhuiscontext.
- Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een complex en interactief gebeuren tussen patiënt, familie en verpleegkundigen. De familie heeft hierin een belangrijke invloed.
- Thuisverpleegkundigen proberen om op een professioneel verantwoorde manier met vrijheidsbeperkende maatregelen om te gaan. Zij streven in de eerste plaats naar goede zorg voor de patiënt en zijn familie.

Goede zorg betekent voor hen 'goed doen', veiligheid garanderen en het behoud van de patiënt in de thuissituatie. Door de afwezigheid van een beleid terzake en door de eigenheid van de thuiszorg, is het voor de thuisverpleegkundigen een zoektocht om met situaties waarin vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, om te gaan. Zij doen dit door een samenspel van empathisch en doordacht handelen, vaak in samenwerking met het team.

- Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft een grote impact op de verpleegkundigen zelf. Het gaat gepaard met heel wat belevingen, die naargelang de situatie positief of negatief zijn.
- Er is variatie in de ervaringen van thuisverpleegkundigen naargelang de huisarts en de zorgsituatie.

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is ook een problematiek van de thuiszorg. Naast een goede begripsomschrijving, het ontwikkelen van een duidelijk beleid, een richtlijn en een prevalentietelling, is verder onderzoek nodig naar de ervaringen van andere gezondheidswerkers, van de familie en de patiënt. Het volledige onderzoeksrapport is terug te vinden op:

www.witgelekruis.be

Decubituspreventie

Op 27 mei 2010 werd in alle provincies voor de zesde maal een registratie uitgevoerd van decubitusletsels en preventieve maatregelen bij een steekproef van patiënten die omwille van hun zorgbehoefendheid een verhoogd risico hadden om decubitus te ontwikkelen.

De samenstelling van de steekproef van 6405 patiënten was naar geslacht, leeftijdscategorieën en zorgbehoefendheid (volgens de Katz-vergoedingscategorieën) statistisch niet significant verschillend van de steekproef uit 2008. Vermits in de decubitusregistratie van 2007 voor het eerst een nieuw schema voor de detectie van een verhoogd risico op decubitus werd toegepast om risicopatiënten af te bakenen, hebben we de resultaten van de laatste 3 registraties vergeleken.

In 2010 bedroeg de proportie van de risicopatiënten 60,2 % van alle patiënten in de steekproef, ongeveer even groot als de proporties van het jaar 2008 (61,4 %) en 2007 (61,5 %).

In 2010 was er een status quo t.o.v. 2008 in het aantal risicopatiënten waarop effectieve maatregelen waren toegepast (23,3 %), hetgeen de verbeterde kwaliteit van decubituspreventie ten opzichte van 2007 (18,0 %) verder bevestigt.

Een minder gunstige trend blijft echter de afwezigheid van preventieve maatregelen bij een toegenomen proportie risicopatiënten in 2010 (31,0 %) en 2008 (32,1 %) ten opzichte van 2007 (26,0 %) (**Figuur 1**: proporties risicopatiënten naargelang de toepassing van maatregelen voor decubituspreventie voor 2007, 2008 en 2010).

De aanwezigheid van decubitusletsels bij de totale onderzoekspopulatie was in 2010 (8,2 %) quasi gelijk aan deze van 2008 (7,9 %) maar sterk gedaald ten opzichte van 2007 (13,3 %). Sinds 2005 is de aanwezigheid van decubitusletsels sterk afgenomen (**Figuur 2**: prevalentie van decubitusletsels bij de volledige onderzoekspopulatie tijdens de zes opeenvolgende registraties).

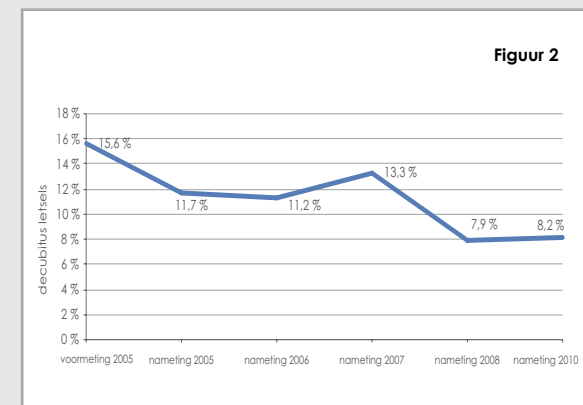
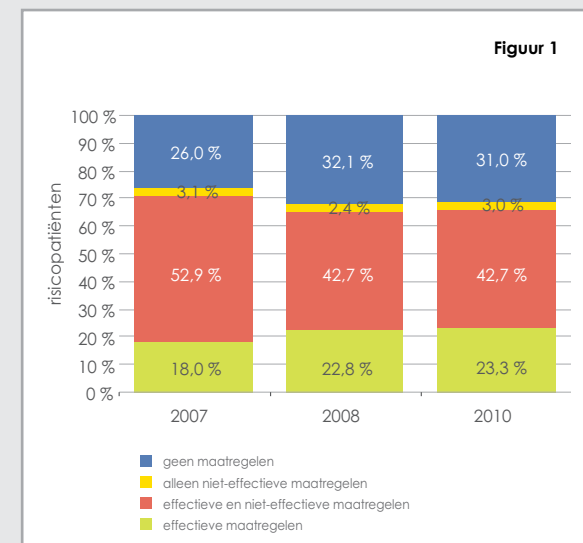
Wellicht kunnen we de significante verbetering van de verpleegkundige zorg en van de mantelzorg toeschrijven aan meerdere factoren. Omdat we binnen het Wit-Gele Kruis al sinds 2005 systematisch aandacht besteden aan decubituspreventie, is er op vele aspecten vooruitgang geboekt. Verpleegkundigen werden beter geïnformeerd en gevormd. Patiënten en mantelzorgers werden meer gemotiveerd om te participeren aan de preventie, onder meer met behulp van de specifieke patiëntenfolder. Het resultaat van dit alles was dat er meer effectieve preventie werd toegepast en dat er uiteindelijk minder patiënten één of meerdere decubitusletsels hadden. Bovendien vertoonden de patiënten minder letsels en waren de aanwezige letsels minder ernstig. Het blijft voor het Wit-Gele Kruis een uitdaging om deze evolutie positief te onderhouden en verder gunstig te laten ontwikkelen.

Project 'Diabeteseducaties eerste lijn'

Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant neemt deel aan het project 'Diabeteseducatie in de eerste lijn'. Dit project is een initiatief van SIT/GDT Netwerk Thuiszorg vzw en de huisartsenkringen uit Ternat, Roosdaal, Lennik, Asse, Merchtem, Meise en Opwijk. Men biedt in dit project gratis educatie aan type 2 diabetespatiënten, na verwijzing door de huisarts naar de diabeteseducator. Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant had graag nagegaan welke effecten deze educaties hadden. Eind 2009 startte de Federatie met een prospectieve cohortstudie met pretest-posttest design. Het effect van educatie bij een groep type 2 diabetespatiënten op vlak van psychisch welbevinden, ervaren hindernissen/obstakels met betrekking tot educatie-adviezen en het effect op klinische parameters (BMI, HbA1c ...) werd in kaart gebracht. De studie omvatte in 2010 in totaal 49 patiënten. De opvolging van de patiënten loopt zes maanden verder zodat de gegevensverwerking kan starten medio 2011.

Evaluatie pilootproject zorgkundigen (RIZIV)

In dit derde, en voorlaatste projectjaar, ligt de focus op het verwerven van inzicht in de ervaringen met en de beleving van het inzetten van zorgkundigen in de thuisverpleging. Voor het Wit-Gele Kruis namen twee verantwoordelijken, vier verpleegkundigen en vier zorgkundigen deel aan de diepte-interviews. Uit de analyses van deze tien interviews leiden we af dat de zorgkundigen zeker hun plaats hebben in de Diensten voor Thuisverpleging.



Maar tegelijk wordt de problematiek bevestigd rond de registratie van de zorgkundige (lange wachttijd), alsook de onduidelijkheid rond de opleiding die leidt tot de titel 'zorgkundige'.

Wat betreft de opleiding van zorgkundigen is het belangrijk dat er ook stageplaatsen worden voorzien in de thuiszorg en dat er specifieke vormingen/bijscholingen worden georganiseerd voor zorgkundigen. Verder kunnen we niet stellen dat de komst van de zorgkundige werkdrukverlagend is: het plannen van een ronde voor een zorgkundige gebeurt handmatig en is altijd in functie van de individuele patiëntsituatie en de individuele zorgnoden en -behoeften. Het plannen en organiseren van de controlebezoeken brengt dus heel wat puzzelwerk met zich mee. De analyses



bieden geen pasklaar antwoord op het al dan niet uitbreiden van het activiteitenpakket van de zorgkundige.

Verder zijn we van mening dat er niet moet worden gesleuteld aan de huidige financieringswijze van de zorg-

kundige, maar vinden we het wel aangewezen na te denken over het voorzien van aparte nomenclatuurcodes voor die zaken die gegroepeerd worden geregistreerd (bijv. stomazorg wordt geregistreerd onder 'complexe wondzorg'). Ten slotte kunnen we stellen dat in de supervisie de nadruk vooral wordt gelegd op het uitvoerend-controlerend aspect, in plaats van op het begeleidend en ondersteunend aspect. Een herdefiniëring van een supervisie-/controlebezoek naar een opvolgbezoek is hierbij aangewezen.

Naast de diepte-interviews hebben we de kwantitatieve analyses verder verfijnd naar een analyse per deelnemende organisatie. In de Wit-Gele Kruisprovincies hebben in totaal 1244 verpleegkundigen (50,2 % en 31,2 % van het aantal

verpleegkundigen in respectievelijk Vlaanderen en Wallonië) bij 22.083 patiënten een totaal van 177.774 activiteiten geregistreerd. Daarnaast hebben 74 zorgkundigen (26,7 % en 13,8 % van het aantal zorgkundigen in respectievelijk

Vlaanderen en Wallonië) bij 961 patiënten een totaal van 7273 activiteiten geregistreerd. Wat neerkomt op een gemiddelde van 17,8 patiënten per verpleegkundige en 13,0 patiënten per zorgkundige.

Binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen is men inmiddels sterk overtuigd van het gepast en oordeelkundig inzetten van zorgkundigen onder toezicht van een verpleegkundige en actief binnen de gestructureerde verpleegequipe in haar afdelingen, om welomlijnde verpleegkundige handelingen voor de verpleegkundige uit te voeren bij patiënten waar het aanbieden van thuisverpleging geïndiceerd is. Wellicht zullen thuisverpleegkundigen op termijn vaststellen dat het verpleegkundig toezicht en de ondersteuning minder noodzakelijk wordt vanuit de gestructureerde verpleegequipe, gezien de verbeterde toestand en situatie van de patiënt, en dat aldus sneller aan de patiënt kan voorgesteld worden bepaalde vormen van zorg en bijstand over te laten nemen door een polyvalent verzorgende.

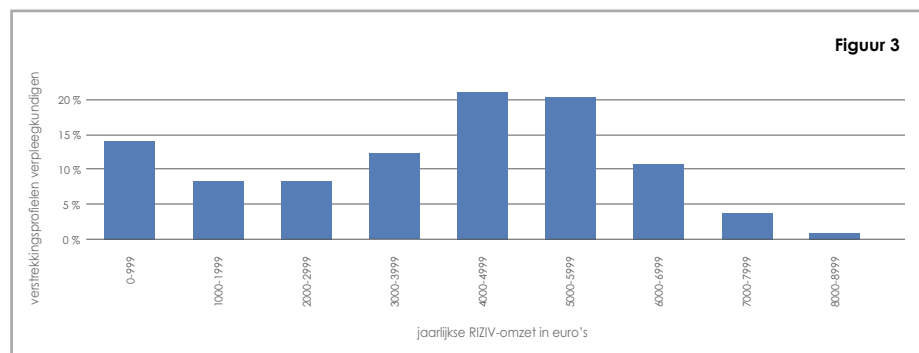
Ons inziens moet het inzetten van zorgkundigen in de thuisverpleging beperkt blijven tot maximum 10% of gemiddeld maximum 1 VTE zorgkundige per 10 VTE's verpleegkundigen, die ingezet worden binnen een gestructureerde en bij voorkeur erkende dienst voor thuisverpleging.

Aan de taakomschrijving voor de zorgkundigen kan ons inziens niet wezenlijk geraakt worden zolang de opleiding voor zorgkundigen niet degelijker wordt uitgebouwd voor de uitvoering van meer specifieke verpleegkundige taken.

Verstrekingsprofielen

Het RIZIV gaf in 2010 inzicht in cijfers over de zorgverlening van 2008. Uit de cijfers van de totale verstrekingsprofielen bleek dat de profielen van het Wit-Gele Kruis sterk afwijken van de profielen van de andere thuisverpleegkundigen. De verdeling van de verstrekingsprofielen van het Wit-Gele Kruis vertoont een kleinere spreiding rond het gemiddelde. De profielen van de andere verpleegkundigen vertonen een grotere spreiding met proportioneel meer 'kleinere verstrekkers' en meer thuisverpleegkundigen met een RIZIV-omzet van meer dan 100.000 euro op jaarbasis (**Figuur 3**).

“ Verder onderzoek is nodig naar de ervaringen van **andere gezondheidswerkers**, van de familie en de patiënt. ”



Publicaties



'Thuis Verplegen'

Thuis Verplegen, een uitgave van de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (VFDT), verschijnt driemaandelijks. Het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen staat in voor de hoofdredactie van dit vakblad voor thuisverpleegkundigen.

In 2010 werd Thuis Verplegen gerestyled. Degelijkheid en een vlotte en aantrekkelijke stijl zijn hierbij de sleutelwoorden. Er werd o.a. nog meer nadruk gelegd op de rol van de thuisverpleegkundige en op aandachtspunten, aangevuld met de nodige afbeeldingen. De klassieke thema's ('Vinger aan de pols' & 'Recente boeken', 'Beleid' en 'Test je kennis') bleven behouden.

Dit jaar lag de focus op urologische & nefrologische problemen (bijv. chronisch nierfalen). Daarnaast kwamen tal van andere thema's aan bod zoals oesofagitis & gastritis, gehoorproblemen bij ouderen en diversiteit in de gezondheidszorg.

Verder liepen thuisverpleegkundigen met een bijzondere hobby (brandweer, marathonloopster, ...) in de kijker.

Provinciale nieuwsfeiten werden belicht in de katern van het Wit-Gele Kruis. Ook het volgend jaar belooft weer veel leesplezier dankzij boeiende thema's.

'Gezond Thuis'

Vier keer per jaar kijken patiënten uit naar 'hun magazine', Gezond Thuis. Het is een uitgave van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en het heeft een oplage van 132.276 exemplaren. Het magazine wordt gratis verstuurd naar patiënten en hun mantelzorgers in de provincies Antwerpen, Limburg, Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen. In Vlaams-Brabant ligt Gezond Thuis ook in de wachtkamers van huisartsen.

Het magazine geeft nuttige informatie over gezondheid en voeding. Praktische info komt aan bod in de rubrieken 'Tuintips' en 'Consumententips'. In de rubriek 'Blad voor de mond' worden onderwerpen met een licht taboegehalte bespreekbaar gemaakt, zoals depressie, incontinentie of bijgeloof.

Een vaste waarde in het magazine is het interview met een bekende Vlaming. In 2010 waren dat Tilly Stuckens, Marijn Devalck, Frieda Van Wijck en het ontwerperskoppel Els Robberechts en Aravinda Rodenberg.

De foto's bij de reportages zijn van fotografe Isabelle Persyn. In Vlaams-Brabant en Limburg heeft Gezond Thuis ook een regionale katern met provinciaal Wit-Gele Kruisnieuws.

De 'Huishoudagenda' en de 'Kalender' van het Wit-Gele Kruis

In 1949 zag de eerste huishoudagenda het licht. Het boek werd toen reeds aangeprezen als een onmisbaar instrument voor elke huisvrouw. Vaste items zijn: beheer van het gezinsbudget, veel ruimte om afspraken te noteren en praktische tips. In 2010 werd ook ontspannende en leerrijke lectuur aangeboden via stukjes uit onze publicatie 'Gezonde voeding - Natuurlijk!'. Doorlopend krijgt de lezer feestelijke, vegetarische of gewoon gemakkelijke recepten. Alles in één agenda.

Ook de Wit-Gele Kruiskalender behoort tot de vertrouwde jaarlijkse publicaties van het Wit-Gele Kruis. Het is samengesteld uit mooie kinderfoto's en bevat genoeg ruimte om afspraken en verjaardagen te noteren.

Handboek: 'Wegwijs in de thuisverpleging'

Wat zijn de belangrijkste evoluties in de thuisverpleging? Hoe wordt thuisverpleging gefinancierd? Wat zijn de mogelijkheden om als thuisverpleegkundige te werken? Wat is de eigenheid van de thuisverpleging? Wat is de plaats van de thuisverpleging binnen het huidige zorglandschap?

Het handboek Wegwijs in de thuisverpleging biedt een antwoord op deze vragen. De auteurs, medewerkers van de verschillende provincies van het Wit-Gele Kruis, zijn experts in de organisatie en de praktijk van thuisverpleging in België. Ze verwerkten een degelijke kennis van het beleid en hun jarenlange praktijkervaring tot een consistent verhaal. De eindredactie bij de ontwikkeling van dit handboek werd opgenomen door het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen.

Het boek richt zich in de eerste plaats tot studenten verpleegkunde in de hogescholen en het hoger beroepsonderwijs, daarnaast zullen ook startende thuisverpleegkundigen heel wat nuttige info in dit naslagwerk terugvinden.

Eerder theoretische uitweidingen over de regelgeving en voorzieningen in de thuisverpleging worden afgewisseld met concrete casussen uit de dagelijkse praktijk. Bijvoorbeeld over hoe de verschillende stappen van het verpleegproces worden ingevuld: het eerste bezoek, de anamnese, het vaststellen van verpleegproblemen, het bepalen van doelstellingen, het plannen van zorg en de evaluatie van de uitgevoerde zorg.

Verder wordt ingegaan op specifieke evoluties en trends in de thuisverpleging, de samenwerking met andere actoren in de zorg, de competenties waarover je moet beschikken om als thuisverpleegkundige te werken en de structuren waarin je aan de slag kunt. De lezer krijgt een duidelijk beeld van wat een ronde van een thuisverpleegkundige precies inhoudt. Dit boek heeft niet de ambitie allesomvattend te zijn, maar wel om een realistisch beeld te geven van wat het kan betekenen om in de thuisverpleging aan de slag te gaan.



Wetenschappelijke publicaties en presentaties door medewerkers van de Federatie

- De Vliegheer, K., Milisen, K., Wouters, R., Scheepmans, K., Paquay, L., Debaillie, R., Geys, L., Okerman, F., Van Deuren, I., Dierckx de Casterté, B., representing the Belimage Homecare group*. (2011). The professional self-image of registered home nurses in Flanders (Belgium): a cross-sectional questionnaire survey. *Applied Nursing Research*, 24 (1), 29-36.
- De Vliegheer, K., Paquay, L., Vernieuwe, S., & Van Gansbeke, H.. The experience of home nurses with an electronic nursing health record. (2010). *International Nursing Review*, 57, 508-513.
- De Vliegheer, K., L. Tobing, E., Moons, P., Paquay, L., & Van Gansbeke, H.. Kwalitatieve studie naar de integratie van zorgkundigen in het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, onderzoeksrapport, Nota WgVerpl. 2010/88, oktober 2010, Brussel.
- Paquay, L., Verstraete, S., Wouters, R., Buntinx, F., Vanderwee, K., Defloor, T., Van Gansbeke, H. Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest-post-test study. *Journal of Clinical Nursing* 2010, 19: 1803-1811.
- Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Heyman, H., Paquay, L., De Bacquer, D., Defloor, T. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Qual Saf Health Care* 2010 19(5). Published online. 29 juli 2010.
- Beeckman, D., Vanderwee, K., Demarré, L., Paquay, L., Van Hecke, A., Defloor T. (2010). Pressure ulcer prevention: development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 399-410.
- Paquay, L. De implementatie van de Belgische richtlijn voor decubituspreventie in de thuisverpleging. Lezing tijdens het verpleegkundig congres 'Samen bouwen aan veilige zorg' in het universitair ziekenhuis Gasthuisberg, 5 februari 2010 te Leuven.
- Scheepmans, K. Posterpresentatie – 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' tijdens het verpleegkundig congres 'Samen bouwen aan veilige zorg' in het universitair ziekenhuis Gasthuisberg, 5 februari 2010 te Leuven.
- Scheepmans, K. Posterpresentatie – 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' tijdens de Wintermeeting op 26 februari 2010 te Oostende.
- Scheepmans, K. De ervaringen van thuisverpleegkundigen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Mondelinge presentatie tijdens de Wetenschapsdag – Domus Medica 25 september 2010.
- Paquay, L. Innovatie in de zorg voor ouderen. Lezing tijdens het symposium 'Zorgidee: innovaties in de zorg', UHasselt, Campus Diepenbeek, 13 december 2010.
- Paquay, L. Een globale aanpak van de zorg bij stomapatiënten. Lezing tijdens het symposium 'Verzorging van stomapatiënten: Nieuwe oplossingen voor een betere levenskwaliteit' georganiseerd door Convatec, The Classic Domain te Beersel, 18 november 2010.
- Paquay, L., Glorieux, M. 'Het ambulante elektronisch verpleegkundig dossier' Workshop tijdens het 14de Colloquium 'Automatisering en zorgverlening', De Montil - Affligem, 18 mei 2010.
- Sermeus, W., Paquay, L., Pirson, M., Falez, F., Pacolet, J., Stordeur, S., Leys, M. Organising and financing nursing home care in Belgium. Studie in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2008-35.



Het Wit-Gele Kruis in de prijzen

Tijdens het verpleegkundig congres 'Bouwen aan veilige zorg' op vrijdag 5 februari 2010, werd de 'Verpleegprijs Juliette Van der Schueren' geschonken aan het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen.

Het universitair ziekenhuis Gasthuisberg en het Vlaamse Ziekenhuisnetwerk richtten deze prijs in en reikte ze uit tijdens dit congres.

De onderzoekers van het Wit-Gele Kruis, Louis Paquay e.a. hebben deze prijs ontvangen voor de inzending 'Implementatie van de Belgische richtlijn voor decubituspreventie in de thuisverpleging'. Het is al de tweede maal dat Wit-Gele Kruisonderzoekers deze prijs ontvangen. Het behalen van deze prijs toont aan dat 'samen sterk' een strategie is die vaak tot goede resultaten leidt en die gewaardeerd wordt. Het bedrag van 1000 euro dat aan de prijs verbonden is, wordt verder projectmatig aangewend in het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen.



Mevr. Lon Holtzer, Verpleegkundig Directeur van het UZ Leuven overhandigt de prijs aan dhr. Louis Paquay.

“ Het Wit-Gele Kruis ontvangt voor zijn onderzoeken voor de tweede maal de prijs de prijs Juliette Van der Schueren. ”



Verpleegprijs

Sociaal overleg

Het voltijds brugpensioen op 58 jaar verlengd tot 2013

De personeelsleden van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen hebben de mogelijkheid om te genieten van het conventioneel brugpensioen op 58-jarige leeftijd, al ontmoedigt het Generatiepact dit door zéér strenge en hoge vereisten qua anciënniteit te stellen.

Anderzijds activeert het Generatiepact het langer werken en biedt zij de mogelijkheid om op brugpensioen te gaan op 60 jaar, met soepele anciënniteitsvereisten.

Daarnaast voert deze collectieve arbeidsovereenkomst het nieuwe principe in van beloning van de loyaleit van de werknemers! Hoe langer tewerkgesteld in het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, hoe hoger het bedrag van de aanvullende vergoeding bij vertrek op brugpensioen.

Het sociaal overleg omzeild: het Attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep

In uitvoering van de politieke kaderovereenkomst van 4 maart 2010, is op 22 juni 2010 een Koninklijk Besluit tot uitvoering van het Attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep uitgevaardigd en retroactief in werking getreden vanaf 1 januari 2010.

Vanaf 1 januari 2010 werd een jaarpremie ingevoerd voor verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel (geriatrie) of bijzondere beroepsbekwaamheid (intensieve

zorg, geriatrie of oncologie) die de betrokken functie ook effectief uitvoeren. Helaas miste dit ministerieel initiatief een belangrijke opportuniteit om ook voor de sector thuisverpleging een reglementering en financiële omkadering uit te werken. Wij blijven ervoor ijveren dat de erkenning en de financiering van onze verpleegkundigen die een specialisatie uitvoeren binnen een expertfunctie in de toekomst structureel kan worden verankerd.

Ook vanaf 1 januari 2010 krijgt het personeel dat 'aan het bed van de patiënt' staat, een avondtoeslag. Aan onze verpleegkundigen en zorgkundigen wordt een toeslag toegekend van 20 % op het baremieuk uurloon, pro rata de effectief uitgevoerde prestaties, wanneer er prestaties geleverd worden tussen 19 u en 20 u. Bij cumul met een andere, bestaande toeslag voor onregelmatige prestatie, wordt enkel de hoogste toeslag toegepast.

Daarnaast stelt het besluit dat de 24 uren van een dag worden verdeeld in vier uurperiodes:

- dag: 8 u tot 18 u
- avond: 18 u tot 20 u
- nacht: 20 u tot 6 u
- ochtend: 6 u tot 8 u.

De toekenning van de bestaande nachtsupplementen wordt gekoppeld aan twee nieuwe voorwaarden waarvan de geleverde prestaties middernacht moeten overstijgen, ook al start de prestatie voor 20 u of eindigt ze na 6 u.

“ Binnen de dynamiek van het sociaal overleg een **mini sociaal akkoord** bereiken, wordt een belangrijke uitdaging.

”



Op weg naar een mini sociaal akkoord in 2011

De Regering in lopende zaken voorziet in de begroting van de federale gezondheidszorg een budget van 33,9 miljoen euro (voor de private sector) waarvan het recurrent budget voornamelijk zal ingezet worden tijdens de tripartite onderhandelingen, voor extra tewerkstelling en de uitbreiding van de aantrekkelijkheid van het beroep in de sector vanaf 2011. Volgende maatregelen liggen op de onderhandelingstafel:

1. Tweede pensioenpijler wettelijk en volwaardig uitbouwen (cf. sociaal akkoord 2005).
2. Vakbondspremies (oplossen structureel tekort ziekenhuissector m.b.t. een financiële regeling).
3. Vergoedingen uit het Attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep uitbreiden naar alle personeelsgroepen.
4. Banencreatie op basis van het oprichten van mobiele teams om de vervanging van onverwachte afwezigheden te kunnen organiseren en de uurroosters te stabiliseren.
5. Evenwicht werk/sociaal leven en arbeidsomstandigheden vooral wat betreft de opname van opeenvolgende verlofdagen.

Toch zullen op termijn deze middelen ruim onvoldoende zijn om tegemoet te komen aan de uitdagingen in de gezondheidszorg: het aantrekken van voldoende personeel om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg

(vergrijzing e.a.) op te vangen en op billijke wijze te voorzien in voldoende financiële ondersteuning van diensten voor thuisverpleging die exclusief werken met loontrekkende thuisverpleegkundigen. Bovendien zullen deze maatregelen ook coherent moeten zijn met de politieke beslissingen.

Het wordt beslist een belangrijke uitdaging om binnen de dynamiek van het sociaal overleg een mini sociaal akkoord voor 2011 te bereiken.

Op termijn komen deze middelen ruim onvoldoende tegemoet aan de uitdagingen in de gezondheidszorg: het aantrekken van voldoende personeel om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg op te vangen .



Gezinszorg 'Beter Thuis'

De dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) "BETER THUIS" van het Wit-Gele Kruis, heeft een zeer opvallend profiel. Negen op tien gebruikers (fachtigers) hebben zeer hoge BEL-scores en konden rekenen op een snelle opstart van hulp in dringende gevallen. De dienst verstrekt opmerkelijk veel 'onregelmatige' prestaties.

Deze dienst was actief in de provincies Limburg, Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Het Wit-Gele Kruis van West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant boden deze dienstverlening niet aan, maar werkten wel samen met het georganiseerd vrijwilligerswerk en partnerorganisaties die gezinszorg in hun regio aanboden.

Profiel gebruikers

In 2010 telden we 562 gebruikers, hoofdzakelijk 65-plussers (84,5 %) en gezinnen. De meerderheid van de gebruikers was vrouwelijk (70 %). De gemiddelde leeftijd bedroeg 79,3 jaar.

92,9 % van de gebruikers was zwaar zorgafhankelijk (min. BEL-score 35), een terugkerend opmerkelijk feit in de sector gezinszorg. De gemiddelde BEL-score voor de gebruikerspopulatie was 46,8.

Gebruikersbijdrage

De gemiddelde gebruikersbijdrage per uur verstrekte zorg bleef gehandhaafd op 4,18 euro (vorig jaar 4,11). Ten opzichte van vorig jaar was de gebruikersbijdrage voor gezinnen (4,06 euro) lichtjes lager (- 0,25 euro). Voor bejaarden (65+) was het met 4,20 euro wat hoger (+ 0,12 euro). De verplichte kortingen kwamen vooral ten goede aan de bejaarden (84,7 %).



Prestaties

In 2010 werd het contingent van 70.686 subsidiabele uren toegekend dat voor het tweede jaar op rij ten volle werd gerealiseerd (100,6 %). Gemiddeld ontving elke gebruiker 126,5 uren hulp- en dienstverlening en begeleiding, en gemiddeld 8,7 uren meer dan in 2009. Ook dit jaar steeg het aantal prestaties voor gezinnen (+ 2,8 %).

Kenmerkend voor de dienst is het grote volume aan onregelmatige prestaties, namelijk 22,8 % van de contingenturen! Gelet op het gemiddeld zeer hoge BEL-scoreprofiel en hoge leeftijd van de gebruikers, is de DGAT 'BETER THUIS' een buitenbeentje in de sector. Meer nog dan vorig jaar konden de gebruikers rekenen op een breder palet van individuele hulpverlening:

persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en psychosociale ondersteuning en begeleiding. In een aantal gevallen verwezen we door naar andere diensten (o.a. nachtzorg, vrijwilligerswerk, poets hulp).

Kwaliteitsbeleid

In 2010 zijn we gestart met de uitwerking en implementatie van een kwaliteitsbeleid en zelfevaluatiesysteem (balanced scorecard, actualisering van kwaliteitsprocessen, kwaliteitshandboek, enzovoort).

De tevredenheidsenquête (178 respondenten) toonde een tevreden gebruikersgroep met een significante trend van meer tevredenheid over de organisatie van de dienstverlening.

Zorg voor de eigen medewerkers

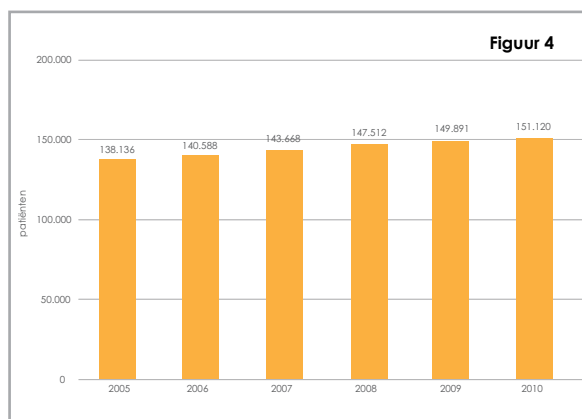
Op 31 december 2010 stelden we 96 polyvalent verzorgenden tewerk (51,2 VTE). Zij genoten een zeer verscheiden vormingsaanbod (2,5 % van de contingenturen). Hun arbeidstevredenheid bleek uit talrijke factoren zoals: de provinciale functioneringsgesprekken, de afstemming van werk op privé en het geringe personeelsverloop.

Kerncijfers thuisverpleging

In 2010 hebben 151.120 patiënten thuis verpleegkundige verzorging ontvangen van Wit-Gele Kruisverpleegkundigen, verspreid over 107 afdelingen in heel Vlaanderen.

Figuur 4 geeft de evolutie weer van het totaal aantal patiënten op jaarbasis sedert 2005. T.o.v. 2005 was er een stijging van het aantal patiënten met 9,4 %.

Het aantal patiënten nam jaar na jaar toe. In 2010 meldden

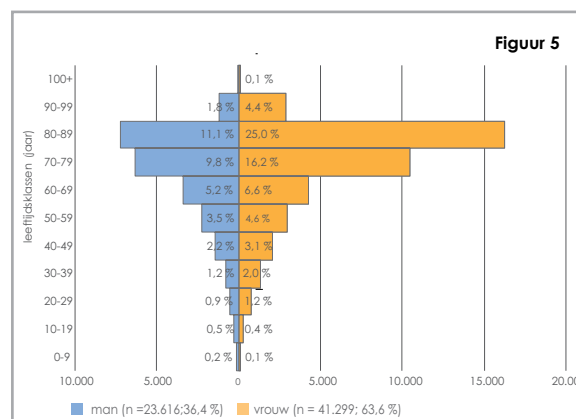


zich gemiddeld 10.006 nieuwe patiënten per maand aan bij het Wit-Gele Kruis. Een evenredig aantal patiënten stroomde ook elke maand uit.

De meeste patiënten werden gedurende een korte tijd verpleegd, anderen hadden nood aan thuisverpleging voor langere duur. De figuren en de tabellen vermelden telkens de populatie waarop deze betrekking hebben (n).

De aantallen kunnen wel afwijken afhankelijk van de beschikbare gegevens. Tenzij anders aangegeven is de maand oktober de referentiemaand.

In oktober 2010 ontvingen 64.915 (43,0 %) patiënten verpleging aan huis door een Wit-Gele Kruisverpleegkundige. Figuur 5 geeft de verdeling (absoluut en relatief) weer van patiënten naar leeftijd en geslacht.



De gemiddelde leeftijd van de populatie was 76,7 jaar. Vrouwen maakten de meerderheid uit van de populatie (63,6 %) en waren gemiddeld 4 jaar ouder dan de mannelijke populatie. Opvallend is wel dat 80,2 % van de patiënten ouder was dan 60 jaar. Bovendien waren zo'n 91 patiënten (0,1 %) die in oktober 2010 verpleegkundige zorg ontvingen, ouder dan 100 jaar.

De Katz-schaal

De afhankelijkheid van patiënten in de thuisverpleging wordt gemeten met de Katz-schaal. Deze schaal bestaat uit 7 niveaus (Katz 1 tot 7) en meet de afhankelijkheid van patiënten voor bepaalde activiteiten van het dagelijks leven:

Katz 1 = patiënt is volledig onafhankelijk voor alle items

Katz 2 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen'

Katz 3 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen' en 'kleden'

Katz 4 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen', 'kleden' en 'verplaatsen'

Katz 5 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen', 'kleden', 'verplaatsen' en 'toiletbezoek'

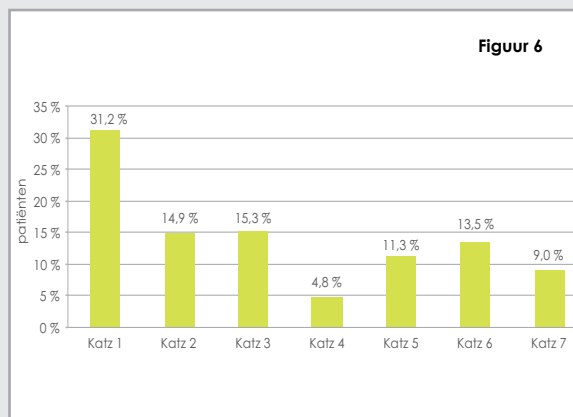
Katz 6 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen', 'kleden', 'verplaatsen', 'toiletbezoek' en 'incontinentie'

Katz 7 = patiënt is afhankelijk voor 'wassen', 'kleden', 'verplaatsen', 'toiletbezoek', 'incontinentie' en 'eten'

Figuur 6 geeft de relatieve verdeling weer van het aantal patiënten in oktober volgens de Katz-score. De zwaarst zorgafhankelijke groepen (Katz 4 t.e.m. Katz 7) maakten 38,6 % uit van alle patiënten.

Oriëntatie en rusteloosheid

De grote meerderheid (86,1 %) van de patiënten had geen oriëntatieproblemen (**Figuur 7**). 11,0 % was occasioneel gedesoriënteerd en een minderheid (2,9 %) was

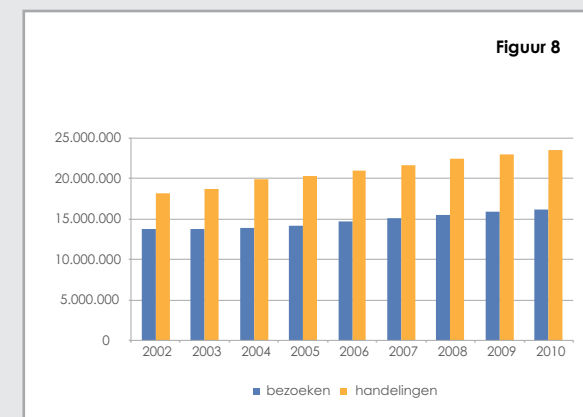
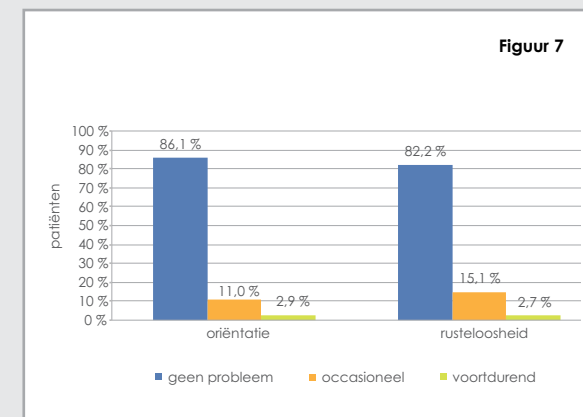


voortdurend gedesoriënteerd. Voor rusteloosheid vinden we ongeveer dezelfde verhoudingen terug. Deze verhoudingen blijven over de jaren heen stabiel.

Bezoeken en handelingen

In 2010 legden onze verpleegkundigen in totaal 16.153.884 bezoeken af bij patiënten en verrichtten ze 23.580.123 verpleegkundige handelingen. De bezoeken en de handelingen kenden sinds 2002 een stijging met 16,8 % en 29,6 % (**Figuur 8**). Ten opzichte van 2009 was er een groei van 1,7 % en 3,6 %.

Aan de hand van de RIZIV-codes en pseudocodes kunnen we ons een beeld vormen van de verpleegkundige activiteit op het terrein. De beschrijving van deze activiteit blijft echter beperkt tot deze RIZIV-codes. Verpleegkundige handelingen die het RIZIV niet terugbetaalt in de vergoeding per prestatie, en die uitgevoerd worden bij pa-



tiënten waarvoor een vergoeding voorzien is in het forfaitaire systeem, worden geregistreerd onder één gemeenschappelijke pseudocode van 'andere zorgen'. In 2010 was 12,4 % van alle geregistreerde verpleegkundige handelingen bij het Wit-Gele Kruis ondergebracht in de pseudocode 'andere zorgen'. Deze zorgen worden niet nader gespecificeerd.

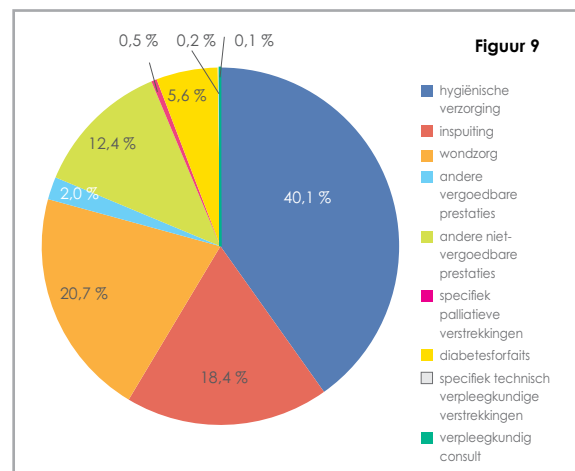
Een verpleegkundige doet ook veel meer dan alleen 'tarifeerbare' handelingen. Het activiteitenprofiel van de thuisverpleegkundige wordt immers niet enkel bepaald door technische prestaties. De studie naar kerninterventies in de thuisverpleging wijst uit dat, naast de verpleegtechnische prestaties vergoed via de nomenclatuur, een verpleegkundige een waaier aan psychosociale en andere interventies uitvoert, samen met de tarifeerbare handelingen.

Figuur 9 geeft weer welke verstrekkingen de thuisverpleegkundige zoal verricht. Hygiënische verzorgingen maakten de hoofdmoot uit (40,1 %). Wondverzorging is de tweede belangrijkste zorg (20,7 %) en inspuitingen kwamen op de derde plaats (18,4 %). Andere niet vergoedbare prestaties maakten 12,4 % uit van de totaliteit van de zorgen.

De diabetesforfaits maakten 5,6 % uit van alle zorgen. Deze zorgen bestonden vooral uit het opvolgen van patiënten die geen educatie mogen of kunnen volgen maar wel een insuline-inspuiting nodig hadden (99,2 %).

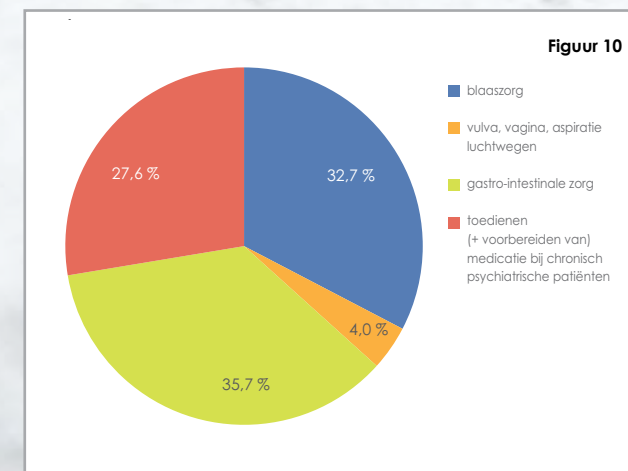
'Andere vergoedbare zorgen' (**Figuur 10**) zijn meer gespecialiseerde verpleegkundige zorgen zoals blaas zorg,

waaronder blaassondage, -instillatie en -spoeling (32,7 %); gastro-intestinale zorg (35,7 %) met o.m. gastro-intestinale tubage en drainage; darmspoelingen; enterale voeding via maagsonde; gastro- of enterostomiesonde; vulva-, vaginazorgen of aspiratie van luchtwegen (4,0 %) of het toedienen (+ voorbereiden van) medicatie bij chronisch psychiatrische patiënten (27,6 %). Zij maken 2 % van alle zorgen uit.



Nieuwe verstrekkingen

Vanaf 1 februari 2010 werden twee nieuwe specifiek technisch verpleegkundige verstrekkingen tarifeerbaar: het vervangen van een suprapubische sonde met ballon (4,9 %) en het vervangen van een gastrostomiesonde met ballon (0,1 %).

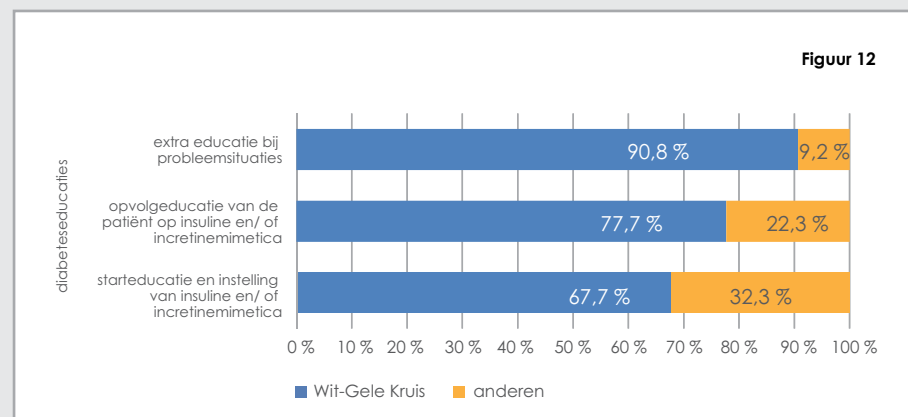
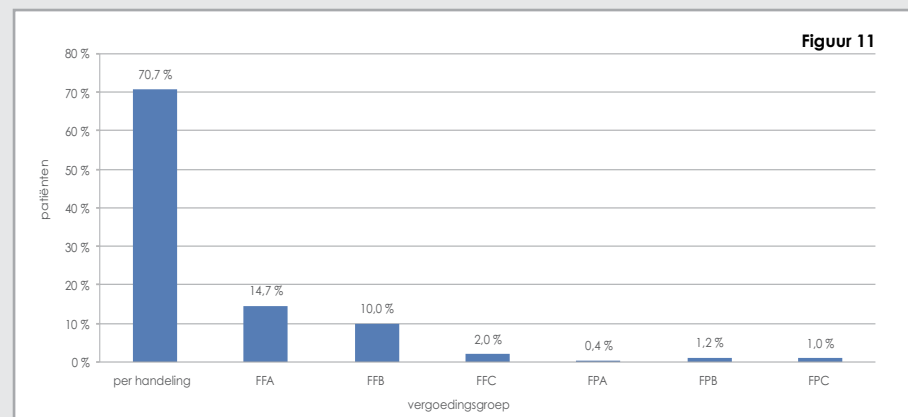


Vergoeding

In de RIZIV-nomenclatuur over de vergoeding van de verpleegkundige verzorgingen, worden patiënten o.a. vergoed naargelang hun score op de Katz-schaal. Zo wordt de verzorging van patiënten met een hoge zorgafhankelijkheid op forfaitaire basis vergoed. **Figuur 11** toont de verdeling van het aantal patiënten naargelang het vergoedingstype.

Voor het merendeel van alle patiënten (70,7 %) werd de verzorging vergoed per handeling. Over het algemeen waren dit licht zorgafhankelijke patiënten. De forfaitgroepen herbergen 29,3 % van alle patiënten: deze patiënten zijn matig tot zwaar zorgafhankelijk.

Binnen de forfaitgroepen onderscheiden we naargelang de graad van zorgafhankelijkheid forfait A-, forfait B- en forfait C-patiënten. Voor de palliatieve patiënten zijn er de palliatieve forfaits, die sedert 2001 apart vergoed worden, met name het palliatief forfait A (FPA), het palliatief forfait B (FPB) en het palliatief forfait C (FPC). Deze patiënten hebben immers specifieke noden. Deze patiënten maken 2,6 % uit van alle forfaits. Andere palliatieve patiënten vallen niet onder het palliatief forfait omdat ze niet voldoen aan de gestelde voorwaarden. Voor deze patiënten is er het supplementair honorarium PN of het forfaitair honorarium PP in de vergoeding per handeling.



Wagenpark



Het Wit-Gele Kruis in de sector van de thuisverpleging

Als grootste dienst voor thuisverpleging in België is het aandeel van het Wit-Gele Kruis in de sector voor bepaalde verstrekkingen bovengemiddeld groot. Zo is het aandeel van het Wit-Gele Kruis voor het vervangen van een suprapubische sonde met ballon 51,1 %. Ook voor het verpleegkundig consult heeft het Wit-Gele Kruis het grootste aandeel in de sector, namelijk 49,5 %.

Met de diabeteseducaties heeft het Wit-Gele Kruis deskundige ervaring opgebouwd door de vele keren dat verpleegkundigen deze educaties hebben kunnen geven. Sinds de introductie van de zorgtrajecten op 1 september 2009 zijn het vooral de nieuwe educaties, de start- of opvolgeducaties, die opgang maken. Ook hier is het aandeel van het Wit-Gele Kruis bovengemiddeld groot zoals blijkt uit **Figuur 12**.

“ In 2010 ontvingen **151.120 patiënten** verpleegkundige verzorging van het Wit-Gele Kruis. ”



www.witgelekruis.be

Eind 2010 gebruikten de verenigingen in totaal 5145 wagens (Tabel 5). Dit is een stijging van 3,2 % ten opzichte van het jaar voordien. Het aantal privéwagens daalde hierbij opnieuw licht.

Bij de dienstwagens is het aandeel dieselveertuigen weer gestegen en bedraagt nu 66,4 %. Wanneer we de gemiddelde CO₂-uitstoot per km van het hele wagenpark bekijken, vinden we 121,9 g/km bij een gemiddeld verbruik van 6,12 l/100 km. Hiermee komt dit in de buurt van een voertuig dat de FOD Volksgezondheid met een 'witte ster' aanduidt (<120g CO₂/km) en recht geeft op een belastingvoordeel van 3 %. In totaal werden 66.079.342 kilometers afgelegd en 4.044.649 liter brandstof verbruikt. Als alternatieven voor de wagen hebben we 46 fietsen en 6 bromfietsen ingeschakeld.

Tabel 5: absolute en relatieve verdeling van het aantal wagens (dienst en privé) in 2010

	Dienstwagens	Privéwagens	Totaal
N	4943	202	5145
%	96,1	3,9	100

Tewerkstelling

De aangroei van het personeelsbestand tot 5893 personen in 2010, betekent voor de Vlaamse Wit-Gele Kruisverenigingen een toename met 2,6 %. (Tabel 1).

Dit vertaalt zich in een stijging van het aantal voltijds equivalenten tot 4382,22, wat een sterkere groei betekent dan in 2009 (5,1 % tegenover 4,7 %). Eind 2009 bedroeg het procentueel aantal deeltijdsen 71,8 %. Dit is in de loop van 2010 gedaald naar 69,7 %. Binnen de vrouwelijke werknemerspopulatie is dit 72,6 %, bij de mannen is dit maar 14,4 %. Binnen de groep deeltijdse werknemers zien we een gemiddelde tewerkstelling van 63,2 %.

Tabel 2 toont een uitsplitsing volgens de functiegroepen met een opdeling naar diploma. Nog steeds bestaat de grootste groep binnen het verpleegkundig personeel uit A2-verpleegkundigen, maar het aandeel A1-verpleegkundigen stijgt. In de groep van het 'verzorgend hulppersoneel' vormen de zorgkundigen opnieuw de grootste en de sterkst aangroeiende groep. Hierbij is de forse daling van het aandeel 'Andere' opvallend: deze daling situeert zich vooral bij de ziekenoppassers.

Tabel 1: totaal personeelsbestand (situatie op 31/12/2010)

	Hoofden	Voltijds equivalenten
Totaal aantal personeelsleden	5893	4382,22
Vrouwen	5594	4094,79
Mannen	299	287,43

Tabel 2: personeel per werknemerscategorie, in absoluut aantal en in aantal voltijdsequivalenten (situatie op 31/12/2010)

	Directie en hogere kaderleden	Masters (of hoger)	Hoofverpleegkundigen en adj. (cat. 21 -> 24)	Masters (*)	Verpleegkundig pers. (cat. 12 -> 15)	Vroedvrouwen	A1	A2	Verpleegassistenten	Andere	Diëtisten	Verzorgend hulppersoneel (cat. 10 -> 11)	Zorgkundigen	Verzorgenden	Andere	Administratief personeel (cat. 40 -> 54, incl. ex/DAC-ers)	Onderhouds-personeel
Hoofden	41	26	215	12	4 556	48	1382	3037	78	11	20	557	411	107	39	391	113
Voltijds equivalenten	40,7	25,8	207,1	11,0	3394,3	35,0	1057,9	2240,3	51,7	9,4	17,4	337,2	254,9	59,0	23,3	324,8	60,8
Aantal deeltijds	2	1	30	1	3251	38	965	2179	65	4	10	507	365	107	35	222	84
Aantal voltijds	39	25	185	11	1305	10	417	858	13	7	10	50	46	0	4	169	29

(*) exclusief Oost-Vlaanderen

■ Hoofdcategorie ■ Subcategorie

Tabel 3: aantal personeelsleden en aantal voltijdsequivalenten met bijzondere functies (door RIZIV erkend) op 31/12/2010

	Definitief geregistreerde verpleegkundige diabetes-educatoren	Definitief geregistreerde diëtisten diabetes-educatoren	Geregistreerde referentieverpleegkundigen diabetes	Geregistreerde referentieverpleegkundigen wondzorg	Referentieverpleegkundigen palliatieve zorg	Geregistreerde diëtisten
Hoofden	70	8	9	80	82	16
Voltijds equivalenten	60,09	7,21	6,28	63,79	62,38	14,07
Aantal deeltijds	41	4	8	54	56	6
Aantal voltijds	29	4	1	26	26	10

Een belangrijk deel van hen is sinds de opstart van de DGAT 'Beter Thuis' bijgeschoold tot polyvalent verzorgende. Deze trend komt ook tot uiting in de cijfers. In **Tabel 3** vinden we voor de verschillende referentiegebieden het aandeel in onze werknemerspopulatie op 31/12/2010.

Naast de officieel erkende referentiegebieden op het vlak van diabeteseducatie en wondzorg, zijn er ook de referentieverpleegkundigen palliatieve zorg. Meest

opvallend hierbij is de toename van specialisatietitels in het domein van de diabeteseducatie ten nadele van de domeinen wondzorg en palliatieve zorg.

Binnen de groep waren er nog geen tabacologen aanwezig. In totaal waren 319 studenten aan het werk tijdens het jaar 2010 (**Tabel 4**) voor een gemiddelde van 0,80 voltijdse maanden. Het grootste deel daarvan werkte als zorgkundige (213 hoofden).

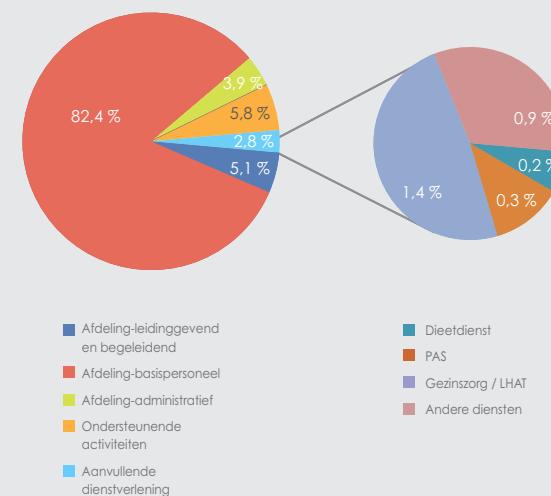
Uitgesplitst naar functie en plaats van tewerkstelling kunnen we een procentuele onderverdeling van het aantal VTE's binnen de vijf provinciale verenigingen maken volgens **Figuur 13**. Hierin vinden we terug dat 91,4 % van het arbeidsvolume ter beschikking is voor de verpleegkundige activiteit in de afdelingen. 2,8 % wordt benut voor aanvullende diensten: DGAT, LHAT (Logistieke Hulp en Aanvullende Thuiszorg), Personalarms, ... Daarnaast is 5,8 % ingezet als ondersteuning voor de 'zorgdiensten'.

Tabel 4: aantal personeelsleden en aantal voltijdsequivalenten dat vakantiewerk (studentenjobs) verrichtte in 2010

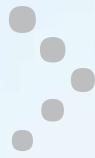
	Hoofden	Aantal maanden voltijds
Verpleegkundigen	66	64,29
Zorgkundigen	213	171,37
Andere	40	21,38
Totaal	319	257,04

Het Wit-Gele Kruis besteedt ook aandacht aan de permanente vorming van zijn personeelsleden. Gemiddeld werden in 2010 over de vijf provinciale verenigingen heen, per VTE 27,0 uren besteed aan vorming.

Figuur 13



Verenigingen



VLAAMSE FEDERATIE

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** L. Van Gorp
- **Leden:** dr. D. De Coninck, barones M. Doornaert, J. Froyen, prof. dr. em. J. Heyrman, B. Meulemans, P. Nuyens-Hermans, mr. V. Vandevelde, M. Vanhees

ALGEMENE VERGADERING

- **Voorzitter:** L. Van Gorp
- **Leden:** K. Beeckman, dr. D. De Coninck, P. De Greef, F. Develtere, J. Froyen, M. Desmecht, L. Goutry, B. Meulemans, J. Muyshondt, P. Nuyens-Hermans, D. Roelands, J. Schrijnemakers, A. Simoens-Desmet, T. Steeman, mr. P. Van der Straten, mr. V. Vandevelde, G. Vansteenkiste, M. Vermeire, J. Vernijns-Reekmans
- **Geestelijk Adviseur:** E. H. A. Rubbens

ALGEMEEN COÖRDINATOR

- H. Van Gansbeke

DIENSTHOOFDEN

- L. Paquay, verpleegkundig coördinator
- L. Helaers, diensthoofd directiesecretariaat en onthaal
- K. Van Heghe, diensthoofd algemene diensten

ANTWERPEN

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** P. Nuyens-Hermans
- **Ondervoorzitter:** mr. P. Van der Straten
- **Leden:** J. Aerts, M. Beyens, B. Cantillon, dr. J. De Smedt, S. De Vuysere, W. Dijkhoffz, L. Geenen, J. Muyshondt, D. Sauer, D. Schrijvers, T. Steeman, L. Van Hees, R. Vaasen, P. Vanhee

PROVINCIAAL DIRECTEUR

- S. Sarens

DIRECTIEMEDEWERKERS

- H. Van Loon, directeur zorgbeleid
- P. Catry, directeur organisatie en personeel
- J. Avonds, verantwoordelijke regio Oost
- W. Geerts, verantwoordelijke regio West

LIMBURG

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** J. Froyen
- **Ondervoorzitter:** J. Schrijnemakers
- **Leden:** mr. A. Arts, E. Bosmans, H. Brouns, R. Cleenders, E. Jacobs, R. Vandebroek, L. Van Gorp, J. Vernijns-Reekmans
- **Adviserende leden:** L. Bijmens, I. Vanweert, P. Borgs, S. Indenkleeff

PROVINCIAAL DIRECTEUR

- L. Bijmens

DIRECTIEMEDEWERKERS

- P. Borgs, directeur administratie, financiën en logistiek
- I. Vanweert, directeur personeel en organisatie
- S. Indenkleeff, directeur verpleging en complementaire zorgdiensten

OOST-VLAANDEREN

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** mr. V. Vandevelde
- **Ondervoorzitter:** M. Vermeire
- **Leden:** K. Beeckman, mr. T. Beele, B. Bouciqué, J.-M. Criem, dr. L. Devriendt, P. Lambers, W. Mortier, A. Simoens-Desmet, B. Vandendriessche
- **Geestelijk adviseur:** E.H. L. De Geest

PROVINCIAAL DIRECTEUR

- S. Bettens, ad interim
- K. Colman (vanaf 15/06/11)

DIRECTIEMEDEWERKERS

- M. De Caluwé, directeur zorgkwaliteit en -innovatie
- D. Van Landuyt, directeur personeel en organisatie
- B. Vanacker, directeur administratie en financiën
- K. Dendooven, directeur zorgverlening

VLAAMS-BRABANT

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** B. Meulemans
- **Ondervoorzitter:** P. De Greef
- **Leden:** prof. dr. B. Dierckx de Casterlé, dr. Ch. Geens, M. Desmecht, R. Poedts, D. Roelandts, E. Holtzer, prof. dr. J. Van de Kerckhove

PROVINCIAAL DIRECTEUR

- dr. M. Homblé (tot 20/05/11)
- S. Bettens, ad interim

DIRECTIEMEDEWERKERS

- V. Rooryck, zorgdirecteur
- J. Roose, adviseur
- G. Meskens, communicatie
- K. Dereymaeker, projectmanagement
- M. Polfiet, coördinator zorgkwaliteit en innovatie
- G. De Jonghe, begeleiding
- G. Hensmans, financiën
- V. Van Roost, personeelsadministratie
- P. Horckmans, administratie en helpdesk
- E. Hermans, huisvesting, milieu, facilitaire diensten
- J. Poppe, mobiliteit, verzekeringen, veiligheid en gezondheid
- L. Lemmens, directiesecretaris

WEST-VLAANDEREN

RAAD VAN BESTUUR

- **Voorzitter:** dr. D. De Coninck
- **Ondervoorzitter:** G. Vansteenkiste
- **Leden:** K. De Beule, dr. G. De Brabanter, J. Decramer, F. Develtere, Kan. W. Dumon, L. Goutry, D. Thieren, G. Vankersschaever

PROVINCIAAL DIRECTEUR

- A. Pollentier, algemeen directeur

LEDEN DIRECTIECOMITÉ

- E. De Geytere, operationeel manager
- N. Vandenbroucke, directeur informatica
- E. Muylaert, directeur algemene administratie, personeelsadministratie en logistiek
- J. De Smet, adjunct-directeur algemene administratie, personeelsadministratie en logistiek (in dienst 1/6/2011, ter opvolging van dhr. E. Muylaert)
- J. Logghe, verpleegkundig directeur
- S. De Brabant, directeur medewerkersbeleid

Afdelingen



ANTWERPEN

Provinciaal secretariaat
Nonnenstraat 12 bus 1 – 2200 Herentals
tel. 014/24 24 24 - fax 014/ 24 24 00
email: info@wgkantwerpen.be
www.wgkantwerpen.be

ANTWERPEN 2018
Boomgaardstraat 7 - 03/286 98 64 - Anja Heyrman
BEERSE 2340
Vrijwilligersstraat 20 - 014/61 48 02 - Sandra Martens
BOOM 2850
Grote Markt 7 - 03/888 94 64 - Patricia Van Praet
DUFFEL-WAVER
Standplaats 9 - 2570 Duffel - 015/21 98 40 - Tom Van Berckelaer
GEEL 2440
J. B. Stessensstraat 1 A - 014/58 14 75 - Greet Ooms
HEIST-OP-DEN-BERG 2220
Boudewijnlaan 39 - 015/24 44 25 - Hanna Farah
HERENTALS 2200
Nonnenstraat 12/1 - 014/21 22 36 - Marleen Gebruers
KALMTHOUT 2920
Kapellensteenweg 76 - 03/666 70 84 - Gerda Claessens
LIER 2500
Keizershof 6 bus 1 - 03/480 91 10 - Ingeborg Van Hoof
MECHELEN-PUURS
Antwerpsesteenweg 106 B - 2800 Mechelen - 015/21 74 40 -
Veerle Van Looy
MERKSEM 2170
Van Praetlei 135 - 03/646 67 68 - Philippe Longueville
MOL 2400
Ed Van Hoofstraat 15 bus 2 - 014/31 37 80 - Ingrid Van Regenmortel
MORTSEL 2640
Liersesteenweg 178 B - 03/454 25 35 - Carina Canters
TURNHOUT 2300
De Merodelei 185 - 014/41 46 91 - Marina Adriaensen
WESTERLO 2260
Sint-Lambertusstraat 33C - 014/54 54 47 - Tom Vermeulen
ZOERSEL 2980
Frans Hensbergenstraat 39 - 03/383 23 85 - Luc Keyser

LIMBURG

Provinciaal secretariaat
Welzijns-campus Weg naar As 72 - 3600 Genk
tel. 089/30 08 80 - fax 089/30 08 88
email: wit-gelekruis@limburg.wgk.be
www.wit-gelekruislimburg.be

ALKEN 3570
Grootstraat 35 - 011/48 62 53 - Ingrid Govaerts
AS 3665
Dorpsstraat 91 - 089/65 89 86 - Christiane Lenders
BERINGEN 3580
Harmoniestraat 10 - 011/43 17 42 - Koen Sempels
BILZEN 3740
Munsterbilzenstraat 14 - 089/41 22 29 - Kristien Oversteyns
BORGLON 3840
Speelhof 3 - 012/74 19 90 - Koen Hermans
BREE 3960
Malta 6 - 089/46 21 39 - Nicole Vossen
DIEPENBEEK 3590
Kapelstraat 3 - 011/33 16 25 - Christel Boes
DILSEN-STOKKEM 3650
Rijksweg 766 - 089/75 29 74 - Piet Daenen
GENK-BOKRIJK 3600
Hasseltweg 2 - 089/81 24 70 - Ivette Pagnaer
GENK-CENTRUM 3600
Berglaan 38 - 089/30 59 66 - Myrjam Vannes
GENK-NOORD 3600
Weg naar As 373 - 089/84 20 61 - Monique Thijs
GINGELOM 3890
Steenweg 133 - 011/88 26 85 - Margot Gielen
HAMONT-ACHEL 3930
Salvatorstraat 17 - 011/80 32 86 - Agna Tournel
HASSELT-CENTRUM 3500
Thonissenlaan 114 - 011/22 58 68 - Maria Yelamo-Franco
HASSELT-NOORD
Kuringersteenweg 511 - 3511 Hasselt - 011/25 31 47 - Patricia Van
de Maele
HEUSDEN-ZOLDER 3550
Brugstraat 4 - 011/45 41 09 - Marc Sleurs
HOUTHALEN-HELCHTEREN 3530
Vredelaan 33 - 011/52 44 52 - Kristel Schols
LANAKEN 3620
Gemeenteplein 3 bus 1 - 089/72 26 88 - Caroline Munnichs

LOMMEL 3920
Kon. Leopoldlaan 93 - 011/54 13 41 - An Bollen
LUMMEN 3560
Dr. Vanderhoeydonckstraat 16 - 013/52 18 59 - Gilberte Biesmans
MAASEIK 3680
Walstraat 19 - 089/56 22 54 - Marleen Janssen
MAASMECHELEN 3630
Koninginnelaan 175 - 089/76 47 00 - Inge Kindt
NEERPELT 3910
Stationsstraat 9 B 2 - 011/64 23 65 - Irène Maesen
PEER 3990
Zuidervest 74 - 011/61 21 85 - Gertie Donné
RIEMST 3770 + VOEREN
Tongersesteenweg 24 - 012/45 53 60 - Gwenda Meens
SINT-TRUIDEN 3800
Festraetsstraat 48A - 011/68 44 48 - Ingrid Langenaken
TESSENDERLO 3980
Stationsstraat 68 - 013/66 18 54 - Chantal Celen
TONGEREN 3700
Sint-Truidersteenweg 34 - 012/23 38 70 - Katrien Steegmans

OOST-VLAANDEREN

Provinciaal secretariaat
Jubileumlaan 111 - 9000 Gent
tel. 09/265 75 75 - fax 09/265 75 77
email: info@wgkovi.be
www.wgkovi.be

AALST/NIEUWERKERKEN-LEDE 9320
Kwalestraat 113A - 053/21 12 38 - Christine De Rick
AALST/NIEUWERKERKEN-NOORD 9320
Kwalestraat 113A - 053/21 12 38 - Lieve Van Gucht
AALST/NIEUWERKERKEN-ZUID 9320
Kwalestraat 113A - 053/21 12 38 - Helga De Vocht
AALTER 9880
Lostraat 22 - 09/375 30 50 - Marleen Willems
BEVEREN 9120
Vuurkruisenlaan 12 - 03/775 07 59 - Els Van Goethem
BRAKEL 9660
Neerstraat 17 - 055/42 68 01 - Karla Van Schoorisse
DEINZE 9800
Kortrijkstraat 55 - 09/386 47 12 - Carmen Van Oost
DENDERMONDE-NOORD 9200
Kerkstraat 36 - 052/21 41 53 - Els Mattheys

DENDERMONDE-ZUID 9200
Kerkstraat 36 - 052/21 07 35 - Stefaan Braeckman
EEKLO 9900
Weverstraat 4 - 09/377 20 14 - Petra Mouton
ERTVELDE 9940
Lindenlaan 70 - 09/344 74 43 - Martine Van der Jeugd
GENT-ZUID 9000
Jubileumlaan 17 - 09/235 85 96 - Hilde Godderis
GERAARDSBERGEN 9500
Markt 20 - 054/41 30 92 - Betty Van Damme
LOCHRISTI 9080
Dorp West 88 - 09/356 60 60 - Greet Organe
LOKEREN 9160
Groentemarkt 10 - 09/348 80 08 - Chris Van Bastelaere
MALDEGEM 9990
Lazarusbron 8 - 050/71 97 23 - Marleen Crul
MARIAKERKE 9030
Mariakerkeplein 5 - 09/236 36 37 - Myriam Rigole
MERELBEKE 9820
Hundelgemsesteenweg 425 A - 09/231 30 33 - Els Buyl
(waarnemend)
NAZARETH 9810
's Gravenstraat 38 - 09/371 43 35 - Martine Dobbelaere
NINOVE 9400
Stationstraat 43 - 054/32 91 91 - Nathalie Bruyland
OUDENAARDE 9700
Louise-Mariëkaai 9 - 055/31 27 13 - An Verhasselt
RONSE 9600
Ninovestraat 50 - 055/21 22 14 - Sarah Bearelle
SINT-AMANDSBERG 9040
Victor Braeckmanlaan 95 - 09/229 18 81 - Ariane Verpoort
SINT-NIKLAAS 9100
O.L.Vrouwstraat 28 - 03/777 88 00 - Veerle Bruggeman
STEKENE 9190
Polenlaan 85 - 03/789 06 00 - Nicole Bruggeman
TEMSE 9140
Markt 23 - 03/771 30 64 - Sabine Fiers
WETTEREN 9230
Wegvoeringstraat 63 C - 09/369 84 74 - Els Buyl
ZELE 9240
De Deckerstraat 20 - 052/44 93 83 - Annemie D'heer
ZOMERGEM 9930
Koning Leopold III-laan 26 - 09/377 95 60 - Trees Schiettecatte
ZOTTEGEM 9620
Kastanjelaan 2 - 09/360 81 81 - Chris Van den Berghe

VLAAMS-BRABANT

Provinciaal secretariaat
Staatsbaan 4a - 3210 Lubbeek
tel. 016/31 95 50 - fax 016/31 95 69
email: wit-gelekruis@vl-brabant.wgk.be
www.wit-gelekruisvlaamsbrabant.be

AARSCHOT 3200
Pastoor Dergentlaan 20 bus 1-8 - 016/55 33 70 - Eddie Vandepierre
ASSE 1730
Vronemeers 6 - 02/454 84 80 - Michael Van Nuffel
DIEST 3290
Oscar Nihoulstraat 7 - 013/35 35 50 - Ingrid Alaerts
HAACHT 3150
Jennekensstraat 24 - 016/61 75 75 - Marleen Mertens
HALLE 1500
Arkenvest 9 - 02/363 89 60 - Ingrid Roosens
HEVERLEE
Naamsesteenweg 62 B - 3052 Blanden - 016/39 31 30 - Astrid Jonckers
KESSEL-LO 3010
Baron August De Becker-Remyplein 59 - 016/44 15 00 - Kathleen Ooms
LANDEN 3400
Maartstraat 12 - 011/88 86 40 - Sylvia Goen
LEUVEN 3000
Mgr. Van Waeyenberghlaan 56 - 016/30 15 50 - Sonia Vandegoor
LIEDEKERKE 1770
Opperstraat 59 - 053/64 51 40 - Myriame Verbeiren
LINTER 3350
Grote Steenweg 283 - 011/78 92 40 - Lutgardis Vandepoel a.i.
LUBBEEK 3210
Staatsbaan 4a - 016/63 94 10 - Lucretia Verbert
OPWIJK 1745
Gasthuisstraat 46 - 052/36 59 20 - Hilde Vertongen
OVERIJSE 3090
Duisburgsesteenweg 82 - 02/686 11 10 - Carine Vrebos
SINT-PIETERS-LEEUV
Stationstraat 228 - 1651 Lot - 02/334 37 40 - Kristel Verlinden a.i.
TIENEN 3300
Getestraat 66 - 016/80 17 17 - Greta Delvaux
TREMELD 3120
Astridstraat 4A - 016/53 67 70 - Marijke Dekens
VILVOORDE 1800
Franklin Rooseveltlaan 61 - 02/257 27 00 - Marina Verrijt

WOLVERTEM 1861
Guido Gezellelaan 12 bus 2 - 02/272 46 80 - François De Keersmaecker
ZAVENTEM
Dr. V. De Walsplein 23 - 3070 Kortenberg - 02/704 46 30 - Myriam Dewilde

WEST-VLAANDEREN

Provinciaal secretariaat
Annuntiatenstraat 47 - 8000 Brugge
tel. 050/34 13 33 - fax 050/34 57 69
e-mail: info@wgkwvl.be
www.wgkwvl.be

AVELGEM 8580
Ganzenhofstraat 81 - 056/64 47 70 - Martine Delfosse
OOSTKUST
Natiënlaan 285 - 8300 Knokke-Heist - 050/61 93 19 - Ilse Van Der Donckt
BRUGGE 8000
Annuntiatenstraat 47 - 050/44 76 82 - Inge Alloo
DIKSMUIDE 8600
Kiekenstraat 20 - 051/50 12 52 - Nathalie Bakelandt
HARELBEKE 8530
Kleine Waregemstraat 17 - 056/71 22 77 - Geert Monserez
IEPER 8900
Kruiskalsijdestraat 46 - 057/20 55 95 - Mieke Herpels
KORTRIJK 8500
President Kennedypark 14 - 056/22 18 55 - Carine Claeys
OOSTENDE
Brugsesteenweg 111 - 8450 Bredene - 059/70 03 88 - Stijn Deriemaeker
POPERINGE 8970
Switch Road 80 - 057/33 31 16 - Bouchra Azami Idrissi
ROESELARE
Hof ter Weze 21 - 8800 Rumbeke - 051/22 90 80 - Francis Van Laere
TIELT
Joos de ter Beerstlaan 35 - 8740 Pittem - 051/40 03 22 - Benjamin Willaert
TORHOUT 8820
Bruggestraat 134 - 050/21 34 16 - Anje Degraeve
VEURNE 8630
Brugse steenweg 59 A - 058/31 25 11 - Tine Lepeire

Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw
Frontispiesstraat 8, bus 1.2
1000 Brussel

Tel. 02/739 35 11
Fax 02/739 35 99



www.witgelekruis.be