

vooral ook dat ze het werk kunnen blijven doen. Het moet letterlijk werkbaar blijven. Dus zijn we aan de tekentafel gaan zitten.”

Die tekentafel maakt Wit-Gele Kruis Limburg enerzijds groter en anderzijds kleiner?

“Klopt. We verkleinen en vergroten tegelijk. Zo gaan we van de oorspronkelijke 29 afdelingen in Limburg de komende twee jaar naar 19 afdelingen. Dat betekent dat een aantal samengevoegd worden, omdat we grote, stabiele afdelingen willen: die tegen een stootje kunnen en waar de continuïteit voor de patiënt gemakkelijker kan gegarandeerd worden. Bijvoorbeeld als er een aantal zieken zijn in de afdeling of tijdens de vakanties. Bij die hertekening hebben we ons vooral gebaseerd op afbakening van de eerstelijnszones, omdat die al bekend zijn bij patiënten, hun omgeving en de huisartsen.”

Er zullen drie types van afdelingen zijn, in die nieuwe 'future proof' thuisverpleging?

“Gebaseerd op de schaal. Type één worden de grootste afdelingen: Hasselt en Genk. Voor Hasselt zijn we daar nu volop mee bezig, het wijkteam Herk-de-Stad komt erbij en de afdelingen in Hasselt zelf worden samengevoegd. Afdeling Hasselt zal dan Zonhoven, Alken, Herk-de-Stad, Diepenbeek en Hasselt zijn, zoals de eerstelijnszone Herkenrode nu al werkt. Voor een afdeling van type één geldt dat ze zo'n 1.800 patiënten binnen hun werkingsgebied tellen, met achttien wijkteams en zes wijkteamcoaches. Type twee worden afdelingen met 900 patiënten, negen wijkteams en drie wijkteamcoaches. Ook dat zullen er twee zijn: Beringen en Sint-Truiden. Lummen zal in de toekomst bij Beringen gaan horen en in Sint-Truiden is Gingelom erbij gekomen. De meeste afdelingen vallen onder type drie: 600 patiënten, zes teams en twee coaches. Dat betekent dat de meeste landelijke afdelingen blijven zoals ze vandaag zijn. Voor heel Noord-Limburg bijvoorbeeld blijven alle afdelingen bestaan. Maar het is zeker niet de bedoeling dat ze nog kleiner mogen worden. We zijn hier nu volop mee bezig, op dit moment zijn we al gegaan van 29 naar 26.”

De patiënt gaat zich natuurlijk afvragen: wat ga ik daarvan voelen?

“In feite: niets. Behalve dan dat de kwaliteit en de flexibiliteit alleen nog maar zal verhogen, door de opschaling van de afdelingen. Wat er wel gaat veranderen: in het verleden had je als patiënt meestal één vaste verpleegkundige en één vaste vervanger. Dat is vandaag niet meer haalbaar: door tijdscrediet, vakanties, de grotere zorgvraag, meer specialisatie, ... Dus gaan we nu werken met wijkteams. Dat is dan de verkleining.”

Wat moet ik verstaan onder een wijkteam?

“Een team van acht tot tien mensen, die samen één gebied bestrijken. Dat zijn thuisverpleegkundigen, maar er zit telkens ook minstens één zorgkundige bij. Er zullen zo 148 wijkteams in Limburg zijn. Het is de bedoeling dat ze elkaars ronde kennen, elkaars patiënten en dus onderling kunnen bijspringen. In het verleden gebeurde het dat een thuisverpleegkundige plots een ronde moest overnemen die hij of zij helemaal niet kende als een collega ziek uitviel. Dat gaat in de toekomst niet meer zijn: de wijkteams zijn nu al volop de routes van hun collega's

aan het instuderen. Ze moeten trouwens ook de wijk en de vertrouwde omgeving van de patiënt zelf kennen: de mantelzorger, de huisarts, de kinesist in de buurt, ... Met de teams geven we onze medewerkers veel meer flexibiliteit en inspraak in hun werkregeling: ze kunnen nu onderling afspreken om hier of daar een dienst over te nemen of te wijzigen.”

Voor de patiënt wordt het wellicht toch wennen om niet altijd meer hetzelfde gezicht te zien?

“Maar dat heeft net een voordeel. Je zal nu meerdere verpleeg- of zorgkundigen van het team hebben die al eens bij een patiënt over de vloer komen: daardoor ga je met verschillende brillen naar die man of vrouw kijken en misschien dingen zien die anders niet waren opgemerkt. Als je al drie, vier jaar bij dezelfde patiënt komt, zie je wellicht sommige zaken niet meer. Daarnaast zorgen we ook dat er verschillende expertises in zo'n wijkteam zitten, waardoor het makkelijk wordt om een collega voor hulp of advies in te schakelen als een thuisverpleegkundige niet zo thuis is in bepaalde handelingen of als het gaat om gespecialiseerde zorg.”

Hoe groot is het gebied dat zo'n wijkteam moet bestrijken?

“Je kan dat moeilijk in afstand uitdrukken, want het gaat vooral om het aantal patiënten. Minder dan 15 kilometer in elk geval. We hebben bijvoorbeeld heel wat patiënten die in dezelfde straat wonen. Dat is eigenlijk een misverstand: er zijn veel auto's van Wit-Gele Kruis Limburg op de baan, maar we rijden niet zo heel veel kilometers.”

En de coach, wat moet die doen?

Thuisverpleegkundige en wijkteamcoach Jos Jeuken: “De teams ondersteunen, begeleiden, veel naar hen luisteren. Het is zeker geen hiërarchische functie: ik ben gewoon een collega, geen leidinggevende. In feite ben je de brug tussen de verpleeg- en zorgkundigen en het hoofd van de afdeling. Zelf heb ik de voorbije maanden proefgedraaid als wijkteamcoach bij het pilootproject in Diepenbeek. Eigenlijk kom ik uit de horeca, ik zat daar in het management maar dat was niets voor mij. Dus heb ik me omgeschoold tot verpleegkundige. Ik doe dit intussen tien jaar en heb er nog geen minuut spijt van. Ook nu nog ga ik zelf enkele dagen op ronde als thuisverpleegkundige, zoals elke wijkteamcoach. Maar ik zag het meteen zitten om deze nieuwe werking te testen. Je kan meedenken in jouw organisatie en het is een aangename combinatie van bureau en de baan op. Ik zag ook meteen de voordelen van het werken in kleine teams. Zeker ook voor de communicatie. 'Mijn patiënt' is in feite 'onze patiënt' geworden. Om de week zit elk team twee uur samen met de wijkteamcoach. Alle patiënten worden dan besproken. Aanvankelijk was het één uur elke week, maar dat werkte niet: voor je dan begonnen was, zat het uur er al op.”

Nadja Vananroye: “We hebben intussen al 52 wijkteamcoaches gevonden, op één na zijn alle vacatures ingevuld. Het merendeel komt uit Wit-Gele Kruis zelf. Er hangt natuurlijk een kostenplaatje aan deze hele operatie, maar die investering was nodig om voldoende flexibel te blijven in de toekomst en te zorgen voor voldoening in het werk. Het is ook zo dat deze functie een extra troef is in de werving van nieuwe medewerkers, want het biedt doorgroeimogelijkheden.”

En de medewerkers zelf, de thuisverpleeg- en zorgkundigen, wat vinden zij van de toekomstige werking?

Nadja Vananroye: “Alles wat nieuw is, is altijd even wennen. Maar ze zien de voordelen: ze krijgen hulp en kunnen eens makkelijker een dienst wisselen.”

Jos Jeuken: “Wat sommigen niet gewoon waren, is dat ze nu mogen en zelfs moeten meedenken over de werking. Alles wordt in team besproken. Vroeger werd dat netjes doorgeschoven naar de leidinggevende als er een probleem met de planning of zo was: 'Los het maar op' (*lacht*). Maar ik vind die inspraak echt een meerwaarde. Denk bijvoorbeeld maar aan een oudere collega, die vier dagen onafgebroken gewerkt heeft en dat begint te wegen tegen het einde van de week. Waarom zou een jonge collega die laatste dienst niet kunnen ruilen? Of samen afspreken wie werkt bij kerst of Pasen, zodat iedere collega wel eens vrije feestdagen heeft? Dat kan het toch alleen maar beter maken, voor onze mensen én voor onze patiënten.”

De timing van de hele operatie?

Nadja Vananroye: “Normaal gezien zal alles afgerond zijn tegen de verhuizing naar onze nieuwe hoofdzetel. We zijn nu een beetje aan het puzzelen hoe alles praktisch kan. Want als je afdelingen gaat samenvoegen, moet je daar ook de gebouwen voor hebben. Sommige huren we, andere zijn onze eigendom. Daar zullen we de komende maanden nog mee bezig zijn. Zo worden de drie afdelingen van Genk dit najaar samengebracht in één gebouw, maar hun definitieve stek wordt natuurlijk ons huidig hoofdgebouw. Alleen kunnen zij daar pas intrekken als wij naar Hasselt verhuisd zijn.”