

Zorgzame klas leert kinderen respect voor verschillen

Allen voor één

Onderwijs In 2003 startte vzw Zorgzaam Omgaan met het model Zorgzame Klas. In het vierde tot het zesde leerjaar van de gewone basisschool wordt gewerkt aan de wrijvingen tussen de 'syndroomvrije leerlingen' en hun medeleerling(en) met een ontwikkelingsstoornis. **Tekst David Nolens | Foto's Jan Locus**



Peter Glorieux en Jan Vanthomme:
"We zien in de praktijk dat ons model werkt."

Pieter is een jongen uit het vijfde leerjaar. Al in de kleuterklas had hij motorische tics: knippen met de oogleden, grimassen trekken, schouders te pas en te onpas ophalen. Met het ouder worden, namen zijn tics toe en werden ze complexer. Pieter heeft het tourettesyndroom én ADHD. Op school wordt hij niet zozeer gepest, maar echt lekker in de groep ligt hij niet. De andere kinderen vinden hem 'raar' en 'storend'. Met de toestemming van Pieter en zijn ouders wordt er een gesprek gepland volgens het psycho-educatieve model Zorgzame Klas (ZoKla). De hele klas werkt goed mee. Volgens de leerkracht is Pieter meer betrokken en zijn de medeleerlingen toleranter met hem omgegaan.

HULPTRAINERS

Peter Glorieux is maatschappelijk werker en auteur van het boek *Gevraagd: superouders*. In 2003 werd hij door een school uit Poperinge gecontacteerd. De leerkrachten hadden een probleem met een meisje uit het zesde leerjaar. Glorieux: "Dat meisje heeft ADHD. Maar ze besteedden er toen weinig aandacht aan, tot ze inzagen hoe ongelukkig ze in haar klas was. Ze wilden gedurende de laatste maanden van het schooljaar iets positiefs doen voor haar, zodat ze sterker naar het middelbaar zou gaan. Ze werd niet echt gepest, maar er was wel veel onbegrip. De klasgroep hield te weinig rekening met haar. En het meisje zelf had weinig oog voor de impact van haar gedrag. Ik ben te rade gegaan bij logopedist en cognitief therapeut Jan Vanthomme."

"We kozen een model met een aantal voorwaarden. Het kind in kwestie mag niet worden gevisieerd. We richten ons dus in de eerste plaats tot de syndroomvrije leerlingen. Dat is, in de therapeutische praktijk, vrij nieuw. Doorgaans wordt aan het kind gevraagd om zich aan te passen. We willen dat de leerlingen inzien hoe ze met moeilijk gedrag kunnen omgaan. Dat is een ervaringsgericht uitgangspunt."

"We beginnen met een kenningsmakingsspel dat 'de hersenen op het verkeerde been zet'. We spelen dat we hersenchirurg zijn en geven biologische informatie over de werking van de hersenen. De kinderen vullen een vragenlijst in. We leggen uit dat alle mensen verschillend zijn. Dat dit onderscheid boeiend en ook goed is, zolang het binnen een bepaalde grens ligt. Het wordt pas problematisch als het onderscheid voor afwijkend gedrag zorgt, als een kind bijvoorbeeld niet op zijn stoel kan blijven zitten. Daarna doen we op de speelplaats aandachtsoefeningen. Aan de hand van ludieke oefeningen met een telegeleide speelgoedauto leren we hen wat het starten en het stoppen van gedrag betekent. Dat inzicht verplaatsen we naar moeilijke klassituaties. Hoe kan heel de klas samen naar oplossingen zoeken? De leerkracht wordt voorgesteld als de trainer van de klas en de leerlingen als zijn hulptrainers."

PSYCHO-EDUCATIE

De leerkracht als trainer, de syndroomvrije leerlingen als hulptrainers en het kind met een ontwikkelingsstoornis als aanleiding van het klasgesprek. Zorgt dat er niet voor dat het kind zich geïsoleerd voelt? “Nee,” antwoordt Jan Vanthomme, “pas op het einde van de tweede lestijd leggen we een verband met de problematiek die aanwezig is in de klas. We zeggen dat bepaalde schakelaars in de hersenen anders werken en dat het betreffende kind niet anders kan dan dit soort gedrag te vertonen. Denk aan Pieter, die het tourettesyndroom heeft. Vaak genoeg kunnen we het klasgesprek houden zonder het te hebben over het kind dat de aanleiding vormde. Als specifiek gedrag wel ter sprake moet komen, zullen we vooraf met het kind en de ouders overleggen over de context waarin en de wijze waarop we het probleem aanpakken. De schoolomgeving verwacht vaak dat het kind met problemen zich eenzijdig volledig aanpast aan de anderen. Door de vele regeltjes en afspraken is dit voor een kind met ADHD zeer moeilijk. Met ons model sturen wij aan op wederzijds begrip. Een klasgesprek is geen carte blanche voor

het kind met een ontwikkelingsongelijkheid. Het blijft een gedeelde verantwoordelijkheid, zowel voor de medeleerling als voor het kind dat aanleiding geeft tot het klasgesprek. Er zit in ons model dus ook een stukje psycho-educatie. Als een klas meer weet over ADHD, dan zullen de leerlingen zich sneller hulpvaardig, tolerant of respectvol opstellen. Zo kunnen we ook pestgedrag tegenhouden. Het is overigens pas vanaf het vierde leerjaar dat kinderen rijp genoeg zijn om zich in te leven in de ander.” “We hebben nog geen echte effectiviteitsstudie over ons model. Wij zien in de praktijk dat het werkt, maar het is nog niet wetenschappelijk onderbouwd. We hebben een tiental keer ons model in klassen toegepast. En we hebben reeds een honderdtal mensen opgeleid, vooral medewerkers van Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en zorgcoördinatoren. Het is trouwens goed dat de vorming wordt geleid door iemand van buiten de klas. En dat de CLB-medewerker nadien nog kan evalueren en bijsturen. De klas krijgt ook een certificaat. Het herinnert de kinderen aan wat ze hebben geleerd over elkaar. De leraar krijgt aangepaste oefeningen die hij met zijn leerlingen in de loop van het schooljaar kan maken. Die oefeningen bouwen verder op het klasgesprek.”

“We willen dat de leerlingen inzien hoe ze met moeilijk gedrag kunnen omgaan.”

ZORGZAME KLAS

Op vrijdag 3 oktober 2008 vindt om 13.30 uur in CC De Spil te Roeselare een nieuwe opleidingssessie plaats.

Zorgzaam Omgaan vzw, Boomgaardstraat 67, 8800 Roeselare, 051 69 38 85, info@zorgzaamomgaan.be en www.zorgzaamomgaan.be

► Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum



Stijgende **onrust** in de ziekenhuizen

Deel 2 Ons land heeft er lang mee gewacht ziekenhuizen verantwoordelijk te maken voor hun winst of verlies, maar nu lijkt de evolutie onomkeerbaar. Ziekenhuizen moeten rationaliseren. En dat leidt tot spanningen tussen het management en de artsen. **Tekst Ria Goris | Illustratie Mieke Lamiroy | Foto Jan Lucus**

Katrien Kesteloot is financieel directeur van de universitaire ziekenhuizen in Leuven, en hoogleraar gezondheidseconomie aan de Leuvense universiteit. Reden genoeg om de financiële evolutie in de ziekenhuiswereld goed te volgen.

In welke mate moeten ziekenhuizen vechten om het hoofd boven water te houden?

“Ziekenhuizen verantwoordelijk stellen voor hun eigen uitgaven is niet nieuw. Ons land is er al vijftien jaar mee bezig. Maar nu zijn we wel in een stroomversnelling terechtgekomen. De overheid probeert de uitgaven in de hand te houden via een strikt gesloten nationaal budget voor gezondheidszorg. Het budget voor de ziekenhuizen wordt daarbij verdeeld volgens het aantal, de aard en de zwaarte van de opnames. Of, zoals het jargon het voorschrijft, volgens de *diagnostic related grouping* (DRG). Elke opname wordt vergeleken met de nationaal gemiddelde verblijfsduur voor die bepaalde pathologie.”

“Als de commerciële partners vrij spel krijgen in Europa, kunnen we de budgetten veel minder goed in de hand houden. Uiteindelijk krijgt de patiënt de rekening gepresenteerd.”

“Het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 legde deze spelregels vast. In dat jaar werden er ook referentiebedragen ingevoerd voor de honoraria van de artsen. Voordien werden ze per medische prestatie vergoed.

Vandaag geldt voor een aantal ziektebeelden het nationaal gemiddelde als maatstaf. De overheid wil hiermee medische overconsumptie tegengaan. Ziekenhuizen worden aangemaand efficiënt om te gaan met hun budget. Als ze het aantal ligdagen en medische prestaties niet in de hand houden, gaan ze in het rood. Voor de referentiebedragen is dit

voorlopig nog theorie. Voor dat deel van de nieuwe ziekenhuiswetgeving zijn er nog geen uitvoeringsbesluiten.”

Is een negatief saldo een reëel risico voor een ziekenhuis?

“Absoluut. Stel dat alle ziekenhuizen 2% meer opnames hebben, terwijl het nationaal budget hetzelfde blijft. Dan moet iedereen 2% harder werken. Omgekeerd zullen ziekenhuizen het iets makkelijker krijgen als hun activiteiten zouden dalen bij hetzelfde budget. De overheid bewaakt haar eigen verantwoordelijkheid prima. Die wordt dus steeds meer doorgeschoven naar de ziekenhuizen zelf.”

“Om niet verlieslatend te zijn, proberen ziekenhuizen te besparen op het aantal ligdagen per patiënt. Dat levert meer daghospitalisaties op, met het risico dat je in een neerwaartse spiraal belandt: als elk ziekenhuis de ligduur verkort, dan daalt ook het nationale gemiddelde. Bijgevolg moet je nog meer trachten te besparen dan je collega's. Dat kan je niet blijven doen zonder dat dit ooit ten koste gaat van de patiënt. In de States gebruikt men de uitdrukking ‘quicker but sicker’ voor mensen die te snel ontslagen worden.”

Waarom laat de uitvoering van de referentiebedragen meer dan vijf jaar op zich wachten?

“Ziekenhuizen en artsen zijn natuurlijk geen vragende partij om dit snel rond te krijgen. Deze regeling stelt ook onmogelijke uitdagingen. Ziekenhuizen als de onze hebben bijvoorbeeld een eigen revalidatiedienst. Dat is een groot voordeel voor de patiënt. Zo kan hij nog tijdens de opname sneller werken aan zijn herstel. Maar het zorgt wel voor hogere kosten, zeker als je de vergelijking maakt met ziekenhuizen die geen eigen revalidatiedienst hebben. Fysiotherapie moet dus buiten de kostenvergelijking per diagnosegroep vallen, zo niet snijden de ziekenhuizen

die deze extra dienst bieden in hun eigen vel. Zo zijn er nog voorbeelden te noemen.”

Volgens de wet zullen ziekenhuizen die boven hun budget gaan zowel financiële als ‘reputatiesancties’ krijgen.

“De wetgever voorziet inderdaad twee soorten sancties. Indien de werkelijke uitgaven van een ziekenhuis – per DRG – meer dan 10% hoger liggen dan de referentiewaarde, dan zullen de ziekenhuizen die meerkost moeten terugbetalen aan de overheid. Marc Moens van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten heeft berekend dat 65 op de 115 ziekenhuizen elk minder dan 20.000 euro zouden moeten terugbetalen als het systeem al zou werken. Zeker een tiende van alle ziekenhuizen zou meer dan 80.000 euro moeten terugbetalen.”

“Naast de financiële sanctie is er nog een ‘reputatiesanctie’ voorzien. Als het budget in meer dan de helft van alle diagnosegroepen met meer dan 10% overschreden wordt, zal de Rijksdienst voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) de naam van dat ziekenhuis publiceren op haar website.”

Wie moet concreet opdraaien voor budgetoverschrijdingen: het ziekenhuismanagement of de artsen?

“Dat is een netelige kwestie, die voor flink wat onrust zorgt in ziekenhuizen. In universitaire ziekenhuizen zijn de artsen werknemers met een vast contract, maar in de algemene ziekenhuizen, nog altijd het leeuwendeel, werken artsen op zelfstandige basis. Wie moet dan de rekening betalen van vermeende medische overconsumptie: artsen of ziekenhuismanagement? De nieuwe wet stelt de zaken op scherp. Marc Moens noemt dat het begin van een 100-jarige oorlog.”

Is het volgens u haalbaar om de groei van het gezondheidsbudget te beperken tot 4,5% per jaar?

“Het is begrijpelijk en noodzakelijk dat de overheid de kosten in de hand wil houden. Maar als je kijkt naar de evoluties in de medische technologie en naar de stijgende leeftijd van de bevolking, dan weet je dat het budget wellicht sterker zal stijgen. Zeker als je aan de vraag van patiënten tegemoet wil komen. Het lijkt me een gezond principe dat budgetten de economische groei volgen. Maar zelfs met een gezonde economische groei lijkt het me onvermijdelijk dat de patiënt ook meer zelf zal betalen. In de totale gezondheidszorg – inclusief niet-terugbetaalde geneesmiddelen – zitten we nu al aan een eigen bijdrage van 28%.”

“Gelukkig hebben we nog geen duaal gezondheidsstelsel. Elke patiënt kan in elk ziekenhuis terecht en heeft daar recht op eenzelfde, kwalitatieve behandeling. De concrete kamersetting verschilt uiteraard:

een eenpersoonskamer biedt vaak meer comfort dan een gemeenschappelijke kamer. Vergelijk het met verschillen in hotelkamers. Maar de medische zorg op zich is voor iedereen toegankelijk. Hopelijk kunnen we dat behouden.”

Zijn ziekenhuizen beter af met meer regionalisering of gedijen ze het best in een federaal kader?

“Laten we de bevoegdheidspakketten zo homogeen mogelijk maken. Voor budgetten voor bijkomende gebouwen moeten we aankloppen bij de Vlaamse overheid, voor de organisatie van de diensten bij de





Katrien Kesteloot (UZ Leuven): "Je kan niet blijven besparen zonder dat het ooit ten koste gaat van de patiënt."

federale. Het gebeurt dat we groen licht krijgen van de één, maar lang op een antwoord van de ander moeten wachten. Dat is niet efficiënt."

"Een grotere uitdaging vormt volgens mij de Europese context. We hebben in ons land een goed systeem van kostenbeheer, waarbij de overheid zich onder meer bemoeit met het aantal gespecialiseerde medische toestellen dat aangekocht mag worden. In Europa lobbyen fabrikanten van die apparatuur keihard om de markt te liberaliseren, zodat de overheid niets te zeggen heeft. Als de commerciële partners vrij spel krijgen in Europa, kunnen we

ZIEKENHUIZEN: CIJFERS EN EVOLUTIE

Onze overheden geven jaarlijks 5 miljard uit aan ziekenhuizen voor werkings- en verzorgingskosten, honoraria van artsen niet inbegrepen. Het leeuwendeel van deze middelen gaat naar de financiering van de verblijfskosten voor de patiënten. De kosten voor hospitalisatie worden grotendeels terugbetaald aan de patiënt, maar het eigen aandeel stijgt wel: was dit in 1998 gemiddeld nog 334 euro voor een klassieke ziekenhuisopname, in 2004 was dit 471 euro. Die verhoging komt voornamelijk op conto van de honorariumsupplementen (+ 63 euro) en van de materiaalkosten (+ 40 euro). Kamersupplementen zijn goed voor 10% van de totale stijging.

Sociaal zwakkere patiënten worden bij deze uitgaven goeddeels beschermd door de maximumfactuur. Maar ziekenhuizen met veel economisch zwakkere patiënten hebben het wel moeilijker dan andere om de eindjes aan elkaar te knopen. Daarom besliste de regering om 19 miljoen euro extra te voorzien voor ziekenhuizen die een meer dan gemiddeld aantal alleenstaande of oude patiënten, of patiënten uit arme wijken verzorgen. Studies wijzen immers uit dat deze mensen gemiddeld iets langer in het ziekenhuis blijven bij gebrek aan onmiddellijke en toereikende thuisopvang.

Die 19 miljoen voor een beperkt aantal ziekenhuizen is een druppel op een hete plaat, zeker in het licht van de chronische onderfinanciering van het 'budget financiële middelen' van ziekenhuizen. De stijging van dit budget kan geen gelijke tred houden met de stijging van de loonkosten voor verpleegkundige zorg, of die van de kosten voor ziekenhuisafval, verwarming en ziekenhuisfusies. Volgens het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI), de grootste koepelorganisatie van ziekenhuizen en verzorgingstehuizen, kampt de sector daarom met een structurele onderfinanciering van jaarlijks ongeveer 291 miljoen euro. Vandaar ook de neiging om steeds meer te rekenen op supplementen en het eigen aandeel van patiënten.

Toch lukt het, volgens studies van Dexia, de meeste ziekenhuizen om een gezond financieel beleid te voeren. Maar deze studies signaleren ook grote uitdagingen: naast de genoemde onderfinanciering van het budget financiële middelen, is er de verouderde infrastructuur, de moeilijkheid om aan de huidige barema's voldoende gekwalificeerd personeel aan te werven, en de voortdurende druk op ziekenhuizen door de ligduurfinanciering. (RG)

de budgetten veel minder goed in de hand houden. Uiteindelijk krijgt de patiënt de rekening gepresenteerd."

► *Reacties welkom op www.weliswaar.be/forum*