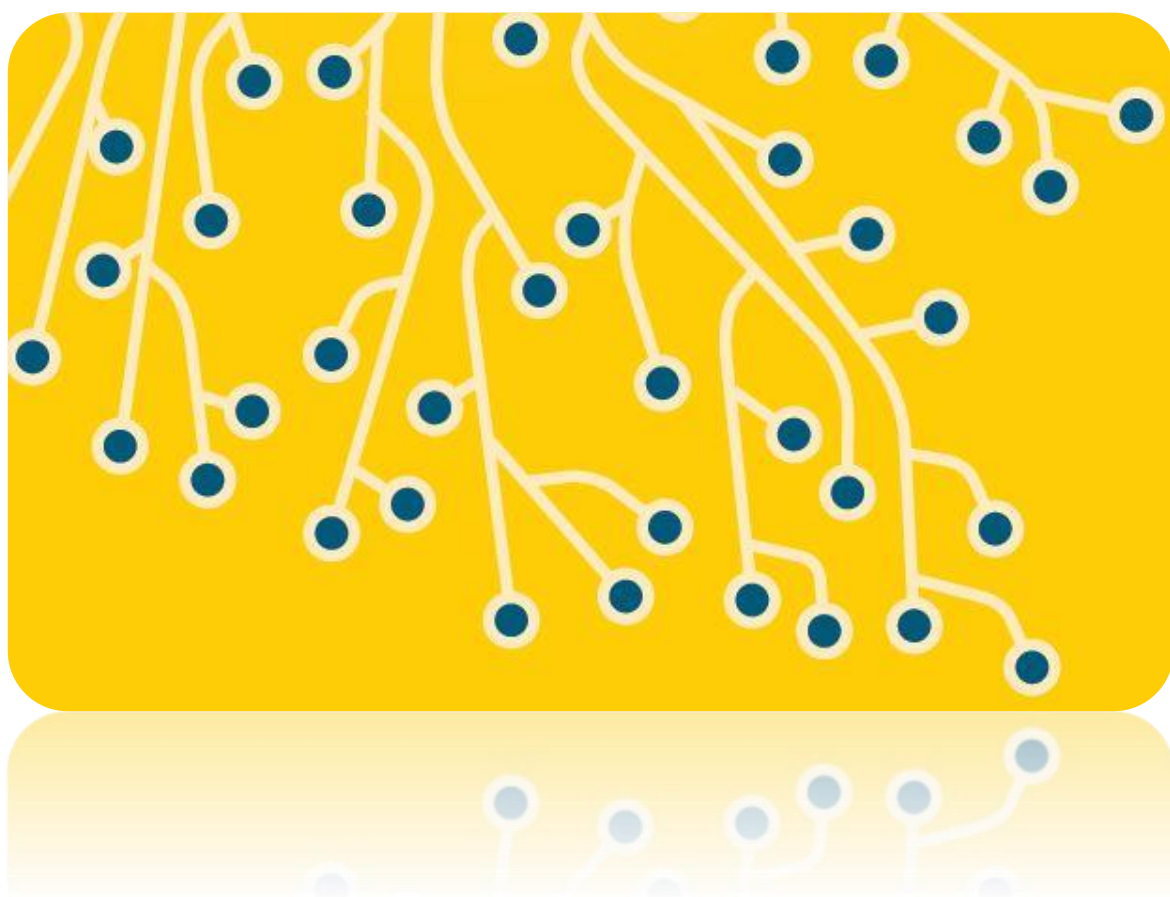


VRGT Jaarverslag 2015



Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw

Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel

www.vrgt.be

EEN BLIK OP DE VRGT ... DE MEDEWERKERS AAN HET WOORD

Beste lezer

Dit jaar brengen we u een jaarverslag in een nieuw kleedje. De facts and figures van de VRGT worden levendig voorgesteld vanuit het oogpunt van onze medewerkers.

We hopen dat deze perspectieverruiming ook uw blik op onze organisatie mag verbreden. Tuberculose is immers een ziekte die we onder de aandacht moeten houden. Onze vereniging draagt elk jaar opnieuw haar steentje bij om de doelstelling van eliminatie in 2050 te bereiken.

Naast de reguliere werking op vlak van tuberculosebestrijding, stond 2015 in het teken van het voorbereiden van een aantal grote veranderingen op beleidsvlak. Met betrekking tot de tuberculosebestrijding werd de VRGT doorgelicht op vraag van het Agentschap Zorg en Gezondheid (AZ&G), en maakte zich klaar voor de omslag van een voornamelijk actief screenende organisatie naar een meer vormende organisatie. Medewerkers werden voorbereid en ondersteund om te netwerken, de e-learning module voor intermediairs werd gelanceerd en de huisartsen kregen als belangrijke partner in tuberculoseopsporing extra aandacht.

De tweede helft van het jaar stond in het teken van de verhoogde instroom van voor oorlog vluchtende mensen. Fedasil, verantwoordelijk voor de screening bij binnenkomst, zocht versterking bij de VRGT. De mobiele röntgenunit (MRU) werd ingezet om een RX foto te nemen bij mensen die niet op Dienst Vreemdelingenzaken gescreend werden. Het was onder meer deze opdracht die leidde tot de versnelde invoering van beleidsbeslissingen (stopzetting MRU-screening 6 en 12 maanden na aankomst én de intense informatievoorziening aan opvangcentra en medische diensten om een passieve screening afgaande op symptomen mogelijk te maken).

Dankzij de positieve relaties en de constructieve samenwerking tussen de betrokken partners, Fedasil, het AZ&G en de VRGT maar zeker ook door de flexibiliteit van de mensen op terrein, zijn we er samen in geslaagd om deze onverwachte gebeurtenis toch in goede banen te leiden. Het aantal nieuwe centra en opvangplaatsen dat moest voorgelicht en bezocht worden door de VRGT en door het AZ&G was groot.



Op het vlak van tabakspreventie waren de VRGT, het VIGeZ, de Stichting tegen Kanker en Kom Op tegen Kanker in 2015 druk bezig om in eerste instantie een consortium te vormen en vervolgens een gemeenschappelijk beleidsplan uit te werken. Immers voorzag het Agentschap Zorg en Gezondheid voor het perceel tabakspreventie van het Vlaams preventieve gezondheidsbeleid slechts in een beheersovereenkomst met één partnerorganisatie. De VRGT hield vinger aan de pols bij de tabakologen om de beleidshervorming rookstopbegleiding mee richting te geven.

Parallel aan deze ontwikkelingen hadden we de mogelijkheid om een project “Opstap naar rookstop: het CMI gespreksmodel” te realiseren. Het was als het ware het bindstuk van de vele inspanningen in voorgaande jaren om intermediaire gezondheidswerkers te ondersteunen bij het bespreekbaar maken van rookstop. De online leeromgeving beoogt bij gezondheidswerkers de spontane reflex te ontwikkelen om het rookgedrag van cliënten of patiënten te bevragen en te leren hoe je via een aangepaste korte interventie het motivatieniveau kan verhogen of kan doorverwijzen naar een tabakoloog.

U leest het allemaal in voorliggend verslag, de verhalen van onze collega's spreken voor zich.

Veel leesgenoegen!

Sandrina Schol, algemeen directeur

INHOUD

TUBERCULOSE CIJFERS	4
FACTS AND FIGURES IN BELGIË	4
FACTS AND FIGURES IN VLAANDEREN	8
TUBERCULOSE ACTIVITEITEN	10
SCREENING IN DE CENTRA VOOR RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG	11
SCREENING ASIELZOEKERS	12
SCREENING GEVANGENEN - MRU	13
THERAPIESUPERVISIE	14
CONTACTONDERZOEK	16
ARBEIDSGENEESKUNDIGE SCREENING	17
NETWERKING	18
DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	19
PROJECT PICTOGRAMMEN	21
ROOKSTOPACTIVITEITEN	23
CURSUS TABAKOLOGIE	23
PROJECT OPSTAP TOT ROOKSTOP	24
FINANCIEEL	26
BALANS	26
RESULTATENREKENING	27
INKOMSTEN	27
UITGAVEN	28
PERSONEEL	30

TUBERCULOSE CIJFERS

Wouter Arrazola de Oñate, medisch directeur, geeft toelichting bij de cijfers.

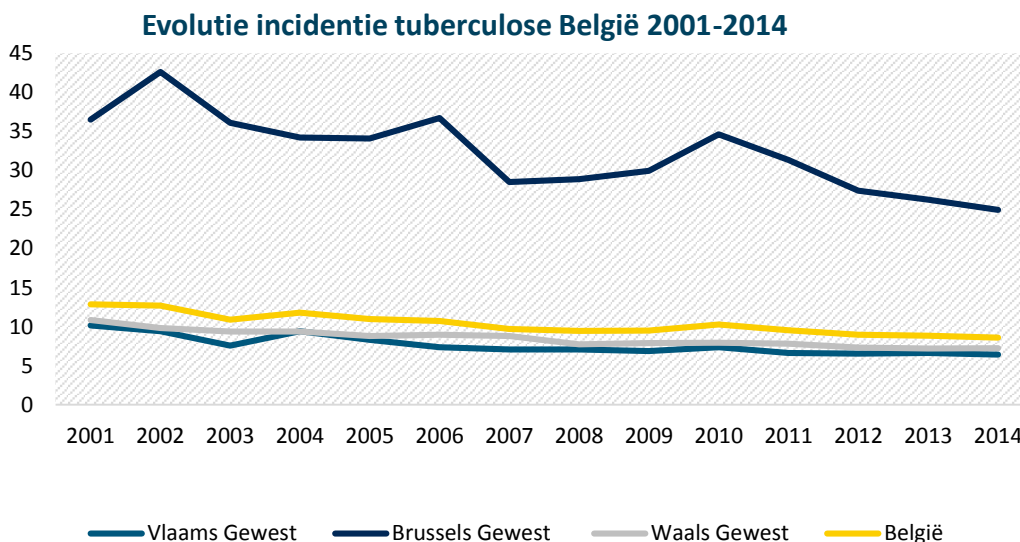
In 2014 waren er 959 gevallen van tuberculose in ons land. Hoewel het risico op tuberculose in België relatief laag blijft, nl. 8,6/100.000 inwoners in 2014, is het in onze grootste steden 3 keer zo hoog en minstens 10 keer hoger in de belangrijkste risicogroepen (dak- en thuislozen, gevangenen en asielzoekers).

Resistentie aan antibiotica blijft gelukkig vrij stabiel de laatste 10 jaar. De multidrugresistentie (MDR) was 1,4 % in 2014 met 10 gevallen. Dit cijfer is gelijkaardig met voorgaande jaren.



Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zou de incidentie van tuberculose jaarlijks moeten dalen met gemiddeld 12% om de doelstelling van eliminatie in 2050 te halen. Op dit ogenblik is deze daling slechts 3,3% per jaar (tussen 2000 en 2012). We hopen dat er snel werk gemaakt wordt van een betere coördinatie van de initiatieven in de strijd tegen tuberculose in ons land. Samen met het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) en de verschillende gemeenschappen voert de VRGT al sinds de jaren 70 de surveillance uit van de ziekte in ons land en in Europa.

FACTS AND FIGURES IN BELGIË

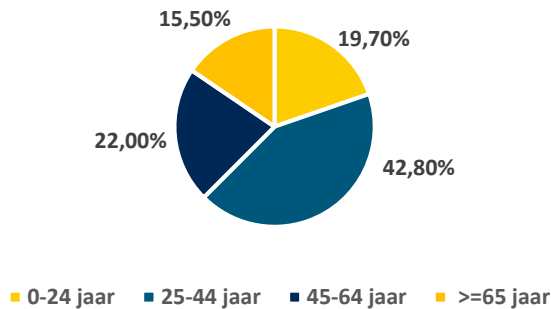


In 2014 was de incidentie van tuberculose in België 8,6 per 100.000 inwoners. Dit is één van de laagste incidenties ter wereld. In Vlaanderen werden 410 tuberculosegevallen gemeld of 6,4/100.000. Wallonië had een incidentie van 7,2 met 259 gevallen. In Brussel was deze

24,9/100.000 voor 290 gevallen. Alhoewel de laagste incidentie ooit, is dit bijna 4 maal hoger dan Vlaanderen en bijna 3 maal hoger dan de nationale incidentie.

Andere grote steden zoals Antwerpen (20,8) en Luik (24,5) tonen ook een verhoogde incidentie zoals we in heel West Europa waarnemen.

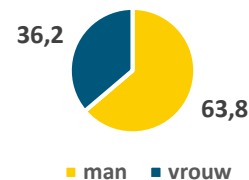
Leeftijd TBC patiënten 2014



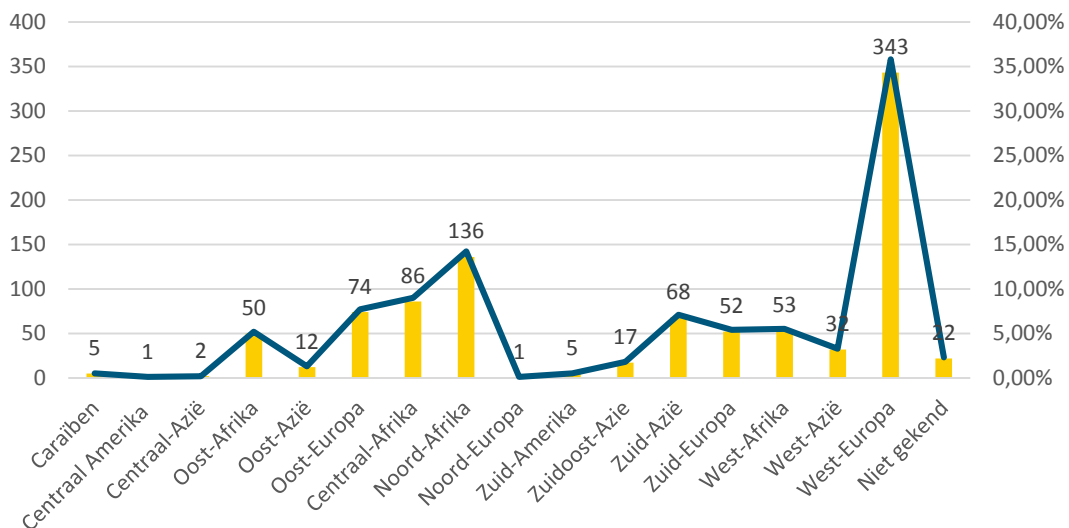
De meeste tuberculosepatiënten bevonden zich in de groep 25-44 jaar (42,8 %). De mediane leeftijd was 38 jaar. In 3,3 % van de gevallen ging het om kinderen tussen 0 en 4 jaar (32 kinderen).

Tuberculose kwam klassiek wat vaker voor bij mannen (63,8 %) dan bij vrouwen. Dit percentage is relatief stabiel in de tijd en vergelijkbaar met de Europese buurlanden.

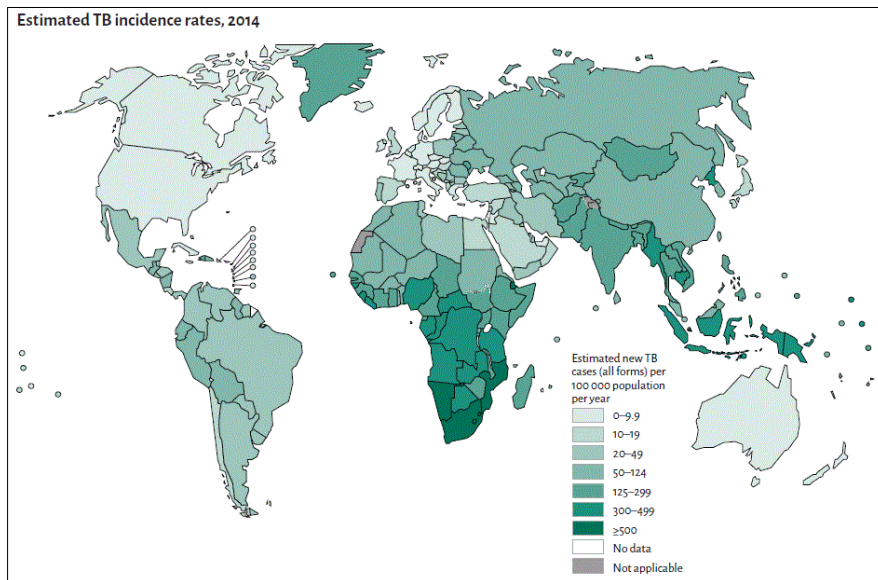
Geslacht TBC patiënten 2014



Regio van geboorte tuberculosegevallen 2014

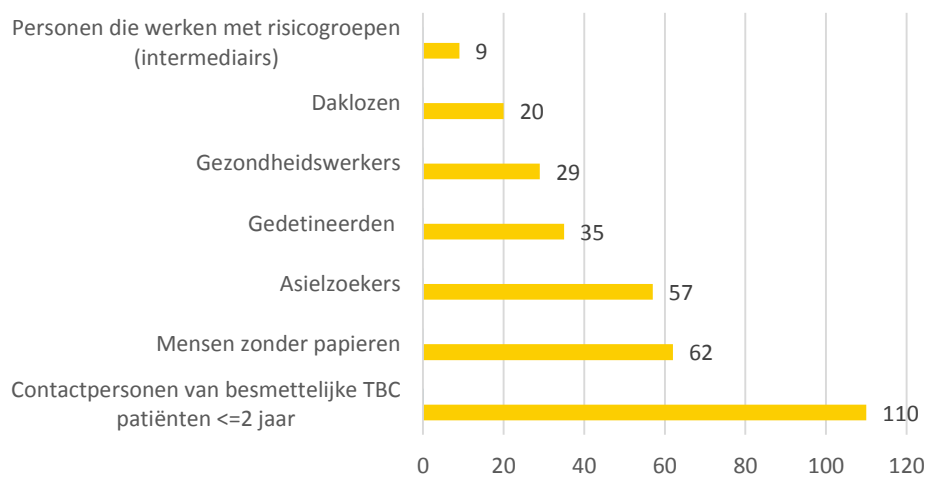


Deze cijfers over herkomst tonen aan dat bijna de helft van de tuberculosegevallen (49 %) geboren is in Europa.



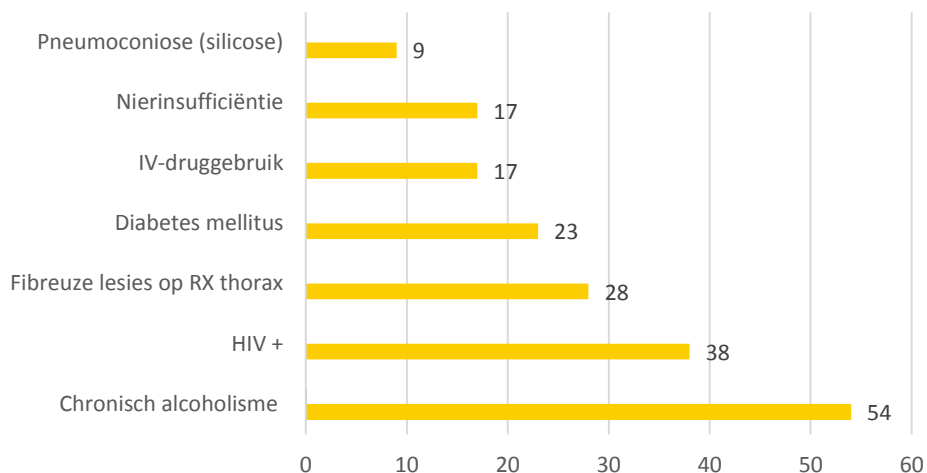
Dit zijn de incidentiecijfers op wereldvlak anno 2014. Wereldwijd sterven elke minuut 3 personen aan de gevolgen van tuberculose. Tuberculose heeft hiv/aids ingehaald en is de nummer 1 geworden van de dodelijkste infectieziekten.

Risicogroepen voor tuberculose 2014



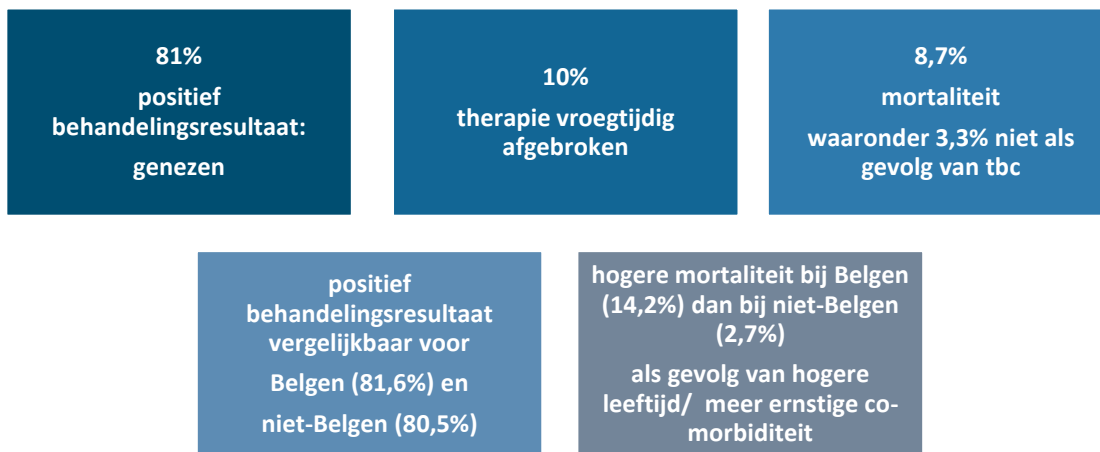
Deze grafiek toont de bevolkingsgroepen in ons land met een verhoogde kwetsbaarheid voor tuberculose in verhouding tot het totaal aantal gevallen: personen die werken met risicogroepen/intermediairs (0,90%), daklozen (2,1 %), gezondheidswerkers (3,0 %), gedetineerden (3,6 %), asielzoekers (5,9 %) mensen zonder papieren (6,5 %) en contactpersonen van besmettelijke gevallen (11,5 %).

Risicofactoren voor tuberculose 2014



De belangrijkste risicofactoren voor de ontwikkeling van actieve tuberculose na besmetting waren in 2014: silicose (0,9%), nierinsufficiëntie (1,8 %), IV-druggebruik (1,8 %), diabetes mellitus (2,4 %), fibreuze laesies op RX thorax (2,9 %), co-infectie HIV (4,0 %), chronisch alcoholgebruik (5,6 %).

Alle patiënten van 2013 werden een jaar opgevolgd om de behandelingsresultaten te kennen na 6 tot 9 maanden behandeling. Dit waren de resultaten:



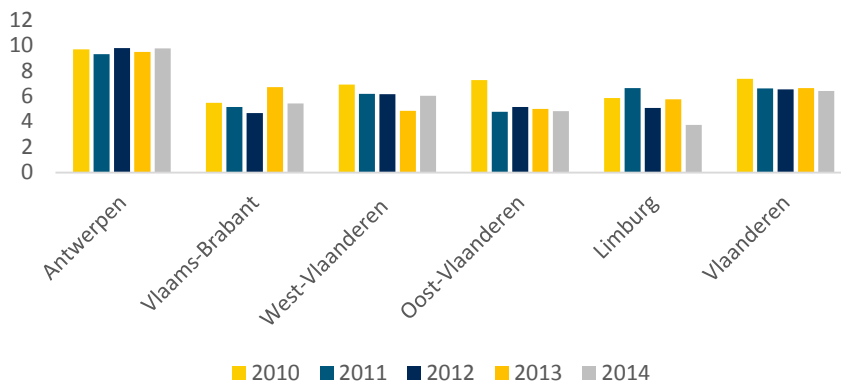
FACTS AND FIGURES IN VLAANDEREN

Stafmedewerker Kristien Janssens analyseerde de cijfers voor Vlaanderen en kwam tot volgende vaststellingen.

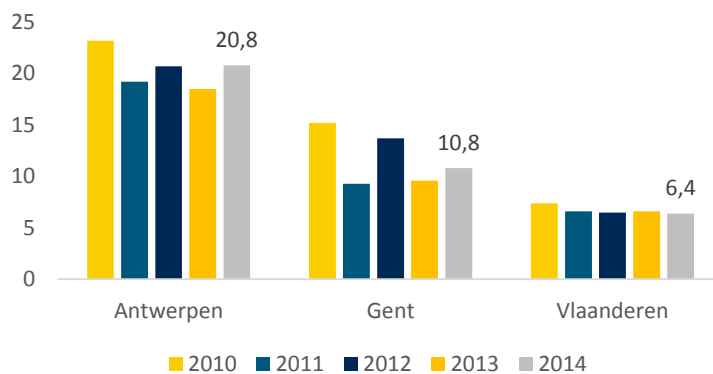
We kunnen de hoogste tuberculose-incidentie terugvinden in de provincie Antwerpen. Deze provincie heeft met een incidentie van 9,8 in 2014 een beduidend hogere incidentie dan het gemiddelde in Vlaanderen.



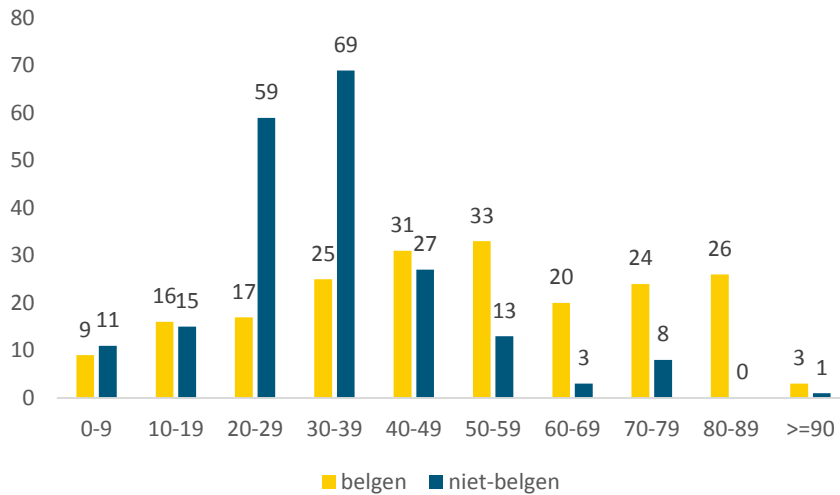
Incidenties provincies 2010-2014



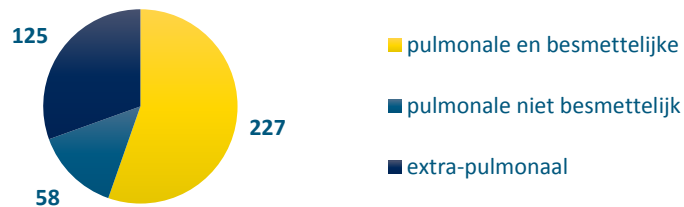
Tuberculose situeert zich in lage incidentielanden zoals België voornamelijk in grootsteden. In Vlaanderen vinden we de hoogste incidenties terug in de steden Antwerpen en Gent.



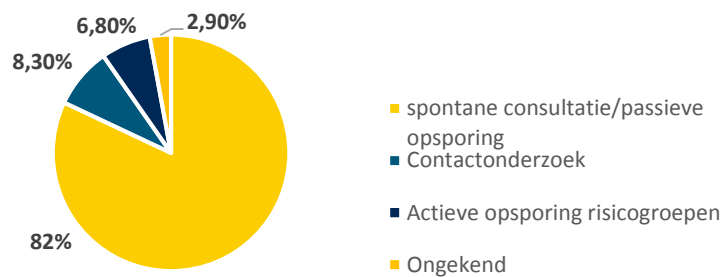
In Vlaanderen heeft 50,2% van de gemelde gevallen niet de Belgische nationaliteit. De ziekte komt doorgaans meer voor bij mannen (62,9%).



Onder de tuberculosegevallen is de leeftijdsverdeling verschillend voor Belgen en niet-Belgen. Bij niet-Belgen komt tuberculose vaker voor in de jongere, actieve leeftijdsgroepen.



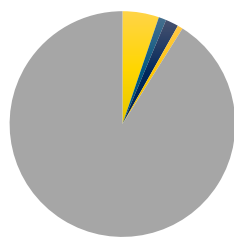
In Vlaanderen heeft de meerderheid van de tuberculosegevallen pulmonale tuberculose. Niet alle vormen van tuberculose zijn even besmettelijk. Bijna de helft (44,6) van de gemelde gevallen in Vlaanderen was niet besmettelijk.



De meerderheid wordt ontdekt via passieve screening, dus wanneer personen met klachten of symptomen bij de medische sector terecht komen.

Bijna 7% wordt ontdekt door actieve screening bij personen uit risicogroepen. Dit zijn asielzoekers, gedetineerden en nieuwe immigranten afkomstig uit hoge incidentielanden.

Verder werd 8,3% van de tuberculosegevallen ontdekt via contactonderzoek rond een besmettelijke patiënt.



- MONO INH
- MONO EMB
- MULTI INH+RMP
- MULTI INH+RMP+EMB
- overige

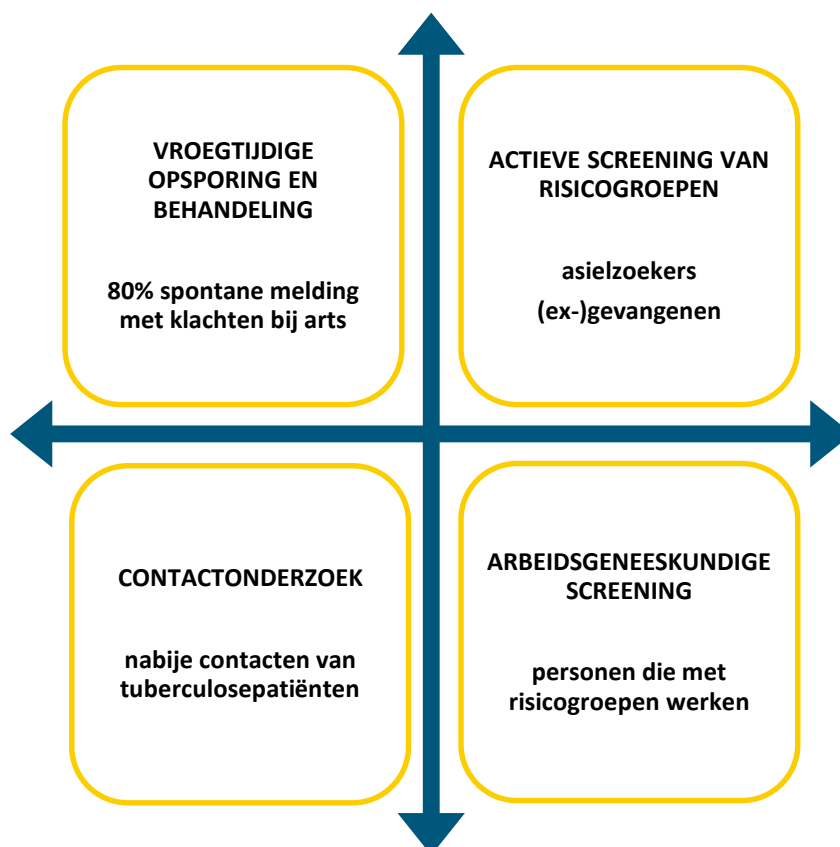
In Vlaanderen is 2,4% (n=7) van de tuberculosepatiënten Multi Drug Resistent (MDR), dit wil zeggen dat de stam resistent is aan minstens rifampicine (RMP) en isoniazide (INH). In Vlaanderen kwam mono-resistentie tegen INH voor bij 4,8% (n=14) van de gevallen.

Meer weten?

Download hier het [tuberculoseregister](#)

TUBERCULOSE ACTIVITEITEN

Tuberculose onder controle houden steunt op vier pijlers:



De opsporing gebeurt via:



SCREENING IN DE CENTRA VOOR RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG



Catherine Joos heeft een jarenlange ervaring in de tuberculosezorg als sociaal verpleegkundige. Hierna geeft ze een korte toelichting over haar werk op het CRG.

Wij bieden laagdrempelige dienstverlening aan. Huisartsen verwijzen patiënten door met klachten die kunnen wijzen op tuberculose, zoals bijvoorbeeld vermageren en hoesten.

Ook personen afkomstig uit landen waar tuberculose veel voorkomt en nog nooit onderzocht werden, kunnen bij ons terecht.

Mensen worden ook doorgestuurd voor een THT door het AZ&G. Indien de test positief is, verwijzen we onmiddellijk door voor een longfoto in het ziekenhuis. We werken samen met 4 longartsen die de foto's lezen. Als de longfoto's normaal zijn, wordt ter preventie een medicatievoorstel geadviseerd aan de behandelend huisarts. Na 6 maanden worden de mensen opgeroepen voor een controle foto.

Van de tuberculinehuidtesten gebeurt ook een tweede controle na 8 weken, dat is de incubatietijd.

Indien een longfoto positief is, dus verdacht voor tuberculose, wordt dit doorgegeven aan het AZ&G voor verder onderzoek.

Het leuke aan deze job is de afwisseling tussen consultaties en administratie. De vlotte samenwerking met de longartsen is ook heel fijn.

SCREENING ASIELZOEKERS



Administratief medewerker Abdou Aboulaalae is verantwoordelijk voor de opvolging van de longfoto's van asielzoekers. Zij worden gescreend bij aankomst in ons land.

Dagelijks registreer ik de resultaten van deze longonderzoeken en informeer ik diverse instellingen hierover (ziekenhuizen, opvangcentra, OCMW's, ...).

In het najaar van 2015 ging het er hectisch aan toe.

De oorlogssituatie in het Midden Oosten (Syrië, Irak, Afghanistan) en de instabiliteit in verschillende Afrikaanse landen brachten de laatste maanden van 2015 een massale vluchtelingenstroom op gang. Het aantal asielzoekers is toen exponentieel toegenomen in Europa. Ook in ons land meldden zich dagelijks honderden asielzoekers aan bij de Dienst Vreemdelingenzaken. Het aantal dossiers dat de VRGT diende te verwerken was dan ook sterk toegenomen.

De screening van de vluchtelingen in de opvangcentra kwam helemaal op de voorgrond, vervuldigd verpleegkundige Ilse Vercauteren.

We moesten zelf het initiatief nemen om ter plaatse te gaan. Vaak was er nieuw personeel in de centra dat niet op de hoogte was van de problematiek. Dan startte ik eerst met het geven van informatie over tuberculose.

Door de overrompeling was het voor de asielcentra soms moeilijk om alles georganiseerd te krijgen. Volledige lijsten opstellen, de mensen kunnen verzamelen, de behandeling opvolgen, verhuisadressen bijhouden etc. Daarnaast waren er ook andere medische prioriteiten zoals vaccinaties.



In een noodopvangcentrum was er even paniek naar aanleiding van enkele tuberculosegevallen op korte tijd. Slechts één geval was besmettelijk. Dan was het belangrijk om voldoende uitleg te geven aan de directie en het medisch team. Na verloop van tijd kon ik echt voelen dat tuberculose beter begrepen werd en op een juiste manier onder de aandacht kwam. Dat zie je vaker, dat de alertheid verhoogt naar aanleiding van een tuberculosegeval.



Françoise Belpaire, verpleegkundige, illustreert de screening in opvangcentra met een voorbeeld.

Wij screenen de asielzoekers die al langere tijd in het Klein Kasteeltje in Brussel verblijven. Vroeger werden de bewoners systematisch onderzocht na 6 en 12 maanden, maar nu gebeurt dit enkel naar aanleiding van klachten en symptomen. Ze komen naar ons centrum voor een longfoto.

Van kleine kinderen jonger dan 5 jaar mag geen longfoto genomen worden, tenzij ze een positieve THT hebben. Daarom gaan we om de twee maanden THT's zetten bij kleine kinderen in het Klein Kasteeltje, een opvangcentrum in Brussel. Sommige kinderen blijven hier heel rustig onder en laten zich gemakkelijk prikken, anderen spartelen tegen. Omdat het heel belangrijk is dat de arm goed gefixeerd blijft, is er altijd een tweede persoon nodig die het kindje goed vasthoudt.

Bij een positieve THT gaan ze naar de pediatr die nakijkt of ze een BCG vaccin gekregen hebben. Daarna doet men een bloedtest (IGRA) om na te kijken of de antilichamen van het vaccin komen of door contact met een besmettelijk persoon. Dan stellen we verdere vragen om eventuele tuberculosegevallen op te sporen.

SCREENING GEVANGENEN - MRU

Omdat ze met velen in besloten ruimtes zitten, hebben gevangenen een verhoogd risico op tuberculose. Onderzoek gebeurt door de verpleegkundigen van de medische diensten en via de mobiele röntgenunit (MRU) van de VRGT. Dat is een vrachtwagen met vast labo om röntgenfoto's te nemen van de longen.



De MRU-medewerkers Imke Blommaert, Ronny Douwen en Ronald Cremers schetsen hoe dat in zijn werk gaat.

De MRU wordt vooral ingezet op vraag van Justitie, maar ook Fedasil, het Rode Kruis en het Agentschap Zorg en Gezondheid vragen consultaties via de unit aan. Voor arbeidsgeneeskunde en onderzoeken in onze eigen centra schakelen we de MRU ook in. Onze Franstalige zusterorganisatie FARES (Fonds des affections respiratoires) doet er eveneens beroep op.

Momenteel zijn er een aantal gevangenen en jeugdgevangenen in Vlaanderen die maandelijks terugkomen op de planning. De vluchtelingen die nog geen eerste RX kregen op de Dienst Vreemdelingenzaken worden door ons gescreend in de opvangcentra waar ze verblijven. En we staan ook klaar wanneer er een contactonderzoek nodig is rond een besmettelijk tuberculosegeval, op verzoek van de centra van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Tijdens de wintermaanden werken we ook voor onze Franstalige collega's in Luik, Charleroi en Brussel.

De longfoto's worden geprotocolleerd door longartsen. We geven hen administratieve ondersteuning bij eventuele verwijzingen en het contacteren van de instellingen als er verdachte foto's zijn voor tuberculose. De instellingen zelf houden op hun beurt de MRU op de hoogte van de verdere ontwikkelingen van de patiënt.

THERAPIESUPERVISIE



Soms is het nodig om een tuberculosepatiënt van nabij op te volgen. De behandeling duurt zeer lang, 6 tot 9 maanden. Sommige patiënten hebben helemaal geen nood aan begeleiding, voor anderen is intensieve begeleiding een must. Elke dag moet immers een cocktail van medicijnen ingenomen worden. Regelmaat is hierbij heel belangrijk.

Amina Dilubenzi, sociaal assistente, omschrijft haar rol hierbij als volgt.

Eén van de redenen waarom ik voor deze job gekozen heb, is het sociaal contact tijdens de huisbezoeken. Die menselijke band is voor mij belangrijk, ik wil weten wie de mens is 'achter de dossiers', iedereen krijgt een gezicht.

De eerste keer dat ik de patiënt zie, vraag ik steeds in hoeverre hij geïnformeerd is door de arts. Dan peil ik naar de houding tegenover de ziekte, en of men klaar is voor een lange behandeling. Het is belangrijk om het ziekte-inzicht in te schatten want de begeleiding is hierop afgestemd. Als er bijvoorbeeld ontkenning is, dan is het nodig om meer uitleg te geven. Via het hospitalisatieverslag kan ik ook al meer te weten komen. Het invullen van de begeleiding is altijd een beetje subjectief, maar met sommige patiënten kan ik in samenspraak afspreken hoe frequent we mekaar moeten zien. Sommigen kunnen gemotiveerd worden om zelf de medicatiedoos te komen ophalen op de VRGT, anderen worden thuis opgevolgd.

Doordat ik de mensen in hun eigen huis zie, moet ik sommige vragen al niet meer stellen: leeft iemand ordelijk of chaotisch, in een grote of kleine woning, is hij eenzaam of omringd door familie, komt er thuisverpleging langs enz... Die informatie over de leefomgeving is relevant om de juiste zorg te kunnen aanbieden. Er zijn soms schrijnende omstandigheden die je in het ziekenhuis niet kan zien. Soms is de confrontatie hiermee best wel moeilijk,

maar het hoort bij de job. We beseffen soms niet hoeveel dingen die voor ons vanzelfsprekend zijn, moeilijk zijn voor een ander.

Collega verpleegkundige Lars Verschaeren vult aan.

We motiveren de patiënt door te structureren, te helpen en te begeleiden waar nodig. In sommige gevallen moeten we echt toezien op de inname van de tabletten.

De mensen die zich niet aan het medicatie-schema houden noemen we ‘therapie-ontrouw’. We trachten ervoor te zorgen dat ze de noodzaak voelen om de behandeling tot op het einde vol te houden. Het wijzen op die individuele verantwoordelijkheid is immers nodig om de maatschappij te beschermen tegen mogelijke nieuwe risico’s van besmetting.

Patiënten met multi-resistente tuberculose worden sowieso opgevolgd. Zij moeten 24 maanden lang medicatie innemen. Geen gemakkelijke opgave om dat zo lang vol te houden. Wij proberen dit zo goed mogelijk te ondersteunen.

Het moeilijkste is de balans vinden tussen een paternalistische houding die soms tot betutteling leidt, en het opvolgen op zich. Je zoekt een soort grens op in de vrijheid van de patiënt, we moeten hun verantwoordelijkheidszin bespelen. We moeten de garantie hebben dat de patiënt de therapie goed inneemt. Soms is het vervelend om de persoon altijd weer opnieuw lastig te moeten vallen met dezelfde vragen over therapieontrouw, of om aan te dringen om ontvangen te worden.

We willen onze diensten uiterst laagdrempelig aanbieden, en de juiste schakel zijn tussen alle personen en diensten in de gezondheidszorg of de sociale zorg.

Onze rol is vooral in het begin van de ziekte belangrijk. Het is een shock om de diagnose van tuberculose te krijgen, mensen zijn een beetje verwaasd en niet alle informatie dringt tot hen door. Ik kan de patiënt helpen bekomen om de ziekte te plaatsen. Veel herhalen en blijven informatie geven is dan nodig. Ik zie mijn rol als iemand die de patiënt moet vergezellen, ik kan niet altijd echt iets doen, maar ik kan wel zekerheid bieden dat de zieke zal genezen, en hem helpen bij het terug grip krijgen op zijn leven.

Vaak doen zich ook financiële moeilijkheden voor bij de patiënten. Lies Geysens specificieert.

Als maatschappelijk werker is het mijn taak om patiënten die hun hospitalisatie niet kunnen betalen naar de juiste dienst door te verwijzen. Wanneer een patiënt de taal niet machtig is, bel ik op voorhand naar de sociale dienst van het ziekenhuis om hem in te leiden. Zij zetten vervolgens de verdere stappen. Dat is maar een kleine moeite voor een groot resultaat.



Soms kan de hospitalisatiefactuur niet betaald worden omdat er geen ziekteverzekering is. Dan contacteer ik de facturatedienst van het ziekenhuis om de situatie uit te leggen. Zij doen dan verder het nodige.

Vaak moet ik documenten voor iemand in orde brengen. Sommige patiënten hebben geen structuur, ik regel hun afspraken of annuleer ze om een boete te vermijden als ik weet dat ze niet gaan opdagen. Soms moet ik er de nodige tijd voor nemen om hun formulieren terug te vinden die nodig zijn voor de apotheek om de medicatie te verkrijgen.

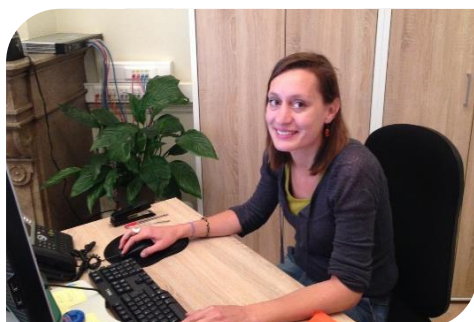
Ik bel patiënten ook op om zeker te zijn dat ze gaan komen voor hun wekelijkse pillendoos of afspraak bij de dokter.

Momenteel volgen we elke dag tussen 8 en 9 uur een patiënte op om toe te kijken of zij haar pillen daadwerkelijk inneemt en het potje leeg is. We houden de medicatie ook bij voor haar. We zijn halverwege de behandeling van 6 maanden. Deze dagelijkse observaties zijn nodig want de dame was al drie keer hervallen.

CONTACTONDERZOEK

Wanneer bij iemand een besmettelijke tuberculose vastgesteld wordt, moeten zijn of haar contacten ook onderzocht worden.

Laura Rosseel, sociaal verpleegkundige, beschrijft hoe dit in zijn werk gaat.



Als iemand tuberculose heeft en opgenomen wordt in het ziekenhuis, worden wij gecontacteerd. Dan gaan we op bezoek voor een gesprek met die patiënt. De meest nabije en intense contacten van tuberculosepatiënten moeten onderzocht worden vermits zij een risico lopen op besmetting. We vragen of de patiënt zelf de familie en andere contacten kan uitnodigen voor een onderzoek, of liever heeft dat wij dit doen.

In een eerste ronde wordt dan opgespoord wie in het verleden in contact kwam met de tuberculosebacterie. Dit gebeurt aan de hand van een THT. Tijdens de tweede ronde – opnieuw via een THT – wordt duidelijk wie recent besmet werd. Deze persoon moet dan ook een RX laten nemen om actieve tuberculose uit te sluiten.

Soms spreek ik af bij de persoon thuis, bijvoorbeeld als het om een heel grote familie gaat. Bij Marokkaanse families word ik altijd heel goed ontvangen. Ze zijn heel vriendelijk en serveren thee met koekjes, het lijkt soms wel een feest. Het is prettig om hun dankbaarheid te voelen. De positieve contacten vormen de basis voor het vertrouwen dat later nodig kan zijn bij het opvolgen van eventuele ziekte. Dat is voor mij het leukste van de job, het contactgericht werken.

ARBEIDSGENEESKUNDIGE SCREENING

Sommige arbeidsgeneeskundige diensten doen beroep op de VRGT om personeel dat in contact komt met risicogroepen te screenen. De opsporingstesten die hiervoor gebruikt worden zijn de THT, gevolgd door een longfoto bij positief resultaat. De arbeidsgeneesheer maakt een risicoanalyse van de werkomgeving en bepaalt wie er moet getest worden. Cipers en medewerkers van opvangcentra behoren bijvoorbeeld tot de doelgroepen die halfjaarlijks getest worden.



Verpleegkundige Inne Diels heeft positieve ervaringen met arbeidsgeneeskundige screening en doet het werk graag. De verpleegkundige handelingen vind ik heel leuk om te doen. Ook de afwisseling met administratie en bureauwerk maakt het aangenaam.

De meeste mensen zien me graag komen voor hun halfjaarlijkse THT. Ondertussen kennen ze mij en is er zelfs gelegenheid om een kort praatje te maken. Soms kan ik bijvoorbeeld inpikken op een verhaal over de kinderen dat ik me herinner van de vorige keer. Dat maakt het een beetje persoonlijker, het is tenslotte geen bandwerk. Maar tijdsdruk is er wel, soms moeten we 150 personen testen op 2 uur tijd.

Van sommigen weet ik dat ze echt wel bang zijn voor de naald en denken dat het pijn gaat doen. Ik vraag dan wat ze liever hebben: dat ik alles vertel wat ik doe, of beter niets zeg, of hen een beetje afleid met wat gebabbel of zo. Die aanpak werkt het beste.

Natalie Ruysen, eveneens verpleegkundige, vindt het boeiend om in een aparte omgeving zoals de gevangenis cipers te gaan screenen. Ook andere personeelsleden zoals de kok, de verpleegkundigen, het administratief personeel ... moeten gecontroleerd worden.

De sfeer in de gevangenis is er steriel en er zijn strikte regels. Je moet je gsm, PC en sleutels buiten laten, je moet door de vele deuren, je moet door de metaaldetector. In het begin had ik daar toch een klein beetje stress voor.



Ik kom altijd vroeg genoeg toe om alles klaar te zetten, maar zelfs dan staan er al mensen klaar om bij de eersten te zijn in de rij. Het is arbeidsintensief, de groepen zijn groot en iedereen moet op korte tijd onderzocht worden. Er is gelukkig altijd iemand bij die de lijst overloopt.

Soms ga ik ook screenen bij de bewakers van jongeren in een open gevangenis. Dat is in een mooi oud gebouw in de velden en daar is de sfeer iets lossier.

NETWERKING

In 2015 werd netwerking hoog op de agenda geplaatst. Een 50-tal infosessies werden georganiseerd bij organisaties die in contact komen met de risicogroepen voor tuberculose. Verpleegkundige Jef Van Pee vertelt over zijn ervaringen met het netwerken.

We worden regelmatig gecontacteerd door instanties voor vragen. De ziekte tuberculose is niet meer gekend door de mensen. Tbc, dat bestaat toch niet meer, denkt men. In de infosessies vertellen we wat wat tbc is. Vooral mensen uit risicogroepen die in armoedige omstandigheden leven zijn vatbaarder voor tbc. Maar het is een ziekte die volledig controleerbaar is. We leggen de werking van de VRGT uit o.a. dat we goed moeten opvolgen dat de patiënten hun pillen blijven slikken.



Tijdens de infosessies delen we een kaartenwaaier 'De VRGT in 15 minuten' uit. Je vindt er een beknopt overzicht in van de werking van de VRGT en een korte uitleg over tuberculose. Alle noodzakelijke contactgegevens staan er ook in vermeld.

De 15 kaartjes worden overlopen tijdens de netwerkbijeenkomsten, en er is gelegenheid tot vragen stellen. In totaal hebben we in 2015 met z'n allen 300 exemplaren uitgedeeld.



De VRGT stelt ook folders beschikbaar met een summier uitleg over de symptomen van tuberculose en de opsporingsonderzoeken. Deze folders zijn in meerdere talen beschikbaar, o.a. Frans, Engels, Russisch, Marokkaans, Arabisch enz. We kunnen dus ook mensen sensibiliseren in hun eigen taal om zich te laten onderzoeken. Tijdens de netwerkcontacten met intermediairs wijzen we altijd op deze mogelijkheid.



U kan hier de [folder downloaden](#).

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

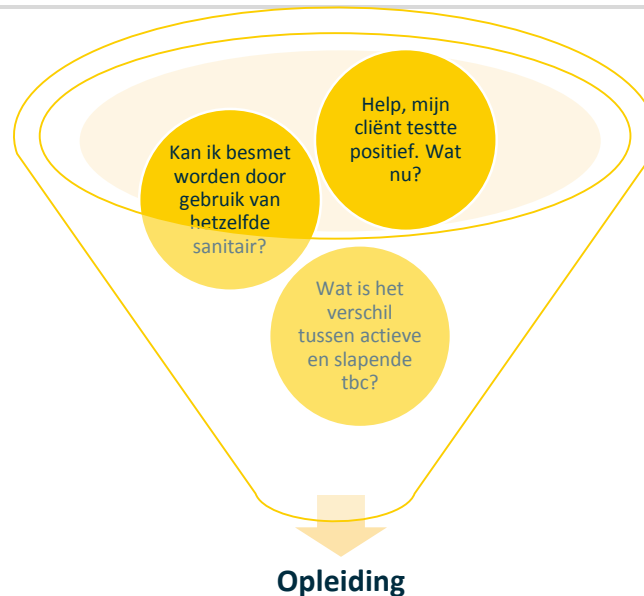


Sociaal verpleegkundige Magda Van Dyck is zeer goed thuis in de vele facetten van tuberculosewerking. Naast haar verpleegkundig werk besteedt ze een groot deel van haar tijd aan het geven van opleiding en vorming.

Die kennisdeling is heel belangrijk zegt ze. Wanneer zich een tuberculose voordoet in de werksfeer, treedt al gauw onrust op. Het is niet te onderschatten hoe snel mensen bevreesd zijn voor een tuberculosebesmetting voor hen of hun familieleden. Dat is een heel normale reactie, maar die onrust is echt niet nodig. Door goede vorming en training kan je die angst voorkomen.

Mensen denken snel dat tuberculose heel erg besmettelijk is, maar het loopt zo'n vaart niet als met een griep bijvoorbeeld. In de opleiding wordt uitgelegd hoe de bacterie zich verspreidt en wanneer iemand echt ziek wordt. We focussen ook op preventie om de risico's te beperken.

Mijn doelgerichte informatie, gebaseerd op mijn jarenlange ervaring stelt mensen gerust. Cursisten stellen veel vragen en die kan ik beantwoorden vanuit de praktijk, niet vanuit het boekje.



'Tuberculose, vergeten maar niet verdwenen'

Iedereen kan een korte infosessie of een langere opleiding aanvragen om meer te weten te komen over tuberculose. Meestal zijn het organisaties uit de welzijnssector die een vorming regelen voor hun personeel zoals bv. OCMW's, opvangcentra, maar ook instellingen uit de gezondheidszorg doen er graag beroep op zoals ziekenhuizen. Het is fijn wanneer zij de vorming openstellen voor de partnerorganisaties met wie ze samenwerken. Dan is de opkomst altijd groter en bereiken we met dezelfde inspanning veel meer mensen.



Stafmedewerker Françoise Driesens, onder meer verantwoordelijk voor de coördinatie van vorming, vult aan.

Een groep die meer en meer aandacht verdient, zijn de huisartsen. Als je weet dat ongeveer 80% van de tuberculosegevallen ontdekt wordt door spontane klachten op de consultatie, moeten we ervoor zorgen dat de huisarts alert blijft voor een mogelijke diagnose van tuberculose.

We organiseerden een grootse informatiecampaignede aandacht te houden. Meer dan 9000 Nederlandstalige huisartsen in Vlaanderen en Brussel kregen een informatiekaart over tuberculose in de bus met de boodschap waakzaam te blijven voor de symptomen.

Naar aanleiding van de campagne vragen huisartsenkringen steeds meer een infosessies aan voor hun lokaal kwaliteitsoverleg.

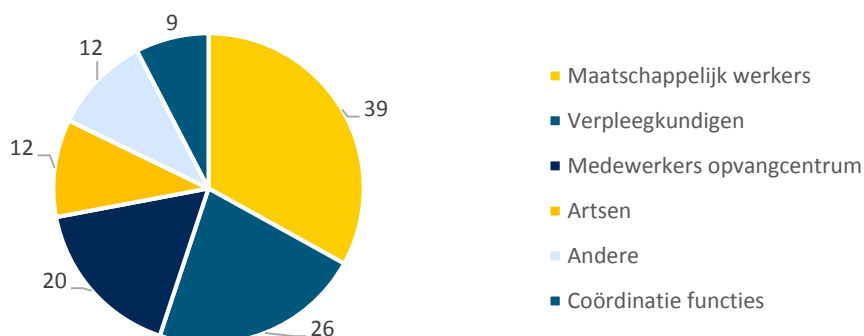


Opleiding aanvragen? [Klik hier](#)

U kan hier de [infokaart downloaden](#)

Naast opleiding en infosessies kunnen personen die in contact komen met risicopersonen voor tuberculose zich ook bijscholen via onze e-learning. In 2015 hebben we de webcursus gelanceerd. Het was een succes, welgeteld 118 cursisten schreven zich in. Door de kennisverbreding is men in staat om rustig en correct te handelen bij confrontatie met een mogelijke tuberculosebesmetting op de werksituatie.

Profiel van de e-learning cursist



De meeste cursisten zijn maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Er waren ook veel medewerkers van opvangcentra. Alhoewel de e-learning in eerste instantie niet bedoeld was voor artsen, zijn we toch blij te zien dat ook zij de weg vonden naar de online cursus.

We hopen dat de e-learning in de toekomst ook aangevraagd wordt door werkgevers om aan te bieden aan hun personeel. Vermits we kunnen opvolgen wie het leertraject helemaal doorlopen heeft, kan de opleiding deel uitmaken van het vormingsbeleid van bv. een ziekenhuisafdeling.

















Benieuwd naar de e-learning 'Eerste hulp bij tuberculose' ?

U kan hier [inschrijven](#)

PROJECT PICTOGRAMMEN

De VRGT-verpleegkundigen en maatschappelijk werkers ervaren vaak een taalbarrière vermits veel patiënten anderstalig en laag- of ongeletterd zijn. De meeste medewerkers hebben meer dan één keer per week met communicatieproblemen te kampen. Ze lossen deze moeilijkheden op met behulp van gebarentaal, zelf gekozen afbeeldingen, vertaaltools of een tolk.

Om deze taalbarrière te overbruggen werkte de VRGT een taalondersteuningsmiddel uit voor de tuberculoseconsultatie. Het werd een pictogrammenmap, waaruit men een gepaste afbeelding kan kiezen om het gesprek met de patiënt te vergemakkelijken. De pictogrammen werden in samenspraak met het tuberculosesteam ontwikkeld.

2 INFORMEREN OVER TUBERCULOSE		
De ziekte	Besmettelijkheid	Symptomen
1  Bacteriën in druppel speeksel	5  Gevaar: besmettelijke persoon	11  Geen appetijt
2  Bacteriën onder microscoop, bacteriologisch onderzoek	6  Veilig: gezonde persoon	12  Aanhoudend hoesten (meer dan drie weken)
3  Tuberculose infectie in de longen	7  Gevaar: besmettelijke persoon moet een mondmasker dragen	13  Koorts
4  Gevaar: tuberculose verspreidt zich uit de longen	8  Gevaar: besmettelijke persoon in bed	14  Moe
	9  Gevaar: besmetting	15  Nachtzweeten
	10  Gevaar: hoesten met druppels verspreidt de bacterie, is besmettelijk	16  Gewichtsverlies, vermageren

Het resultaat is een handige en overzichtelijke A5-ringmap met uitneembare fiches en tabbladen. De pictogrammenmap is logisch opgebouwd met onderverdelingen volgens consultatieniveau:

- Intake & Onthaal
- Informeren over tuberculose
- Behandelen en Opvolgen
- Opsporen
- Preventie en Bescherming.

De pictogrammen kunnen uitgenomen, herschikt of aangevuld worden. Onder elk pictogram staat tevens het Nederlandse woord dat de situatie schetst, samen met een Franse en Engelse vertaling, de talen die het meest gesproken worden tijdens de consultatie. De map zal geenszins de volledige communicatie met de patiënt vervangen maar dient als aanvullende ondersteuning.

De pictogrammenmappen worden nu gebruikt in alle centra van de VRGT en door de verpleegkundigen van het AZ&G. Het is de bedoeling om de ervaringen te bundelen en de picto's in een later stadium uit te delen aan andere gezondheidswerkers die met tuberculosepatiënten werken.

ROOKSTOPACTIVITEITEN

CURSUS TABAKOLOGIE



Deskundige hulpverlening bij rookstop draagt bij tot de noodzakelijke preventie van de tabakgerelateerde mortaliteit en morbiditeit. De permanente vorming “Tabakologie en rookstopbegeleiding” geeft aan gezondheidswerkers een professionele opleiding tot tabakoloog zodat zij in staat zijn om deze deskundige hulpverlening uit te voeren. Sinds 2002 organiseert de VRGT deze opleiding in samenwerking met de vier Vlaamse universiteiten en de Stichting tegen Kanker.

De lessen worden gegeven door bevoegde sprekers uit de Vlaamse universiteiten en door experts in de tabakologie. Het programma is samengesteld uit een theoretisch luik dat wordt afgesloten met een examen en een gedeelte met praktijksessies. Aan de hand van de door de cursist op te maken verslagen (reflectieverslag op een video-opname van een rollenspel tabakoloog vs. rookstopkandidaat en verslagen van gevolgde kijkstages bij een erkend tabakoloog) wordt hun praktijkkennis getoetst.

In september 2015 startten 30 nieuwe cursisten. Zij behoren tot de doelgroep van apothekers, artsen, diëtisten, psychologen, kinesisten en verpleegkundigen.

PROJECT OPSTAP TOT ROOKSTOP

‘In iedere roker zit een stopper’ is de campagnetitel waarmee de VRGT voorgaande jaren publieksinformatie gaf over de terugbetaling van rookstopbegeleiding bij een tabakoloog. Gezondheidswerkers werden ondersteund met allerhande materialen zoals posters, folders, gadgets, rookstopboekjes voor de patiënt... In 2015 reikte de ambitie net een stapje verder met een nieuw project ‘Opstap tot rookstop’.

Marc Verheyen, projectleider, geeft aan dat het de bedoeling was om in te zetten op een haalbare verandering bij gezondheidswerkers. Een korte, relatief eenvoudig aan te leren interventie om het motivatieniveau van de cliënt te kunnen verhogen zodat deze een stapje dichterbij rookstop komt.

We ontwikkelden een nieuwe gespreksmethodiek op basis van de technieken van Motivationale Gespreksvoering en Motivationale Interviewen. Het gespreksmodel wordt uitvoerig toegelicht en geïllustreerd op een online leerplatform. Je maakt kennis met het model aan de hand van video-demonstraties en allerlei interactiemogelijkheden.

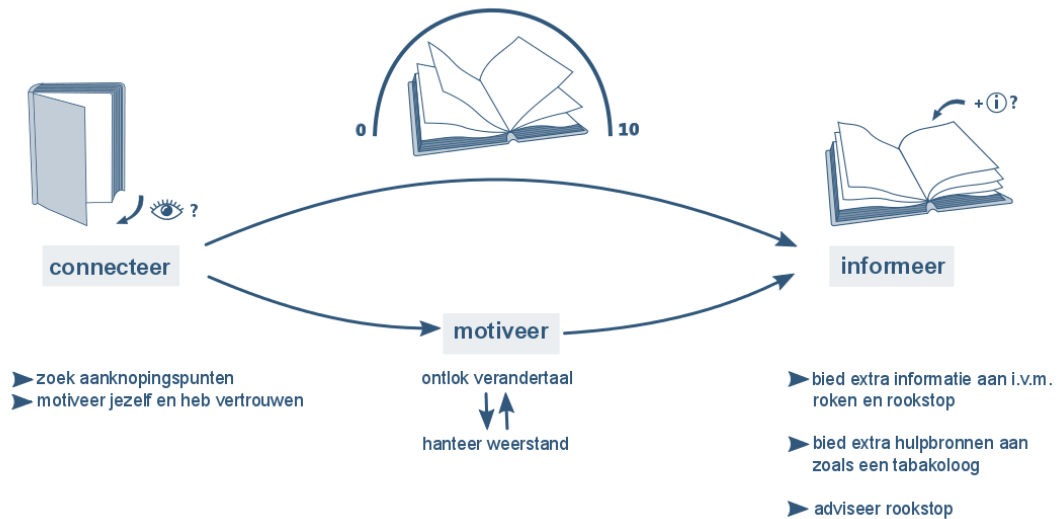


Wanneer de gezondheidswerker niet veel tijd heeft en een drempel ervaart om rookstop bespreekbaar te maken, kan het zinvol zijn om de aangeleerde technieken aan te wenden en een kort gesprekje aan te knopen van enkele minuten. Zo kunnen ze een spontane reflex ontwikkelen om rookgedrag van hun cliënten te bevragen en eventueel te verwijzen naar een erkende tabakoloog om zich te laten begeleiden bij rookstop. Een up-to-date doorverwijskaart is hierbij handig.

TYPE	WAT	TIJDSDUUR	TERUGBETALING*	MEER INFO
ROOKSTOP: BEGELEIDING & HULPMIDDELEN				
BEGELEIDINGSMOGELIJKHEDEN				
Individuele begeleiding TABAKOOG	Rookstopbegeleiding door erkende tabakologen	1 sessie van min. 45 min tot max. 7 opvolgsessies van min. 30 min	Sessie 1: 30 € 7 Opvolgsessies: 20 € / sessie (1 reeks om de 2 kalenderjaren) Zwangere vrouwen: 30 € / sessie (8 sessies per zwangerschap)	Erkende tabakoloog = gezondheidswerker of psycholoog opgeleid in tabakologie en rookstopbegeleiding en erkend als tabakoloog. Meer informatie over: • de opleiding tabakologie www.vrgt.be • de lijst van erkende tabakologen www.erkendetabakologen.be
Individuele begeleiding ARTS	Arts begeleidt rookstop zelf (of verwijst door)	Idem	Idem	www.donsmedica.be www.vrgt.be of uw beroepsvereniging
In groep	Rookstop in groep begeleid door een erkend tabakoloog of arts	Min 1 uur per sessie, max 8 sessies of op maat	Idem Indien begeleid door arts of erkend tabakoloog	Geen welke tabakoloog in uw buurt groepsbegeleiding geeft viz: www.erkendetabakologen.be Voor lokale instanties rond groepsbegeleiding: www.vlaamseleges.be , vlaanderenstopsmoking.be of de website van uw ziekenfonds
Telefonisch Advies en hulp	Begeleiding door een tabakoloog op werkdagen tussen 15 en 19u via 0800 111 00	Op maat	Gratis	www.tabakstop.be 0800 111 00
Persoonlijke coach via telefoon	Intensieve begeleiding door een vaste coach-tabakoloog die op afgesproken tijdstippen opbelt	Max. 8 sessies van 15 tot 20 minuten	Gratis	www.tabakstop.be 0800 111 00
Online	Online begeleiding via iCoach, een gezondheidsapp.	Op maat	Gratis	www.stopsmokingcoach.eu
FARMACOLOGISCHE HULPMIDDELEN				
Zonder voorschrift	Nicotine vervangende middelen	3 maand	Onderhevige terugbetaling door Tabakstop onder bijzondere voorwaarden	www.vrgt.be
Medicatie op voorschrift	Bupropion (Zyban®)	Kuur (3 maanden)	Onderhevige terugbetaling onder bijzondere voorwaarden	www.vrgt.be
	Varenicline (Champix®)	Kuur (3 maanden)	Onderhevige terugbetaling onder bijzondere voorwaarden	www.vrgt.be
<small>Meer info over roken, rookstopbegeleiding en tabakologen: www.vrgt.be en www.vlaanderenstopsmoking.be Sommige ziekenfondsen voorzien een bijkomende toezelfcard</small>				
VRGT Voor meer informatie Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) Eendrachtstraat 56 - 1050 Brussel info@vrgt.be www.vrgt.be 02 510 60 90				

Het project richt zich op intermediaire gezondheidswerkers die in contact komen met rokers. Hun kennis en vaardigheden willen we versterken, hun attitude doen bewegen. De video-opnames tonen (tand)artsen/specialisten, verpleegkundigen, kraamverzorgsters, diëtisten en kinesisten.

Het CMI-model schematisch voorgesteld:



Wil je graag kennismaken met het CMI-model?

Ga naar het leerplatform via de link en klik op de cursus 'Opstap naar Rookstop'

www.vrgt-elo.be

FINANCIËEL

BALANS

ACTIVA	2015	2014
VASTE ACTIVA	289.522	42.398
Materiële vaste activa	287.614	37.344
Financiële vaste activa	1.908	5.054
VLOTTENDE ACTIVA	3.699.071	3.308.993
Vorderingen op ten hoogste één jaar	497.438	459.782
Geldbeleggingen	2.631.953	2.454.816
Liquide middelen	565.939	386.973
Overlopende rekeningen	3.741	7.422
TOTAAL ACTIVA	3.988.593	3.351.391

PASSIVA	2015	2014
EIGEN VERMOGEN	3.726.643	3.095.035
Fondsen van de vereniging	171.047	171.047
Bestemde fondsen	2.992.938	2.923.988
Overgedragen winst	302.658	0
VOORZIENINGEN	4.232	8.846
Voorzieningen voor risico's en kosten	4.232	8.846
SCHULDEN	257.718	247.510
Schulden op meer dan een jaar	0	0
Schulden op ten hoogste één jaar	245.833	242.976
Overlopende rekeningen	11.885	4.534
TOTAAL PASSIVA	3.988.593	3.351.391

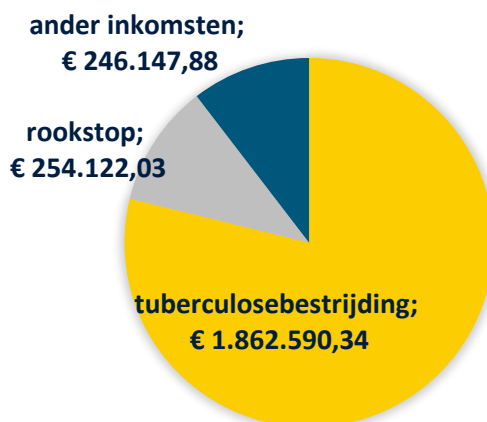
RESULTATENREKENING

	2015	2014
Bedrijfsopbrengsten	2.376.593	2.138.511
Omzet	434.905	355.680
Lidgelden, schenkingen, legaten en subsidies	1.935.341	1.772.718
Andere	6.347	10.113
Werkingskosten	2.078.552	2.022.052
Diensten en diverse goederen	434.898	450.951
Bezoldigingen sociale lasten en pensioenen	1.605.460	1.527.745
Afschrijvingen	37.385	43.495
Voorzieningen voor risico's en kosten	-4.614	-4.575
Andere werkingskosten	5.423	4.436
Bedrijfsresultaten	298.041	116.458
Financiële opbrengsten	84.488	82.200
Financiële kosten	10.922	43.250
Winst uit gewone bedrijfsuitoefening	371.607	155.408
Uitzonderlijke opbrengsten	0	0
Uitzonderlijke kosten	0	0
Winst van het boekjaar	371.607	155.408

INKOMSTEN

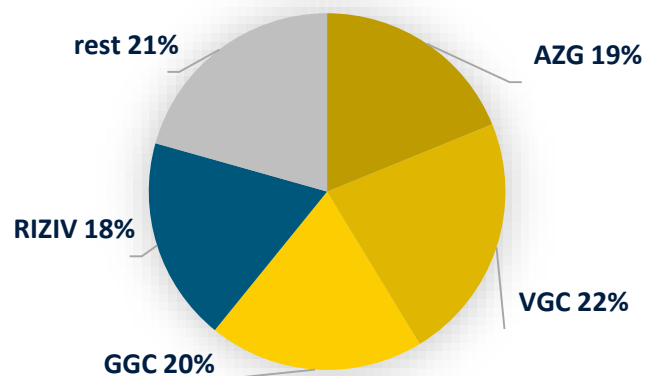
De VRGT kende in 2015 een totaal van € 2.094.087,34 aan inkomsten. Dit bedrag bestaat voor 87 % uit subsidie van verschillende overheden. De subsidie van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap voor de activiteiten tuberculosebestrijding enerzijds (57 %) en tabakspreventie anderzijds (9 %) vormen het grootste deel. De andere inkomsten (34 %) worden gehaald uit onder meer RIZIV financiering van twee projecten tuberculosebestrijding, loontussenkomsten, giften en financiële opbrengsten.

VRGT inkomsten 2015



Voor de tuberculosebestrijding in Vlaanderen zijn de financiële middelen voldoende om kosteneffectief te werken. Voor de werking in Brussel daarentegen zijn er zelfs na het samenvoegen van de subsidies van de Gemeenschappelijk Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschapscommissie, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en uit het RIZIV-project BELTA-TBnet nog steeds te weinig financiële middelen (21 %). In 2015 liep een tweede RIZIV-project met het doel de rol van een TB casemanager te evalueren. Vooral voor Brussel waar zo'n 12 % van de TB patiënten verdwijnen zou een betere therapiebegeleiding het therapiesucces kunnen verhogen. Dit eenmalig en tijdelijk project bood vorig jaar extra inkomsten voor de werking in Brussel.

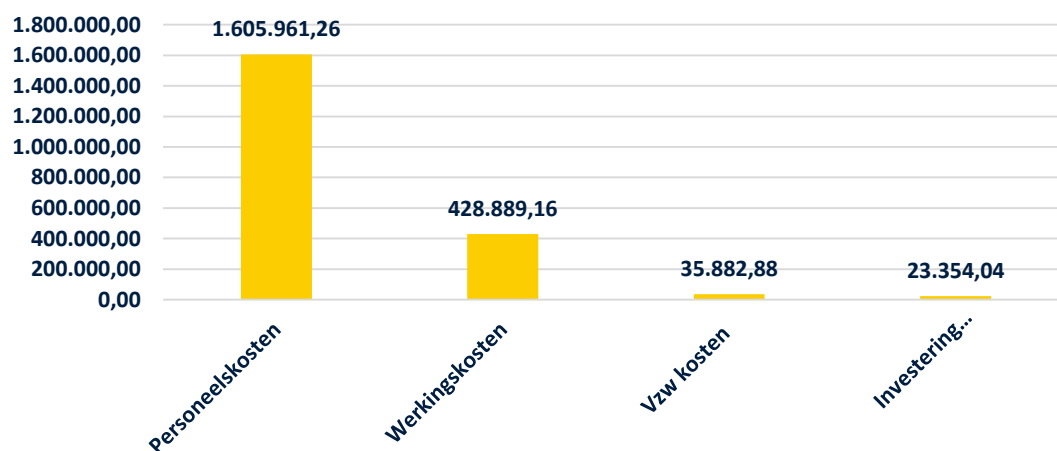
Tuberculosebestrijding inkomsten 2015 voor Brussel



UITGAVEN

De totale uitgave in 2015 was € 2.094.087,34. Hiervan was 77 % personeelskost en 20 % werkingskosten. De overige 3 % omvatten vzw kosten en investeringen in organisatieontwikkeling.

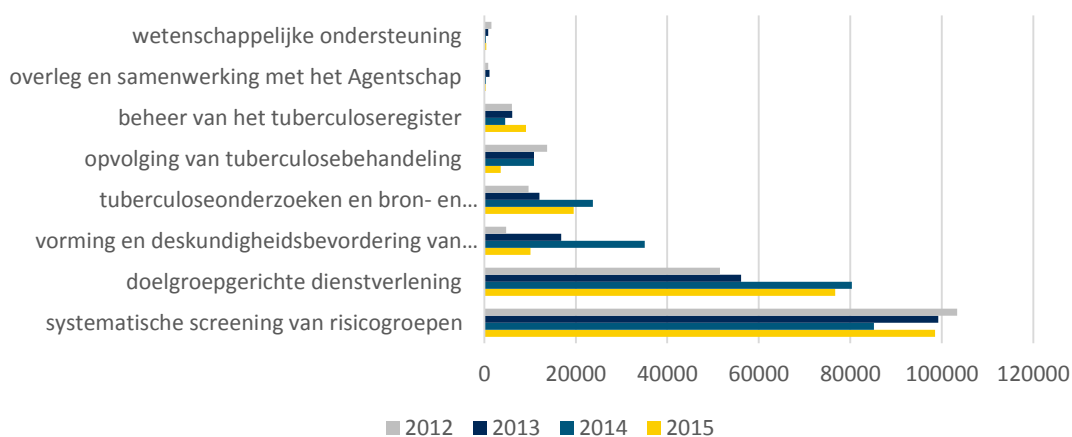
VRGT uitgaven 2015



Tuberculosebestrijding

In het kader van de beheersovereenkomst met de Vlaamse Gemeenschap, het AZ&G, verdelen de uitgaven zich over verschillende resultaatgebieden. Het grootste deel van de subsidie wordt besteed aan de systematische screening van de risicogroepen (gevangenen, gedetineerden, recidivisten en asielzoekers) en aan de doelgroepgerichte dienstverlening. De kosten voor de vorming en deskundigheidsbevordering van intermediairen lagen in 2015 beduidend lager dan het jaar voordien. Dit heeft te maken met de online educatieve leermodule ‘eerste hulp bij tuberculose’ die volledig was afgewerkt. Ook de uitgaven voor de opvolging van de tuberculosebehandeling lagen een stuk lager dan in 2014 wat toe te wijzen is aan een kostendeling van dit resultaatgebied met het RIZIV project “operationeel onderzoek naar de rol van de TB case manager”.

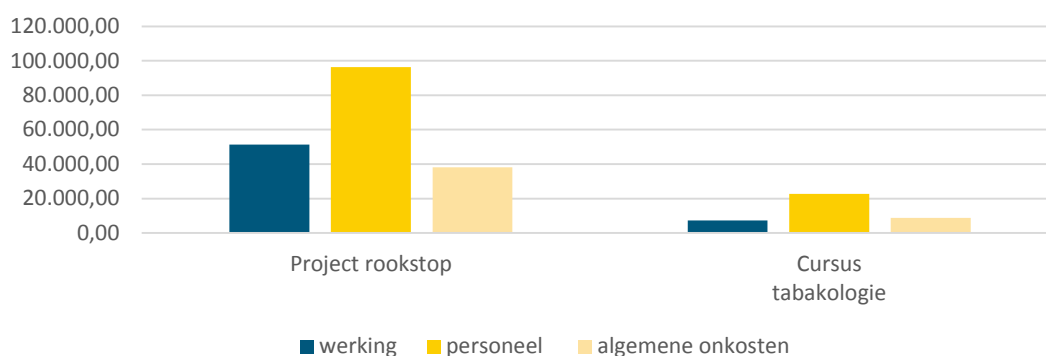
Uitgaven voor tuberculoseactiviteiten in voorgaande vier jaren



Rookstopbegeleiding

Door de recente staats hervorming was 2015 voor de VRGT-werking inzake tabakspreventie een overgangsjaar. De projectsubsidies van het RIZIV werden eind 2014 stopgezet en het Agentschap Zorg en Gezondheid was in volle voorbereiding om in het kader van het Vlaams preventieve gezondheidsbeleid beheersovereenkomsten te sluiten met partnerorganisaties. Met een subsidiebedrag van € 185.973 werd aan de VRGT inmiddels de mogelijkheid geboden om het project ‘Opstap naar rookstop: het CMI-gespreksmodel’ te realiseren. Hiernaast kon nog eenmalig beroep worden gedaan op het Nationaal Kankerplan voor een financiële tussenkomst van € 38.682 voor de organisatie van de interuniversitaire cursus tabakologie en rookstopbegeleiding. Volgende tabel geeft een overzicht van de verdeling van kosten over personeel, werking en algemene onkosten.

Verdeling van onkosten rookstopbegeleiding



Voor de projectactiviteiten werden de werkmiddelen voornamelijk besteed aan het ontwikkelen van de scenario's voor de educatieve video's en aan de videoproductie zelf. Verder is er ten volle ingezet op mankracht om in het korte tijdsbestek van 10 maanden het product, i.c. een e-learning omgeving waar gezondheidswerkers kunnen kennis maken met het specifieke gespreksmodel, te realiseren.

PERSONEEL

Het gemiddelde personeelsbestand was 23.3 voltijds equivalent, waarvan 13.4 voltijds en 17.2 deeltijds werkten. Voor 26 van de in totaal 30 medewerkers op de personeelslijst in 2015, bleef de tewerkstelling stabiel. Er kwamen 6 nieuwe medewerkers in dienst en 6 stroomden uit. Daarnaast verhoogde voor 5 medewerkers hun tewerkstellingspercentage en voor 3 verlaagde dat.

Zowel bij de mannen (n= 9) als bij de vrouwen (n=21) zijn er evenveel voltijdse als deeltijdse werknemers. Wat betreft het studieniveau zijn er meer vrouwen met een hoger onderwijsdiploma (n=18) dan mannen (n=6). Op functieniveau zijn het vooral vrouwelijke directie- en stafleden (n= 2.5) ten opzichte van 0.8 mannelijke.

Vanuit perspectief van professionaliseren van organisatie en van persoon, zijn 'opleiding en training' een essentieel onderdeel van het personeelsbeleid. Alle opleidingsuren samengeteld besteedde de VRGT 290 uren aan vorming van de personeelsleden (in- en buitenshuis).

Onze activiteiten werden verwezenlijkt met de steun van:

AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE IT



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**



Plan National Cancer
Nationaal Kankerplan

Redactie:

Sandrina Schol, Dr. Wouter Arrazola de Oñate, Françoise Driesens, Kristien Janssens,
Monique Lanckswert, Marc Verheyen

VU: Sandrina Schol