

ZORG WIJZER

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 11, nr. 88 | december 2019 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet-icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

Minister Wouter Beke:

“Wie een steen in de rivier wil verleggen moet in overleg gaan met het werkveld”

zorg net

ICURO

- 12 Prof. Sara Willems over het dichten van de gezondheidskloof
- 18 Prof. Bert Vrijhoef: geïntegreerde zorg implementeren is moeilijker dan een maanlanding
- 28 Onderzoek Tijs Vandemeulebroucke naar de ethische aspecten van robotica in de ouderenzorg

Colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

© Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.
www.zorgneticuro.be
www.zorgwijzermagazine.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 4 februari.

V.U.: Margot Cloet
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op communicatie@zorgneticuro.be

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 78, september 2018, p. 6-9). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

Wil je adverteren in Zorgwijzer? Stuur dan een mailtje naar communicatie@zorgneticuro.be. We bezorgen je graag onze tarieven.

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe Zorgwijzer verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: www.zorgwijzermagazine.be

88

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 Interview met Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Gezin, Gezondheid en Armoede
- 12 Interview met Sara Willems over het dichten van de gezondheidskloof
- 16 Proefproject patiënteneducatie AZ Sint-Dimpna in Geel
- 18 Prof. Bert Vrijhoef breekt een lans voor geïntegreerde zorg
- 20 Anders communiceren over geestelijke gezondheid
- 22 Europese koepelorganisatie voor ziekenhuizen Hospeem
- 24 Hospice Aulighem in Avelgem vangt ouderen op die terminaal ziek zijn
- 26 Zorgvernieuwingsproject CAPE biedt gespecialiseerde thuiszorg
- 28 Onderzoek naar de ethische aspecten van robotica in de ouderenzorg

Opkomen voor kwetsbaren: keuzes maken

Sinds 2 oktober is onze nieuwe Vlaamse regering aan de slag, en dus ook de nieuwe minister voor welzijn, volksgezondheid, gezin en armoede. We geven in deze Zorgwijzer Wouter Beke uitgebreid de kans om uit te spreken waarvoor hij staat, wat er op zijn beleidstafel ligt en welke accenten hij daarin wil leggen. Begin oktober sprak de nieuwe ploeg trots over een reeks nieuwe investeringen voor een “warm Vlaanderen”, de minister van welzijn noemt zich graag de “minister van en voor kwetsbare mensen”.

We zijn ondertussen ruim anderhalve maand verder. Samen met het vallend blad en de grijze herfstlucht werd duidelijk dat we in ijltempo een besparingsgolf over ons heen krijgen. En die snijdt diep. Met ingang van 1 januari 2020 bespaart Vlaanderen structureel 1,3% op de totaliteit van de middelen in het beleidsdomein zorg en welzijn. In totaal gaat het om meer dan 310 miljoen euro besparingen voor deze legislatuur. Dat zet de aangekondigde investeringen van 550 miljoen euro in een heel ander daglicht dan het beeld dat de Vlaamse regering bij haar aantreden graag schetste. Wij denken dat het geen goed signaal is voor wie in de zorg werkt en voor wie zorg nodig heeft. De meest kwetsbaren in de samenleving zullen het gelag betalen en de ongelijkheid zal verder toenemen.

Is dat de samenleving die we willen? De zorgnoden die zich de komende jaren aandienen zijn immens. Tussen 2020 en 2040 zullen er 60% 85-plussers bijkomen. Dankzij de vooruitgang in de geneeskunde leven mensen veel langer en zijn ziekten

beter behandelbaar, maar hebben zij veel meer langdurige zorg en ondersteuning nodig. Tegelijk verdunt het maatschappelijk weefsel en zijn we met zijn allen langer aan het werk. Dus zijn er minder mantelzorgers. De vaak schrijnende noden in de geestelijke gezondheidszorg hoeven geen toelichting meer. De gezondheidskloof neemt niet af, integendeel. We weten nochtans uit onderzoek dat inzetten op de meest kwetsbaren loont. Getuige het interview met prof. Sara Willems in deze Zorgwijzer. Het pilootproject in het ziekenhuis van Geel toont heel concreet wat inzetten op sociaal kwetsbaren voor de gehele samenleving kan opleveren.

En ja, daarvoor zijn, naast de broodnodige hervormingen, middelen nodig. En ja, er zijn ook nog andere beleidsdomeinen met hoge noden. We hoopten op een regering die de kaart van de kwetsbaren in onze samenleving zou trekken. En niet een kaart die het huidige tijdsbeeld van “ieder voor zich” versterkt. Moeten we stilaan niet de open vraag durven stellen hoeveel we voor onze zorg over hebben? En hoe solidair we die organiseren? Hoe ver willen we gaan in de tendens naar individualisering, ook in de zorg? Zijn we met zijn allen bereid om samen en solidair ook meer bij te dragen voor die zorgnoden? Met de sterkste schouders voorop? Het zijn prangende vragen: voor u en voor mij, en voor de Vlaamse beleidsploeg.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder



GOED ZIEK

Ri De Ridder leert ons in zijn nieuw boek hoe gezond ons gezondheidssysteem is

In België zijn we vaak best positief over onze gezondheidszorg – tot we ernstig ziek worden. Tijd voor een wake-upcall! Ons systeem is duur, onrechtvaardig en weinig menselijk. Onze gezondheidszorg heeft meer baat bij zieke mensen dan bij gezonde, wat leidt tot onnodige procedures, overmedicalisering en de verspilling van middelen.

In Goed ziek, het boek van **Ri De Ridder** dat vanaf woensdag 20 november in de boekhandel ligt, vertelt Ri De Ridder waarom we in een sukkelstraatje zitten en hoe we eruit raken. Want in tegenstelling tot wat de media en bepaalde instanties ons laten geloven, horen wij absoluut niet bij de betere leerlingen van de Europese klas. Ons systeem wordt ongezond veel gestuurd door belangen in farma, politiek en de medische wereld. En dat kan en moet anders. De Ridder houdt in 'Goed ziek' een warm pleidooi voor buurtzorg, bundeling van de financiering op streekniveau en een verregaande integratie van welzijn en gezondheid tussen sectoren.

Zo kunnen we werken aan een systeem waarin we op een goede manier ziek kunnen zijn, een systeem dat ons gezonder en gelukkiger maakt, dat minder druk zet op de zorgverleners, dat niemand uitsluit en bovendien niet meer kost.

Ook Zorgnet-Icuro leverde bij monde van Margot Cloet en Yvonne Denier een bijdrage aan het boek door hun reflectie te geven op de gezondheidszorg van vandaag.

In zijn boek lijst hij een aantal harde feiten op:

- De gezondheidszorg zou wereldwijd miljoenen euro's kunnen besparen door meer generische geneesmiddelen te gebruiken
- Het Belgisch budget voor preventie is procentueel kleiner dan dat van de meeste andere Europese landen
- 23% van alle Brusselaars stelt zorg uit, bij de laagste Brusselse inkomens is dat net geen 40%



- De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat er in 2050 – als er geen actie wordt ondernomen om antibioticaresistentie in te perken – jaarlijks wereldwijd 10 miljoen mensen zullen sterven aan multiresistente bacteriën.
- Behoor je tot de lagere sociale klasse? Dan heb je meer kans op obesitas, je suikerziekte wordt minder goed opgevolgd, er is meer kans dat je kind sterft aan wiegendood.

Ri De Ridder lag aan de basis van de wijkgezondheidscentra en van de forfaitaire betaling, stond 12 jaar aan het hoofd van de Dienst geneeskundige verzorging in het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Riziv) en is vandaag voorzitter van Dokters van de Wereld.

MASTERCLASSES

Nieuwe directies in de ouderenzorg

In het voorjaar van 2020 organiseert Zorgnet-Icuro een Masterclass voor nieuwe directies uit de woonzorgcentra. Deze vijfdaagse opleiding geeft een introductie in cruciale beleidsdomeinen voor het managen en leiden van een woonzorgcentrum. Van de Vlaamse en federale regelgeving inzake ouderenzorg over financiering en Vlaamse sociale bescherming tot kwaliteitszorg en ethisch beleid. Al deze thema's komen aan bod tijdens de Masterclasses.

Interesse? Noteer dan al zeker vrijdag 21 februari in je agenda. Dan vindt de eerste van in totaal vijf opleidingsdagen

plaats. Meer informatie vind je terug op de activiteitenkalender op onze website www.zorgneticuro.be. De kostprijs voor de Masterclass bedraagt 395 euro. In de prijs zijn alle maaltijden, koffiebreaaks en frisdranken, een informatiemap en diverse handboeken inbegrepen.

Inschrijven kan je doen door een mailtje te sturen naar greta.vanderveurst@zorgneticuro.be

Deze voorziening verlengden met succes hun JCI-accreditatie. Proficiat aan alle medewerkers die dat samen realiseerden.



ISO-certificiaat: WZC Maria Rustoord Ingelmunster

DE MEGAFOON

De waarde-volle Oikondeprijs voor een meer zorgzame samenleving

Voor de vierde keer al organiseert Oikonde Leuven De Megafoon. Met die prijs wil het project bekronen en belonen "die – al dan niet geïntegreerd in een bestaande organisatie – op bijzondere wijze bijdragen tot een meer zorgzame samenleving".

Om te kunnen meedingen naar de prijs moet het initiatief evenwel aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo moeten vrijwilligers deel uitmaken van de ondersteuning van het project en moet het ultieme doel zijn om kwetsbare mensen een volwaardige plaats te geven in de samenleving. Daarnaast moet het initiatief al een relevante bijdrage geleverd hebben in het verleden én nog plannen hebben om haar werking verder uit te bouwen. Maatschappijkritisch durven denken en handelen, de marktprincipes en de doorgedreven

efficiëntielogica kunnen relativeren zijn een must. Provinciale of landsgrenzen zijn van geen tel, enige media-aandacht kunnen verdragen is dat wel.

De prijs voor de laureaat bestaat uit drie luiken: een geldbedrag van € 15.000, een kunstwerk en extra media-aandacht. Daarnaast kunnen ook vier andere genomineerden elk aanspraak maken op een bedrag van €2.500, een klein kunstwerk en extra media-aandacht.

Het kandidaatsdossier en verdere toelichting over De Megafoon is te vinden op www.oikondeleuven.be. Kandidaturen worden verwacht ten laatste op 27 januari 2020. De uitreiking zal plaatsvinden op 28 april 2020.



INTERACTIEVE WORKSHOP

AANPASSING VZW-STATUTEN AAN HET WETBOEK VENNOOTSCHAPPEN EN VERENIGINGEN

Op 1 mei 2019 trad het Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen in werking. Dit nieuwe wetboek heeft een belangrijke impact op de *corporate governance* en de statuten van de vzw's in ons land. Een aanpassing van de statuten dient te gebeuren voor 1 januari 2024.

Zorgnet-Icuro organiseert daarom, op vraag van heel wat leden, een opleiding waarbij we dit thema heel praktisch zullen behandelen. Via interactieve workshops worden eerst de grote lijnen van de wetswijziging toegelicht. Daarna verzamelen kleinere groepen om op de vzw-statuten in te zoomen aan de hand van uitgewerkte modelstatuten. Deelnemers aan de workshop kunnen vragen stellen over de eigen statuten.

Praktisch

De workshop wordt tweemaal georganiseerd, telkens van 12 tot 14u

- 16 januari, Eventcentrum Zebrastraat, Gent
- 20 januari, Provinciehuis, Leuven

Kostprijs

80 euro (inclusief handboek)
60 euro (exclusief handboek)

Meer informatie en mogelijkheid tot online inschrijving op www.zorgneticuro.be, rubriek vorming >> onze opleidingen

WOUTER BEKE, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN
ARMOEDEBESTRIJDING

“Minister van en voor kwetsbare mensen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JAN LOCUS



Wouter Beke: Ik wil de sector op sleeptouw nemen om, met hun ervaring en expertise, samen de veranderingen vorm te geven.

Met een pensioen van 1.200 euro kan je geen factuur in het woonzorgcentrum betalen van 1.600 euro. Mensen willen zekerheid voor hun oude dag, die zekerheid gaan we hen geven.

Vlaams minister Wouter Beke wil eerst en vooral de 'minister van en voor kwetsbare mensen zijn'. Hij is vast van plan om de vernieuwingsbeweging van zijn voorganger Jo Vandeurzen verder te zetten, met de Vlaamse sociale bescherming als overkoepelend huis. Wij mochten op bezoek om naar de concrete plannen te peilen.

Het Vlaams regeerakkoord werd niet overal op applaus onthaald. Het akkoord belooft een 'warm en sociaal Vlaanderen', maar de concrete uitwerking lijkt een andere richting uit te gaan. Kunt u de zorg- en welzijnssector geruststellen?

Sociaal en warm is inderdaad waar wij voor gaan. Dat is natuurlijk ook een kwestie van centen en hoe we die zo efficiënt mogelijk besteden. Om toch maar even alles in perspectief te zetten: het budget dat ik als minister van Welzijn, Gezin, Volksgezondheid en Armoedebestrijding mag beheren, is even groot als het totale budget van de Waalse regering. Dat geeft aan hoeveel Vlaanderen investeert in die domeinen: van het Groeipakket tot en met het woonzorgcentrum, in alle levensfasen bieden we kwetsbare mensen ondersteuning. Met de Vlaamse sociale bescherming heeft mijn voorganger de fundamenten gelegd en we bouwen hierop voort. Maar de middelen zijn beperkt. Begin 2019 gingen we nog uit van een overschot in de Vlaamse begroting van 1 miljard euro tegen 2024. Vandaag spreken we over een tekort van 600 miljoen euro. Een verschil van 1,6 miljard. Die schuld moeten we eerst wegwerken voor we nieuw beleid kunnen voeren. Elke minister moet zijn duit in het zakje doen. Tegelijk investeren we een kleine 600 miljoen euro in zorg en welzijn. Dat is de grootste stijging van alle departementen. Dat bedrag komt bovenop de voorziene uitbreidingen, waaronder

400 miljoen in het Groeipakket, de uitrol van de VIA-akkoorden en toekomstige indexeringen. Samen is dat goed voor 2 miljard euro extra of een stijging van 13 tot 15 miljard euro de komende twee jaar. Ik weet het, de noden zijn nóg groter: van de kinderopvang over de gehandicaptenzorg tot de ouderenzorg. Maar we moeten ook met andere uitdagingen rekening houden: op het vlak van onderwijs, mobiliteit, open ruimte... Ook die domeinen bepalen mee het welzijn van de Vlaming.

Uw voorganger Jo Vandeurzen heeft heel wat veranderingen op de sporen gezet, in zowat alle sectoren. Bent u van plan die voort te zetten? En welke eigen klemtonen wil u daarbij leggen?

Ja, we bouwen verder aan het huis van de Vlaamse sociale bescherming. Er zal continuïteit van beleid zijn. Eigen klemtonen leg ik op vier aspecten. Ten eerste wordt preventie een prioriteit. Dan denk ik aan de vroege detectie van aandoeningen, maar evenzeer aan het psychologisch welzijn. Daarnaast blijven we focussen op meer regie bij de zorgvrager, zoals met de persoonsvolgende financiering. Een derde punt is het wegwerken van de schotten tussen de sectoren en aandacht voor zorgcontinuïteit. Ten slotte wil ik inzetten op digitalisering en gegevensdeling, beide nodig om alle voorgaande punten te realiseren, en op de zoektocht naar voldoende personeel. Dat alles plaats ik binnen de filosofie van de vermaatschappelijking van de zorg.

Hoe ziet u het overleg en de samenwerking met het werkveld?

Vlaanderen heeft een sterke traditie in zorg en welzijn. Vóór de overheid een rol speelde op die terreinen waren er al vele

initiatieven van onderuit, vanuit het middenveld en de caritas. Zo zijn de kinderbijslag en de sociale zekerheid ontstaan. Pas gaandeweg heeft ook de overheid een rol opgenomen. Wie dus een steen in die rivier wil verleggen, moet wel in overleg gaan met het werkveld. Dat is ook mijn wens. Ik wil de sector op sleeptouw nemen om, met hun ervaring en expertise, samen de veranderingen vorm te geven.

Het regeerakkoord spreekt van een doorgedreven ontschotting: geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en de zorg voor personen met een handicap komen in een eengemaakt systeem van Vlaamse sociale bescherming. Hoe ziet u dat concreet? Welke gevolgen zal dat hebben voor de zorgvragers? En voor de zorgvoorzieningen?

Het aanbod zorg en welzijn is groot, maar de regelgevingen en de financieringsmechanismen zijn versnipperd. Elke mens wordt geboren omringd door zorg, groeit op als kind en jongere, wordt volwassen en oud... In al die levensfasen én in de overgangen van de ene naar de andere fase, is zorg en ondersteuning nodig. Die is er ook, maar nog te weinig afgestemd. Dan ontstaat soms onzekerheid. Mensen willen continuïteit, ook als ze 18 of 65 worden. Daaraan willen we werken met een aantal overkoepelende principes, die tegelijk rekening houden met de specifieke levensfase. Zo bereiden we ook voor de ouderenzorg een systeem van persoonsvolgende financiering (PVF) voor, maar dat wordt geen *copy-paste* van de PVF in de gehandicaptensector. In de ouderenzorg willen we liefst met 'tickets' werken: mensen kunnen rechten opbouwen, die we niet in euro's uitdrukken. Een belangrijk instrument hiervoor is de BelRAI, die een juiste inschaling moet garanderen en zo ook een betere continuïteit.



Ik wil dat de centra geestelijke gezondheidszorg, de ambulante revalidatiecentra en de referentiecentra autisme nauwer samenwerken. Samen kunnen ze de toegankelijkheid vergroten.

Is de BelRAI klaar?

Nee, we zijn er nog niet. We moeten dat verder uitwerken. Maar het principe staat in het regeerakkoord.

Wat zal de persoonsvolgende financiering concreet betekenen voor de woonzorgcentra?

Het gaat niet alleen over de woonzorgcentra, maar ook over de gezinszorg en andere actoren. Voor we concrete plannen maken, organiseren we in het voorjaar een grondige evaluatie van de PVF in de gehandicaptenzorg. We moeten leren uit de ervaringen in die sector. PVF is een waardevolle methodiek, maar voorzichtigheid is geboden.

Het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg wordt verhoogd om de wachtlijsten weg te werken, zegt het regeerakkoord. Waar wilt u concreet op inzetten? Hoeveel middelen hebt u hiervoor?

Het mentale welbevinden van mensen is meer dan ooit belangrijk. De kranten staan er elke dag vol van. Vlaanderen heeft geen goede cijfers wat suïcide betreft. Elke dag zijn er 25 suïcidepogingen en 3 effectieve zelfdodingen. Iedereen kent wel iemand in zijn omgeving of familie die zwaar worstelt met zichzelf. De voorbije jaren hebben we al heel wat inspanningen gedaan voor suïcidepreventie. Met resultaat want het aantal suïcides daalt, maar helaas niet voor alle doelgroepen. De groep van 25 tot 60-jarigen blijft erg kwetsbaar. Daarom wil ik verder inzetten op een toegankelijke hulpverlening via telefoon en chat, en op vervolgzorg. Volgend jaar komen we met een nieuw suïcidepreventieplan.

En de wachtlijsten die u weg wilt werken? Komen er extra middelen voor de centra geestelijke gezondheidszorg?

Ja, maar we moeten het breed bekijken. Ik las onlangs nog dat één jongere op vijf psychologische problemen krijgt. Mijn voorganger heeft het concept 'één gezin, één plan' ontwikkeld, in samenwerking met het Huis van het Kind, de Jeugdhulp

en andere actoren. Dat wil ik verder uitrollen. Ik wil dat de centra geestelijke gezondheidszorg, de ambulante revalidatiecentra en de referentiecentra autisme nauwer samenwerken. Samen kunnen ze de toegankelijkheid vergroten. Het is niet altijd een kwestie van middelen, het gaat erover hoe we de bestaande expertise zo dicht mogelijk bij de mensen brengen.

Welke plannen hebt u voor de ouderenzorg? Wat zou u over vijf jaar gerealiseerd willen hebben?

De voorbije jaren is er hard ingezet op een inhaaloperatie voor de ouderenzorg. We gaan op die weg verder. Daarnaast wil ik de kwaliteit van de ouderenzorg nog versterken en de factuur voor de bewoners onder controle houden. De Vlaamse sociale bescherming, met ook het zorgbudget voor ouderen, is daarvoor een mooi instrument, maar we gaan wel hervormen. Mensen die ouder worden, maken zich zorgen over twee dingen: hoe hoog zal mijn pensioen zijn en zal ik later het woonzorgcentrum kunnen betalen? Want met een pensioen van 1.200 euro kan je geen factuur van 1.600 euro betalen. Mensen willen zekerheid voor hun oude dag, en die zekerheid gaan we hen geven.

Voor investeringen voor de ziekenhuizen is in de begroting voor 2021 en 2022 telkens slechts 10 miljoen euro voorzien, voor 2023 en 2024 jaarlijks 20 miljoen. Dat is onvoldoende om de ziekenhuisinfrastructuur tijdig te vernieuwen, zegt Zorgnet-Icuro.

De realiteit is complexer. Voor de instandhoudingsforfait voor het onderhoud van de infrastructuur is er een budget van 27 à 28 miljoen euro per jaar. Daarnaast is er de strategische forfait voor investeringen, in totaal goed voor 15 miljoen euro per jaar. Daarbovenop komt nu dus 20 miljoen euro per jaar. En ook nog eens indexeringen. Alles samen brengt dat de teller op 70 miljoen per jaar. Dat is een aanzienlijk bedrag. Maar even belangrijk is de heroriëntering van het ziekenhuislandschap. De netwerken zijn nu afgebakend en er ontstaat een hele dynamiek waarbij we

samen werken aan het ziekenhuis van de toekomst, ook met de federale overheid. Dat vergt een zorgstrategische planning waarover ik de voorbije weken de gesprekken ben gestart. We moeten de zorg betaalbaar houden en het juiste aanbod bij het juiste publiek brengen.

U wilt ook verder inzetten op werkbaar werk in de zorgsector. Dat is hard nodig. Maar wat kan er nog meer gebeuren dan de voorbije jaren al ontwikkeld is? Waar ziet u nog kansen om de instroom te verhogen en de retentie te verbeteren?

De aantrekkelijkheid van de zorgberoepen is een blijvend aandachtspunt. Ik heb hierover al overleg gehad met de zorgambassadeur en met diverse beroepsgroepen. Het Vlaams Interprofessioneel Akkoord (VIA5) dat vorig jaar gesloten werd, voorziet de middelen voor een opwaardering van de zorgberoepen. Hiermee geven we een belangrijk signaal. We moeten ook werken aan de opleiding en de instroom. Vorige week woonde ik de zorg rally van het Jessaziekenhuis bij en ik ontmoette er heel veel enthousiaste jongeren. De belangstelling voor de zorg is er. Het is een heel mooi beroep met een grote werkzekerheid en volop kansen om door te groeien of te schakelen tijdens je loopbaan. Dat verhaal moeten we blijven brengen aan nieuwe groepen jongeren. Daarnaast moeten we oog hebben voor de bedreigingen. Als mensen afhaken, dan komt dat te vaak door de hoge werkdruk. Er zijn te weinig handen aan het bed. Daar moeten we meer op inzetten. De lonen zitten goed, maar er moet meer personeel komen. Ook innovatieve arbeidsorganisatie kan een deel van de oplossing zijn. En verder is er de hele problematiek van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, maar dat is federale materie.

Als minister moet u voortdurend moeilijke keuzes maken, want de noden zijn hoog en de middelen beperkt. Welke ethische of andere criteria hanteert u hierbij?

Op mijn visitekaartje staan heel wat titels en bevoegdheden, maar ik zie mezelf als

'minister van en voor kwetsbare mensen'. Mijn leidraad is om voor zoveel mogelijk mensen zo goed mogelijk te doen. Van 's morgens tot 's avonds wil ik werken voor kwetsbare mensen. Dat is een fundamentele ingesteldheid, een manier van kijken naar mens en samenleving. We worden geboren als kwetsbare mensen en we blijven ons hele leven kwetsbaar. Daarover kunnen spreken alleen al, is van groot belang. Meer en meer mensen getuigen hierover in de media, wat ik toejuich. Openheid over onze kwetsbaarheid kan een donker beeld scheppen, maar toch is het goed dat we daarover kunnen praten. In ons gezin, op het werk, in het verenigingsleven... Hoe meer openheid hierover, hoe vanzelfsprekender het wordt om hulp te zoeken, bij elkaar of professioneel. Op die manier verhogen we de kwaliteit van leven van elk van ons.

Ondertussen heeft ook de klimaatcrisis een grote impact op onze fysieke gezondheid: meer sterfgevallen tijdens hittegolven, meer astma en andere luchtwegaandoeningen, meer tropische ziekten in onze streken. Ook de mentale gezondheid en het welzijn lijden onder de klimaatcrisis. Ook bij ons ondertekenden al meer dan duizend artsen een open brief. "Deze pathologieën treffen vooral de meest kwetsbaren; waaronder ouderen, zuigelingen, jonge kinderen, patiënten met chronische aandoeningen, zwangere vrouwen en personen die in precarie situaties leven." Welke plannen hebt u op dat vlak?

Welzijn en volksgezondheid is een verantwoordelijkheid die we met zijn allen moeten opnemen, over de beleidsdomeinen heen. De investeringen die ik kan doen in het domein Welzijn, zijn misschien onvoldoende, maar ik moet zaaien naar de zak, zoals mijn grootvader die landbouwer was, altijd zei. Gezondheid is een inclusief verhaal: *health in all policies*, ook in leefmilieu en klimaat.

Mag ik hieruit besluiten dat u hierover overlegt met uw collega minister Zuhair Demir?





De belangstelling van de jongeren om in de zorg te gaan werken, is er. Het is een heel mooi beroep met een grote werkzekerheid en volop kansen om door te groeien of te schakelen tijdens je loopbaan. Dat verhaal moeten we blijven brengen aan nieuwe groepen jongeren.

We hebben net nog gebeld met elkaar. Kijk, we investeren natuurlijk ook in de lokale besturen voor een bedrag van 1 miljard euro. Dat creëert ruimte voor investeringen in lokaal beleid. Bijvoorbeeld op het gebied van open ruimte. Lokale besturen die hiervoor inspanningen doen, krijgen een incentive. En vergeten we de extra bossen niet die we plannen. Je moet alles in rekening nemen. Neem het fijn stof. Een journalist sprak me hierover onlangs nog aan: als ik in Vlaanderen een vervuilende auto koop, betaal ik me blauw aan verkeersbelasting; koop ik diezelfde wagen in Brussel of Wallonië, dan betaal ik veel minder. Dat komt omdat we schone wagens in Vlaanderen belangrijk vinden. Of neem huisvesting: nieuwe woningen krijgen strengere criteria voor duurzaamheid. Dat is geen prettige maatregel, maar wel een noodzakelijke.

Toch zijn alle experts het roerend eens: Vlaanderen doet te weinig op het vlak van klimaat.

Ik wil mijn eigen verantwoordelijkheid niet ontvluchten, maar veel moet ook op Europees vlak afgesproken worden.

Als Europa normen afspreekt, dan volgt Vlaanderen die vaak niet. Zowel de Euro-

pese normen voor gezonde lucht (stikstofdioxide) als het doel om tegen 2050 klimaatneutraal te zijn, haalt Vlaanderen niet.

Vlaanderen bevindt zich dan ook in een specifieke situatie. We krijgen heel wat fijn stof uit het Ruhrgebied. Europa moet rekening houden met verscheidenheid in de eenheid. Wij vormen een dichtbevolkte regio, met een belangrijke rol in de logistiek. We zijn een transitland in het centrum van Europa. Dat kunnen we niet weggommen. Met alle voordelen en nadelen van dien.

Om af te ronden: de versnippering van bevoegdheden en de vaak moeizame samenwerking tussen de Vlaamse en de federale overheid weegt al jaren op het gezondheidszorgbeleid. Hoe staat u daar tegenover?

Ik ben een van de grondleggers van de zesde staatshervorming, die Vlaanderen meer handvaten heeft gegeven voor een sterk beleid. Denk aan het Groeipakket en de Vlaamse sociale bescherming. Maar al in 2011 heb ik gezegd dat de kiemen voor de zevende staatshervorming in de zesde staatshervorming ingebakken zitten. Er is nu eenmaal geen homogeniteit

in bevoegdheden. Zolang die er niet is, moeten de verschillende niveaus samenwerken. Dat gaat soms moeizaam, maar het kan. Bijvoorbeeld met asymmetrische samenwerkingsakkoorden. Zo heeft Vlaanderen er federaal voor gekozen om te investeren in darmkankerscreening, terwijl Wallonië andere prioriteiten legde. Demografisch, regionaal en cultureel zijn er grote verschillen. In Vlaanderen zijn veel initiatieven van oorsprong christelijk geïnspireerd, in Wallonië spelen andere tradities. Dat is geen waardeoordeel, maar een oproep om elkaars eigenheid te respecteren. Binnen de ruimte die de staatshervorming mogelijk maakt, heeft Vlaanderen zijn kansen gegrepen. Ter vergelijking: in Wallonië loopt het debat over de zorgverzekering nog altijd, terwijl die hier al helemaal verworven is. Ook een systeem als de Vlaamse sociale bescherming bestaat niet in Wallonië. Vanuit het buitenland komt men vaak kijken naar de good practices op het vlak van welzijn in Vlaanderen. Zo won het Groeipakket onlangs nog een Europese prijs. Ook dat mag gezegd worden.



HEALTH & CARE

DÉ VAKBEURS VOOR DE ZORGSECTOR

21-22-23
APRIL 2020

FLANDERS
EXPO GENT

DRIE DAGEN VOOR IEDEREEN

MET EEN  VOOR DE ZORG

actief in ziekenhuizen, thuiszorg, overheid,
woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg.



Meer informatie?

HEALTH-CARE.BE



In een nieuwe reeks **Z-Healthcare** zoomt Kanaal Z in op het ziekenhuis en de zorg van de toekomst. Wat zijn de maatschappelijke, medische en technologische evoluties? Welke implicaties hebben innovaties voor de zorg- en welzijnssector? Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuizen uitgebouwd worden tot moderne centra voor gezondheidszorg, met kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg?

20 weken lang praat **Z-Healthcare** met patiënten, zorgverstrekkers en experts en stellen we tal van innovatieve projecten in de kijker.

Z-Healthcare, elke woensdag in herhalingslus op Kanaal Z
vanaf 20 uur. Ook te bekijken op www.kanaalz.be

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Belgische Vereniging van
Ziekenhuisdirecteurs vzw

Life Is On

Schneider
Electric

INTERVIEW MET SARA WILLEMS OVER HET DICTEN VAN DE GEZONDHEIDSKLOOF

“Het is belangrijk om met heel velen samen, heel veel kleine dingen te doen”

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: PETER DE SCHRIVER

In lagere klassen leven mensen gemiddeld minder lang en hebben ze minder gezonde jaren dan mensen in hogere klassen. Er gaapt een schrijnende gezondheidskloof tussen lagere en hogere sociaal-economische groepen en dat gat lijkt maar niet te dichten. “We kunnen als gezondheidssector bufferend werken in de relatie tussen armoede en gezondheid, maar de oorzaken van de gezondheidskloof liggen op heel veel verschillende levensdomeinen.” Professor Sara Willems buigt zich al een hele tijd over dat probleem: “Gezondheid zou een lens moeten zijn waarmee in alle sectoren rekening gehouden wordt.”

Sara Willems leidt aan de Universiteit Gent de onderzoeksgroep Equity in Primary Health Care. Die onderzoeksgroep neemt een prominente rol op in verschillende nationale en internationale onderzoeksprojecten over de relatie tussen gezondheidsorganisatie en gelijkheid in de toegang tot zorg, het zorgproces en de uitkomsten van zorg.

Waar hebben we het over als we praten over de gezondheidskloof?

“We merken dat de gezonde levensverwachting de voorbije decennia in alle bevolkingsgroepen stijgt, maar die stijging is niet voor iedereen gelijk. Uit de cijfers blijkt duidelijk dat mensen die hoger op de sociale ladder staan meer genieten van die vooruitgang. Zo kan een hoogopgeleide man van 25 jaar gemiddeld nog rekenen op 46 gezonde levensjaren, terwijl een laagopgeleide man van dezelfde leeftijd gemiddeld nog 28 gezonde jaren mag verwachten. Laagopgeleide vrouwen sterven 6 jaar vroeger dan hoogopgeleide; bij mannen is dat verschil zelfs 8 jaar. Daarnaast zien we in de cijfers ook dat de

Sara Willems: Gezondheid zou een lens moeten zijn waarmee in alle sectoren rekening gehouden wordt.

“We hebben niet altijd nood aan nog meer projecten en nog meer initiatieven die zich toespitsen op een bepaalde problematiek of doelgroep. De verhalen uit de dagelijkse praktijk waar een hulpverlener voelt dat hij zijn job goed kon doen en de patiënten de nodige zorg en tijd krijgen, zijn evenzeer belangrijk.”

gezondheidskloof niet kleiner wordt. Voor sommige problematieken, zoals mondgezondheid, vergroot de kloof zelfs nog”.

Hoe ben je in aanraking gekomen met dit thema?

“Ik ben zelf altijd heel sociaal geëngageerd geweest. Als student was ik actief in sociale organisaties, werkte ik als vrijwilliger bij een vluchtelingenorganisatie en in de wereldwinkel. Tijdens het mondelinge examen van sociologie raakte ik met mijn professor aan de praat over een aantal uitdagingen in de gezondheidszorg. Na afloop vroeg hij of ik geen doctoraat wilde doen rond dit thema. Ik heb daar ja op gezegd. Een van mijn eerste grote projecten deed ik voor toenmalig minister van Sociale Zaken Frank Vandenbroucke. In het beleidsondersteunend onderzoek ging ik na wat patiënten ervaren als een drempel in de gezondheidszorg.”

“Ik ben opgegroeid in een middenklassegezin en ging ervan uit dat we het probleem grotendeels konden oplossen door financiële drempels weg te werken met bijvoorbeeld een maximumfactuur of een sociale franchise. Niets is minder waar. Als we vroegen waarom mensen zich niet lieten screenen, denk maar aan de gratis mammografie, dan bleek het verhaal veel genuanceerder te zijn dan enkel het financiële luik. Mensen stootten op tal van drempels. Na mijn doctoraat bleef ik verder werken op dit thema. In 2005 richtte mijn faculteit een nieuwe leerstoel ‘sociale ongelijkheidsproblematieken in de gezondheidszorg’ op. Ik werd toen de eerste prof in dat vakgebied.”

De gezondheidskloof blijkt moeilijk te dichten? Hoe komt dat?

“Dat is een zeer moeilijke vraag. De oorzaken van de kloof zijn zeer divers. Ze hebben enerzijds te maken met factoren op heel wat levensdomeinen. Sociale ongelijkheid in gezondheid heeft te maken met huisvesting, onderwijs en zelfs met mobiliteit en transport. Mensen die lager op de sociale ladder staan worden veel meer blootgesteld aan gezondheidsrisico’s in al die verschillende levensdomeinen. Ze wonen in huizen die minder gezond zijn, wat belastend is voor de luchtwegen. Ze doen jobs in ongezonde omgevingen, wonen in buurten waar er veel meer doorgaand verkeer en dus meer fijn stof is. Anderzijds merken we ook dat mensen uit lagere sociale klassen veel vaker gezondheidsproblemen ontwikkelen, zelfs wanneer ze blootgesteld worden aan dezelfde gezondheidsrisico’s als de mensen uit hogere sociale klasse. In een buurt waar meer fijn stof is, zullen de lageropgeleide mensen vaker ziek worden dan hun hogeropgeleide buren. Dat komt omdat laagopgeleide mensen te maken krijgen met een cumulatie van gezondheidsrisico’s. Ze staan niet alleen bloot aan het fijn stof, maar ze wonen ook in een ongezonde woning en daarenboven roken ze vaker.

Daarnaast ervaren we de laatste jaren hoe belangrijk de impact van gezondheidsvaardigheden is. Dat is de kennis en de vaardigheden om met gezondheid en gezondheidszorg om te gaan. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat mensen die lager op de sociale ladder staan minder goede gezondheidsvaardigheden hebben. Sommige populatiegroepen weten onvoldoende hoe hun lichaam werkt, wat er mis kan gaan en hoe je zelf je gezondheid in handen kan nemen. Maar ze kennen ook de weg naar de gezondheidszorg minder goed. Bepaalde nieuwkomers kennen bij-

voorbeeld het concept van de huisarts niet en trekken onmiddellijk naar de spoed wanneer hun kind koorts heeft.

De aanpak van de sociale gezondheidskloof ligt dus zeker ook in de gezondheidssector. We kunnen bufferend werken in de relatie tussen armoede en gezondheid, maar het gaat veel breder dan dat. En net dat maakt het bijzonder complex en moeilijk om de gezondheidskloof aan te pakken. Het is belangrijk om de financiële drempels weg te werken, maar daar alleen zullen we het niet mee redden. Het is een verhaal dat zich veel breder uitstrekt.”

Welke aanbevelingen hebben jullie naar het beleid toe?

“We kunnen dit probleem niet enkel en alleen aanpakken in de gezondheidszorg. Je moet werken vanuit verschillende sectoren zoals onderwijs en huisvesting. ‘Werk samen met uw collega’s’, is een eerste aanbeveling die we heel vaak geven aan lokale besturen. De Huizen van het Kind, waar alle diensten die rond kinderen werken worden samengebracht zijn bijvoorbeeld een mooie stap vooruit in dit verhaal.

Daarnaast is het als zorgorganisatie belangrijk om stil te staan bij het beleid dat je voert. Durf jezelf de vraag te stellen: ‘Zijn we op of één of andere manier niet ongewild aan het discrimineren?’ Vaak zit dat in heel kleine dingen waar men niet bij stil staat. Denk maar aan geografische toegankelijkheid of hoe het afsprakensysteem werkt. Nu is dat vaak elektronisch, maar een bepaalde groep bereik je hier niet mee. Het is voor sommige mensen ook niet evident om een afspraak na te komen. Wanneer je vier kinderen hebt

“Het is als zorgorganisatie belangrijk om stil te staan bij het beleid dat je voert. Durf jezelf de vraag te stellen: ‘Zijn we op of één of andere manier niet ongewild aan het discrimineren?’”

die allemaal mee moeten is het makkelijker om naar de dokter te gaan tijdens de vrije consultatie dan stipt om 10 uur in het dokterskabinet te verschijnen. Ik denk bijvoorbeeld aan een alleenstaande moeder die geen afspraak wilde maken voor een cervixscreening. ‘Ik heb geen opvang voor mijn kinderen en moet hen meebrengen naar de afspraak. Ze gaan mee in de consultatieruimte en ik wil geen gynaecologisch onderzoek met mijn kinderen naast mij’, vertelde ze me. Het zit vaak in die kleine details. We kunnen geen draaiboek opstellen dat elke organisatie netjes kan volgen, maar het is belangrijk om na te gaan of je alle sociale groepen bereikt. Merk je dat sommige mensen uit de boot vallen, dan moet je nagaan hoe dat komt.

Een derde aanbeveling is het monitoren. Een zorginstelling of ziekenhuis beschikt over heel veel data. We moeten die gebruiken als ondersteuning bij beleidsbeslissingen. Zo sprak ik onlangs met een eerstelijnspraktijk die stelde dat ze het op vlak van griepvaccinaties heel goed deden. Ze haalden de aanbeveling van 70% van de doelgroep. Tot ze de cijfers beter bekeken en merkten dat ze de mensen uit de lagere sociale klasse en de anderstaligen helemaal niet bereikten. De mensen werden per brief uitgenodigd om zich te laten vaccineren. Daardoor vielen de anderstaligen bijna automatisch uit de boot. Gebruik de data om na te gaan hoe je scoort binnen de specifieke groepen. Wanneer je merkt dat je een bepaalde groep niet bereikt, moet je als zorginstelling of organisatie extra inspanningen doen om die mensen aan te spreken.

We mogen geen sociale ongelijkheid creëren tijdens het proces van de zorg. Dat is een vierde aanbeveling. We zien dat patiënten die lager op de sociale ladder staan en uit kwetsbare populatiegroepen komen het meest risico lopen op patiëntonveilige

situaties en lagere kwaliteit van zorg. Heel vaak zit het in kleine, subtiele zaken. We merken bijvoorbeeld dat de doorverwijzing bij mensen uit kwetsbare groepen moeilijker verloopt. Na een negatief uitstrijkje wordt een patiënt doorverwezen. Maar wanneer die persoon geen afspraak maakt, stopt het systeem. Dat kun je oplossen door patiënten actief op te volgen.

Ten slotte moet je ervoor zorgen dat de hulpverleners hiervoor opgeleid zijn. Het is een zeer complexe wereld waarin ze moeten werken. We moeten onze studenten voorbereiden door hen de nodige competenties mee te geven en hen leren omgaan met de grote diversiteit in onze maatschappij. Dat kan door communicatievaardigheden aan te leren of hen te leren werken met een tolk. Net omdat de gezondheidskloof een breed verhaal is dat verschillende levensdomeinen beslaat, moeten we inzetten op het leren werken in een interprofessionele context. Daarnaast moet een organisatie een duidelijk diversiteitsbeleid hebben. Ze moeten helder voor ogen hebben hoe ze zullen inspelen op de diversiteit: Wat verwachten we van onze medewerkers en hoe kunnen we hen ondersteunen? Hoe kunnen we hen tools geven om met diversiteit in de consultatieruimte om te gaan?”

Welke rol speelt het sociaal kapitaal in dit verhaal?

“Het probleem is dat het heel moeilijk is om te vatten en te meten wat sociaal kapitaal precies is. Het is een heel flou concept. We weten wel dat we er voorzichtig mee moeten omspringen omdat sociaal kapitaal in twee richtingen kan werken. Het kan bevorderend zijn voor de gezondheid, maar ook voor schade zorgen. En dat laatste vergeten we weleens. Je hoort vaak dat men wil inzetten op het verbinden van mensen en het versterken van de onderlinge banden. Stel dat roken

binnen een groep de norm is en je versterkt die groep. Dan resulteert dat in een toename van het aantal rokers. Inzetten op sociaal kapitaal en het versterken van sociale cohesie is een van de mechanismen om te werken aan de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg, maar ik vind dat je er voorzichtig mee moet omgaan.”

Wanneer je het allemaal op een rijtje zegt, klinkt het als een grote en complexe taak om die gezondheidskloof te dichten. Wat als dit een hulpverlener overweldigt?

“Je kan als hulpverlener het gevoel hebben dat je maar een klein stukje kan beïnvloeden. En ja, dat kan zorgen voor een gevoel van machteloosheid. Maar als elke hulpverlener zo reageert raken we nergens. Het is zo belangrijk om met heel veel samen kleine dingen te doen. Het beleid kan hier ook veel in doen. Wij pleiten voor *Health in all policies*. Gezondheid zou een lens moeten zijn waar in alle sectoren rekening mee gehouden wordt. Als men nadenkt over een nieuw mobiliteitsplan, dan moet gezondheid mee een argument zijn. Het is gemakkelijk om een doorgangsroute door een kansarme buurt te laten lopen omdat de kans op tegenkanting daar veel kleiner zal zijn, terwijl dat net de buurt is waar de gezondheidsrisico's het grootst zijn.”

Wat is voor u een goed voorbeeld van een lokaal of klein project dat goed werk levert om de kloof een beetje te dichten?

“Ik denk dan onmiddellijk aan een huisartsenpraktijk die uitbreidde en er bewust voor koos om een verpleegkundige aan te werven in plaats van nog een arts. Daarnaast stelden ze hun praktijk ook enkele uren per week open voor een psychologe. ‘Dat is de beste beslissing die ik ooit kon nemen’, vertelde de huisarts me later. ‘Net dat interdisciplinair werken helpt me vooruit.’ De artsen in de praktijk delen hun taken, kijken met frisse ideeën naar de dagelijkse realiteit die de praktijk binnen-



wandelt. Maar ze kunnen ook betere zorg voor de patiënten garanderen. Zo meldde er zich een patiënt aan met een wonde die verzorging nodig had. De man kwam uit een ingewikkelde thuissituatie. Die patiënt konden ze makkelijk doorverwijzen naar de verpleegkundige, die hier de nodige tijd voor nam en de patiënt leerde hoe hij zelf die wonde kon verzorgen. Door goed te delegeren won iedereen tijd, die ze konden besteden aan andere zorgvragen.

Ik geef bewust dit voorbeeld recht uit de praktijk. We hebben niet altijd nood aan nog meer projecten en nog meer initiatieven die zich toespitsen op een bepaalde problematiek of doelgroep. Daarmee zeg ik niet dat ik die initiatieven niet naar waarde schat. Ze zijn van onschatbare waarde. Maar dat zijn evenzeer de verhalen uit de dagelijkse praktijk, waar er elke dag opnieuw ondersteuning is en waar een hulpverlener voelt dat hij zijn job goed kon doen en de patiënten de nodige zorg en tijd kon geven.

Inzetten op kwetsbare doelgroepen loont

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

De Belgische gezondheidszorg is toegankelijk en democratisch, maar toch zijn er ook keerzijden aan de medaille. Soms wordt hulp gezocht op de verkeerde plaats, waardoor er overconsumptie is van dure tweedelijnszorg. De overbezette spoedgevallendiensten van de Belgische ziekenhuizen zijn hiervan een voorbeeld. Een ander minpunt is dat patiënt niet altijd de juiste zorg krijgen. Dat geldt vooral voor de sociaal zwakkere groepen in onze samenleving. Het Algemeen Ziekenhuis Sint-Dimpna in Geel zette de afgelopen jaren een proefproject op de rails om hieraan te verhelpen. Het project was een succes: niet enkel waren sociaal hulpbehoevende patiënten beter op de hoogte waar ze met hun problemen precies terecht konden, ook het aantal vermijdbare bezoeken aan de spoed en bij de arts-specialisten daalde sterk.

Onnodige bezoeken aan de spoeddiensten

Drukbezette spoeddiensten zijn een vertrouwd beeld in vele Belgische ziekenhuizen. Artsen die er werken kunnen onvoldoende tijd spenderen per patiënt, en compenseren dat met het aanvragen van dure, vaak vermijdbare technische onderzoeken. Dat fenomeen is al jaren een doorn in het oog van zowel artsen, overheid als ziekenhuizen. Het kost immers niet alleen bergen geld, maar gaat bovendien voorbij aan andere, niet-medische problemen, waarvoor de meeste specialisten niet gepast zijn opgeleid. Denk maar aan huisvesting, geldzorgen, familiale problemen... Dat is vooral nadelig voor de sociaal zwakkeren in de maatschappij, bijvoorbeeld ouderen, eenzame personen, mensen met financiële problemen, personen met een handicap, werk- of daklozen... De cijfers staven dit: personen met een armoederisico hebben meer gezondheids-

“Op amper twee jaar tijd blijkt dat de zorg op maat voor sociaal kwetsbare mensen het aantal spoedgevallen en hospitalisaties drastisch kan doen dalen. Ook het aantal eerstelijnsconsultaties bij de specialist neemt af.”

problemen en stellen gezondheidszorgen tot vier keer meer uit. Omgekeerd is de gezondheidszorg in Vlaanderen zodanig laagdrempelig dat patiënten met welzijnsproblemen ook gemakkelijk hulp kunnen zoeken in de dure domeinen van de gezondheidszorg, meestal in de tweede lijn. Ongewenst dreigen sociaal kwetsbaren dus in een spiraal te belanden van minder efficiënte zorg. Dat heeft op zijn beurt dan weer als gevolg dat ze moeite hebben om hun ziekenhuisfactuur te betalen.

Proefproject in Geel

Directie en artsen van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Dimpna in Geel besloten iets aan dat probleem te doen. Met financiële hulp van de Provincie Antwerpen en in overleg met het lokale OCMW, de huisartsen en andere lokale hulpverstrekkers zetten ze een systeem van individuele zorgbegeleiding op voor die personen die steun ontvingen van het lokale OCMW. Een sociaal assistente ging gedurende twee jaar de personen met gezondheidsproblemen actief aan huis opzoeken. Ze kregen gericht advies over de meest gepaste hulp en werden mee begeleid naar de juiste diensten. De National Health Service (NHS) in Engeland berekende het eerder al: een zorgbemiddelaar kiezen onder de zorgende vertrouwenspersonen kan zomaar een winst van 20% tot 30% opleveren in onnodige en ongeplande spoedopnames. Tezelfdertijd werd in Geel

het consultatie- en hospitalisatiepatroon geregistreerd in het lokale ziekenhuis.

De verbindingscoach

Dokter Mineke Viaene, neuroloog in AZ Sint-Dimpna en medisch coördinator van het project: “Een van de essentiële voorwaarden om het project te doen slagen, was het slopen van de muurtjes tussen welzijns- en gezondheidszorg. Daarom stelden we een maatschappelijk assistent aan als verbindingscoach. Die persoon slaat de brug tussen de domeinen en fungeert als centrale figuur en coördinator. De huisartsen, de sociale dienst en de arts-specialisten van het AZ en de sociale dienst van het OCMW vormen de cluster die samen met de verbindingscoach de zorg opneemt. De verbindingsfiguur behartigt de individuele hulpvragen, gaat bij de mensen thuis op bezoek en vergezelt de patiënt naar de aangewezen hulp- of dienstverlening. Achteraf koppelt de verbindingscoach de informatie over de ingeschakelde hulpverlening terug naar de verwijzer.”

Spectaculair minder bezoeken aan de spoed

Dr. Mineke Viaene: “Ten opzichte van wat voorspeld werd op basis van de voorgaande jaren daalde in deze groep na een jaar het aantal consultaties op de spoedgevallendienst met 55%, de hospitalisaties met 33% en de ambulante contacten

A close-up portrait of Dr. Mineke Viaene, a woman with dark, curly hair, smiling warmly. She is wearing a dark blue polo shirt with a patterned collar. The background is a soft-focus green, suggesting an outdoor setting with foliage.

met 14%. Het saldo van de onbetaalde ziekenhuiskosten daalde met 7%. Er werd namelijk een overeenkomst gesloten tussen het OCMW en het ziekenhuis. De arts-specialisten engageren zich om aan de OCMW-cliënten maximale zorg te verlenen tegen een minimale kostprijs. Patiënten met een leefloon of personen in budgetbegeleiding hoefden geen ereloonsupplementen en remgelden te betalen. Er werden voor deze groep ook geen deurwaarders ingeschakeld voor nieuwe vorderingen.” Dokter Viaene haalt ook een hinderpaal aan: “Een te strikte toepassing van de GDPR-wetgeving kan de efficiëntie van het project fnuiken. De gegevensregistratie en -deling van naam, geboortedatum, telefoonnummer en beknopte hulpvraag zijn van wezenlijk belang. Belangrijk is dat de verwijzer aan de patiënt steeds een geïnformeerde toestemming vraagt. De gegevens en de hulpvraag worden alleen gedeeld na toestemming van de patiënt.”

“De resultaten tonen aan dat vorming en begeleiding van sociaal zwakkeren de hulpverleners uit de welzijnssector en de gezondheidszorgverstrekkers dichterbij de doelgroep brengen. Tegelijkertijd resulteert het in vermijdbare, dure tweedelijnszorg. Onze bevindingen zijn gunstig. Het zou boeiend zijn om dit zorgmodel elders uit te testen, met als uiteindelijke doel de beleidsmakers te stimuleren om een beleid in te voeren dat toelaat om sociaal zwakkeren beter te betrekken in de welzijns- en gezondheidszorg en dit aan een lagere maatschappelijke kostprijs”, besluit Mineke Viaene. AZ Geel is in ieder geval tevreden met de resultaten van dit pilotproject.

Een uitgebreid verslag van dit proefproject verscheen in het *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 75, nr. 21, 2019, p. 1245-1254.

Dr. Mineke Viaene: Een sociaal assistent ging, in de rol van verbindingscoach, gedurende twee jaar actief de steuntrekkenden met gezondheidsproblemen aan huis opzoeken om hen gericht mee advies te geven over de meest gepaste hulp.

“Geïntegreerde zorg succesvol implementeren is moeilijker dan een landing op de maan”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Op maandag 28 oktober was professor Bert Vrijhoef te gast bij Zorgnet-Icuro. Hij voerde er een vurig pleidooi voor geïntegreerde zorg. Vrijhoef, CEO bij Panaxea en verbonden aan de Universiteit van Maastricht en de Vrije Universiteit Brussel, lichtte zijn visie en ervaringen uitgebreid toe. Hij stond ook uitgebreid stil bij de manier waarop je een geïntegreerd zorgmodel succesvol kan implementeren. “Het is minder zeker dan het landen op de maan. Je moet immers rekening houden met veel variabele factoren. Maar de efficiëntiewinsten die je kan boeken, maken het meer dan de moeite waard om de stap naar geïntegreerde zorg te zetten.”

Een internationaal begrip

‘Geïntegreerde zorg’: iedereen heeft er intussen de mond van vol, maar de term begon nog maar een twintigtal jaar geleden opmars te maken. Op het einde van de vorige eeuw kwam de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) met een definitie voor de pinnen. Die werd intussen wat bijgeschaafd: ‘Geïntegreerde zorg betekent dat gezondheidsdiensten zo georganiseerd worden dat mensen continuïteit ervaren in de zorgverlening. Zowel op het vlak van gezondheids promotie, ziektepreventie, diagnosestelling, behandeling, ziektemanagement, herstel en palliatieve dienstverlening. Geïntegreerde zorg wordt gecoördineerd door verschillende niveaus en takken én gaat verder dan louter de gezondheidszorgsector. De zorg wordt tevens afgestemd op de noden die personen in hun leven ervaren.’

Professor Vrijhoef: “De algemene definitie van de WHO is heel erg nuttig, omdat ze de landsgrenzen overschrijdt. Als elk land een eigen definitie zou maken van geïntegreerde zorg, dan zou die gekleurd zijn door de bijzonderheden van dat land of regio.

“De voordelen van geïntegreerde zorg zijn vooral op de lange termijn merkbaar. De contradictie is echter dat de beleidsmakers die de hervormingen moeten doorvoeren meestal maar een vijftal jaar aan het roer zitten en dus niet de vruchten kunnen plukken van de positieve resultaten van hun uitgestippelde beleid.”

Met die internationale verklaring kunnen we tussen landen die grotendeels voor dezelfde uitdagingen staan, een vergelijking maken. Voorts wijs ik graag op twee specifieke elementen uit die definitie die vaak over het hoofd worden gezien: in de definitie wordt nergens gesproken over patiënt, wel over ‘mensen’ of ‘personen’. Dat brengt ons naadloos bij het tweede punt: het gaat niet enkel over het ‘zorgproces’. Gezondheids promotie en preventie worden klaar en duidelijk mee benoemd. Het begrip ‘geïntegreerde zorg’ gaat dus verder dan louter de gezondheidszorgsector en zorgverleners. Ook als mensen ontslagen worden uit het ziekenhuis kunnen ze nog met veel vragen zitten over het dagelijks functioneren. De kwaliteit van de relatie tussen de persoon met een zorgnood en het multidisciplinaire team van zorgverleners is van wezenlijk belang.”

Winst op de lange termijn

De meeste gezondheidszorgsystemen ontberen op vandaag coördinatie: de verschillende vormen van zorg zijn onvoldoende op elkaar afgestemd. Het gevolg: een dalende impact, stijgende kosten en suboptimale zorg. Geïntegreerde zorg kan een antwoord bieden op de steeds verder oplopende zorgkosten. Een schatting voor België toont ons dat de zorgkosten tussen 2016 en 2050 zullen stijgen met 31,9%. Kostenefficiëntie is dan ook een

van de voornaamste redenen om te kiezen voor een geïntegreerd zorgsysteem. Professor Vrijhoef: “In grote delen van de wereld – ook in België – zien we een stijgende levensverwachting, een daling van de sterfte van pasgeborenen alsook meer chronisch zieken met een langere levensverwachting. Kanker is van een dodelijke aandoening geëvolueerd naar een chronische ziekte.”

Als academisch specialist in de materie reisde Bert Vrijhoef tot in Singapore om het concept geïntegreerde zorg te onderzoeken én te implementeren. Dat is niet altijd eenvoudig, integendeel. “De voordelen van geïntegreerde zorg zijn vooral op de lange termijn merkbaar. De contradictie is echter dat de beleidsmakers die de hervormingen moeten doorvoeren veelal maar een vijftal jaar aan het roer zitten en dus niet de vruchten kunnen plukken van de positieve resultaten van hun uitgestippelde beleid. Wanneer je volwassenen verbiedt te roken in het bijzijn van kinderen dan zal je pas binnen pakweg 60 jaar de gunstige evolutie qua gezondheid zien bij de bevolking,” aldus Vrijhoef.

Engeland als gidslid

In tegenstelling tot wat veel mensen denken is het concept van geïntegreerde zorg niet ontstaan in de Verenigde Staten. Engeland is de bakermat. De National

A portrait of Bert Vrijhoef, a middle-aged man with glasses, wearing a dark blue suit, white shirt, and blue tie. He is looking upwards and to the right. The background is a teal-colored wall with a decorative metal railing.

Wie is Bert Vrijhoef?

Bert Vrijhoef heeft een Master in Health Policy & Management en een PhD in Medische Sociologie. Hij werkt of werkte aan verschillende universiteiten of onderzoeksorganisaties, waaronder Maastricht University Medical Center (2001-nu), Vrije Universiteit Brussel (2014-nu), National University of Singapore (2012-2017), Tilburg University (2009-2012), en MacColl Center for Health Care Innovation (2008-2009).

Hij is ook CEO van onderzoeks- en adviesbureau Panaxea in Amsterdam. Van daaruit geeft hij leiding aan diverse initiatieven waarbij zorginnovaties centraal staan en er behoefte is aan informatie en inzicht over de waarde van de zorginnovaties. Daarnaast is hij eindredacteur van *International Journal of Care Coordination*. Vrijhoef is een bekende stem op congressen over toekomstbestendige gezondheidszorg.

Health Service (NHS) is daar al geruime tijd bezig met het implementeren van geïntegreerde zorgmodellen. Ook de King's Fund heeft een traditie. "Ze hebben daar heel goed begrepen dat het om meer gaat dan enkel de capaciteit en de mogelijkheid om de switch te maken naar *integrated care*. Minstens even belangrijk is het gedrag en de motivatie van mensen met (een verhoogd risico op) chronische ziekten. Vooraleer over te gaan op een succesvolle implementatie is het belangrijk eerst de verandering degelijk voor te bereiden en plannen te ontwikkelen. De uitrol verloopt best gefaseerd met ruimte voor analyse. Zorgverleners zijn hierbij de sleutelfiguren. Zij dienen op de juiste manier en op de juiste plaats te worden ingeschakeld," aldus professor Vrijhoef.

Een nieuwe manier van zorg organiseren gaat gepaard met een andere financieringswijze. Bert Vrijhoef: "Een aangepaste financiering is niet de enige, maar wel een noodzakelijke voorwaarde voor geïntegreerde zorg. Er zijn verschillende regio's die experimenteren met een systeem waarbij het geld de patiënt volgt in plaats van de zorgverlener en/of de zorgorganisatie. Een interessant voorbeeld is de financiering van geïntegreerde zorg voor mensen met een herseninfarct. Hierbij is sprake van een totaalbedrag per patiënt dat de zorgverleners onderling verdelen, een zogenaamde *bundled payment*. Maar nergens is het een *big bang*, nergens kan men vertrekken van een volledig wit blad."

Bert Vrijhoef: In het concept van geïntegreerde zorg zijn de zorgverleners cruciaal. Zij dienen op de juiste manier en op de juiste plaats te worden ingeschakeld.

“Anders communiceren vraagt tijd, aandacht en geduld”

TEKST: EVELIEN CHIAU / BEELD: JAN LOCUS

In april 2017 lanceerden het Fonds Julie Renson, het Koningin Fabiolafonds en de Koning Boudewijnstichting een projectoproep waarbij ze zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg uitnodigden om zich in te zetten voor een genuanceerde en taboedoorbrekende communicatie over psychische problemen. Twee jaar lang werden 17 initiatieven ondersteund. We maakten de balans op met projectcoördinator Anneke Ernon.

De manier waarop onze samenleving omgaat met en kijkt naar psychische aandoeningen heeft een grote invloed op de behandeling en herstelkansen van wie ermee kampt. Een partnerschap van het Fonds Julie Renson, het Koningin Fabiolafonds en de Koning Boudewijnstichting investeerde de voorbije jaren in onderzoek om de beeldvorming omtrent psychische kwetsbaarheid en psychische aandoeningen in kaart te brengen. In het kader van die studie gingen onderzoekers ook in gesprek met psychiaters, psychologen, therapeuten en eerstelijns werkers. Tijdens die gesprekken werd onderzocht hoe professionals uit de geestelijke gezondheidszorg zelf spreken over personen met een psychische problematiek.

17 projecten

“We wilden met dit project tegemoetkomen aan een vraag die sterk leeft bij mensen met een psychische aandoening”, vertelt Anneke Ernon van de Koning Boudewijnstichting. “Psychische problemen roepen zowel bij professionals als in de brede samenleving nog vaak negatieve denkbeelden op. Dat kan kwetsend of beperkend zijn voor wie worstelt met een psychische kwetsbaarheid.”

“Toch is er in de geestelijke gezondheidssector een groeiend bewustzijn én intentie om daarmee aan de slag te gaan, ondanks



Anneke Ernon: In de geestelijke gezondheidssector groeien het bewustzijn én de intentie om anders te communiceren over psychische problemen, ondanks de schaarse tijd waarmee zorgverleners kampen. Dat kwam heel duidelijk naar voor uit de vele reacties die we kregen op deze projectoproep.

StigWA van PZ Bethaniënhuis in Zoersel was een van de geselecteerde projecten dat destigmatiserend wil communiceren bij de behandeling van psychiatrische patiënten. Ze ontwikkelden hiervoor StigwAPP, een ludieke, interactieve en educatieve softwareapplicatie die patiënten en medewerkers op ongedwongen wijze toont welke stigmatiserende opvattingen ze zelf meedragen. Daarnaast is er ook het Photovoice-project, waarbij zowel de hulpverleners als patiënten een bepaalde tijd krijgen om met een wegwerpfotooestel stigmatiserende zaken te fotograferen. Eens de foto's ontwikkeld zijn, worden ze uitgespreid op tafel. Dit stimuleert de verschillende partijen om er zo open mogelijk een gesprek over aan te gaan.



Meer informatie op www.stigwa.be

de vaak schaarse tijd waarmee zorgverleners kampen. Dat kwam ook heel duidelijk naar voor uit de vele reacties die we kregen op deze projectoproep. De manier waarop organisaties die aanpakken, is heel verschillend. De 17 geselecteerde projecten zijn dan ook erg divers: van een theaterstuk over verslaving door Katarisis vzw, een behandelingscentrum voor mensen met een verslaving, over een vorming rond herstel bij OPZC Rekem tot een zelfgemaakt kaartspel van Psychiatrisch Ziekenhuis Asster.”

De deelnemende organisaties doorliepen elk een traject met drie fasen. In de eerste fase nam elke organisatie samen met alle medewerkers deel aan een zelfevaluatie van de interne beeldvorming rond geestelijke gezondheid. Op basis van de conclusies daarvan werd een intern programma opgezet met coaching, training op maat en andere activiteiten om de communicatiecultuur te verbeteren. Tijdens de laatste fase deelde elk van hen hun ervaringen met de andere deelnemende zorgorganisaties. Daarbovenop ging het traject gepaard met concrete interacties van professionals en gebruikers, om de beeldvorming van beide partijen te verbeteren.

De patiënt als partner

“We hebben geleerd dat we dit thema niet mogen onderschatten. Anders communiceren lijkt misschien makkelijk, maar dat is het helemaal niet. Bovendien vraagt het tijd, aandacht en geduld. Dat viel ons ook op tijdens de uitvoering van de projecten. En dan moet je met die inzichten ook nog eens in je dagelijkse werking aan de slag gaan. Niet vanzelfsprekend. Maar het is wel bijzonder waardevol dat zorgprofessionals zelf weloverwogen willen communiceren. Niet alleen wegens hun grote voorbeeldfunctie, maar ook wegens de enorme impact op de relatie tussen

cliënt en zorgverstrekkers en dus op het herstelproces.”

“We zien dan ook duidelijk een rode draad: de wens om te communiceren vanuit gelijkwaardigheid in de therapeutische relatie en te evolueren naar een idee van de patiënt als partner. Werken aan genuanceerde communicatie is dus zoeken naar de mens achter de mens. Dat doorbreekt de hiërarchische relatie tussen de zogenaamde ‘dominante’ zorgverlener en de zorggebruiker. Je stapt in een andere benadering van de cliënt en focust niet langer alleen op het overheersende probleemverhaal, maar ook op andere verhalen van de cliënt. Uit verschillende projecten blijkt dan ook dat ervaringsdeskundigen ontegensprekelijk een grote meerwaarde bieden in het bewustmakingsproces rond stigma. Het project breekt dus – en dat belang kan ik niet voldoende benadrukken – een lans voor herstelgericht werken.”

Wat nu het project afgelopen is? “Alles begint bij bewustzijn, erkennen dat er iets niet goed zit. Dat is heel belangrijk, want pas dan kan je eraan werken. De organisaties die aan dit project meededen, hadden hier al minstens een eerste stap gezet. Voor andere organisaties moet dat eerste punt soms nog aanbreken. Je kunt de projecten eigenlijk nooit als volledig af beschouwen: anders communiceren doe je door je communicatie in vraag te blijven stellen en je bewust te blijven van de valkuilen. Vaak gaat het om het ombuigen van diep ingesleten patronen. Dat vraagt tijd. Het is dan ook belangrijk om het geleverde (denk)werk te vertalen naar een duurzame implementatie. Het is niet de bedoeling dat het bij eenmalige acties blijft, maar wel concreet voet aan wal krijgt in de dagelijkse werking. Een zichtbare neerslag, van welke aard dan ook, helpt daarbij. Of het nu een charter

is, een visienota, een folder... maakt niet uit. We leren gelukkig ook dat de geleverde inspanningen echt voldoening geven. We hopen dus dat het enthousiasme van de teams die meededen, anderen gaan inspireren.”

Voorlopig is er geen vervolg gepland op dit specifieke project, maar het blijft wel een leidmotief doorheen de werking van de Koning Boudewijnstichting. “De voorbije vijf jaar wilden we vanuit de Stichting vooral materiaal aanreiken waarmee andere organisaties zelf aan de slag kunnen. En niet alleen voor de zorgsector trouwens. We werkten ook met justitie en verschillende media rond framing. Alles vertrok van een studie over frames en counterframes. Daarnaast publiceerden we ook tal van brochures en aanbevelingen. Ook dit project en de publicatie ervan bevat heel wat voorbeelden die inspireren. Dit thema blijft voor ons, net als herstel overigens, als rode draad aanwezig in onze nieuwe projecten.”

De publicatie *Anders communiceren over geestelijke gezondheid in een zorgcontext* kan je gratis downloaden op www.kbs-frb.be

“Wat we realiseren is belangrijk, maar ook wat we kunnen voorkomen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE

Tjitte Alkema is vicesecretaris-generaal van Hospeem, de Europese koepelorganisatie voor werkgeversorganisaties in de ziekenhuizen. “De macht van Europa in het zorgdomein is beperkt en dat willen we zo houden”, zegt hij. Tegelijk is het interessant om ook op Europees niveau een vinger in de pap te hebben. “Als erkende sociale partner is Hospeem aanwezig in het hart van Europa en speelt het wel degelijk een rol.”

Tjitte Alkema: “Hospeem werd 12 jaar geleden opgericht door leden van CEEP, een Europese koepel van werkgevers in de publieke sector. Omdat de ziekenhuizen niet helemaal in dat plaatje pasten, weerklonk de roep naar een eigen organisatie. Hospeem buigt zich over thema’s op het niveau van de Europese Commissie: arbeidsomstandigheden, arbeidsmarkt-vraagstukken, sociale regelgeving en arbeidsverhoudingen. Europa spreekt zich niet uit over hoe landen hun zorgsysteem organiseren, dat valt buiten haar, en dus ook onze bevoegdheid.”

“Wat Hospeem realiseert, is niet altijd zichtbaar. Onze grootste successen bestaan immers vaak uit het tegenhouden van weinig wenselijke ideeën: daar zie je dus nooit iets van, en gelukkig maar. De minimale juridische opleidingsvereisten voor verzorgenden (European Common Training Framework voor Health Care Assistants) is een recent voorbeeld. Iemand had het onzalige idee om een juridisch kader te maken voor die ondersteunende functie. Wij hebben ons daartegen verzet, omdat het niets dan problemen zou opleveren. In Nederland moet je drie jaar studeren om ‘verzorgende’ te worden, in Roemenië is er een gelijkaardige functie die je na één jaar opleiding behaalt. Moeten we die mensen hetzelfde statuut geven? En daarmee ook het recht om in de verschillende lidstaten hun beroep uit te oefenen? Dat zou faliekant aflopen.

Gelukkig hoor je hier niets meer over, omdat Hospeem erin geslaagd is het, in overleg met commissaris Andiukaitis van het Directoraat-Generaal SANTE, van de agenda te halen.”

“Een ander voorbeeld is de herziening van de richtlijn op elektromagnetische straling. Het gaat onder meer over richtlijnen voor de MRI-toestellen. De industrie wou de grenswaarden verlagen. Dat zou betekenen dat veel ziekenhuizen op korte termijn hun huidige MRI’s moesten vervangen door de nieuwste toestellen. Dat zou leiden tot hoge kosten, zonder aantoonbare meerwaarde voor de bescherming van medewerkers. De richtlijn op elektromagnetische straling is er, maar we hebben een uitzondering bekommen voor de ziekenhuizen.”

“Een realisatie van Hospeem die wél zichtbaar is, is de richtlijn over prikincidenten. Om het aantal incidenten terug te dringen, was er tien jaar geleden het plan om de bestaande naaldsystemen te verbieden. Samen met de vakbonden hebben we dat voorstel grondig bestudeerd en al snel bleek dat de voorgestelde oplossing niet zou werken. Het gaat immers niet alleen om het materiaal, maar ook over opleiding, risicoanalyse, context en cultuur. Daarom hebben we toen samen met de vakbonden zelf het initiatief genomen voor een alternatief plan dat rekening houdt met alle elementen. We zijn er als sociale partners in geslaagd om die Europese richtlijn naar onze hand te zetten.”

Arbeidsmigratie

“Hospeem heeft niet de ambitie om zich in te laten met arbeidsvoorwaarden: die willen we nationaal houden. Wat wel expliciet tot ons domein behoort zijn deze drie actuele thema’s: arbeidsmigratie, het voorkomen van uitval van medewerkers en de ontwikkeling van een visie op het zorgberoep.”

“Arbeidsmigratie is zeer actueel. Zo hebben de Baltische staten grote problemen om zorgprofessionals op te leiden en dat kost handenvol geld. Maar eenmaal opgeleid trekken deze professionals dikwijls naar de Scandinavische landen of naar Engeland, voor een hoger loon en betere arbeidsomstandigheden. De grote investering leidt dus alleen tot een braindrain. Dat is een complex vraagstuk, zeker nu we op een Brexit afstevenen. Engeland is immers de grootste afnemer van zorgprofessionals uit andere Europese landen. Binnen Hospeem kunnen we hierover overleggen met het Engelse National Health Service (NHS). Maar wat na de Brexit? Wij hopen alvast dat de NHS in Hospeem blijft.”

“Nog voor de Wereldgezondheidsorganisatie zich uitsprak, had Hospeem al een gedragscode over arbeidsmigratie om onethische praktijken te voorkomen. Wij zijn niet gekant tegen het vrij verkeer van personen, maar het moet op een correcte manier gebeuren en met de nodige afspraken. Als werkgevers pleiten we ervoor dat elk land minimaal zoveel mensen opleidt als het zelf professionals nodig heeft. Dat moet de ambitie zijn.”

“Wat het tweede domein betreft, het voorkomen van uitval, hebben we een tweejarig programma, waarbij we per land de good practices inventariseren. We hebben zowel oog voor fysieke arbeidsbelasting, bijvoorbeeld door onverstandig tillen, als voor psychosociale belasting. Hospeem wil niets dwingend opleggen, maar zoveel mogelijk hulpmiddelen aanreiken voor wie er werk van wil maken. De good practices hebben onder meer aandacht voor hiërarchie, autonomie, protocollering. We zien op dat vlak grote verschillen tussen landen en tussen voorzieningen binnen een land. Het is een kwestie van cultuur. Maar de kosten van verzuim liggen vandaag heel hoog en we hebben alle handen nodig.”

Als werkgevers kunnen we van elkaar leren, zowel Europees als bilateraal. En ook de vakbonden van andere lidstaten kunnen vaak dingen in beweging krijgen.

“Voor het domein professionele ontwikkeling hebben we een revolutionaire afspraak met de vakbonden gemaakt. Overleg met de vakbonden kan tot mooie resultaten leiden, met een win-winsituatie voor beide partners. We spraken af dat de werkgevers verantwoordelijk zijn voor de financiering, de infrastructuur en het aanbod van opleidingen voor alle zorgprofessionals. De vakbonden nemen de verantwoordelijkheid op zich dat werknemers gebruikmaken van die opleidingen en dat ze via levenslang leren hun eigen professionele ontwikkeling scherp houden. Die afspraak is in het bijzonder voor België belangrijk, want de Belgische vakbonden kijken heel erg in de richting van de werkgever als het over opleidingen gaat, zonder enige verplichting daartegenover van de werknemer. Zo werkt het natuurlijk niet. Ondanks het verzet van de Belgische vakbonden zijn we erin geslaagd om tot een vergelijk te komen met de vakbonden op Europees niveau.”

“Zo gaat het wel vaker: dat het ene land op een bepaald vlak vooruit- of achteruitloopt, maar dat we op Europees niveau toch tot goede afspraken komen. Als werkgevers kunnen we leren van elkaar, zowel Europees als bilateraal. En ook de vakbonden van andere lidstaten kunnen vaak dingen in beweging krijgen. Dat is een strategie die trouwens ook de vakbonden geregeld gebruiken en waar niets mis mee is, integendeel.”

Meerwaarde

“De macht van Europa in het zorgdomein is beperkt en dat willen we zo houden. Hospeem is een erkende sociale partner in het hart van Europa. Dat betekent dat de Europese Commissie ons moet consulteren bij belangrijke veranderingen. We hebben altijd een vinger in de pap. Zo is ook in de discussie over de wetgeving op de arbeidstijden onze stem gehoord. Voorlopig blijft op dat vlak alles bij het

oude. Niemand wil er momenteel zijn vingers aan verbranden. De vakbonden en de werkgevers staan te ver uit elkaar om op korte termijn tot een vergelijk te komen.”

Dat er spanningen zijn met de vakbonden, lijkt voor een werkgeversorganisatie normaal. Maar valt het mee om de nationale werkgeverskoepels allemaal op één lijn te krijgen? “Toen Hospeem nog maar pas actief was bepaalde vooral de Europese Commissie de agenda. Sinds een achttal jaar bepalen we die zelf. We starten met een inventaris bij de nationale koepels die lid zijn van Hospeem. Met die inventarisatie start meteen ook een overleg, onderling, maar ook met de vakbonden. Kan een thema het best Europees worden behandeld, dan tillen we het op Europees niveau. Maar we zoeken vooraf altijd verbinding. Wat onze leden niet willen agenderen op Europees niveau, komt ook niet op Europees niveau. We vertrekken altijd bottom-up: wat leeft er bij de leden? Daarnaast zijn er uiteraard altijd onderlinge contacten mogelijk over inhoudelijke thema's.”

Tjitte Alkema is naast vice-secretaris-generaal van Hospeem ook Manager Arbeid & Opleiding bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Hoe ervaart hij de contacten met zijn Belgische collega's? “We zouden nog meer samen kunnen doen”, vertelt hij. “Er zijn thema's die ons binden. Ik denk aan de erkenning van de verpleegkundige opleiding HBO5. In Nederland zijn we bezig met een modularisering van de professionele vervolgoopleidingen. Bilaterale en Europese samenwerking is zinvol als er een meerwaarde is voor de eigen leden. Is die meerwaarde er niet, dan heeft het geen zin om er veel energie in te stoppen. Liever een smalle agenda met resultaat, dan een heel uitgebreide zonder concrete meerwaarde.”



Tjitte Alkema: Hospeem is een erkende sociale partner in het hart van Europa. Dat betekent dat de Europese Commissie ons moet consulteren bij belangrijke veranderingen. We hebben altijd een vinger in de pap.

“De laatste zorgen vlakbij huis”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: PETER DE SCHRYVER

Voor ouderen die terminaal ziek zijn, is een ziekenhuisopname niet altijd noodzakelijk. Thuiszorg is voor velen echter niet meer haalbaar. Het is voor die doelgroep dat Hospice Aulighem, een pilootproject van woonzorgcentrum Sint-Vincentius in Avelgem, bestaat. Hier kunnen zij in een vertrouwde omgeving van warme en kwaliteitsvolle zorg genieten in hun laatste dagen. Met dit project is de voorziening pionier in Vlaanderen. Ken Wagner, directeur van woonzorgcentrum Sint-Vincentius, ziet nochtans veel interesse bij andere Vlaamse woonzorgcentra: “We hebben al tientallen directieleden en medewerkers van andere ouderenzorgvoorzieningen over de vloer gekregen. Velen zijn het concept van een ‘hospice’ genegen, maar de financiering is voor de meesten een struikelblok.”

Nabijheid als kracht

Aulighem: het is op de topografische kaarten uit lang vervlogen tijden de vroegere benaming van Avelgem. Dat beklemtoont meteen ook het regionale karakter van het palliatieve initiatief. “Maar vergis je niet, we richten ons zeker niet uitsluitend tot de Avelgemnaren. Het is een regiogebonden project, dat wel, maar het gaat breder dan de grenzen van een gemeente,” schetst Nele Vandommele, referentiepersoon palliatieve en pastorale zorg in het woonzorgcentrum. “In de feiten zien we dat we mensen bereiken binnen een straal van een 25-tal km. Tenslotte bepalen de ouderen en hun familie zelf hoe ver ze willen rijden om naar onze ‘hospice’ te komen. De kracht van een hospice is de nabijheid. Mensen die in de laatste fase van hun leven zitten, krijgen hier in een vertrouwde omgeving en vlakbij vrienden en familie de laatste zorgen toegediend. De kamers voor de palliatieve patiënten zijn zo ingericht dat familieleden kunnen blijven overnachten,” vertelt directeur Ken Wagner.

Het pilootproject voor terminale ouderen bestaat intussen een viertal jaar. Het idee kwam van Wagner zelf: “Als on-

“De kracht van een ‘hospice’ is de nabijheid. Mensen die in de laatste fase van hun leven zitten, krijgen hier in de vertrouwde omgeving en vlakbij vrienden en familie de laatste zorgen.”

dervoorzitter van het palliatief netwerk Zuid-West-Vlaanderen heb ik sowieso een grote gevoeligheid ontwikkeld voor het thema palliatieve zorg. Koppel daaraan nog eens het verhaal dat ik opving van een man die zijn terminale partner dagelijks moest opzoeken in het ziekenhuis in Kortrijk. Dat echtpaar woonde hier net om de hoek. Die combinatie zorgde ervoor dat bij mij het idee rijpte om een ‘snelle palliatieve opvang’ (de allereerste benaming van het pilootproject) aan ons woonzorgcentrum te koppelen.” Van de zes kamers voor kortverblijf kregen er twee de bestemming om er palliatieve ouderen in onder te brengen.

Gluren bij de Hollandse burens

Het concept en de benaming ‘hospice’ komt uit Nederland. Bij onze noorderburen is het concept helemaal ingeburgerd. Daar zijn er intussen om en bij de 200 van dergelijke palliatieve units die gekoppeld zijn aan een woonzorgcentrum. Je kan dus stellen dat wzc Sint-Vincentius voor hun initiatief de mosterd uit Nederland haalde. Wagner: “In Nederland is het concept intussen inderdaad goed ingeburgerd. Als je dan de parallel trekt met België en denkt aan het verhaal van die man die zijn vrouw iedere dag moest opzoeken in Kortrijk: ook hier bij ons is er nood aan een vorm van *medium care*. Het is niet omdat je terminaal ziek bent, dat je nood hebt aan *high-tech* zorg. Het is voor die mensen dat een ‘hospice’ een nuttige bestemming kan zijn: zij die niet thuishoren in een ziekenhuis, maar voor wie het evenzeer te zwaar is om nog thuis verzorgd worden. Je mag de

belasting voor de mantelzorgers zeker en vast niet onderschatten. Vanuit die vaststelling, dat vacuüm, hebben we Hospice Aulighem opgestart.”

Woonzorgcentrum Sint-Vincentius zet specifiek in op levenseindezorg en wil hierin een referentie zijn binnen de ouderenzorg. Nele Vandommele: “Oorspronkelijk ben ik hier een tiental jaar geleden begonnen als ergotherapeute. Maar ik was altijd gefascineerd door de specifieke zorg aan het levenseinde. Ik kreeg de kans van mijn directie om de referentenopleiding palliatieve zorg te volgen. Ook aan de verzorgenden die op de afdeling van de hospice staan, wordt gevraagd om minstens die basisopleiding te volgen. Doorheen het jaar is er continu interne specifieke vorming in palliatieve zorg. Dat is nodig. Het vergt ook als medewerker een bijzondere instelling om met de korte passage van terminaal zieke ouderen om te kunnen. De gemiddelde verblijfsduur in de hospice is namelijk amper 38 dagen.” Dat is een van de grote verschillen met de reguliere palliatieve zorg in woonzorgcentra. Ook de opnamecriteria zijn anders: “Je kan enkel toetreden tot onze hospice als je een bepaalde score haalt op de Palliative Performance Scale (PPS-schaal) en de Palliatieve zorgindicator tool (PICT). Kort gesteld: er verblijven op deze specifieke afdeling mensen die maximaal nog 3 maand te leven hebben. Als ze langer blijven dan die termijn, of hun gezondheid verbetert, dan heroriënteren we die bewoners. Dat kan richting het woonzorgcentrum zijn, maar even goed kunnen ze terug naar huis.



Ken Wagner (achteraan links): Eens we een billijk financieringsmodel kunnen afspreken, zullen de hospices in ons land als paddenstoelen uit de grond rijzen. Daar ben ik 300% zeker van.

Mensen die al in ons woonzorgcentrum wonen, gaan echter niet naar de hospice voor hun levenseindezorg. Tot op heden kampen we nog niet met een wachtlijst, maar op jaarlijkse basis zitten we toch aan een bezettingsgraad van 90%," aldus Ken Wagner.

Financiële uitdaging

De levenseindezorg is intensief. Intensiever dan de zorg voor ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven. Dat betekent dus dat er meer personeel nodig is voor Hospice Aulighem dan voor andere afdelingen in het woonzorgcentrum. Een speciaal statuut voor hospices is er tot op heden echter niet. Meteen de reden waarom de hospices in Vlaanderen nog niet als paddenstoelen uit de grond schieten volgens Wagner: "We krijgen hier geregeld geïnteresseerde directieleden van andere woonzorgcentra over de vloer die een kijkje komen nemen naar ons proefproject, maar velen houden nog de boot af. In Tienen is intussen wel 'De Klaproos' opgericht, een initiatief van de Broeders alexianen. Er is ook nog Hospice CODA in Wuustwezel, maar dat is niet gelinkt aan een ouderenzorgvoorziening.

Als je weet dat in een ziekenhuis een palliatieve patiënt anderhalve medewerker krijgt toegewezen, dan weet je dat je met de huidige bestaffing in de ouderenzorg in de verste verte niet toekomt. Wij moeten dus als woonzorgcentrum de putjes zelf effenen. We zijn daarmee al een kleine vier jaar bezig, maar dit kan niet blijven duren. We zijn met verschillende partners in gesprek voor een speciaal statuut. De Vlaamse overheid is onze voornaamste gesprekspartner. We hopen op een regeling zoals die werd uitgewerkt voor personen met jongdementie. Daarnaast praten we ook met Kom Op Tegen Kanker. Eens we een billijk financieringsmodel kunnen afspreken, zullen – net als in Nederland – de hospices in ons land in alle uithoeken aanwezig zijn. Daar ben ik 300% zeker van," besluit directeur Wagner.

”Alles draait rond een goede samenwerking”

TEKST: EVELIEN CHIAU / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Dankzij een zorgvernieuwingsproject van woonzorggroep GVO, Curando, CM en Familiezorg kunnen hulpbehoevende ouderen in West-Vlaanderen en een stukje Oost-Vlaanderen langer thuis blijven wonen. Aanvullend op de bestaande basiszorg biedt CAPE thuis gespecialiseerde zorg aan voor zestigplussers. Geertrui De Wulf is coördinator van het project, Jan Braekevelt zetelt in het dagelijks bestuur.

In 2009 lanceerde het RIZIV voor het eerst een oproep voor vernieuwingsprojecten in de ouderenzorg. Het doel: klaar zijn voor de naderende vergrijzing en de impact ervan op onze gezondheidszorg. Een van de mensen die toen mee een project indiende dat geselecteerd werd, is Jan Braekevelt, directeur van SAMEN vzw en lid van het dagelijks bestuur van CAPE. “Een goede tien jaar geleden sprak ik met collega’s over de lange wachtlijsten. Beseffende dat de vergrijzing voor steeds langere wachtlijsten zou zorgen, besloten we dat we daaraan iets wilden doen. Net op dat moment kwam het RIZIV met een projectoproep voor alternatieve zorgvormen. We namen zowel in de eerste als de tweede projectfase deel met ‘De Oesel’, dat ondertussen is opgegaan in CAPE.”

De projectoproep had enkele belangrijke kenmerken: er mocht nog geen enkele tegemoetkoming voor bestaan, de ouderen moesten thuis verzorgd worden en een betere gezondheidstoestand en levenskwaliteit ontwikkelen, de kosten mochten niet hoger zijn dan een klassieke opname én het moest een vernieuwende zorgvorm zijn die kan worden uitgebreid naar de rest van het land. “Een bewoner van een woonzorgcentrum kost het RIZIV een stuk meer dan een hulpbehoevende die thuis blijft wonen. Daarnaast is het ook de wens van veel ouderen zelf om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Initiatieven die inzetten op langer thuiswonen zijn dus een win-win, zowel voor de zorgbehoevenden als voor de overheid”, gaat Jan Braekeveldt verder.



Geertrui De Wulf en Jan Braekeveldt: “Via infosessies en ontmoetingsgroepen willen we de autonomie van thuiswonende ouderen verhogen. We behandelen verschillende thema’s en proberen daarmee ook in te spelen op de vraag van de ouderen zelf.”

“Ons zorgvernieuwingstraject Cape is niet alleen gunstig voor de patiënten en hun naasten, maar zorgt ook voor een daling van de kosten voor de ziekteverzekering.”

CAPE ontstond in de derde projectfase als een samensmelting van drie projecten uit de eerste en tweede projectfase. De afkorting staat voor **CA**semanagement, **P**sychologische ondersteuning en **E**rgotherapie. De doelstellingen, inhoud, frequentie en doelgroep van de derde projectfase werden vastgelegd op basis van aanbevelingen uit de onderzoeksresultaten van de eerste twee projectoproepen. “De regelgeving is doorheen de jaren sterk gewijzigd en de projectoproepen werden steeds meer gestuurd en afgebakend”, verduidelijkt Jan Braekeveldt. “Uit een wetenschappelijke evaluatie in opdracht van de overheid, bleken casemanagement, psychologische follow-up en ergotherapie noodzakelijke basisverstrekingen voor thuiswonende ouderen.”

Wat bleek? De projecten zijn niet alleen gunstig voor de patiënten en hun naasten, maar zorgen ook voor een daling van de kosten voor de ziekteverzekering. Een van de belangrijkste doelstellingen van de projecten blijft de ondersteuning van een globale, multidisciplinaire en geïntegreerde zorg. De projecten worden nog tot eind 2020 mee gefinancierd door het RIZIV. Daarna worden ze geëvalueerd en opgenomen in de reguliere financiering.

CAPE biedt ook nachtzorg en psycho-educatie in de vorm van infosessies en ontmoetingsgroepen voor ouderen aan. Daarmee bieden ze hun cliënten een totaalpakket aan, iets dat alleen maar kan door een goede samenwerking tussen de verschillende partners. “Iedere organisatie neemt een stukje begeleiding op zich”, vertelt Geertrui De Wulf, coördinator van CAPE. “Doordat CAPE een samenwer-

king is van grote organisaties zoals GVO, Curando, CM en Familiezorg, kunnen we breed werken. Zo hebben we ruim vijftig antennepunten verspreid over heel West-Vlaanderen en enkele in Oost-Vlaanderen. We blijven dus dicht bij de mensen. En dat is heel belangrijk voor onze doelgroep, want veel van de ouderen waarmee we in contact komen, hebben geen computer.”

Het welbevinden van de ouderen staat bij CAPE steeds op de eerste plaats. Dat is niet alleen een doelstelling van het project, maar ook iets waar alle deelnemende organisaties om bekendstaan. “Met de infosessies en ontmoetingsgroepen willen we de autonomie van thuiswonende ouderen verhogen. Er worden verschillende thema’s behandeld, en we proberen daarmee ook in te spelen op de vraag van de ouderen zelf. Zo is er momenteel een vierdelige piekertraining aan de gang waarbij ouderen praktische tips, oefeningen en concrete tools meekrijgen om het piekeren te leren herkennen en doorbreken”, legt Geertrui De Wulf uit.

“Ook de ergotherapeut geeft voornamelijk praktische tips zodat ouderen, die bijvoorbeeld al wat slechter te been zijn en meer kans hebben op breuken, zo zelfstandig en veilig mogelijk kunnen wonen. Om dezelfde reden hebben we heel bewust gekozen om nachtzorg toe te voegen aan ons aanbod. Betrouwbare nachtzorg kan immers het verschil maken wanneer het gaat over thuis blijven wonen als hulpbehoevende. Het zorgt bovendien voor een groot veiligheidsgevoel, wat opnieuw bijdraagt aan een beter welbevinden.”

“Casemanagement is pas nodig als de zorgcoördinatie niet volstaat en er een verlies van autonomie is van cliënt en/of zijn mantelzorger. Casemanagement kan dus opgestart worden indien er problemen zijn in het zorgteam rond de cliënt, bij complexe zorgsituaties. Een deskundige gaat dan met alle betrokken partijen rond de tafel zitten om zo voor een betere afstemming te zorgen”, voegt Geertrui Dewulf toe. Het uiteindelijke doel blijft steeds de verbetering en stabilisatie van de zorgsituatie van de cliënt. Uiteindelijk draait alles in dit systeem rond een goede samenwerking. Neem dat weg en je kan geen kwaliteitsvolle zorg meer leveren. Daarom zetten we daar zo hard op in.”

CAPE richt zich voornamelijk naar thuiswonende zestigplussers, een leeftijdsgroep die werd vastgelegd in de projectovereenkomst. Voor wie beantwoordt aan de RIZIV-criteria, is de dienstverlening kosteloos. “Ouderen kunnen ofwel zelf of via hun mantelzorger contact opnemen, maar ook via een centrale of doorverwijzing van partners uit de omgeving. Huisartsen en ziekenhuizen zijn daarin de belangrijkste spelers”, besluit Geertrui Dewulf.

Contact opnemen met Cape?

www.zorg-cape.be
geertrui.dewulf@zorg-cape.be
0485 674 336

“Robots mogen nooit een vervanging worden voor menselijke zorg”

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Pepper, Zora en Kompaï. Die namen doen zeker een belletje rinkelen. Het zijn allemaal robots in de zorg. De een helpt ouderen bij dagelijkse activiteiten zoals bewegen, de ander zorgt voor ondersteuning bij de dagstructuur. Maar is de evolutie van zorgrobots wel een stap in de goede richting? Theoloog en filosoof Tijs Vandemeulebroucke onderzocht in zijn doctoraat de ethische aspecten van het gebruik van robots in de ouderenzorg. ‘De technologie is indrukwekkend, maar we mogen een robot nooit zien als de vervanger van een zorgverlener. Het is belangrijk om altijd met een kritische blik met robotica om te gaan.’

Tijs Vandemeulebroucke werkt aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven. Hij promoveerde in de Biomedische Wetenschappen onder begeleiding van de professoren Chris Gastmans en Bernadette Dierckx de Casterlé. “Ook in de zorgsector merk je dat technologie een steeds grotere rol gaat spelen. Het gebruik van robotica is wat het meest tot de verbeelding spreekt in die evolutie. Daarom wilden we onderzoeken wat de ethische aspecten zijn in het gebruik van robots in de ouderenzorg. Mijn doctoraat concentreert zich op één type robot, namelijk de dienstenrobot die ouderen zowel sociale als fysieke ondersteuning geeft. Zora en Pepper zijn de twee meest bekende sociaal ondersteunende robots. Zora wordt bijvoorbeeld ingezet tijdens de fysiotherapie, waar ze oefeningen demonstreert aan de groep en de deelnemers aanmoedigt om mee te doen,” aldus Vandemeulebroucke. “Enerzijds onderzochten we met een empirische studie hoe de ouderen zelf staan tegenover die sociaal ondersteunende robots. We combineerden dit met een filosofisch en ethische onderzoekslijn. Concreet bestond het onderzoek uit

twee literatuurstudies, een empirische en filosofisch-ethische, een focusgroep en een eigen filosofisch onderzoek. Tot slot brachten we alles samen door ethische oriëntaties naar voor te schuiven.”

Iets is beter dan niets

“Via een rondvraag bij woonzorgcentra, OKRA-afdelingen en een oproep in Zorgwijzer brachten we een groep 70-plussers samen die nog zelfstandig thuis wonen voor een focusgroepsstudie. In een eerste fase peilden we naar hun woon- en zorgsituatie, maar ook naar hun ervaringen met robotica. Kwamen ze al eerder in aanraking met een zorgrobot? Wat stellen ze zich voor bij de ondersteuning die een zorgrobot biedt?”

“In de tweede fase bekeken we samen een verkorte versie van de documentaire ‘Ik ben Alice’. Daarin vraagt regisseur Sander Burger zich af of ouderen een relatie kunnen opbouwen met een robot. Net zoals Zora heeft de zorgrobot Alice een klein mensachtig lichaam. Haar hoofd doet wat denken aan een meisjespop. In de documentaire treedt Alice in interactie met de ouderen door bijvoorbeeld samen foto’s te bekijken. Door deze film was het voor alle deelnemers heel helder wat we bedoelden als we het over robotica hebben.”

“Ten slotte gingen de groepen dieper in op de ethiek van het gebruik van sociaal ondersteunende robots in de zorg voor ouderen. Daaruit kwamen enkele zeer duidelijke tendensen naar voor. De ouderen zagen in het gebruik van robots een risico tot onmenselijking van de zorg en een veranderend zorgconcept in de samenleving. Volgens hen moet er gebruik gemaakt worden van technologie omdat mensen niet meer voor elkaar zorgen zoals vroeger. Daarnaast stelden de deelnemers zich ook vragen bij de impact op

de autonomie en privacy van ouderen. Ze zien de robotica als een economische noodzakelijkheid in de toekomst. Wanneer de zorg te duur wordt, kunnen we terugvallen op zorgrobots. Het is voor hen niet de ideale situatie, maar iets is nog altijd beter dan niets.”

Thema gaat steeds sterker leven

Tijs Vandemeulebroucke: “Het was interessant om te merken dat er in die intuïties meer dan enkel toegepaste ethiek vervat zat. Het werd ook verweven met politieke en sociale reflecties: ‘zouden we nog steeds robotica inschakelen als het sociale zorgsysteem en de economie ons hier niet toe dwingen? Zouden we kiezen voor zorgrobots wanneer er vanuit de overheid meer middelen besteed worden aan zorg? Of wanneer onze kinderen, die nu allemaal veel moeten werken, echt tijd en ruimte hebben om voor ons te zorgen?’ Eén deelnemer stelde een vraag die het voor mij perfect samenvat: ‘hoe komt het dat we zo ver zijn gekomen?’”

“Er klonken ook positieve argumenten. Stel je voor dat je moet gewassen worden door een ongeïnteresseerde zorgverlener die veel te ruw is en je als voorwerp behandelt. Dat zal een robot niet doen. Die doet gewoon waarvoor hij geprogrammeerd is, zonder enige negatieve gevoelens. Het was wel opvallend dat alle ouderen uit de focusgroep dit vraagstuk zeer pragmatisch bekeken. ‘Als het moet gaan we mee in deze ontwikkeling, op voorwaarde dat het niet voor mij persoonlijk is.’ Ze zagen zeker een functie voor de zorgrobot bij mensen met dementie, personen met psychiatrische problemen of bewoners van een woonzorgcentrum. Maar opnieuw vanuit de redenering: ‘iets is beter dan niets.’”



Gebruik op verschillende niveau's

“De resultaten vanuit de focusgroepen brachten we samen met de literatuurstudies en het filosofisch onderzoek. Zo ontwikkelden we 21 oriëntaties die bedoeld zijn als praktische hulpmiddelen bij beslissingen over dit soort technologie. Het is belangrijk dat we beseffen dat de mogelijke impact van het gebruik van zorgrobots verder reikt dan de relatie tussen de ouderen en de robot. Je moet het gebruik van robotica bekijken vanuit verschillende perspectieven: individueel, organisatorisch en maatschappelijk. Op individueel vlak bijvoorbeeld mag een robot een oudere niet beknotten in zijn vrijheid. Je kan robotica zeker inzetten om ouderen te motiveren om te bewegen, maar een robot mag niet 24 uur op 24 bevelen om een rondje te stappen. In de organisatie moet op voorhand heel duidelijk gemaakt worden welke functie een robot mag opnemen en welke niet. Het feit dat derde partijen, zoals de bedrijven die de robots ontwikkelen, niet zomaar toegang hebben tot de data die de robots verzamelen slaat op het maatschappelijk vlak.”

Vraagstukken waarover we blijven reflecteren

“Daarnaast geven we ook fundamentele oriëntaties mee die uitnodigen tot reflectie. Het gebruik van robotica zal een invloed hebben op de ouderenzorg door bijvoorbeeld een nieuwe visie op zorg te creëren. Je kan het vergelijken met het gebruik van een smartphone. Dat heeft heel ons sociaal leven en de manier waarop wij met elkaar communiceren veranderd. Een robot is geen simpel gebruiksvoorwerp. Robotica zal een duidelijke impact hebben op de manier hoe wij naar bepaalde (zorg-)praktijken kijken.”



Tijs Vandemeulebroucke: Je kan robotica zeker inzetten om ouderen te motiveren om te bewegen, maar een robot mag niet 24 uur op 24 bevelen om een rondje te stappen.

Op dit moment worden de stemmen van de ouderen en de zorgverleners amper gehoord in het debat rond zorgrobots. Dat toont het ondemocratische karakter van dit soort technologie aan. Er moet een overlegplatform komen waar ouderen ook heel duidelijk een stem krijgen.

“Met die fundamentele oriëntaties preten-deren we niet dat we een eenduidig ant-woord hebben. Het gebruik van zorggro-bots is een vraagstuk met vele dimensies waarover blijvend gereflecteerd moet wor-den. De oriëntaties zijn handvaten om op zoek te gaan naar manieren om met die nieuwe technologie om te gaan. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat je als organi-satie weet waarom je robotica gebruikt. Je moet weten welke zorg je wil geven en welke boodschap je wil uitdragen. Een van de oriëntaties stelt daarom ook dat je de gebruikers niet mag verloochenen. Ouderen kunnen de impressie krijgen dat de robot dingen kan die niet of nog niet mogelijk zijn.”

“Het ontwikkelen van robots die heel sterk op mensen lijken, wordt nu al hevig bekri-tiseerd. Dat kan immers voor verwarring zorgen bij bijvoorbeeld ouderen met de-mentie of mensen met psychische proble-men. Je doet hen namelijk geloven dat een robot pretendeert iets of iemand te zijn wat het eigenlijk niet is. Op dat moment ben je aan het liegen tegen de gebruiker en dat moet worden vermeden.”

Nog geen duidelijke spelregels

“Deze nieuwe technologie is in volle ont-wikkelingsfase en dat zorgt voor veel de-bat. Men is er nog niet aan uit wat men met deze technologie wil bereiken en waarvoor alles dient. Maar ondertussen

wordt die robotica al gedropt in de maat-schappij en moet die maatschappij er zelf achter komen wat ze ermee doet omdat er nog geen spelregels zijn uitgetekend.”

“Als robotica een standaardpraktijk wordt, mag die nooit als een vervanging gezien worden voor menselijke zorg. Dat is nu zeker nog niet zo, maar de druk is er wel. Bepaalde zorgrobots worden ontwikkeld als expliciet antwoord op een dalend aantal professionele en niet-professio-nele zorgverleners. Net dat feit tekent het debat over robotica. Juist daarom is het belangrijk om er nu al richtlijnen rond te ontwikkelen die toepasbaar zijn op zowel individueel, organisatorisch als maatschappelijk vlak.”

Een goede robot

“Op dit moment worden de stemmen van de ouderen en de zorgverleners am-per gehoord in het debat. Dat toont het ondemocratische karakter van dit soort technologie aan. Er moet een overleg-platform komen waar ouderen ook heel duidelijk een stem krijgen. Zij zijn niet enkel zorgontvangers. Zij hebben het recht om mee te bepalen hoe hun zorg georga-niseerd wordt.”

“Een goede robot is volgens mij een ro-bot die op een democratische manier tot stand is gekomen, waarvoor overleg was met alle partijen. En let op, dat wordt ook

gedaan. Sommige partijen spannen zich echt in om te polsen wat de praktijk wil en nodig heeft. Een goede robot is ge-integreerd in goede zorg. De leidende vraag bij de ontwikkeling en gebruik van een robot moet zijn: ‘wat is voor ons als maatschappij, organisatie en mens goe-de zorg?’ Van daaruit kan je een plaats ontwikkelen waarin die robot kan worden gebruikt. Het kan natuurlijk ook zijn dat er geen plaats gevonden wordt. Ook dan moet dit gerespecteerd worden. Een zorg-organisatie, een oudere of een zorgver-lener kan nooit onder druk gezet worden om een robot te gebruiken. Het gebruik van robotica kan niet van hoger hand op-gelegd worden.”

Kritische kijk

“Persoonlijk vind ik het indrukwekkend wat de technologie kan. Maar stel dat we robotica gestandaardiseerd gaan ge-bruiken, dan zal het de fouten of tekort-komingen die het wil verhelpen alleen maar sterker maken. Ik denk dat zorg-robots geen goed hulpmiddel zijn om het tekort aan zorgverleners op te vangen. Wanneer je dat doet, dan versterkt die structuur van een tekort zich net volledig door het gebruik van zorgrobots. En dat verhindert de mensen om verder te kijken naar andere mogelijkheden. We moeten realistisch omgaan met deze technologi-sche evolutie, maar mogen onze kritische kijk zeker niet verliezen.”



**KBC-
Mediservice:
makkelijk en
op maat.**

U staat altijd klaar voor uw patiënten. KBC staat altijd klaar voor u.



kbc.be/mediservice



DE GENDT ADVOCATEN

KENNIS MAKEN, KENNIS DELEN



nieuwe regels voor VZW's

bestel nu uw exemplaar op

www.verenigingacademie.be/boeken

#powered by De Gendt Advocaten