

ZORG WIJZER



Erika Vlieghe:
**"We moeten samen
visionair durven zijn"**

zorg net
ICURO

- 08 Psychologische zorg in de eerste lijn
- 14 Meerjarig begrotingstraject RIZIV
- 22 Wake-upcall voor Belgisch crisismanagement

Colofon

99

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie 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

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 99, oktober 2021, 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

- 03 Editoriaal
- 04 Interview met professor Erika Vlieghe
- 08 Psychologische zorg in de eerste lijn
- 14 Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging
- 20 Rebootkamp helpt jongeren controle te herwinnen
- 22 Wake-upcall voor Belgisch crisismangement
- 26 Vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra begint bij goed beleid
- 30 Centrum voor herstelverblijf: brug tussen ziekenhuis en thuis

Focus op de lange termijn

Covid kwam als een dief in de nacht. Althans, zo voelde het toch. De pandemie noopte het afgelopen anderhalf jaar tot snelle analyses, beslissingen en een voortdurend bijsturen. De focus lag noodgedwongen quasi volledig op de korte termijn. Tegelijk kwamen meteen al na de eerste golf de bredere analyses over ons gezondheidssysteem en de *lessons learnt* die de pandemie ons bracht. De crisis legde sommige pijnpunten akelig scherp bloot die voordien in de meeste hervormingsvoorstellen ook al waren komen bovendrijven.

Deze Zorgwijzer brengt een bijzonder boeiende staalkaart van reflecties uit verschillende hoeken met één belangrijke rode draad: onze gezondheidszorg heeft nood aan een beleid met de focus op de lange termijn. In de beschouwingen komen stevast dezelfde sleutelwoorden naar voor: geïntegreerd en multidisciplinair werken, preventie, schotten en silo's doorbreken, transversaliteit, een aangepaste financiering met andere incentives... Het zijn ambitieuze doelstellingen die meer vragen dan kleine systeemaanpassingen of een beetje morrelen in de marge.

We moeten leren denken met een horizon die verder reikt dan een jaar of een legislatuur. Dat toont de zeer interessante oefening die het RIZIV dit jaar samen met alle betrokken stakeholders opstartte over gezondheidszorgdoelstellingen gekoppeld aan een meerjarige begroting. Brieuc Van Damme en prof. Erik Schokkaert praten in deze Zorgwijzer uitgebreid en openhartig over hoe ze hiermee een aantal stenen in

de rivier willen verleggen. "Een langetermijnvisie gekoppeld aan operationele prioritaire doelstellingen, dat hebben we nodig voor de complexe problemen die op ons afkomen. Alleen met een meerjarenkader kan je structurele veranderingen in de systemen teweegbrengen", klinkt het.

Tegelijk waarschuwen ze ervoor om te streven naar de "perfecte design". Het is dé grootste valkuil wanneer we willen timmeren aan een langetermijnbeleid. Alles hangt aan alles vast, dus verandert er niets... Die wetmatigheid moeten we doorbreken. Niet alleen de politiek is aan zet; dat zijn ook alle stakeholders. Dat we niet meteen tot allesomvattende hervormingen komen, mag veranderingen, ambitie en leiderschap niet in de weg staan. We weten waar we naartoe moeten: meer preventie, meer samenwerking, meer integratie, meer focus op de lange termijn. Laat ons er samen werk van maken. Zodat Covid de geschiedenisboeken zal ingaan, niet alleen als een pandemie, maar als het startschot van meer aandacht voor een echt langetermijnbeleid in de zorg



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder



Erika Vlieghe: "Het zit totaal niet in mijn aard om constant de strenge schoonmoeder van Vlaanderen uit te hangen. Maar we mogen het licht van de zon niet ontkennen"

Al anderhalf jaar staat Erika Vlieghe in de vuurlinie van de coronapandemie, als professor Infectiologie (UZ Antwerpen) en voorzitter van de GEMS (Groep van Experts voor de Managementstrategie van Covid-19). "De zorg heeft zich heel wendbaar getoond. Daar mogen we gerust fier op zijn."

Wat zijn de belangrijkste lessen die u uit anderhalf jaar Covid-19 hebt geleerd?

"Ik zal beginnen met het intrappen van een open deur: niemand was klaar voor deze crisis. België niet, Europa niet, de wereld niet. We hebben dus véél geleerd, met vallen en opstaan. We wisten bijvoorbeeld dat multidisciplinair werken cruciaal is in de zorg, maar nu werden we ook gedwongen om dat in de praktijk te brengen. Dag na dag, week na week. Gedachten uitwisselen, data bij elkaar brengen en alles zo snel mogelijk omzetten in interventies: dat loont. Voor de buitenwereld lijkt het vaak alsof wij met horten en stoten werken, maar het afgelopen jaar hebben we ontzettend veel bijgeleerd over hoe je een epidemie onder controle houdt. Je moet heel veel inzichten verwerven en je kennis constant bijstellen. Er is géén plaats voor mentale taboes. In de wetenschappelijke wereld zijn we dat gewend - we werken wel vaker met "wat-als"-scenario's - maar nu moest dat ook heel snel vertaald worden naar een beleid. En dat moest uitlegbaar, uitvoerbaar én haalbaar zijn.

Een andere les die ik geleerd heb, is dat we heel goed moeten kijken naar andere landen en internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), maar dat we niet als konijnen naar een lichtbak mogen staren. We hebben zo vaak gehoord 'dat Nederland het allemaal

“Ik hoop dat ziekenhuizen in de toekomst blijven samenwerken”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: JONATHAN RAMAEL

beter deed’ of ‘dat het in Engeland al opgelost is’, terwijl élk land op een bepaald moment heeft gestruikeld. België ook, en we zullen dat wellicht nog doen. Maar er zijn ook momenten geweest waarop wij een voorbeeld waren voor andere landen. Daar mogen we dan ook blij mee zijn.

En ten slotte nog een duidelijke les: niemand was goed voorbereid, behalve de zorg. Die is overspoeld, maar heeft zich heel wendbaar getoond. Als iemand die zelf in de zorg werkt, vind ik dat heel mooi en inspirerend. Heel wat positieve elementen uit deze crisis komen uit de zorg: de bliksemsnelle reorganisatie, het telkens opnieuw zichzelf uitvinden. En nu de hele vaccinatiecampagne: uiteraard heeft het beleid daar ook een grote rol in gespeeld. Maar ook daar zetten veel mensen uit de zorg hun beste beentje voor. Niet alleen de betrokken ministers mogen daarvoor pluimen op hun hoed steken, maar in de eerste plaats de mensen op de vloer zelf.”

Waren onze ziekenhuizen klaar voor een pandemie?

“Nee, dat bedoel ik uiteraard niet. Maar ze hadden wel de gezonde reflex om zich snel te reorganiseren. Mensen uit de zorg zijn het natuurlijk gewend om dagelijks zeer flexibel te zijn, op microniveau. Als een patiënt of collega belt met een dringend probleem, moeten we dat meteen kunnen oplossen. Dat is hoe wij werken. Uiteindelijk waren de ziekenhuizen nog het best voorbereid, omdat hen al was gevraagd om noodplannen te maken. In de woonzorgcentra en in de eerste lijn waren nog geen plannen voor een crisis van die omvang. Daarom is het zeer belangrijk dat we alles wat goed is gelopen, nu ook verankeren.”

Want een pandemie als deze gaat ons nog een keer overkomen?

“Als we eerlijk en realistisch zijn: ja. Of het even hevig zal zijn als nu, kan niemand voorspellen. En of het over twintig jaar zal zijn, of over vijftig jaar, ook niet. Maar vergelijk het met een oorlog: de Tweede Wereldoorlog ligt al decennia achter ons, maar toch hebben we nog steeds een operationeel leger. Laat ons hopen dat we op ons eigen grondgebied nooit meer zo’n oorlog zullen meemaken, maar niemand kan dat met zekerheid voorspellen. Dat is met een pandemie hetzelfde. Vandaar dat we moeten leren uit de huidige crisis. Uit de fouten, maar zeker ook uit alles wat wél goed liep.”

Biedt deze pandemie ook opportuniteiten voor de gezondheidszorg?

“Natuurlijk. Ze heeft in ieder geval de ogen doen opengaan. Veel dingen zijn in een stroomversnelling terechtgekomen, denk bijvoorbeeld aan teleconsultaties. Daarmee win je toch weer een stukje efficiëntie. Daarnaast is er bijvoorbeeld ook nagedacht over hoe ziekenhuizen kunnen samenwerken met woonzorgcentra, over de rol van apothekers, van huisartsen... Een pandemie is nu geen abstract begrip meer, iedereen heeft er binnen zijn eigen vakgebied verplicht over moeten nadenken. Bovendien is eindelijk het besef gekomen dat infectieziekten een belangrijk vakgebied is. Het mag geen marginaal onderwerp zijn in het onderwijs, en ook niet in de ziekenhuizen. Want wij houden ons natuurlijk niet alleen bezig met corona, maar ook met andere opkomende virussen en belangrijke maatschappelijke problemen, zoals antibiotica-resistentie.”

“Je mag nog zoveel bedden op intensieve zorgen bijzetten, alles staat of valt met personeel en goede opleidingen”

Was infectiologie dan zo’n “kneusje” binnen de geneeskunde?

“Helaas wel. Er waren natuurlijk wel infectiologen in de ziekenhuizen, maar die werkten onder de vlag van algemeen internist - net als ikzelf. Pas in juni 2020 is infectiologie erkend als een specialistische opleiding. Dat is cruciaal, want zolang je niet erkend bent, is alles wat je doet een soort ‘hobby’ en kan je geen nieuwe mensen opleiden. Nu beginnen steeds meer jonge artsen een toekomst te zien in deze specialisatie. Maar laat ons een kat een kat noemen: naast een goede opleiding en werkomgeving, is ook een duidelijk verloningskader heel belangrijk. Wij verzetten bijna uitsluitend intellectueel werk, waar helaas niet zo’n hoge verloning tegenover staat. Om het met een boutade te zeggen: door aan de knop van een machine te draaien verdien je in de geneeskunde op dit moment veel meer dan wanneer je je een uur met een moeilijk dossier bezighoudt. Dat is een pijnlijke realiteit die moet veranderen. Ik zal zeker niet beweren dat technologie niet nodig is in de geneeskunde, maar ons intellectuele werk wordt steeds belangrijker. In de versplintering van alle medische disciplines zijn wij degenen die alles weer bij elkaar brengen. Dat wordt vaak erg geapprecieerd, maar niet voldoende geremunereerd.”



Kan deze crisis een extra zetje geven om de prestatiegebonden financiering om te gooien?

“Dat hoop ik oprecht. Maar de financiering van de gezondheidszorg is een grote tanker, die valt niet zo eenvoudig te keren. Al vind ik zeker dat we het debat grondig moeten voeren, want in deze crisis werd zeer duidelijk dat deze vorm van financiering tekortschiet. Meer nog: het is destructief voor de solidariteit en het gevoel van alle hens aan dek.”

Tijdens deze crisis hebben heel wat ziekenhuizen nauw samengewerkt. Zal dat ook zo blijven?

“Wederom: dat hoop ik. Het is absoluut *the way forward*. Maar helaas kan geld veel onder druk zetten, vriendschappen staan of vallen met financiering. Er zijn dus goede, heldere afspraken nodig. Om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen, moeten we proberen onszelf te overstijgen, ambitieuze plannen op tafel leggen en verder kijken dan de komende maand. We moeten samen visionair durven zijn. Maar om dat te kunnen, moeten we natuurlijk de ‘burenruzie’s’ tussen ziekenhuizen achterwege kunnen laten.”

Is er ook nood aan meer referentiecentra?

“Voor bepaalde zeldzame pathologieën lijkt me dat zeker belangrijk. Maar bij ziektes die vaker voorkomen, moet je natuurlijk ook streven naar bereikbaarheid, laagdrempeligheid en het behoud van expertise. Als die ene excellente professor in ziekenhuis x wegvault, moet er elders voldoende expertise overblijven. En dat moet van onderuit kunnen groeien. Elk ziekenhuis wil bovendien graag een deel van de intellectueel interessante koek. Maar we moeten tegelijk ook kritisch durven nadenken over wat we nodig hebben voor dé uitdagingen van de 21e eeuw. Dat is een taak voor de wetenschappelijke gemeenschap. Onze discussies met de overheid moeten verder gaan dan de vraag of we voor een bepaalde medische prestatie nu enkele euro’s meer of minder krijgen. We moeten veel meer in structuren en systemen denken, anders haalt de realiteit ons in.”

Moeten de ziekenhuizen ook transparanter worden, over hun sterftcijfers bijvoorbeeld?

“Het is onze plicht tegenover de gemeenschap en patiënten om zo transparant

“Door aan de knop van een machine te draaien verdien je in de geneeskunde op dit moment veel meer dan wanneer je je een uur met een moeilijk dossier bezighoudt”

mogelijk te zijn. *Benchmarking* mag geen absoluut taboe zijn. Het kan ziekenhuismanagers stimuleren om bepaalde ambities te formuleren en te ondersteunen, denk maar aan infectiepreventie, of het gebruik van antibiotica. Maar dat alles moet wel gebeuren op een degelijke, zorgzame manier. En dus niet ‘op z’n Amerikaans’, met vooral commercieel gerichte top-10’s.

Zeker als het gaat over sterftcijfers, is er altijd context en duiding nodig. We zien bijvoorbeeld dat patiënten met de meest complexe ziektebeelden steevast naar universitaire ziekenhuizen worden doorverwezen. Dat is ook logisch: het is onze taak om daar onze tanden in te zetten. Maar financieel is dat geen cadeau, want het zijn vaak patiënten die langer een bed bezet houden. Bovendien is hun kans op overlijden vaak groter. Je werkt als ziekenhuis ook altijd in een bepaalde context: er zijn ziekenhuizen die meer mensen in kansarmoede aantrekken, of vooral oudere patiënten. Die factoren moet je allemaal meenemen, in plaats van een simplistische top-10 met beste overlevingskansen te publiceren.”

Door corona stonden de afdelingen intensieve zorgen zwaar onder druk. Moet daar iets veranderen?

“Ook hier wil ik me hoeden voor te veel simplistische uitspraken. De voorbije maanden heb ik er genoeg gehoord, meestal uit niet-medische hoek. Men had patiënten bijna met hun beademings toestel naar huis gestuurd, bij wijze van spreken. Het debat over het beddenbeheer moet zeker verder gevoerd worden, in eerste instantie met de betrokkenen: intensivisten, ziekenhuismanagers en overheden. Ik denk dat we vooral goed en kritisch moeten nadenken over de noden voor de toekomst. En leren uit *good practices* van het voorbije anderhalf jaar. Op verschillende plaatsen, onder meer in het UZA, is bijvoorbeeld gewerkt met *hospitalisation at home*. Dat kent uiteraard zijn grenzen, maar het biedt ook mogelijkheden. Trouwens: je mag nog zoveel

bedden op intensieve zorgen bijzetten, alles staat of valt met personeel en goede opleidingen. Nu zien we, bijvoorbeeld in de Brusselse ziekenhuizen, dat veel personeel er de brui aan geeft omdat ze zich onvoldoende gesteund voelen. Daar moeten we absoluut aan werken.”

En wat met de woonzorgcentra, toch de achilleshiel van deze crisis?

“Ik denk dat zij het minst voorbereid waren op deze crisis. Ergens is dat ook begrijpelijk vanuit hun kernactiviteit: dagelijkse zorg en huiselijkheid zijn daar veel belangrijker dan noodplannen en strakke structuren. Maar het was natuurlijk schrijnend hoe ze daar moesten werken met veel te weinig *knowhow* en medisch materiaal. Ik denk dat er toch meer mensen met een specifieke opleiding naar de woonzorgcentra moeten. Nu is er op een hele dienst soms maar één verpleegkundige. De zorgkundigen doen met heel veel toewijding hun werk, maar zij zijn vaak vragende partij om meer kennis op te doen, rond medicatie en hygiëne bijvoorbeeld. En ook de samenwerking met ziekenhuizen is een *good practice* die we zeker moeten behouden.”

Dé positieve noot is natuurlijk de Vlaamse vaccinatiecampaigned. Wat was de sleutel tot het succes?

“Enerzijds is er zeker politieke visie en daadkracht geweest. Om die hele structuur op te zetten, heb je een sterke overheid nodig. Maar anderzijds konden we ook verder bouwen op een lange traditie van goede vaccinatie. Vlaanderen is nu eenmaal een regio die zich vlot laat vaccineren. Waarom discussiëren ze zich in Frankrijk te pletter, terwijl wij veeleer een *no nonsense*-aanpak hebben? Misschien heeft dat met ‘volksaard’ of cultuur te maken? Deze zomer ben ik zelf op reis geweest naar Duitsland, en ook daar merkte ik toch meer vaccinatietwijfel. Al speelde ook het logistieke een rol: eerst moest je er een paar administratieve drempels over. Bij ons was dat niet het geval. Je kwam wanneer je moest komen. Mensen hebben

Erika Vlieghe: "Elke vaccinatie van iemand die overtuigd is, is beter. Want die persoon zal in de toekomst ook meer bereidheid tonen"



dat vrij rigide opgevolgd, met een militaire discipline. En we hebben mensen natuurlijk ook goed geïnformeerd. In Brussel moeten we op dat vlak nog een extra inspanning doen, met informatiecampagnes op maat. Ik geloof rotsvast dat we zo nog veel twijfelaars kunnen overtuigen."

Hadden we de vaccinatie van zorgpersoneel niet meteen moeten verplichten, om tijd te winnen?

"Persoonlijk ben ik wel een voorstander van verplichte vaccinatie in de zorg. Wie in de bouw werkt, moet ook een helm dragen om zichzelf te beschermen. En andere veiligheidsmaatregelen nemen om anderen niet te kwetsen. Maar die medaille heeft ook een keerzijde. Je riskeert een negatieve sfeer te creëren rond de vaccins. Dan krijg je de mensen in de zorg misschien wel gevaccineerd, maar veel minder mensen daarbuiten. En in de toekomst zullen er wellicht nog meer vaccins nodig zijn: moet je dat altijd met een zwaard doen? Elke vaccinatie van iemand die overtuigd is, is beter. Want die persoon zal in de toekomst ook meer bereidheid tonen. We moeten mensen doen inzien dat het de enige weg vooruit is. Maar als informatie en sensibilisering echt te weinig werken, kan een verplichting in de zorg wel een extra 'bouwblokje' zijn."

Ondanks de hoge vaccinatiegraad blijft het virus circuleren. Hadden we te hoge verwachtingen van de vaccins?

"Het is, zowel door beleidsmakers als media, soms een beetje te zwart-wit voorgesteld. Alsof met de vaccinatie het rijk der vrijheid helemaal zou opengaan. Dat is helaas te simplistisch. Vaccins zijn de sleutel tot de oplossing, maar we hebben geduld nodig. Vergelijk het met een patiënt die een zware behandeling krijgt. Wanneer hij naar huis gaat, is er ook nog revalidatie en geduld nodig. Een epidemie kan een heel lange staart hebben, en net daar zit het venijn."

Kunnen we dan ooit nog terug naar ons oude leven?

"Geen enkele epidemie is voor altijd, dus ik denk van wel. Al zal het virus nooit helemaal weg zijn, het zal zich bij ons nestelen. Laat ons hopen dat we het 'getemd' krijgen tot een controleerbaar virus. En misschien zullen er wel bepaalde restanten van maatregelen overblijven. Op piekmomenten wat meer thuiswerken en op specifieke momenten en locaties een masker dragen. Of meer aandacht voor goede ventilatie bijvoorbeeld. Als we op die manier 95% van ons oude leven terug krijgen, lijkt me dat niet slecht. Na een oorlog is een land ook nooit meer hetzelfde."

Tot slot: hoe gaat het met u? U hebt heel wat bagger over u heen gekregen, tot doodsb bedreigingen toe.

"Dat klopt, maar gelukkig ook veel positieve reacties. Onlangs was ik op een klein festival, waar veel mensen me aanspraken om hun appreciatie te tonen. En ik krijg ook veel mails van mensen die zichzelf 'de zwijgende massa' noemen. Heus niet iedereen staat mij en de andere experts naar het leven. Die enkelingen krijgen gewoon een veel te luide stem. Ook van de politici krijgen we trouwens veel appreciatie, al moet iedereen natuurlijk zijn rol spelen."

Geloof me: ik zou niets liever willen dan dat alles weer normaal is. Het zit totaal niet in mijn aard om constant de strenge schoonmoeder van Vlaanderen uit te hangen. Maar we mogen het licht van de zon niet ontkennen. Simplistische oplossingen zijn zelden duurzaam. Veel mensen staan te trappelen om weer alles te mogen, maar het is onze plicht om hen te temperen. En ja, dat vindt niet iedereen leuk. Maar daar mogen we ons niet door laten tegenhouden. Frank Deboosere moet ook heel vaak regen aankondigen, ook al vindt niemand dat leuk. Zelfs hij krijgt soms doodsb bedreigingen, liet ik me vertellen. Het is dus eigen aan de job, blijkbaar."

“We zullen heel wat mensen weer op weg krijgen, met meer veerkracht”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: JAN LOCUS & MIEKE VASSEUR

Het is een mijlpaal in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg: de overeenkomst over de terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn. Dit kan de hele samenleving gezonder maken en mentale gezondheid eindelijk ‘normaliseren’, vertellen professor Philippe Delespaul, hoogleraar Innovatie in de Geestelijke gezondheidszorg aan Maastricht University, en Yves Wuyts, stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro.

Waarom is deze nieuwe conventie zo’n belangrijke mijlpaal?

Philippe Delespaul: “In 2010 was er al een belangrijke stap gezet, met artikel 107. Daardoor werden heel wat residentiële bedden in de geestelijke gezondheidszorg omgezet naar ambulante zorg. Maar over de financiering van de te behandelen noden in de maatschappij was te weinig nagedacht. Er is tien jaar hervormd in een klassieke structuur, waarbij mensen hun bezoek aan de psycholoog zelf moesten blijven betalen. Nu is er een helder, democratisch systeem met een billijke terugbetaling en een beperkte eigen bijdrage (11 euro per individuele sessie en 2,5 euro per groepsessie, red). Bij reële zorgbehoeften is er slechts een minimale financiële drempel voor de meeste mensen. Maar tegelijk moeten mensen ook afwegen of hun nood van die aard is dat ze 11 euro per uur willen betalen voor hulp.”

Yves Wuyts: “Ik denk dat we met het huidige budget van 150 miljoen euro per jaar toch ambitieus mogen zijn: hiermee kunnen we per jaar psychologische zorg bieden aan 250.000 nieuwe patiënten. Met een beperkt aantal sessies, weliswaar. Maar we zullen wel heel wat mensen weer op weg krijgen, met meer veerkracht. En

“Beschouw het als een jaarlijkse strippenkaart die mensen krijgen: een aantal sessies psychologische hulp die je kiest in te zetten wanneer je door een zware periode gaat”

door hen snel te helpen, kunnen we in heel wat gevallen vermijden dat hun situatie veel ernstiger wordt.”

In plaats van enkel te focussen op ernstige psychische problemen is er nu meer ruimte voor preventie?

Yves Wuyts: “Er is in deze conventie veel aandacht voor interventies van korte duur en lage intensiteit. Bij die interventies, voornamelijk in groep, zal veel focus worden gelegd op veerkracht en hoe je die kunt versterken. Iedereen wordt geconfronteerd met tegenslagen, zoals een overlijden, scheiding of ontslag. Het is belangrijk om te leren hoe je daar als persoon leert mee om te gaan en hoe je weer *on track* raakt. Op jaarbasis hebben volwassenen recht op acht individuele sessies of vijf groepsessies. Het is dus zeker niet de bedoeling om mensen voor de rest van hun leven in therapie te houden, of om naar een Amerikaans systeem te gaan waar iedereen zijn eigen ‘huispsychiater’ heeft.”

Philippe Delespaul: “We moeten inderdaad vermijden dat mensen in oneindige therapie belanden, dat is een grote valkuil. Daarom is de focus op die eerste lijn en mentale weerbaarheid heel belangrijk. Nu heb je heel wat mensen die een lichte depressie krijgen, maar niet goed reageren op de hulp in de eerste lijn, en zo

verder evolueren naar de tweede en zelfs derde lijn. Hun hopeloosheid neemt toe en hun opties nemen af. Zo eindigt hun wanhoop bij een euthanasie-aanvraag. We moeten mensen niet afhankelijk maken van zorg, maar hen veeleer leren om met hun stemmingen en tegenslagen om te gaan. Af en toe hebben ze recht op een aantal psychologische sessies om te ‘re-calibreren’, waarna ze opnieuw versterkt aan de slag kunnen.”

Het uitgangspunt van deze hervorming is de public mental health-benadering. Leg eens uit.

Yves Wuyts: “In de traditionele geestelijke gezondheidszorg heeft de hulpverlener quasi uitsluitend oog voor zijn patiënt of cliënt. Maar als we door die public mental health-bril kijken, dan kijk je naar de baten voor de volledige populatie. Het onderliggende idee wordt vaak omschreven als de *quindruple aim*: 1. de zorg voor het individu, 2. de bijdrage voor de hele bevolking, 3. het kostenplaatje, 4. het welzijn van de hulpverlener en 5. de sociale rechtvaardigheid. Het is dus een globale oefening. Hoe kunnen we het beschikbare budget - in dit geval 150 miljoen euro extra geld - zo goed mogelijk inzetten, voor al die perspectieven.”

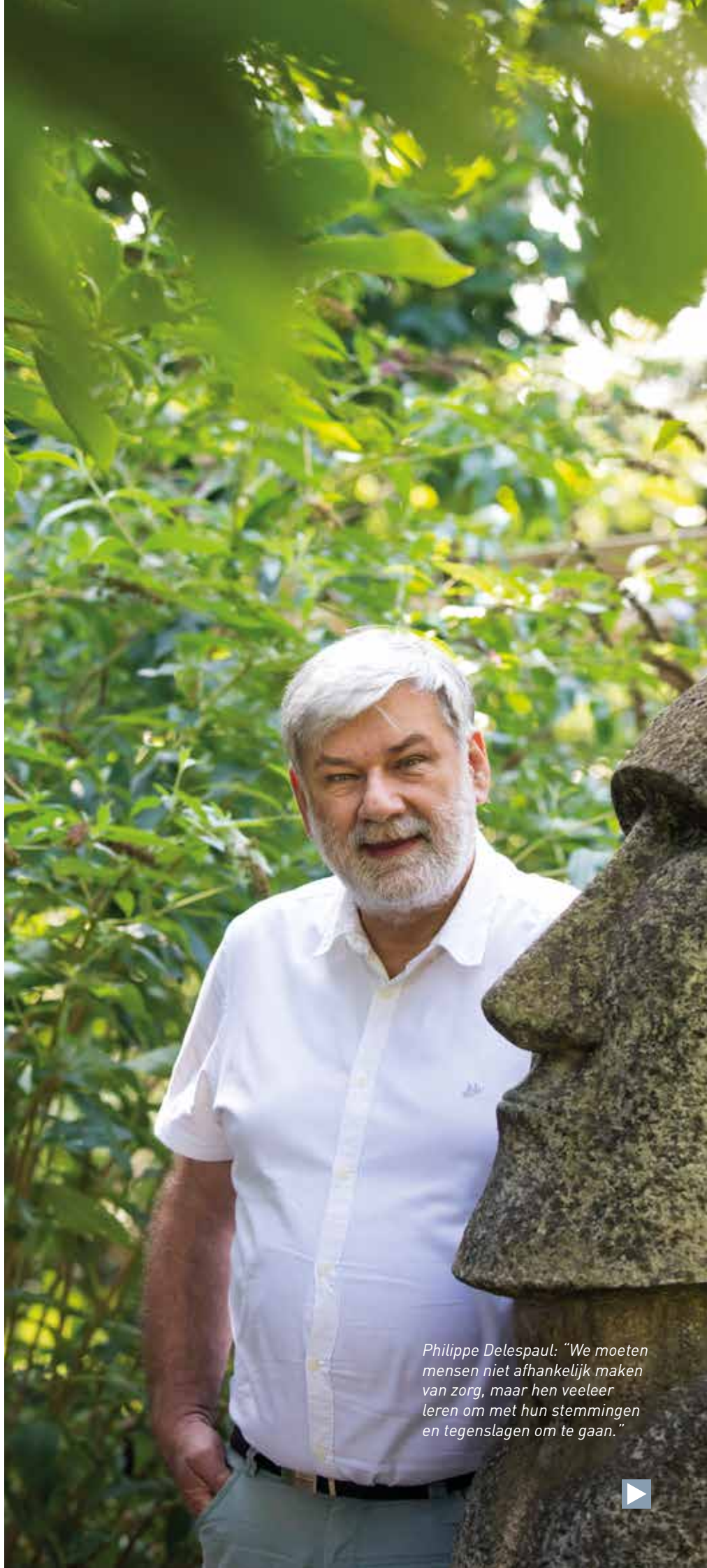
Philippe Delespaul: “Ook het concept van normalisering is heel belangrijk: we moe-

ten geestelijke gezondheidszorg 'gewoon' maken. Daarbij is het belangrijk om niet enkel te focussen op de medische kant, maar ook op het maatschappelijke. Stel dat iemand lijdt aan depressie. Dat wordt doorgaans enkel behandeld met psychotherapie en/of antidepressiva. Maar er is veel méér dat kan helpen: werken aan eenzaamheid, een baan zoeken, vrijwilligerswerk... Er is een heel gamma aan mogelijke interventies, bovenop het medische verhaal. Bij public mental health neem je al die mogelijkheden mee, bij lichte én ernstige psychische problemen."

Groepsinterventies krijgen ook een belangrijkere rol. Waarom zijn die zo belangrijk?

Philippe Delespaul: "Het is vooral belangrijk om het aanbod te diversifiëren. Traditioneel zijn psychologen het vooral gewend om individuele therapie te geven. Dat is natuurlijk heel duur: therapeuten zijn schaars en ze kunnen maar één cliënt per uur helpen. Groepsinterventies en e-health zijn op dat vlak interessanter. Maar het is zeker niet louter een financieel verhaal. Ook inhoudelijk zijn groepsinterventies een interessante optie. Het helpt mensen om lotgenoten te ontmoeten: ze voelen dat ze niet alleen staan met hun problemen en ze kunnen leren hoe ervaringsdeskundigen met hun problemen omgaan."

Yves Wuyts: "Het gaat inderdaad verder dan een louter economisch verhaal. De kernvraag moet zijn: welke interventie zet je in voor wie? Voor heel wat mensen is het inderdaad heel zinvol om gelijkgezinden te ontmoeten en te leren van hun persoonlijke groei. Bovendien kan het ook normaliserend werken. Want dit



Philippe Delespaul: "We moeten mensen niet afhankelijk maken van zorg, maar hen veeleer leren om met hun stemmingen en tegenslagen om te gaan."



Yves Wuyts: "De meeste mensen weten intussen dat het belangrijk is om minder zout en vet te eten en genoeg te bewegen om hart- en vaatziekten te voorkomen. Bij geestelijke gezondheid hebben we een gelijkaardige bewustwording nodig."



gaat bijvoorbeeld ook om groepsessies over stress of slaaphygiëne. En die kunnen gewoon doorgaan in een buurthuis of cultureel centrum. Dat neemt heel veel drempels weg, waardoor meer mensen zich aangesproken zullen voelen. En nee, dat hoeven uiteraard niet allemaal mensen te zijn met psychologische problemen. Iedereen heeft er baat bij om aan zijn mentale veerkracht te werken."

Dit nieuwe systeem wordt georganiseerd op lokaal niveau, vanuit eerstelijnsnetwerken. Vanwaar die keuze?

Philippe Delespaul: "Hoe kleiner de schaal waarop je werkt, hoe meer vertrouwen er ontstaat om samen te werken en elkaar te helpen. Dat speelt alleen maar in het voordeel van de cliënt. Stel dat er een complexe aanmelding komt: een jongen met autisme en een mentale beperking, die bovendien middelen gebruikt. Het traditionele probleem in de zorg is dat iedereen selecteert op zijn eigen specialisatie. De meeste professionals zullen zo'n aanmelding dus niet aanvaarden, omdat ze maar een deel van het antwoord in huis hebben. Maar het doel van een netwerk is dat je collega's wordt en elkaar helpt. Cocreatie is zeer belangrijk, het liefst dicht bij de leefwereld van die cliënt zelf. Zo kan die jongen bijvoorbeeld ook naar een sportclub - die goed ondersteund wordt door verschillende professionals - in plaats van enkel een dagcentrum autisme."

Yves Wuyts: "Deze conventie legt ook een duidelijke link met de eerstelijnszones, wat een goede zaak is. Want zo treedt je uit het hokje van de geestelijke gezondheidszorg. Iedereen kan zijn steentje bijdragen: de psycholoog, huisarts, apothe-

“Als ik in de media lees dat iedereen naar de psycholoog kan voor elf euro per sessie, dan vrees ik dat er valse verwachtingen gecreëerd zijn”

ker, maatschappelijk werker van het CAW, medewerker van het CLB, enzovoort.”

Er zal ook geen verplichte doorverwijzing meer nodig zijn: mensen kunnen rechtstreeks psychologische hulp krijgen. Verlaagt dat de drempel nog?

Philippe Delespaul: “Daarmee neem je een filter weg, wat zeker een goede zaak is. Zo vermijd je dat problemen groter gemaakt worden dan ze zijn, wat in de geestelijke gezondheidszorg een heikel punt is. Alleen moet de sector afstappen van de ‘standaardproducten’, zoals 80 sessies psychotherapie. Dan krijg je vreselijk lange wachtlijsten. Er zijn alternatieve producten nodig. Beschouw het als een jaarlijkse strippenkaart die mensen krijgen: je kiest zelf wanneer je een aantal sessies psychologische hulp wil inzetten wanneer je door een zware periode gaat. Professionals moeten ook zo gaan denken en gepaste antwoorden ontwikkelen. Hoe afhankelijkheid van zorg afneemt en autonomie en weerbaarheid kunnen groeien.”

Yves Wuyts: “Een extra voordeel is dat de eerstelijnspsychologische zorg ook uit de medische wereld wordt getrokken, omdat mensen er op eigen initiatief een beroep op kunnen doen. Ook een maatschappelijk werker van het OCMW of een medewerker van Kind en Gezin kunnen iemand adviseren om hulp te zoeken.”

Welke positieve effecten verwachten jullie de komende jaren?

Philippe Delespaul: “Dit is een pilootproject: we hebben dus twee jaar om hier iets van te maken. Het is in elk geval een stap naar meer lokale en regionale zorg, wat

zeker positief is. Al mogen we niet naïef zijn: om de geestelijke gezondheid van alle burgers te verzorgen, zal nog meer maatschappelijke investering nodig zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat een land ongeveer 10% van zijn BNP zou moeten investeren in gezondheidszorg, en 10% daarvan in geestelijke gezondheidszorg. Voor de somatische zorg halen we dat, maar voor de GGZ zijn we er nog lang niet. Er moet dus nog een maatschappelijke discussie gevoerd worden. Niet enkel over het loon van psychologen, maar vooral over de publieke gezondheid.”

Yves Wuyts: “In de somatische zorg is er nu al veel meer bewustzijn over het nut van preventie. De meeste mensen weten intussen dat het belangrijk is om minder zout en vet te eten en genoeg te bewegen om hart- en vaatziekten te voorkomen. Bij geestelijke gezondheid hebben we een gelijkaardige bewustwording nodig. Zodat iedereen weet wat hij kan doen om zijn mentale gezondheid op peil te houden. Als turnster Simone Biles zich op de Olympische Spelen terugtrekt omdat ze het mentaal te zwaar heeft, kijken velen daarvan op. Terwijl we dat logisch zouden moeten vinden, net als bij lichamelijke blessures.”

Philippe Delespaul: “Maar ik vind dat we op dat vlak al vrij ver staan in België: publieke figuren durven openlijk over mentale problemen te praten. En een campagne als ‘Te Gek!’ draagt daar ook enorm aan bij. Daar mogen we ongelofelijk fier op zijn. Zeker als ik vergelijk met Nederland, waar het haast onmogelijk is om publiek te praten over zulke zaken.”

Yves Wuyts: “Eigenlijk spelen we nu een voortrekkersrol voor de hele gezondheids-

zorg, met het public mental health-verhaal. We krijgen een ruim budget en we moeten dus volop onze kans grijpen. Al is er natuurlijk nog heel wat werk om alles concreet te realiseren. Als ik dan in de media lees dat iedereen naar de psycholoog kan voor 11 euro per sessie, dan vrees ik dat er valse verwachtingen gecreëerd zijn. Ik ben zeer hoopvol dat we veel kunnen veranderen, maar enig realisme is natuurlijk wel op zijn plaats.”

Philippe Delespaul: “Er wordt vaak gezegd dat België een heel ingewikkeld land is, met complexe structuren. Maar hoe nu op een conceptuele manier is nagedacht over de geestelijke gezondheidszorg, dat is ons in geen enkel ander land voorgedaan. Daar mogen we dus best fier op zijn.”

“Hoe nu op een conceptuele manier is nagedacht over de geestelijke gezondheidszorg, dat is ons in geen enkel ander land voorgedaan”





David Dol: "Als netwerk moeten we nu goede overeenkomsten sluiten met de overheid, de eerstelijnszones en klinisch psychologen en orthopedagogen."

“Over het algemeen is er groot enthousiasme, al leven er ook nog veel vragen”

Om de overeenkomst rond psychologische zorg op de eerste lijn in goede banen te leiden, wordt een beroep gedaan op de netwerken geestelijke gezondheid. Twee netwerkcoördinatoren geven tekst en uitleg: professor Marina Danckaerts (YUNECO - Netwerk kinderen en jongeren – Vlaams Brabant) en David Dol (RELING - Netwerk volwassenen in Limburg).

Jullie staan voor een grote uitdaging. Hoe kijken jullie naar deze ommekeer in de eerstelijnspsychologische zorg?

Marina Danckaerts: “Ik ben er uiteraard heel gelukkig mee. Als ik kijk naar mijn eigen doelgroep - kinderen en jongeren - dan ben ik vooral blij dat er is gekozen voor een public health-benadering. Omdat we weten dat zeer veel psychische moeilijkheden beginnen in de kindertijd, is het héél goed dat er nu ook extra wordt gefocust op die doelgroep, inclusief disproportioneel iets meer middelen. We kunnen niet genoeg benadrukken hoe belangrijk het is om zo vroeg mogelijk in de ontwikkeling te beginnen met psychologische hulp. Negatieve levenservaringen en risico's bouwen cumulatief op vanaf de vroege kindertijd en nu kunnen we erop inzetten om eventuele trauma's te voorkomen of tenminste snel aan te pakken. En door de extra middelen en mankracht zal de hulp ook veel sneller, goedkoper en



Marina Danckaerts: "Nu moet je vaak geluk hebben dat er in je buurt een psycholoog woont, die bovendien ook nog betaalbaar is. Dat wordt voortaan heel anders."

“Het is een belangrijke rol van de netwerken om nauwlettend toe te kijken dat de hele regio bediend wordt, en niet enkel de grote steden”

“Door in netwerken te denken, wordt hulp meer gespreid en toegankelijk, dichtbij de mensen zelf”

laagdrempeliger zijn, én bovendien dichtbij de mensen zelf. Nu moet je vaak geluk hebben dat er in je buurt een psycholoog woont, die bovendien ook nog betaalbaar is. Dat wordt voortaan heel anders, waardoor we de geestelijke gezondheid meer gelijkwaardig gespreid in de bevolking kunnen verbeteren.”

David Dol: “Het belangrijkste doel is inderdaad betaalbare psychologische zorg voor mensen met lichte tot matig ernstige problemen. Tot voor kort konden zij enkel op eigen beweging bij de privé-psycholoog terecht zonder terugbetaling, nu wordt dit ingekanteld in de samenwerking binnen de eerste lijn. Daarom zijn de netwerken geestelijke gezondheid zo cruciaal: we moeten met alle partners heel goede afspraken maken. Wie doet wat? Welke mensen kunnen met hun problemen waar terecht? Hoe bied je toegang tot de tweede of derde lijn, als dat nodig is? Deze nieuwe functie moet ingebouwd worden in het totale systeem: het is niet de bedoeling dat er een nieuwe silo ontstaat, met allerlei aparte regels.”

Wat is het belangrijkste voordeel van de netwerken?

Marina Danckaerts: “De netwerken zullen - in nauwe samenspraak met de eerstelijnszones en daarbinnen de psychologenkringen - moeten detecteren waar de grootste noden zijn: de ene buurt zal bijvoorbeeld meer of andere groepsprogramma's nodig hebben dan de andere. Overal in de regio moet psychologische hulp meer toegankelijk worden, dat mag niet afhangen van privé-initiatief. Het is een belangrijke rol van de netwerken om nauwlettend toe te kijken dat de hele regio bediend wordt, en niet - zoals nu vaak het geval is - enkel de grote steden. Bovendien kun je binnen het netwerk heel veel *knowhow* aanboren, vooral ook via het aanbod van groepsprogramma's. Bij kinderen

en jongeren bestaan er bijvoorbeeld al verschillende *evidence based* groepsprogramma's voor tal van problematieken, zoals ADHD, angst of gedragsproblemen. Niet elke psycholoog is daar uiteraard mee vertrouwd. Maar het is een rol van de netwerken om mensen te vinden die bereid zijn om hun deskundigheid beschikbaar te stellen voor grote regio's en/of de kennis en vaardigheden ter beschikking te stellen van andere zorgverleners dicht bij de noden, in scholen of Huizen van het Kind bijvoorbeeld.”

Hoever staan jullie binnen jullie netwerk om alle partners op één lijn te krijgen?

David Dol: “Ik vang toch op dat iedereen blij is met de bijkomende middelen én met het feit dat er nu ook wordt geïnvesteerd in psychologische hulp bij lichte en matige problemen. We weten dat preventie en snelle interventie cruciaal zijn om te voorkomen dat er ernstige problemen ontstaan. Over het algemeen is er dus groot enthousiasme, al leven er ook nog veel vragen. Wat zal de impact van dit nieuwe element op het totale systeem zijn, bijvoorbeeld. Er is dus nog veel overleg nodig, de komende maanden.”

Marina Danckaerts: “Ook bij ons zijn de gesprekken nog heel pril, maar ik merk inderdaad dat veel mensen *goesting* hebben om erover na te denken. Al zien we toch ook de 'klassieke' reflex bij psychologen en organisaties: 'welke aspecten van dit plan kan ik in mijn voortuin laten landen?' Het is dus heel belangrijk dat we vanuit de netwerken goed toezien dat er altijd op populatieniveau wordt gedacht. Maar er is zeker nog veel werk.”

Wat zijn volgens jullie nog de grootste uitdagingen?

Marina Danckaerts: “Het regioplan leggen is de eerste grote uitdaging - in eerste

instantie is dat een eenvoudige reken-som: de mankracht en middelen correct verdelen over de regio, maar bijvoorbeeld ook een verdeling maken tussen groepsaanbod en individueel aanbod. Vervolgens moeten we in de eerstelijnszones luisteren naar de grootste noden en onze kennis inbrengen over de problematieken waarop we het meest impact kunnen hebben. Daarna wordt het een kwestie van de juiste mensen op de juiste plek krijgen. Als er in een bepaalde regio bijvoorbeeld al te veel psychologen in de conventie werken, kunnen we dan geïnteresseerden overtuigen om outreachend te werken in een andere, minder goed bedeelde regio? Het grootste knelpunt lijkt me de vraag om altijd binnen de één tot vier werken hulp op te starten. Dat is zeker het ideale scenario, maar zelfs mét deze nieuwe middelen zal er nog steeds een tekort zijn aan ambulante hulp.”

David Dol: “Als netwerk moeten we nu goede overeenkomsten sluiten met de overheid, de eerstelijnszones en klinisch psychologen en orthopedagogen. En er moet over bepaalde aspecten van de conventie nog wel wat duidelijkheid komen. Hoe zullen de contracten voor de geconventioneerde psychologen er bijvoorbeeld uitzien? En wat met transitiemaatregelen voor wie nu al als geconventioneerde eerstelijnspsycholoog aan de slag is? De spelregels moeten eerst heel duidelijk afgebakend worden. En dan kun je inderdaad beginnen te puzzelen: hoe verdeel je het budget over de regio, tussen de eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde psychologische zorg, tussen de therapeuten... We moeten ook samenwerken met relatief nieuwe partners, zoals de zorggraden en psychologenkringen: dat zal een frisse wind door de netwerken jagen, maar we moeten natuurlijk ook nog vertrouwen opbouwen. Maar ik ben ervan overtuigd dat het goedkomt!”

Naar een nieuw overlegmodel voor de uitdagingen van de toekomst

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: JAN LOCUS

“De organisatie van de gezondheidszorg in ons land botst op haar grenzen. Het overlegmodel van de voorbije decennia lijkt niet meer toegerust voor de uitdagingen van de toekomst. Er is dringend een modernisering van het model nodig.” Over die statements zijn velen het eens. Het RIZIV startte afgelopen voorjaar een ambitieus project, waarbij alle actoren betrokken zijn. Centraal staan gezondheidszorgdoelstellingen op langere termijn, gekoppeld aan een meerjarige begroting. In juli verscheen een eerste tussentijds rapport. We gingen erover praten met twee hoofdrolspelers: directeur-generaal Briec Van Damme van het RIZIV en professor Economie Erik Schokkaert (KU Leuven).

Mijnheer Van Damme, op 1 december vorig jaar trad u in dienst als directeur-generaal van het RIZIV. Hoe hebt u die eerste maanden beleefd?

Briec Van Damme: “Ik kan me moeilijk een uitdagender moment inbeelden om te starten, midden in de tweede coronagolf. Het RIZIV beheert 35 miljard euro en fungeert tijdens de coronacrisis als de *backoffice* van de *frontoffice*. Alle presentaties, het testen, de triagecentra... het functioneert allemaal goed, mee dankzij de vlote financiering door het RIZIV. Dat er zo weinig over het RIZIV gepraat wordt in het kader van de pandemie, is een teken dat het vlot liep. Dat is een enorme pluim voor de medewerkers. Ik heb een goed geoliede machine geërfd. In die zin was het toch enigszins comfortabel. Wat mij het meest frustreerde, is leiding moeten geven aan een groep van bijna 400 mensen die ik nog nooit persoonlijk ontmoet hebt. Alle medewerkers kregen instructies van

achter een beeldscherm van iemand die ze nog niet kennen. Ik heb nog altijd 95% van mijn dienst niet persoonlijk ontmoet. Het is een uitdaging om zo vertrouwen te creëren, om verbinding te maken, om de cultuur van het huis te leren kennen. En om het moreel van de troepen hoog te houden. Onderschat niet hoeveel werk er verzet is, hoeveel druk er lag op de medewerkers. Ze hebben weekends doorgewerkt, vaak ook lange avonden. Iedereen wordt moe. De context was dus heel bijzonder, maar ik ben fier op wat de dienst heeft gerealiseerd de voorbije maanden.”

Ondanks die moeilijke situatie is het RIZIV zoals gepland in het voorjaar begonnen met het project meerjarige begroting. Vanwaar het idee eigenlijk?

Briec Van Damme: “Al in het vorige regeerakkoord was afgesproken om de werking van de ziekteverzekering anders te organiseren. We zouden vertrekken van gezondheidszorgdoelstellingen. Zo kunnen we gemakkelijker prioriteiten leggen met een strategie op middellange termijn. Als je van jaar naar jaar moet werken, zonder duidelijke doelstellingen en prioriteiten, dan verval je snel in ad-hoc-projecten en veranderen prioriteiten van het ene jaar op het andere. Een budget van 35 miljard euro is enorm veel, maar onvoldoende om aan alle behoeften te voldoen. Er moeten dus keuzes gemaakt worden. Je moet ook tijd hebben om ergens naartoe te werken. Daarvoor heb je meerjarige budgettaire kaders nog. Daarnaast willen we bijkomende middelen vinden door efficiëntiewinsten. Ook transversaliteit en multidisciplinariteit moeten we meer kansen geven. Als we willen loskomen van de schotten en de sectorale silo's, dan

moet de *governance* van het RIZIV daarop aangepast zijn. Dit project wil een aantal stenen in de rivier verleggen. We hebben de oefening aangevat op 1 maart, net voor de 'paaspauze', in volle Covid-crisis, om geen tijd te verliezen. Als je een meerjarig kader wil uitwerken, moet je daarvoor de nodige tijd nemen. De legislatuur eindigt in 2024 en we willen tegen dan helemaal klaar zijn.”

Erik Schokkaert: “Vanuit een breder perspectief is iedereen in de gezondheidssector in België het erover eens dat de RIZIV-begroting te versplinterd was, dat er te weinig oog was voor gezondheidszorgdoelstellingen, dat een langetermijnvisie ontbrak... Boeiend is dat hiervoor nu de eerste stappen gezet zijn vanuit het RIZIV zelf.”

Als we spreken over langetermijn doelstellingen, wat is dan de horizon: drie jaar, vijf jaar, tien jaar?

Erik Schokkaert: “Daarover kan je discussiëren. Een periode van tien jaar lijkt me interessant, maar het probleem is dat je hiermee een legislatuur overstijgt. Dat is niet evident. Op een bepaalde manier moet je een compromis maken tussen de echt lange termijn op tien jaar en wat je daarbinnen tijdens een legislatuur van vier-vijf jaar kan realiseren. Brede langetermijn doelstellingen kunnen de richting aanwijzen en bij elke nieuwe legislatuur kunnen die geoperationaliseerd en verfijnd worden in concrete stappen. Tien jaar vind ik realistisch. Twintig jaar is allicht iets te ver vooruitgekeken. Er gebeuren altijd onverwachte dingen.”

Briec Van Damme: “We proberen vooral de redenering om te keren. In plaats



Brieuc Van Damme: "Een beroep waarvan 60% vrouw is en nul vertegenwoordigers heeft op het allerhoogste niveau, je m'excuse, maar dat is niet gezond."

"Het RIZIV heeft niets te winnen of te verliezen. We hebben alleen onze expertise die we ten dienste stellen"


van te vertrekken vanuit de sectoren in de hoop dat de patiënt dan een *collateral benefit* is, gaan we voortaan uit van doelstellingen toegespitst op de patiënten: toegankelijkheid, kwaliteit van zorg... Die doelstellingen vertalen we dan in initiatieven die de zorgverstrekkers verder moeten vormgeven. In het tussentijds rapport is sprake van vijf prioritaire doelstellingen. Het zijn nog vrij algemene doelen, die we in de komende maanden vertalen in concrete indicatoren om de progressie op die domeinen tijdens de legislatuur op te opvolgen en bij te sturen waar nodig."

U werkt met een stuurgroep en drie taskforces. Prof. Schokkaert, u bent voorzitter van de taskforce 'Dynamisch meerjarenkader'. Welke weg heeft die taskforce ondertussen afgelegd?

Erik Schokkaert: "Deze taskforce onderzocht wat nodig is om een meerjarenpak te realiseren. Wat betekent het voor de besluitvorming? Welke technische uitdagingen brengt een meerjarenkader met zich mee? Neem bijvoorbeeld Covid-19. Er zijn vandaag nog zoveel onbekende factoren, dat het erg moeilijk is om uitspraken te doen over de gevolgen en de kost daarvan in toekomst. Hoe pak je dat methodologisch aan? Hoe integreer je zoiets in een langetermijnkader? Hiervoor bestaan geen pasklare antwoorden. We hebben ook nagedacht over hoe je transversale doelstellingen, die de verschillende akkoorden en commissies overstijgen, operationeel kan maken. Welke instrumenten kunnen we hiervoor ontwikkelen?"

Raakt u daar niet aan een van de grootste uitdagingen voor een langetermijnbeleid: de wereld wordt almaar complexer en





Erik Schokkaert: "Het is niet omdat rond een bepaald thema twintig voorstellen geformuleerd worden, dat dit thema de hoogste prioriteit verdient."

onvoorspelbaarder. Ik denk aan de oproep begin september van 200 medische vakbladen om vanuit de gezondheidszorg meer actie te ondernemen tegen de klimaatopwarming. Hoe integreer je zo iets in je meerjarenbeleid?

Erik Schokkaert: "Ik ben het er persoonlijk 100% mee eens dat de klimaatopwarming een grote uitdaging is voor onze gezondheidszorg. We hebben het daarover niet concreet gehad, omdat we niet op zo'n lange termijn gedacht hebben. Maar als we nadenken op een termijn van 20 of 30 jaar, dan moeten we daar inderdaad heel erg rekening mee houden. De oefening die wij nu gedaan hebben is concreter en operationeler: hoe zit het met de budgetten voor volgend jaar en het jaar daarna. We zijn al tevreden als we daarin enkele stappen in de goede richting kunnen zetten. Maar dat neemt niet weg dat we het hierover op langere termijn zullen moeten hebben."

Brieuc Van Damme: "Absoluut mee eens. Met het systeem zoals we dat nu aan het ontwikkelen zijn en dat we verder moeten verfijnen, gaan we er in de toekomst beter in slagen om problemen als de klimaatopwarming op een goede manier aan te pakken. Als de klimaatcrisis zich nog meer laat voelen, bijvoorbeeld door een toename van het aantal patiënten met ademhalingsproblemen, dan zullen wij met de nieuwe methodiek hiervan een prioriteit kunnen maken. We zijn ons dus aan het voorbereiden door de systemen hierop af te stemmen. Een langetermijnvisie gekoppeld aan operationele prioritaire doelstellingen, dat hebben we nodig voor de complexe problemen die op ons afkomen. Vandaag staat toegankelijkheid hoog op de agenda. Dat heeft allicht te

maken met de vrees dat de Covid-crisis de ongelijkheid verder uitdiept. Een andere prioriteit vandaag is de multidisciplinaire. Ook die nood kan je linken aan de Covid-crisis. Het is geen toeval dat die doelstellingen vandaag door veel mensen prioritair naar voren geschoven worden."

Erik Schokkaert: "Alleen met een meerjarenkader kan je structurele veranderingen in de systemen teweegbrengen. Je moet weten welke richting je uit wil gaan."

Een tweede taskforce buigt zich over *appropriate care*. Mijnheer Van Damme, u hebt al eerder het belang hiervan benadrukt?

Brieuc Van Damme: "We hebben lang over de definitie van *appropriate care* gediscussieerd. Rekening houdend met de nuances in beide landstalen, hebben we de Engelse definitie overgenomen: *appropriate care* is in essentie de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats aan de juiste patiënt. Dat betekent dat we in bepaalde domeinen nog niet voldoende investeren. Een vaak geciteerd voorbeeld is de tandzorg. Die onderinvestering heeft enorme gevolgen op het vlak van socio-economische kansen van mensen, naast gezondheidsrisico's zoals meer kans op diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Het budget dat naar tandzorg gaat is vandaag niet *appropriate*. Tegelijk zien we een aantal andere domeinen – die ik niet zal noemen, maar je vindt de voorbeelden in het rapport – waar vandaag minder doelmatig met de middelen wordt omgesprongen door te veel onderzoeken, gebrekkige coördinatie enz. We moeten beide zaken tegelijk aanpakken. Dat is de hoofddoelstelling van de taskforce *appropriate care*."

De dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV beheert 35 miljard euro per jaar en daar zijn enorm veel actoren bij betrokken via tientallen commissies. Al die stakeholders hebben voorstellen kunnen formuleren en ze hebben dat – met 300 voorstellen – vrij massaal gedaan. Zijn dat doorgaans evidente voorstellen die u zelf ook had kunnen bedenken, of zaten er verrassingen en originele invalshoeken bij?

Erik Schokkaert: "De gemiddelde kwaliteit van de voorstellen lag in elk geval hoger dan gevreesd kon worden. Sommige ervan waren zeer goed uitgewerkt, heel creatief ook. Echte verrassingen zaten daar niet bij, maar dat is maar goed ook: we weten wel ongeveer wat er fout is en wat mogelijke oplossingen zijn. Toch moeten we alles kritisch bekijken. Het is niet omdat er rond een bepaald thema twintig voorstellen zijn, dat dit thema de hoogste prioriteit verdient. Misschien is een thema waarover maar drie voorstellen kwamen uiteindelijk veel belangrijker. Sommige stakeholders hebben ook veel meer voorstellen ingediend dan andere."

Brieuc Van Damme: "De manier waarop we de vijf prioriteiten in het tussentijds rapport geselecteerd hebben, is inderdaad niet erg wetenschappelijk; het heeft meer weg van een poppoll. Dit was maar een eerste oefening, maar het is een belangrijk aandachtspunt. Dat is geen verwijt, er was gewoon onvoldoende tijd, zowel in de taskforce gezondheidszorgdoelstellingen als in het wetenschappelijk comité, om dat op een robuuste, wetenschappelijke manier uit te werken. Dit gezegd zijnde, we zijn vertrokken van de website healt-hybelgium.be, waar 140 indicatoren een

soort van 360-graden-diagnose maken van de Belgische gezondheidszorg. Dat is een project dat we met het KCE hebben gedaan en blijven doen. Die insteek is wel heel wetenschappelijk. Het is te begrijpen dat elke stakeholder vertrekt vanuit zijn stokpaardjes, zijn leefwereld. De kunst zal erin bestaan om het uitstekende werk van het KCE en het RIZIV op healthybelgium.be te integreren in onze structurele oefening.

Een ander punt: het is niet omdat een voorstel minder goed onderbouwd is, dat het per definitie minder waardevol is. Stel dat we uit verschillende hoeken 50 slecht uitgewerkte voorstellen over geestelijke gezondheidszorg zouden krijgen, dan kan je dat thema niet zomaar aan de kant schuiven: het signaal dat die 50 voorstellen geven is op zich al betekenisvol. Wat in de voorstellen heel duidelijk naar voren kwam, is dat iedereen pleit voor een geïntegreerd patiëntendossier, dat alle zorgverstrekkers kunnen delen en aanvullen. Niet alleen in de ziekenhuizen, waar al aan zo'n dossier gewerkt wordt, maar ook in andere, ambulante contexten. Dat blijkt voor alle stakeholders een voorwaarde om andere doelstellingen te kunnen realiseren. Het is jammer om vast te stellen dat hiervoor vandaag het politieke draagvlak nog ontbreekt. Het is dé hefboom om doelmatige, kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg te realiseren."

Erik Schokkaert: Daar ben ik het volmondig mee eens. Tegelijk trof het me dat relatief weinig voorstellen werkten aan geïntegreerde zorg. Het belang daarvan is hoger dan je op basis van het aantal voorstellen zou besluiten. Dat soort lacunes is onvermijdelijk. Vandaar dat die kritische blik echt wel nodig blijft. Het mag geen poppoll zijn."

Is ook de patiënt betrokken, bijvoorbeeld via het Vlaams Patiëntenplatform?

Erik Schokkaert: "Uiteraard. Ze hebben ook voorstellen ingediend. Zowel het Vlaams Patiëntenplatform als de Frans-talige tegenhanger LUSS hebben deelgenomen aan de projectoproep en zaten ook in de stuurgroep."

Leggen zij andere accenten dan de professionals of zitten alle stakeholders over het algemeen op één lijn?

“De huidige overlegstructuren moeten zich aanpassen. Op korte termijn wordt dat een lastiger hindernis om te nemen dan te werken aan een politiek draagvlak”

Erik Schokkaert: “Ze leggen andere klemtonen, maar er zijn geen conflicten. Met een beperkt budget moet je altijd keuzes maken.”

Wat is het gewicht van de beslissingen die binnen het meerjarig kader genomen worden? U kan wel prioriteiten voor de lange termijn bepalen, maar uiteindelijk beslist elke nieuwe regering zelf waar ze voor gaat?

Brieuc Van Damme: “Dat blijft inderdaad het voorrecht van de politiek. Gelukkig maar, zou ik zeggen. Het medico-sociaal overleg is belangrijk, maar vervangt de parlementaire democratie niet. Voor het project an sich – werk maken van een meerjarig budget met gezondheidszorgdoelstellingen – is het politieke draagvlak groot. Alleen, *the devil is in the details*. Bepaalde voorstellen liggen politiek gevoelig, om wat voor reden ook. Dat moeten we respecteren. Wij kunnen alleen maar argumenteren waarom iets zinvol zou zijn in het belang van de patiënt, van de zorgverstrekker en van de volksgezondheid. Maar als de politiek andere keuzes maakt, alle respect daarvoor, dat is haar rol.”

Erik Schokkaert: “Misschien ben ik beter geplaatst om hierop een eerlijk antwoord te geven (*lacht*). Het politieke draagvlak is één ding. Maar je hebt ook de organisaties die beslissingen nemen: de ziekenfondsen, de artsorganisaties... Die moeten ook mee in het proces. Ook daar merk je soms terughoudendheid bij voorstellen die aan hun autonomie of hun belangen zouden kunnen raken. Het wordt een uitdaging om de hele procedure voor de meerjarige begroting in die organisaties te laten landen. Dat is nog iets anders dan het politieke draagvlak. De huidige overlegstructuren moeten zich aanpassen. Op korte termijn wordt dat een lastiger hindernis om te nemen dan te werken aan een politiek draagvlak. Het is belangrijk dat we de eerste stappen gezet hebben. Het is een positief verhaal, maar we hebben nog een lange weg te gaan.”

Brieuc Van Damme: “Absoluut. Ik beschouw het RIZIV als een *broker* van voorstellen. We proberen met onze technische expertise tot een compromis te komen tussen verzekeraars en zorgverstrekkers en met verschillende groepen die soms met elkaar in concurrentie staan voor het beperkte budget. Zelf hebben wij geen macht. Wij hebben niets te winnen of te verliezen. We hebben alleen onze expertise die we ten dienste stellen. Voor ons is het daarom ook gemakkelijker, net zoals dat voor een academicus het geval is, om de zaken heel rationeel te benaderen. De mensen die in die verschillende organen zitten, maken natuurlijk snel hun rekening als ze voorstellen horen. Ga ik er iets bij winnen? Ga ik middelen verliezen? Dat is menselijk en het maakt het voor hen vaak veel moeilijker om mee te gaan in een grondige hervorming, ook al zijn ze





“Op een bepaalde manier moet je een compromis maken tussen de echt lange termijn op tien jaar en wat je daarbinnen tijdens een legislatuur van vier-vijf jaar kan realiseren”

het met de principes eens. Diplomatie, empathie en de nodige tijd kunnen dan soms de weg effenen. Dat neemt niet weg dat zo'n hobbelig parcours soms frustrerend kan zijn.”

Erik Schokkaert: “Er ligt nu een tussen-tijds rapport op tafel, er wordt over gepraat, de mensen zijn er mee bezig... Dat zijn allemaal stappen in de goede richting. De richting die we uitgaan, wordt met elke stap meer onomkeerbaar. Maar waar we eind dit jaar of eind volgend jaar precies zullen staan, dat blijft ook voor mij een open vraag.”

Brieuc Van Damme: “Sommige van onze medewerkers hadden gehoopt dat wij een voorstel zouden uitwerken en dat dat voorstel heel snel overgenomen zou worden door alle betrokkenen. Maar zo gaat dat natuurlijk niet. Ik begrijp hun ontgoocheling daarover. Tegelijk durf ik te stellen: men kan niet meer om dit project heen. De deur staat op een kier. Het is nu zaak om iedereen door die deur naar binnen te loodsen. Sommigen zullen door die deur spurten, anderen gaan misschien nog even de hakken in het zand zetten. Maar uiteindelijk zal iedereen de stap moeten zetten, dat geloof ik oprecht.”

Deze discussie is gelieerd aan andere noodzakelijke hervormingen: de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur... Ook daarover circuleren veel voorstellen, zijn er veel studies gemaakt en is iedereen het erover eens dat het zeer dringend geregeld moet worden. Alleen slepen die dossiers al meer dan 25 jaar aan. Al die netelige dossiers hebben bovendien een link met de meerjarige begroting van het RIZIV. Er zal dus afgestemd moeten worden. Geraken we ooit uit dit wespennest?

Erik Schokkaert: “Het klopt: het ene dossier hangt onlosmakelijk aan het andere vast. Toch hebben we specifieke aspecten van de ziekenhuisfinanciering voorlopig uit deze procedure gehouden. Maar uiteindelijk komt dit terug op tafel. Het is één samenhangend pakket. Ons overlegstelsel heeft vele voordelen, maar het is geen goed model om systemische hervormingen door te voeren. Ons overlegmodel is vanuit zijn constructie nogal conservatief. Het enige wat we kunnen doen, is proberen een structureel hervormingsproces op gang te brengen. Je bent trouwens nog het farmapact vergeten te vernoemen. Nog zo'n dossier dat hiermee samenhangt.”

Brieuc Van Damme: “De omzet van de ziekenhuizen is om en bij de 16 miljard euro. Het is evident dat dit budgettaire een enorme impact heeft op de meerjarige begroting. Gaan we uit van een gemiddelde groei van de geneesmiddelen uitgaven met 4,5% of mikken we op een groei van 2%? Dat scheelt al snel een slok op de borrel. Alles hangt samen. Maar als we wachten tot we een perfect design hebben dat alle aspecten integreert, dan komen we nooit ergens. De ervaring leert dat als we te veel tegelijk willen doen, we

uiteindelijk weinig vooruitgang maken. Daarom hebben we ook bewust gekozen voor gezondheidszorgdoelstellingen en niet voor gezondheidsdoelstellingen, zodat we binnen de perimeter van de ziekteverzekering blijven. We begeven ons op een afgebakend terrein, zodat we niet met andere beleidsdomeinen rekening moeten houden. Anders wordt het hopeloos complex om dit proces uit de startblokken te krijgen. Maar op termijn gaan we die oefening wél moeten doen, dat is zeker.”

Komen de verschillende partijen nader bijeen door deze discussies? Leren ze elkaars standpunten beter begrijpen? Of kenden ze elkaar sowieso al door en door?

Erik Schokkaert: “Mijn aanvoelen is dat in de taskforce ‘dynamisch meerjarenplan’ de deelnemers dichter tot elkaar gekomen zijn. De sfeer was constructief en mensen probeerden echt wel hun eigen belangen te overstijgen. Als daarna echter de grote kanonnen mee aan tafel komen, ligt dat soms moeilijker, is mijn indruk.”

Brieuc Van Damme: “De chemie tussen de onafhankelijke experts zoals de academici en de experts van het overlegmodel zat goed. Die groepen zijn naar elkaar toegegroeid. De academici hebben nu meer begrip voor een aantal reflexen van de syndicalisten of de verzekeringsinstellingen. Omgekeerd zijn de ogen van een aantal mensen uit het overlegmodel opengegaan door de waardevolle bijdrage van de academische experts. Maar als puntje bij paaltje komt, spelen enorm grote belangen mee. Het gaat over ettelijke miljarden. Dan ga je niet zomaar overstag uit sympathie voor de argumenten van een ander. Uiteindelijk moet je achterban het goedkeuren. Dat maakt deel uit van onderhandelingen.”

Erik Schokkaert: “Je mag niet verwachten dat een artsenorganisatie plots juicht over voorstellen waartegen ze zich al 20 jaar verzetten.”

Brieuc Van Damme: “Om maar een louter hypothetisch voorbeeld te geven...” *(lacht)*
Prof. Schokkaert, u volgt deze ontwikkelingen al vele jaren. Zijn er sommige aspecten in de werking van het RIZIV of de FOD Volksgezondheid waarop u al lang hamert en die we nu eindelijk wel eens moeten realiseren?

Erik Schokkaert: “Dit proces om de besluitvorming te moderniseren is een van de dingen waarvan ik al jaren van vind dat het absoluut noodzakelijk is. Om een specifiek voorbeeld te geven: het geïntegreerd patiëntendossier is iets waar niet alleen ik, maar vrijwel iedereen, al jarenlang voor pleit. Een ander stokpaardje van mij is een lagere drempel voor de maximumfactuur voor de allerarmsten. Dat is zo evident en ik heb nooit begrepen waarom dat niet kan worden ingevoerd. Dit voorstel is nu trouwens ook naar voren geschoven door het KCE. Ik hoop dat het er deze keer van komt.”

Wat zijn uw persoonlijke prioriteiten, mijnheer Van Damme? Mogen we die kennen of houdt u die liever voor uzelf?

Brieuc Van Damme: “Voor alle duidelijkheid: wij hebben met het RIZIV niet zelf voorstellen ingediend. Dat zou niet kies zijn. Ook bij de evaluatie van de voorstellen hebben we alleen onze expertise ten dienste gesteld en hadden de RIZIV-experten geen stemrecht in de verschillende taskforces. We hebben op geen enkel moment geprobeerd om een eigen agenda door te drukken. Zo schizofreen zijn we niet. Maar mijn persoonlijke agenda mag u gerust kennen, want die is net de modernisering van het overleg. In oktober begin ik als docent aan de ULB voor het vak Gezondheidseconomie. Ik mag daar het openingscollege geven en ik heb me wat verdiept in de wet-Leburton en de artsenstaking van 1964. Een systeem dat zichzelf niet kan heruitvinden, loopt vroeg of laat tegen een muur. Als je de pandemie vergelijkt met het trauma van de Tweede Wereldoorlog – en ik besef dat ik voorzichtig moet zijn met dat soort vergelijkingen – dan zie ik parallellen: de nood aan modernisering van het overleg en de nood aan beroepsorganisaties die representatief zijn. Dat zijn ze vandaag niet meer. Het artsenberoep is enorm vervrouwelijkt de voorbije decennia. Noem mij één syndicalist die vandaag nog actief is, in de hoogste organen van het RIZIV zetelt en die geen man of niet blank is. Dat is geen gezonde situatie. Als de achterban zich niet terugvindt in haar vertegenwoordigers, dan houdt dat risico's in, niet alleen voor de artsenorganisatie, maar voor het systeem als geheel, omdat de tegenreactie altijd radicaler is dan eigenlijk bedoeld. Dat is wat gebeurd is in 1964. En dat risico bestaat ook vandaag gezien de nodige ver-

anderingen waar onze ziekteverzekering door zal moeten in het post-covidtijdperk.”

Is er een probleem van vertegenwoordiging, prof. Schokkaert?

Erik Schokkaert: “Ja. Ik heb daar geen onderzoek naar gedaan, ik zal me dus voorzichtig uitdrukken. Maar als je met jonge artsen spreekt, voel je een heel andere wind waaien, een nieuw ethos met veel meer openheid.”

Brieuc Van Damme: “Een beroep waarvan 60% vrouw is en nul vertegenwoordigers heeft op het allerhoogste niveau, *je m'excuse*, maar dat is niet gezond. Die vaststelling doet niets af aan mijn respect voor de huidige vertegenwoordigers. Maar als democraat kan ik dat niet gezond vinden.”

We kunnen er niet omheen: Covid-19 is nog altijd onder ons. Welke belangrijke lessen moeten we trekken uit het voorbije anderhalf jaar?

Erik Schokkaert: “Om te beginnen vind ik dat we heel weinig lessen trekken. In het begin riep iedereen dat alles zou veranderen. Vandaag zie ik dat iedereen terugkeert naar het oude normaal. Ten tweede onthoud ik het belang van een sterke, lokale samenwerking. Dat moet ons inspireren voor de organisatie van de gezondheidszorg in de toekomst. Te vaak gaat de discussie over defederaliseren of herfederaliseren, terwijl voor mij net het lokale aan belang wint voor een coherente gezondheidszorg. Covid heeft getoond dat die lokale samenwerking in sommige regio's prima verliep, in andere regio's veel minder. We moeten de lokale structuren beter uitbouwen. Ten derde heeft corona getoond dat de wereld één dorp is. Iedereen staat met iedereen in verbinding. Ook wat gezondheidszorg betreft focussen we soms te exclusief op ons eigen land of op de eigen gemeenschap.”

Brieuc Van Damme: “Ik sluit me daar helemaal bij aan. Zonder samenwerking kan je geen kwaliteitsvolle gezondheidszorg organiseren. Desinvesteren in de gezondheidszorg is sowieso contraproductief. Dat ontslaat ons niet van de plicht om voortdurend te zoeken naar de meest doelmatige zorg. Het klopt dat ons gezondheidszorgsysteem complex is. Maar dat mag ons er niet van weerhouden naar beter te streven. Wie denkt dat een staats-

hervorming in deze of gene richting alle problemen zal oplossen, is naïef. Ja, er zijn herschikkingen nodig. Maar dat is geen toveroplossing. Intussen moeten we hoe dan ook proberen om beter te doen, zelfs al is het maar tijdelijk, mochten bepaalde bevoegdheden overgeheveld worden. En nog een les: waar een wil is, is een weg. Als je ziet hoe bijvoorbeeld telegeneeskunde, wat lang onbespreekbaar was, nu in verschillende contexten omarmd wordt: dat stemt mij positief. Laat ons ook in de toekomst met een open vizier naar innovaties kijken.”

Erik Schokkaert: “De ongelooflijke inzet van de mensen in de gezondheidszorg en daarbuiten mag hier ook nog eens onderlijnd worden. De medewerkers, maar ook de duizenden vrijwilligers die zich gegeven hebben. Ik vind dat ontroerend. Dat moeten we ook onthouden en koesteren.”

Brieuc Van Damme: “Ik ben het daar opnieuw helemaal mee eens. Je moet weten, ik ben een product van Erik. Ik was zijn thesis- en masterstudent in Leuven. Ik ben gekneet en geformatteerd in de Schokkaert-school. *(lacht)* Zijn vak was een van de weinige waar ik systematisch naartoe ging.”

Trots op uw student, prof. Schokkaert?

Erik Schokkaert: “Absoluut! Dat is een van de plezierige dingen aan prof zijn: jouw studenten overal terecht zien komen. Een collega zei ooit: proffen denken dat ze invloed hebben via hun publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. Hoe naïef! De invloed die we hebben, is via onze studenten. Ik ben het daarmee eens. Nu weet je meteen ook hoe het komt dat het beleid altijd 20 jaar achterloopt op het wetenschappelijk onderzoek. Beleidsmakers passen alleen maar toe wat ze 20 jaar geleden van hun prof geleerd hebben. *(lacht)*”

N.v.d.r.: net voor het ter perse gaan van dit interview raakte bekend dat Brieuc Van Damme vanaf 1 februari 2022 de overstap maakt naar de Koning Boudewijnstichting.

REBOOTKAMP HELPT JONGEREN
CONTROLE TE HERWINNEN

“Gamen moet terug de juiste proporties aannemen”

TEKST: JENS DE WULF – BEELD: JONATHAN RAMAEL

Sarah Polders: “Gamen an sich is helemaal niet erg. Het stimuleert onder andere de creativiteit bij jongeren. Op het Rebootkamp wordt de Playstation, de Switch of de Xbox dus helemaal niet doodgezwegen.”

Beeld het je even in: je kind rent na schooltijd meteen naar zijn kamer, opstaan gebeurt met steeds kleinere oogjes en wordt met de dag lastiger, afspraakjes met vrienden gaan niet meer door, er is voor niets tijd meer en de persoonlijke hygiëne gaat erop achteruit. Want enkel het gamen telt. In dat geval kan je spreken van problematisch gamegedrag. Ouders die deze signalen opmerken kunnen hun kind inschrijven voor een Rebootkamp. Wat dat precies inhoudt, vertelt Sarah Polders (zorGGroep Zin). Zij coördineerde alle Rebootkampen die tot nu in Vlaanderen werden georganiseerd.

Problematisch gamen, het is een groeiend én recent fenomeen. Pas in 2018 erkende de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gameverslaving officieel als een ziekte. Te verwachten is dat gameverslaving de komende jaren nog zal toenemen. Om de groter wordende groep van jongeren met een gameverslaving te helpen, bedachten Dimitri Das (Ligant en zorGGroep Zin) en Huub Boonen (UCLL en zorGGroep Zin) enkele jaren geleden het Rebootkamp. De Vlaamse overheid raakte overtuigd van dit nieuwe concept en besloot geld uit te trekken voor een pilootproject in Limburg.

De eerste twee Rebootkampen werden in 2017 ingericht. In 2018 volgden Antwerpen en Oost-Vlaanderen. In 2019 werd het initiatief uitgebreid naar in totaal vijf regio's in Vlaanderen. Eveneens in 2019 werden er middelen vrijgemaakt om iemand aan te stellen die alle kampen coördineert. Enter Sarah Polders: “De eerste Reboots werden in Limburg georganiseerd, al konden ook jongeren van buiten de provincie deelnemen. Dat stelde ons voor het probleem dat het erg lastig was om de deelnemers goed op te volgen eens het kamp was afgelopen. Sinds drie jaar kunnen Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in hun regio ook Rebootkampen laten doorgaan. De organisatie komt dan volledig in de handen van het plaatselijke CGG te liggen, maar ik help bij de aansturing en ook achteraf met praktische zaken zoals de boekhouding en communicatie naar de overheid.”

“Het aantal jongeren dat risicovol of problematisch gamet stijgt. We kunnen voorzichtig concluderen dat corona daar geen goed aan heeft gedaan. Opeens viel alles weg, maar gamen kon nog wel”

Corona als spelbreker

“In 2019 vonden net als dit jaar 5 Rebootkampen plaats over heel Vlaanderen,” vertelt Sarah Polders. “Corona heeft er noodgedwongen voor gezorgd dat we in 2020 ter plaatse zijn blijven trappelen. Zo waren er concrete plannen om met CGG Kempen een zesde regio in het Rebootverhaal te betrekken, maar corona stak daar een stokje voor. Ondanks alle voorbereidingen konden maar een tweetal Rebootkampen fysiek doorgaan. Om toch wat aan de vraag tegemoet te komen, organiseerden we vorig jaar in december een digitaal alternatief. Voor de jongeren creëerden we een tiental digitale ontmoetingsmomenten, parallel konden ook de ouders vormingen volgen.”

Een digitaal alternatief is beter dan niets, maar het is ook niet optimaal, leert Sarah Polders ons: “De kracht van een Rebootkamp en een hele week met andere jongeren optrekken, is net de ontmoeting en die blijft digitaal toch wat achterwege. Op dag 1 van het kamp komen de jongeren samen, de meesten zonder dat ze elkaar kennen, en al snel merk je dat er onderling een klik is. Er is natuurlijk een groot raakvlak: alle deelnemers zijn verzot op elektronische spelletjes. Maar het Rebootkamp zelf is ook een therapiekatalysator; het uiteindelijke doel is dat op het einde van de week de jongere inzicht krijgt in het risicovolle of problematische van zijn gamegedrag en de impact hiervan, zichzelf en zijn interesses (her)ontdekt en kennismaakt met alternatieve vrijetijdsinitiatieven. Gamen moet terug een gezonde plaats krijgen binnen de eigen tijdsbesteding.”

(Een beetje) gamen is gezond

Wat expliciet niet het doel is van een Rebootkamp: gamen verbieden en diaboliseren. “Gamen an sich is helemaal niet erg. Het heeft tal van voordelen. Het is een ontspannende bezigheid en stimuleert onder andere de creativiteit bij jongeren. Op het Rebootkamp wordt de Playstation, de Switch of de Xbox dus helemaal niet

doodgezwegen. Integendeel: tijdens de week is er tot twee keer toe een moment om twee uurtjes te gamen. Niets mis mee. En voor alle duidelijkheid: er wordt ook steeds een alternatief voorzien. Gamen moet wel terug de juiste proporties aannemen.”

Inschrijven gebeurt bijna nooit door de deelnemers zelf. “Het is vooral de ‘context’ (ouders, leerkrachten, vrienden...) die het probleem detecteert en er last van ondervindt. Het zijn dus nagenoeg altijd de ouders die hun kinderen inschrijven. Voorafgaand aan de inschrijving vindt wel altijd een gesprek plaats met een medewerker van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, het kind en (een van) de ouders.”

“Ouders van kinderen die op Rebootkamp gaan, brengen we met elkaar in contact. We voorzien voor hen ook een educatief gedeelte zodat ze leren wat gamen is en waarom dat nu net zo aantrekkelijk is voor jongeren. Ook tijdens het kamp spelen we actief in op de ouder-kindrelatie: een van de activiteiten is om een brief te schrijven aan elkaar: de jongere naar (een van) de ouders en vice versa. We stimuleren hen daarin om te vermelden waar het de voorbije maanden wel nog goed liep, maar ook te benoemen waar het fout liep en welke mogelijkheden ze zien. De laatste dag van het Rebootkamp staat volledig in het teken van het ouder-kindcontact.”

Ongeveer een maand nadat de Reboot is afgelopen, volgt een terugkomgesprek. Een belangrijke waardemeter, aldus Polders: “Tijdens dat gesprek wordt al gauw duidelijk of de positieve lijn van tijdens het Rebootkamp ook thuis kon worden doorgetrokken: heeft de jongere het gamen effectief een zondere plaats kunnen geven in zijn leven? Is de situatie voor ouders en op school verbeterd? In het ideale geval is het antwoord op deze vragen ‘ja’ en is het Rebootkamp doeltreffend geweest. In het andere geval wordt de mogelijkheid opengelaten om eventueel een individuele behandeling of een gezinstherapeutisch traject op te starten. Met de volledige

groep worden bovendien ook naderhand terugkomdagen georganiseerd.”

“Het is in ieder geval belangrijk dat een gameverslaving goed wordt behandeld. Er is niet meteen wetenschappelijke evidentie dat het later leidt tot een grotere kans op alcohol-, drugs-, of tabaksverslaving, maar gokverslaving zit wel min of meer in dezelfde sfeer. Er is een steeds grotere verwevenheid tussen gamen en gokken door de aanwezigheid van al dan niet verborgen gokelementen in de games. Dat is een gevaarlijke tendens.”

Het zijn toch hoofdzakelijk jongens

Is er veel vraag naar Rebootkampen? Sarah Polders zegt volmondig ‘ja’: “We merken dat het aantal jongeren dat risicovol of problematisch gamet stijgt. Intussen kunnen we voorzichtig concluderen dat corona daar geen goed aan heeft gedaan. Opeens viel alles weg, maar gamen kon nog wel, coronaproof uiteraard. We zijn echter gebonden aan de maximumcapaciteit van 10 deelnemers per Reboot.”

Als we spreken over een jongere met een gameverslaving, dan wordt stereotiep het beeld opgehangen van een jongen. Zijn er ook meisjes die zich verliezen in het overvloedig spelen van elektronische spelletjes? “Ja, maar het is toch vooral een jongenzaak leert de praktijk ons. Schietspelletjes, voetbal... het spreekt meer tot de verbeelding van jongens dan van meisjes. Meisjes kunnen zich dan wel meer verliezen in TikTok-filmpjes, sociale media en dergelijke. Onze doelgroep bakenen we ook sterk af in functie van leeftijd: 14 tot 17 jaar. Oorspronkelijk was het 15 tot 18 jaar, maar we merken dat gameverslavingen zich op steeds jongere leeftijd manifesteren. Overigens, als iemand van 13 jaar zich aanmeldt, gaan we die niet per definitie weigeren. Iemand van pakweg 35 zal daarentegen niet meegaan. Op die leeftijd komen ook gameverslavingen voor, maar die persoon leiden we dan toe naar een ander, individueel, hulptraject.”

Hoe beheers je een onbeheersbare ramp?

TEKST: NICO KROLS – BEELD: SYNTHIA MAES & JONATHAN RAMAEL

Ze willen niemand met de vinger wijzen, maar in de aanpak van corona is er veel fout gelopen waarop we nochtans hadden kunnen anticiperen. Crisisspecialisten legden een lange lijst leer-en werkpunten voor op vraag van de Bijzondere Commissie Covid-19 van de Kamer. Als wake-upcall voor het Belgisch crisismanagement kan het tellen. Er staat ons nog wat te wachten en we zijn niet voorbereid. Zorgwijzer bezocht crisisexperten Marc Sabbe en Hugo Marynissen voor hun kijk op de zaken.

“De goede dingen – want die waren er zeker ook – kwamen te laat op gang”, steekt prof. dr. Marc Sabbe, urgentiearts bij UZ Leuven, van wal. Samen met Hugo Marynissen, professor aan de Antwerp Management School, zetelde hij in de onderzoeksgroep die samen met twee Waalse collega’s pijnpunten optekenden, maar ook concrete beleidssuggesties formuleerden voor de bijzondere Kamercommissie Covid-19. Geen enkel land heeft het optimaal gedaan, staat in hun rapport te lezen, en dus ook België niet.

Ravage en crisis

Als er in België weinig verandert, zal het niet aan het momentum gelegen hebben. Corona richtte een ravage aan in de woonzorgcentra en ontwrichtte de werking van de ziekenhuizen. Ook de laatste klimaatramp noopt ons tot nooit geziene ingrepen in onze gewoonten en omgang met elkaar. De impact is groot op vele levensdomeinen. “We hebben ons in het rapport niet op punctuele onhandigheden geconcentreerd”, zegt Marynissen die tevens post-doctoraal onderzoeker *crisis governance* aan de UAntwerpen is. “Een voorraad maskers die wellicht niet vernietigd had moeten worden, is een detail in het geheel. We hebben de gezondheids crisis opengetrokken naar wat we een systemische crisis kunnen noe-

men. Hoe pakken we als land een crisis van dergelijke omvang aan, of het nu gaat om een virus of overstromingen? Met de overstromingen afgelopen zomer konden we tekortkomingen – gelijksoortig aan die met de coronapandemie – vaststellen die een goed crisisbeheersingssysteem deels of volledig had kunnen ondervangen.”

Systeem tegen systemische crisissen

Punt van het betoog van Sabbe en Marynissen is een systeem in te voeren dat anticipeert op grote crisissen en in werking treedt zodra ze diverse domeinen van de samenleving treffen en de landelijke niveaus overschrijden. Marynissen: “Onze hulpdiensten kunnen 90% van de crisissen aan. Een schoolgevel die instort of een brand in een chemisch bedrijf: de lokale en provinciale rampenplannen doen hun werk, de hulpdiensten zijn snel ter plaatse en doen doorgaans goed afgestemd hun werk. Maar een systemische crisis is van een andere orde. Die dreigt een samenleving lam te leggen. Met politie, brandweer, ziekenhuizen en civiele bescherming komen we er dan niet. Zo’n crisis speelt zich niet in één domein af, maar treft onderwijs, zorgsector, economie, gezondheid, mobiliteit... Moeilijk te overzien allemaal.”

Sabbe vult aan: “Dán heb je een orgaan nodig dat in gang schiet en een heel netwerk kan aanspreken dat vele agentschappen en instellingen bestrijkt. De coördinatie van de hulpverlening in Wallonië was op zich al een ramp omdat federaal niets of niemand bij machte was om op te treden, laat staan wist hoe ze moesten optreden. Wij doen het voorstel om een agentschap op te richten dat, nog voor er zich een crisis voordoet, over alle niveaus heen de lijm is tussen al die agentschappen en instellingen.”

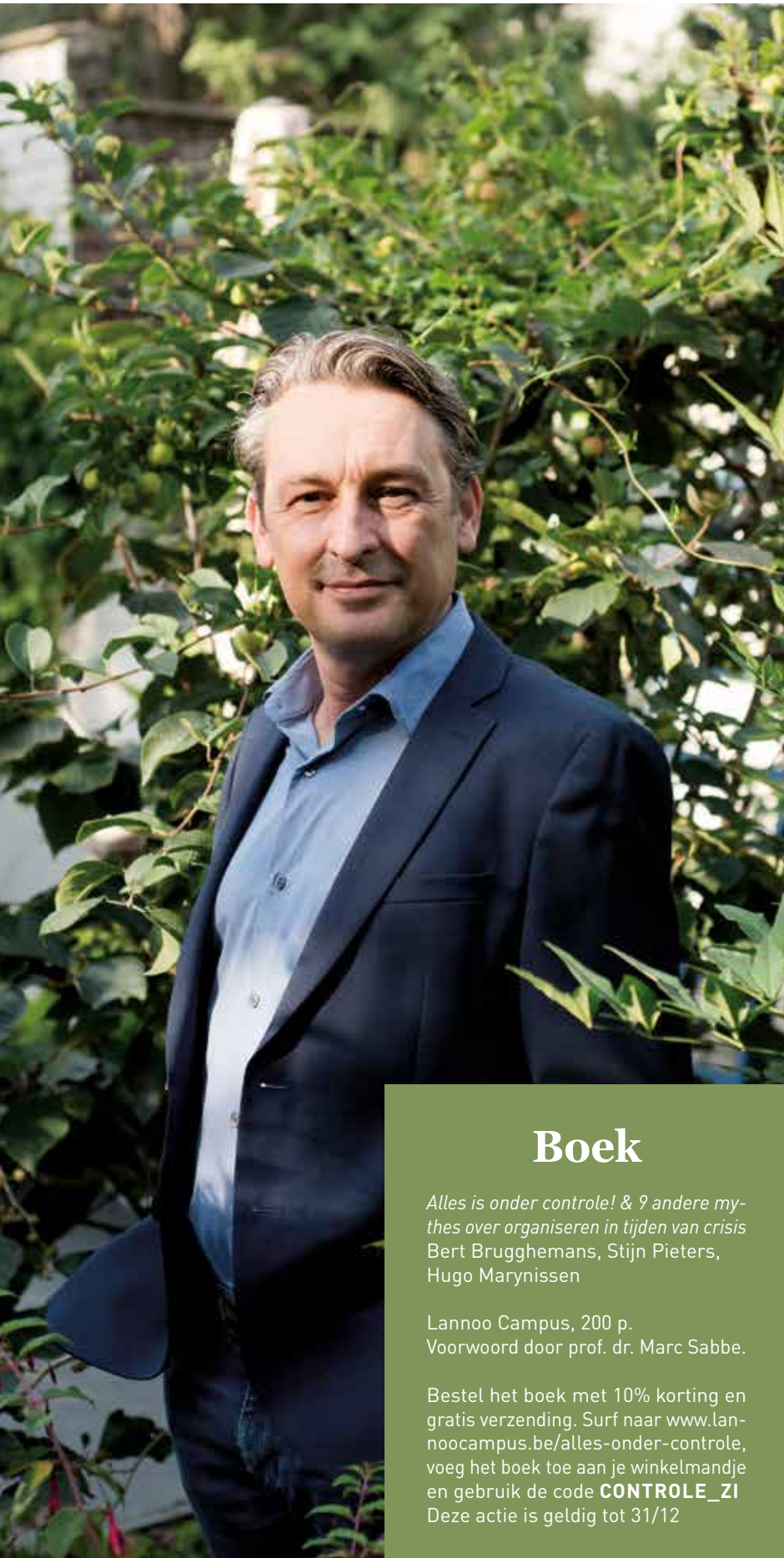
Autoritair en coöperatief

Sabbe geeft toe dat een nieuw agentschap

“Oplossingen voor complexe problemen kosten geld. Maar waar je een probleem aanpakt, kan je ook grotere problemen en dus nog grotere kosten, voorblijven”

al gauw de indruk wekt van een logge overheidsadministratie. “Dat mag het inderdaad niet worden, integendeel. Het moet een snel en performant orgaan zijn dat zich reflexmatig ontplooit in alle betrokken domeinen. Het kind moet een naam hebben. Misschien moeten we het houden op een ‘crisisbeheersysteem’. Als er maar een centraal bevelvoerend orgaan komt dat een modern en efficiënt incidentmanagement kan voeren. Nu doen alle voorzieningen dat op eigen houtje: de spoorwegen, de gas- en elektriciteitsmaatschappijen, de havenbedrijven, noem maar op.”

Met andere woorden, een crisisbeheerssysteem beperkt zich niet tot het geordend in het gelid krijgen van alle hulpdiensten. Met een allesoverheersende crisis, zo bleek, wezen in ons land de lokale overheden naar de gewestelijke, en die wezen op hun beurt naar de nationale, en terug. “Dat stroomlijnen lukt niet door 500 ambtenaren in een *building* in Brussel te steken”, zegt Marynissen. “Misschien lukt het met één of twee kantoren ook wel, het moet vooral zijn werk kunnen doen: autoritair en coöperatief met alle betrokken partijen, binnen en buiten de hulpverlening. In de wetenschappelijke literatuur spreekt men van een NAO, een ‘netwerk administratieve organisatie’. Dat is meer dan enkele partijen die even willen samenwerken; de crux zit hem in het aansturen van dat netwerk. In dat geval spreken we van *network governance*.”



Boek

Alles is onder controle! & 9 andere mythes over organiseren in tijden van crisis
Bert Bruggemans, Stijn Pieters, Hugo Marynissen

Lannoo Campus, 200 p.
Voorwoord door prof. dr. Marc Sabbe.

Bestel het boek met 10% korting en gratis verzending. Surf naar www.lannoo-campus.be/alles-onder-controle, voeg het boek toe aan je winkelmandje en gebruik de code **CONTROLE_ZI**
Deze actie is geldig tot 31/12

Hugo Marynissen: "Met louter een plan los je de crisis niet op. Je moet ook een operationele structuur hebben die de melodie aangeeft waarop elk van de jazzmuzikanten kan variëren."

Jazz

Net als bij corona is het niet de vraag of, maar wanneer een volgende crisis ons treft. De klimaatverandering en de globalisering zijn een feit. Op gezette tijden zullen we een crisis krijgen die veroorzaakt is door een virus, een overstroming, een orkaan, een hittegolf. "De bedoeling van het systeem dat wij voorstellen is dat alle instituten van alle verschillende beleidsdomeinen zich voorbereiden op calamiteiten", bepleit Marynissen. "Een plaag, zeg je? Wel, niet alleen de landbouwsector zal getroffen worden door de vraatzucht van muizen of sprinkhanen, maar ook de voedselvoorziening zal in het gedrang komen, en de rubber- en auto-industrie, enzovoort. Kijk, met louter een plan los je de crisis niet op. Je moet ook een operationele structuur hebben die de melodie aangeeft waarop elk van de jazzmuzikanten kan variëren."

Sabbe springt bij: "De politici hebben bij corona en de overstromingen in Wallonië crisismanager gespeeld. Ze moesten het allemaal nog leren en door die onvermijdelijke improvisatie is er vaak getalmd. Uiteraard moeten beleidslieden nadenken over de te volgen strategie. De regering heeft in het begin van de pandemie terecht naar de virologen en epidemiologen geluisterd, maar ze heeft zich ook te veel ingelaten met beslissingen over details – over ontsmettingsmiddelen en mondkapjes. Die praktische aangelegenheden over hoe je een bevolking kan beschermen, daar zou een politicus zich op dat moment niet moeten mee bezighouden. Dat is voor experts die voor de politici de strategische lijnen moeten aangeven. De experts hebben nu de fout gemaakt in het communicatieve gat te springen. In een crisis waarbij veel evolueert volgens voortschrijdend inzicht



Marc Sabbe: "De lokale vaccinatiecentra die in geen tijd massa's vrijwilligers georganiseerd kregen, de pcr-tests die naar een hoge capaciteit zijn gevoerd: chapeau, dat hebben we goed gedaan."



Crisisnetwerk

De experts pleiten voor een crisisnetwerk dat moet worden opgebouwd vóór een crisis begint. Ze geven het voorbeeld van het Amerikaanse FEMA, een federaal agentschap voor noodsituaties. Zo zouden ministers, kabinetsleden en leidinggevenden in de administratie beter kunnen worden voorbereid op crisisbeheer. Een BEMA of Belgian Emergency Management Agency moet volgens de experts los staan van de FOD Binnenlandse zaken.

Uit het rapport

- Bij het begin van de coronacrisis was er geen echt pandemieplan en oudere plannen waren niet geactualiseerd.
- Er bestonden geen bijzondere nood- en interventieplannen voor een pandemie (zoals voor kernrampen).
- Er is nooit geoefend op een scenario voor een grootschalige virusuitbraak zoals in Nederland.
- Er was onvoldoende coördinatie tussen de verschillende lijnen in de gezondheidszorg. Door de besparingen in de gezondheidszorg zijn er duizenden verpleegkundigen tekort in ons land.
- Er was geen strategische stock aan bijvoorbeeld mondmaskers of virusremmers.
- De onduidelijke verdeling van de bevoegdheden in de volksgezondheids- en welzijnssector bemoeilijkt een samenhangende aanpak.
- Er is onvoldoende samenwerking tussen de lidstaten van de Europese Unie.
- Er is te veel een beroep gedaan op medische experts, en te weinig op bijvoorbeeld psychologen, sociologen of economen.
- Door "een gebrek aan politiek leiderschap" is het vertalen van politieke beslissingen te vaak overgelaten aan experten. Het gevolg: verwarring, afnemend vertrouwen bij de bevolking en polarisatie over de zin of onzin van bepaalde maatregelen.
- Lokale bestuurders werden vaak te laat ingelicht over nieuwe maatregelen, waardoor ze zich onvoldoende konden voorbereiden.
- Er was geen eenheid van commando.

kan het niet anders dat je elkaar nu en dan tegenspreekt of moet terugkomen op eerdere beslissingen of overtuigingen. Dat vergt een leiderschap dat politici dan weer beter aan de dag kunnen leggen; als wetenschapper beland je daarentegen in moeilijk vaarwater.”

Het is echter niet allemaal kommer en kwel volgens Sabbe: “Er is in België veel goeds gebeurd; we willen niemand met de vinger wijzen en we mogen niet alleen maar morren. Sommige dingen hadden we wel degelijk in de schuif liggen, andere zaken hebben we ter plekke uitgevonden. De lokale vaccinatiecentra die in geen tijd massa’s vrijwilligers georganiseerd kregen, de pcr-tests die naar een hoge capaciteit zijn gevoerd: chapeau, dat hebben we goed gedaan. Maar Dehaene’s devies om problemen pas aan te pakken als ze zich stellen is in deze onbruikbaar.”

Marynissen: “De tijd die je nodig hebt om op gang te komen ben je onherroepelijk kwijt, dus die moet je zo kort mogelijk houden. Trouwens, Dehaene dacht wél op voorhand na over de problemen die gingen

komen én over alle mogelijkheden voor oplossingen. Maar hij legde zijn kaarten pas op tafel als het moment daar was. Van dergelijke voorzienigheid hebben we in de coronacrisis te weinig gemerkt.”

Geld

“Veel.” Marynissen antwoordt laconiek op de vraag wat dat allemaal moet kosten. “Oplossingen voor complexe problemen kosten geld. Maar waar je een probleem aanpakt, kan je ook grotere problemen en dus nog grotere kosten, voorblijven. Kijk naar wat er gebeurde bij het ontdekken van de PFOS-lozingen door 3M in Zwijndrecht. Die chemische bodemvergiftiging beslaat een enorme omtrek. Holderdebolder is aan een labo in Nederland gevraagd om massaal staalonderzoek van de bevolking te doen. Dat heeft daarvoor uiteraard een riant prijs gevraagd. Door onderhandeling en het laten spelen van de concurrentie zijn de prijzen voor de coronavaccins gereduceerd kunnen worden tot een vijfde van de prijs die de farmareuzen hadden gedroomd. In Wallonië start de economie sinds de overstromingen traag weer op.

Met een snellere heropstart had geld bespaard kunnen worden.”

Overheid aan zet

Vorbereiding is dus *key*, zoveel is duidelijk. Marynissen: “Grootschalige rampen maken een grote complexiteit van aan elkaar hangende problemen los. Als je daarop voorbereid wil zijn, moet je een denktank hebben die een veelzijdige kijk heeft op wat zich kan aandienen. Het crisiscentrum van Binnenlandse Zaken blijft, door de bevoegdheidsverdeling in ons land, noodgedwongen te veel bij zijn eigen leest. Het mócht bepaalde hulpverlening niet coördineren, wel hooguit ondersteunen. Elke FOD zou een eigen crisisteam moeten hebben – zoals bij sommige bedrijven – die mee passen in een geïntegreerd crisismanagementsysteem.”

Sabbe: “De parlementairen van de commissie aan wie we ons rapport voorlegden reageerden alvast positief. Met de aanvullingen die ze deden kan een werkbaar plan tot stand komen. De overheid is nu aan zet.”

EEN AANRADER VOOR AL WIE ETHISCH WIL NADENKEN OVER MOEILIJKE KEUZES AAN DE UITEINDEN VAN HET LEVEN.



CHRIS GASTMANS

Kwetsbare waardigheid

Ethiek aan het begin en einde van het leven

Ethisch nadenken over leven en dood vereist zorgvuldigheid en diepgang en de aanvaarding dat gemakkelijke zwart-wit antwoorden niet bestaan. Dit boek reikt concrete wegwijzers aan voor het maken van goed overwogen keuzes.

Een basiswerk voor onder meer hulpverleners en studenten gezondheidszorg.

€ 30,00
paperback
208 blz.
ISBN 978-94-6337-281-7

Nu te koop

in de boekhandel of op pelckmans.be

pelckmans.be

 PELCKMANS

“Luisteren naar de ballonnetjes”

TEKST: NICO KROLS – BEELD: JAN LOCUS

Van complexe aangelegenheden maak je je niet af met een eenvoudige oplossing. Als ze toch een methode naar voor mag schuiven, glimlacht professor Lieve Van den Block, dan liefst een die alle niveaus van zorg en leven bestrijkt. Ze maakt deel uit van de onderzoeksgroep Zorg rond het Levens einde aan de VUB en UGent, en is voorzitter van het onderzoeksprogramma Aging and Palliative Care. “Afscheid, rouw en alles in de aanloop naar het einde van ons leven zorgt bij menig Vlaming voor ongemak. De zorgsector moet mee de omslag maken.”

“We praten liever niet over de dood. Met onze vrienden niet, met onze ouders niet, en ook in zorgmiddens blijft onze omgang met het levens einde ingegeven door taboe en stigma. Daarom werken we onze onderzoeken ook uit voor praktische implementatie op de werkvloer in zorginstellingen en daarbuiten. Ons onderzoek en daaruit voortvloeiende trainingen en handvatten richten zich op alle niveaus rond de zorgvrager: op het individu, de organisatie én de maatschappij. Anders leren we nooit met de dood leven.”

Welke tools bestaan er zoal?

“Heel wat van de instrumenten die uit onze onderzoeken binnen de woonzorgcentra ontwikkeld worden zijn vrij toegankelijk – ze staan allemaal online – en wat meer is: hun toepasbaarheid beperkt zich niet tot de woonzorgcentra, ook voor andere zorgvoorzieningen zijn ze bruikbaar. Onze *reflective debriefing tool* is makkelijk om te zetten naar andere sectoren of voorzieningen. Daarmee kan je met de betrokken medewerkers alle belangrijke momenten uit een voorbije gebeurtenis, zoals een overlijden, op een rij zetten en nagaan wat goed liep en wat verbeterpunten zijn.

Ook onze tool voor symptoommeting is zo een vertaling uit de wetenschap en is makkelijk overzetbaar naar de praktijk van de thuiszorg of ziekenhuizen. Bovendien kan je ondersteuning krijgen bij het implementeren van de tools. Je moet namelijk vermijden dat ze een afvinklijstje worden. Hebben we aan alle criteria voldaan? Klaar, op naar de volgende. Zo werkt het niet.”

“Goede palliatieve zorg begint allang voor er van een terminale fase sprake is”


Wanneer en hoe begin je als voorziening aan vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg?

“Sommige mensen vragen zelf om te kunnen spreken over hun toekomstige zorg en levens einde, bij anderen is dat minder het geval. Ook de cultuur of het beleid van een voorziening zijn daarin medebepalend. We kennen prachtvoorbeelden van woonzorgcentra waar vroegtijdige zorgplanning en palliatieve zorg bespreekbaar zijn als onderdeel van de zorg en het leven. Uit ons onderzoek blijkt helaas dat bewoners of patiënten, hun familie en soms zelfs de arts elkaar niet willen ‘lastigvallen met vervelende vragen’. Zo zit iedereen op iedereen te wachten om erover te beginnen. Er is meer sensitieve communicatie nodig. De achterliggende vraag die je je als zorgmedewerker altijd moet stellen: wat is voor iemand belangrijk op welk moment van zijn of haar leven? Dan gaat het niet alleen om de dood maar ook alle fasen daarvoor. Goede palliatieve zorg begint allang voor er van een terminale fase

sprake is. Over wat ze belangrijk vinden – dat kan in kleine dingen zitten – praten mensen wel. Met één gesprek is dat niet uitgeklaard. Dat gesprek zet zich door in de tijd en kan je na een tijd ongedwongen uitbreiden naar het levens einde. Wat willen mensen op de cruciale momenten in hun leven, de medische zorg, hun dagelijkse ondersteuning en zelfs tot na hun dood? Dat hele levenstraject moet bespreekbaar zijn, want een mens bestaat uit één geheel en het medische valt niet altijd te scheiden van het niet-medische.”

Dat lukt toch niet altijd bij iedereen en niet altijd volledig?

“Soms moet je erkennen dat iemand niet bij alles uitleg wil geven. Maar belangrijker is dat je erkent dat dat ook in de tijd kan veranderen. Je kan soms voor jezelf maar de juiste beslissing nemen eens je in een bepaalde situatie zit. Op welk moment wil je niet meer van het woonzorgcentrum naar het ziekenhuis gebracht worden? Dat zijn moeilijke beslissingen en soms heb je ook wat medische informatie nodig om daarover te kunnen nadenken. Er bestaat ook veel verwarring over de verschillende soorten wilsverklaring. Het is daarom belangrijk voldoende informatie te geven en vaak op verschillende momenten. Mensen hebben soms tijd nodig en kunnen ook van mening veranderen. Het is de kunst te luisteren naar de ballonnetjes die mensen oplaten. Als een bewoner in een woonzorgcentrum over een pas overleden vriendin zegt: ‘Wat Mariette is overkomen, zou ik niet willen meemaken’. Zo’n opmerking is het moment om door te vragen. Hoe vaak heb ik me bij mijn moeder niet, met mijn jas al aan, terug neergezet omdat ze zich net op het einde van een bezoek nog iets liet ontvallen.”

A portrait of Lieve Van den Block, a woman with grey hair, wearing a colorful, patterned cardigan. She is looking slightly to the right with a thoughtful expression. The background is a blurred outdoor setting with green leaves.

Lieve Van den Block: "We zijn ziekte en dood in termen van winnen en verliezen gaan bekijken. Wie zijn ziekte niet overwint, is een verliezer en dat wil niemand zijn. En dus is de dood taboe. Dat vind ik een verkeerd narratief."

Het beleid mee in het bad

Het symposium 'Vroegtijdige Zorgplanning, Palliatieve Zorg & Levensende zorg in wzc' op 15 juni 2021 was de basis voor een gelijknamige beleidsnota van de onderzoeksgroep End of Life Care, Vlozo, WVSG en Zorgnet-Icuro. Centrale vraag: hoe kunnen we komen tot nog betere en duurzame implementatie van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levensende zorg voor elke bewoner van onze Vlaamse woonzorgcentra, gestoeld op deskundigheid en empathie? De beleidsnota bevat drie aanbevelingen voor praktijk en beleid om deze "hoe" te beantwoorden.

Implementatie van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levensende zorg vergt engagement van alle betrokkenen in het woonzorgcentrum: raad van bestuur, directie, leidinggevenden, zorg- en andere medewerkers.

Er is nood aan training, coaching en ondersteuningstrajecten, gebaseerd op *evidence informed tools*, op maat van het woonzorgcentrum, en in samenwerking met regionale palliatieve zorgstructuren.

Gepaste overheidsfinanciering voor vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levensende zorg is een voorwaarde, zowel voor de woonzorgcentra zelf als voor de regionale palliatieve zorgstructuren.

Meer informatie: www.endoflifecare.be



Wat is wat?

Vroegtijdige of voorafgaande zorgplanning (VZP)

is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt/persoon, zijn naasten en zorgverlener(s) met als doel het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt/persoon over zijn toekomstige zorg en waarbij uiteindelijk toekomstige zorgdoelen of behandelingsmogelijkheden besproken en/of gepland kunnen worden. Dit kan de besluitvorming bevorderen op een later ogenblik indien er belangrijke beslissingen over zorg of behandeling moeten worden genomen of indien de patiënt/persoon niet meer in staat is zijn wil te uiten. Waar in het Engels gesproken wordt over *advance care planning* (ACP) worden in Vlaanderen de termen 'vroegtijdige zorgplanning' en 'voorafgaande zorgplanning' als synoniemen gebruikt. Een vroegtijdige zorgplanning kan resulteren in het invullen van één of meerdere wilsverklaringen waarvan er in totaal vijf officiële bestaan (de 'negatieve' wilsverklaring, de wilsverklaring euthanasie, de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling, de verklaring voor orgaandonatie en de lichaamsschenking aan de wetenschap), die een persoon vooraf kan stellen.

Palliatieve zorg staat voor een benadering die de kwaliteit van het leven beoogt te verbeteren van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening door lijden te voorkomen en te verlichten, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en existentiële aard. Palliatieve zorg is meer dan het aanbod van gespecialiseerde palliatieve zorgservices die in België bestaan, zoals de mobiele thuisbegeleidingsequipes die gespecialiseerd zijn in het bieden van palliatieve zorg. Het is een bredere benadering die past bij het werk van iedere zorgverlener die in contact staat met mensen die een ernstige of gevorderde aandoening of ziekte hebben.

Levens-eindezorg of terminale zorg is de zorg en ondersteuning die zich richt op de laatste dagen en weken van het leven. Dit is een klein stukje van de palliatieve zorgbenadering. In de praktijk wordt palliatieve zorg vaak verward met terminale zorg.

“Als arts kan je zes jaar gestudeerd hebben zonder iets te leren over sterven. Tijdens de coronapandemie bleek dat een groot hiaat”



Kwaliteit van leven

Hoe raken we af van het taboe over de dood?

“Deze en vorige eeuw is de medische evolutie er sterk op vooruitgegaan, en daarmee ook onze levensverwachting. Zo lang mogelijk leven is blijkbaar erg belangrijk geworden in onze maatschappij. Wie ziek is, kan vechten tegen die ziekte met medische ingrepen en medicijnen als wapens. We zijn ziekte en dood in termen van winnen en verliezen gaan bekijken. Wie zijn ziekte niet overwint, is een verliezer en dat wil niemand zijn. En dus is de dood taboe. Dat vind ik een verkeerd narratief. We zouden ook kunnen bedenken: hoe kan ik zo lang mogelijk kwaliteitsvol leven? Als mensen kiezen voor palliatieve zorg of het stopzetten van een bepaalde therapie wegens te veel impact op hun levenskwaliteit, kunnen we dat ook zien als een moedige beslissing.”

Is dat niet erg persoonlijk bepaald?

“Zeker. Het gaat erom wat jouw kwaliteit van leven bepaalt. Als je tot het uiterste



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:



wil gaan om bijvoorbeeld de geboorte van je kleinkind nog te kunnen meemaken en kiest voor een zware medische behandeling, dan moet dat kunnen. Ook dan moet je te allen tijde van richting kunnen veranderen. Er zijn mensen die al hun hoop op immunotherapie stellen. Er zijn veel succesverhalen, maar evengoed zijn er mensen die enorm afzien van de nevenwerkingen.”

Hoe maak je dan een goed vroegtijdig zorgplan?

“We spreken van planning, geen plan. Plan klinkt te statisch en lijkt of je je traject stap voor stap tot aan je dood vastlegt, quod non. Het is een continu traject en het adagium is: *there is no time like now*. Bespreek het nu, en telkens je er opnieuw aan toe bent, in elke levensfase. Er bestaan hulpmiddelen om je gedachten te ordenen, of om eraan te beginnen, want ja, waar begin je en waarop moet je anticiperen? Rouwkoffers of -hoeken op scholen en in gemeenten zijn al wel bekend, maar we moeten de dood algemeen terug leren omarmen: dat is een opdracht voor het

lokaal beleid, scholen, jeugdbewegingen, de hele zorg- en gezondheidssector, de juridische, sociale en culturele sector...

Het is een zaak van iedereen maar vooral ook van het beleid?

Beleidslui kunnen veel initiëren. Bij de VUB hebben ze zich geëngageerd om een *compassionate university* te zijn. Daarin past een beleid rond overlijden en rouw. De stad Brugge bijvoorbeeld kreeg het label van *compassionate city* en wil zijn burgers duurzaam ondersteunen bij ernstige ziekte, rouwverwerking en verlies. Die begrippen zouden ook in elke medische en paramedische opleiding aanwezig moeten zijn en niet het vak van één gespecialiseerde opleiding voor palliatieve of terminale zorg. Er bestaan mooie voorbeelden, maar voorlopig zien we er geen structurele inbedding of brede uitrol van. Als arts kan je bijvoorbeeld zes jaar gestudeerd hebben zonder iets te leren over sterven. Tijdens de coronapandemie bleek dat een groot hiaat. Veel zorgverleners zien de start van palliatieve zorg als het moment waarop de pijnpomp eraan te pas komt. Nochtans

liggen de kansen beleidsmatig voor het grijpen: in België hebben we de wet op de palliatieve zorg, de wet op euthanasie en de wet op de patiëntenrechten die in elkaar passen. Die structurele voorwaarden van een palliatieve cultuur strekt tot voorbeeld voor het buitenland. We doen er helaas te weinig mee. Daarom hebben wij een beleidsnota opgesteld met onze aanbevelingen voor een duurzame implementatie van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in woonzorgcentra.

“We verdienen onze plek in het zorglandschap”

TEKST: MIEKE VASSEUR - BEELD: JONATHAN RAMAEL

“Het is haar kindje”, dat zinnetje valt in het begin van ons gesprek; en ook wij voelen al snel de warmte en het enthousiasme van zorgmanager Isabelle Picard voor ‘haar’ herstelverblijf Salvator in Hasselt. Samen met algemeen directeur Joeri Fabry vertelt ze hoe waardevol hun aanbod is voor mensen die na een ziekenhuisopname nog niet klaar zijn om terug te keren naar huis, en hoe een centrum voor herstelverblijf – ondanks het gebrek aan Vlaamse subsidies in het kader van het woonzorgdecreet – zo waardevol is in het zorglandschap.

Naast een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf en assistentiewoningen biedt Salvator Welzijnscampus een herstelverblijf met 60 woongelegenheden aan. In 2013 stond Isabelle Picard mee aan de wieg van dat zorgaanbod. Toen Joeri Fabry in 2016 startte, stond de teller op ongeveer 25 woongelegenheden, maar er was geen budget om te groeien. “Omdat de overheid geen financiële middelen vrijmaakte – nog steeds niet trouwens – veroorzaakte dat pittige discussies in onze vzw. Bovendien botsten we tegen de problematiek van een gebrek aan naambescherming en functioneerden we in een kluwen van aangemelde, erkende en de zogenaamde zwarte bedden. Toch besloten we volop in te zetten op ons herstelverblijf en zelf budget te voorzien. Ons geloof in dit concept is immens. We hebben 55 woongelegenheden, al zorgt Covid nu voor een dipje.”

Oriënteren naar huis

“In het ziekenhuis worden de ligdagen alsmäär korter, maar vaak zijn mensen niet voorbereid op hun ontslag: in veel families is opvang niet evident, is de verdere zorg nog niet gepland... Daarom bieden wij een tussenoplossing aan. Mensen die na een

ziekenhuisopname – al dat niet acuut – moeten herstellen van bijvoorbeeld een val of operatie, maar nog niet naar huis kunnen, kunnen bij ons terecht. Ons doel is oriëntatie naar de thuissituatie. Zo vormen we de brug tussen het ziekenhuis en thuis. Hier krijgen ze als het ware een pauze om hun leven te (re)organiseren naar hun thuissituatie. Zowel fysiek als mentaal is dat heel belangrijk. Cliënten kunnen hier 60 dagen verblijven, eenmaal verlengbaar met 30 dagen. Maar de lengte van hun verblijf hangt uiteraard af van hun unieke situatie.

95% van onze cliënten gaat opnieuw naar huis. Als dat toch niet haalbaar blijkt, dan zoeken we met alle partijen een oplossing: de cliënt in de eerste plaats, zijn mantelzorger, de huisarts, de thuiszorgdiensten... Soms verhuizen mensen naar een assistentiewoning, een woonzorgcentrum of naar hun kinderen, maar dan hebben ze tenminste tijd gekregen om daaraan te wennen in plaats van die beslissing na drie dagen ziekenhuisopname te moeten verwerken. Het gevoel van ‘ik merk dat het niet lukt’ geeft ruimte. Het gebeurt ook dat ze nadien naar het revalidatiecentrum gaan om daar verder te revalideren.

Ieder verhaal is uniek en vraagt een specifieke omkadering. Dat is meteen het grootste verschil met kortverblijf, dat bedoeld is om de mantelzorger even te ontlasten. Hier staan het veranderingsproces en de oriëntatie naar thuis centraal. Vanuit kortverblijf stromen mensen vaker door naar het woonzorgcentrum, terwijl ons herstelverblijf daarvoor geen toegangspoort is.”

Multidisciplinaire aanpak

“Doorheen de jaren is de aanvraag tot opname veranderd van een cliënteel met een gemiddelde leeftijd van 88 jaar met voor-

“In het ziekenhuis worden de ligdagen almaar korter, maar vaak zijn mensen niet voorbereid op hun ontslag”

al een orthopedische problematiek naar een jonger publiek met een gemiddelde leeftijd van 74 jaar met een zeer diverse zorgvraag: van een banale heelkundige ingreep tot een amputatie tot een verblijf tijdens een oncologische behandeling...

In de eerste plaats moeten cliënten herstellen en trekken we de verpleegkundige zorg en therapie uit het ziekenhuis door. Vervolgens concentreren we ons op de thuissituatie: welke zorg is er nodig, wat moeten we doen om een veilige thuis te creëren? Onze grootste troef is ons multidisciplinair team, met onder andere een kinesist, ergotherapeut, psycholoog... Cliënten krijgen oefeningen in functie van hun thuissituatie. Iemand die na een val van een heupfractuur herstelt en thuis veel trappen moet nemen, zal hier vooral oefeningen krijgen zodat hij die trappen op en af kan. Oefenen in een open ruimte in een voorziening is één ding, maar als er vijf tapijten in je woning liggen, vraagt dat een andere aanpak. Onze ergotherapeut bekijkt of en welke hulpmiddelen nodig zijn; mensen weten immers niet wat er bestaat. Ze testen samen een kruk of rollator uit, en oefenen meteen met hun eigen materiaal zodat ze dat gewoon worden. Indien nodig gaan we op huisbezoek en geven we advies voor aanpassingen.

We focussen op zelfredzaamheid. Hier speelt onze psycholoog een grote rol, want je mag het mentale luik niet onderschatten. Als mensen een stukje van hun



zelfstandigheid moeten afgeven of als ze lichamelijk veranderen, dan ondergaan ze een rouwproces. Niet iedereen keert na een val of behandeling op dezelfde manier terug naar huis. Dat moeten ze verwerken. Iemand die een amputatie van de vingers heeft ondergaan, leert hier om zelf een boterham te smeren, zodat hij voor zoiets geen hulp moet inschakelen. Als je gevoel van zelfstandigheid wegvalt, dreig je immers weg te kwijnen.”

Rol voor de mantelzorg

“De mantelzorg is cruciaal. Hij neemt het over als wij er niet zijn. We betrekken hem dan ook in onze therapie. Zo leren we hem verzorgingstechnieken aan bij iemand met een stoma. We hebben tweepersoonskamers, zodat ook de mantelzorg hier kan verblijven. Een koppel dat 60 jaar getrouwd is, haal je niet zomaar twee maanden uiteen. Het omgekeerde gebeurt ook, als de mantelzorg ziek wordt of van een operatie moet herstellen, dan kunnen ze allebei bij ons terecht. Wij ontfermen ons over de persoon, de mantelzorg kan rustig genezen zonder zich druk te maken en de zorgketen wordt niet onderbroken.”

Samenwerken groot en klein

“In het begin werkten we vooral samen met het Hasseltse Jessa Ziekenhuis, ondertussen met ziekenhuizen over heel

Vlaanderen. Onze werking is gekend. De eerste jaren hebben we ons gericht naar ziekenhuizen, zodat de instroom quasi volledig via hen gebeurde. Nu verbreden we ons netwerk waardoor ook huisartsen doorverwijzen. En sinds Covid nemen mensen zelf contact op. Ongeveer 10% komt rechtstreeks bij ons terecht.

Zelf kloppen we aan bij verschillende organisaties, al zijn dat zeker niet altijd de grote partners. Inschrijven voor de plaatselijke vrouwenclub, vervoer regelen naar het dagverzorgingscentrum, meedoen met de kaartclub op café, een wekelijkse koffiebabbel met een buurvrouw... ook zulke zaken regelen we in functie van wat mensen thuis nodig hebben. Dat soort kleine aanpassingen zijn vaak heel waardevol.”

Maak het werkbaar

“Een centrum voor herstelverblijf is een erkende voorziening in het Vlaams woonzorgdecreet, maar krijgt in dat kader geen subsidies. Het wordt enkel gefinancierd door dagprijs en RIZIV-nomenclatuur. Cliënten betalen een dagprijs van ca. 62 euro, eventueel met tussenkomst door hun mutualiteit. Omdat Salvator een financieel gezonde organisatie is, kunnen we investeren, maar deze situatie kan niet blijven duren. Sinds 2013 lobbyen we voor een degelijke financiering, maar we lopen steeds tegen dezelfde muur aan. Nochtans

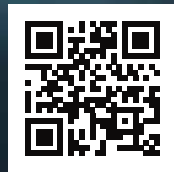
Joeri Fabry en Isabelle Picard: “Sinds 2013 lobbyen we voor een degelijke financiering, maar we lopen steeds tegen dezelfde muur aan. Nochtans hebben we onze rol in de maatschappij bewezen.”

hebben we onze rol in de maatschappij bewezen. Door de verkorte ligduur is deze zorgvorm nodig. Tijdens Covid waren we buffercapaciteit voor de ziekenhuizen, hebben we samengewerkt met het Agentschap Opgroeien zodat jongvolwassenen uit positief geteste gezinnen hier in quarantaine konden en hebben we asielcentra bij een uitbraak geholpen. In het verleden hebben we ook al opvang geboden aan daklozen of bij familiale crisissituaties. Toch blijft onze vraag in dovemansoren vallen.

In het andere knelpunt, de bescherming van onze naam, komt binnenkort wel verandering. Nu bestaan er zo'n 1500 vergunde woongelegenheden, waarvan er 500 erkend en in uitbating zijn. Het nieuwe woonzorgdecreet bepaalt dat tegen 2023 de aangemelde en niet erkende woongelegenheden moeten verdwijnen. We moeten aan heel wat erkenningsnormen en -voorwaarden voldoen, we krijgen inspectie over de vloer en hebben aangetoond dat we erbij horen. Daarom vragen we: maak het werkbaar, want we verdienen onze plek in het zorglandschap.”



Hallo,
ik ben **Kate!**
Ik bespaar je
tijd en geld.
Je vindt
me in
KBC Mobile.



Ontdek Kate hier
in KBC Mobile!



Stel je vraag aan Kate in KBC Mobile.

kbc.be/kate