

Maatschappelijk debat over de zorg van de toekomst

Eindrapport



zorgaanzet.net



INHOUD

WOORD VOORAF

1 HET MAATSCHAPPELIJK DEBAT: PUBLIEKSVRAGEN, CIJFERS EN VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De brede publieksbevraging	4
Avonden van de Zorg: verdiepend debat	5
De rode draad doorheen de resultaten: levenskwaliteit als nieuwe norm	5
Drie invalshoeken, tien thematische clusters	6

2 VOORSTELLEN TOT ACTIES

Verbind het actieve deel van de samenleving met het kwetsbare deel	8
Maak de zorg nabij en laagdrempelig en werk hindernissen weg	10
Maak de zorg menselijk, holistisch en vraaggestuurd	11
Zonder gemotiveerd personeel geen goede zorg	14
Upgrade het patiëntendossier	19
Reorganiseer de zorg voor meer efficiëntie en kwaliteit	21
Verdeel de middelen correcter	23
Sta open voor innovatie in de zorg, maar behoud alleen wat werkt	26
Focus in alle beleidsdomeinen en in alle levenssferen op een gezond en betekenisvol leven	28
Verhoog de gezondheidskennis en zorgvaardigheden bij het brede publiek	29

TOT SLOT	33
----------	----

Colofon

Het participatietraject Zorg aan Zet was een initiatief van Zorgnet-Icuro en werd ondersteund door Levuur, Treecompany en Indiville. Het vond plaats tussen 29 januari en 9 mei 2019. Dit rapport is het eindrapport van Zorg aan Zet.

Tekst: Peter Raeymaekers, Lyragen
Eindredactie: Stef Steyaert, Levuur

Het projectteam van Zorg aan Zet bestond uit : Margot Cloet, Lieve Dhaene, Lore Geukens en Mieke Vasseur (Zorgnet-Icuro), Stef Steyaert, Hade Bamps, Mark Hongenaert en Simon Luyts (Levuur), Michiel Nuytemans (Treecompany) en Jo Steyaert (Indiville)

Woord vooraf

In aanloop naar de federale en Vlaamse verkiezingen gaf Zorgnet-Icuro met Zorg aan Zet begin 2019 het startschot voor een groot maatschappelijk debat over de zorg van morgen. **Zorg aan Zet had als doel het brede debat over zorg aan te vuren.** De campagne zette burgers, zorgverleners en gebruikers aan om na te denken en te discussiëren over ons zorgsysteem, waar we naartoe moeten, hoeveel we ervoor over hebben... Er is geluisterd naar vele ideeën en meningen. Op allerlei fora werd druk gediscussieerd over zorg, en hoe die in de toekomst georganiseerd moet worden.

Waarom een dergelijk participatietraject? Zorg is complex en gelaagd. Alleen door de input van een grote diversiteit aan ervaringen en perspectieven kunnen we zicht krijgen op wat er leeft in de samenleving, onder de mensen, bij de zorgverleners en de zorgorganisaties, wat vandaag en morgen de noden zijn en waar we in de toekomst naartoe moeten. Want het zijn die persoonlijke ervaringen die zorg tastbaar en concreet maken.

Dit rapport presenteert de resultaten van deze brede dialoog met de samenleving en de betrokken stakeholders in de zorg. Het biedt een staalkaart van zaken die de mensen belangrijk vinden, van problemen tot voorstellen van oplossing. De voorstellen tot verbetering en hervorming situeren zich op verschillende domeinen en op diverse niveaus. De conclusies van dit rapport tonen aan dat er een heel breed draagvlak is voor fundamentele hervormingen in zorg en welzijn. Er is dus werk aan de winkel voor de federale, gemeenschaps- en lokale overheden. Maar ook in zorgorganisaties is er nog veel ruimte om nieuwe wegen in te slaan.

Het is aan de beleidsmakers om de signalen uit dit rapport op te pikken en accuraat en tijdig in te spelen op veranderende contexten. Met de voorstellen willen we parlementairen, beleidsmakers en zorgaanbieders handvaten aanbieden voor veranderingstrajecten zodat onze zorg een beter antwoord biedt op de verwachtingen en vragen vanuit de samenleving.

Zorg aan Zet is een initiatief van Zorgnet-Icuro. **Meer dan 40 organisaties uit zorg en welzijn zetten mee hun schouders onder het project.** De volledige lijst van steunende organisaties van het participatietraject vind je achteraan dit rapport. De concrete uitwerking van de methodiek van het maatschappelijk debat was in handen van Levuur, samen met haar partners Treecompany en Indiville. Zij werkten de publieksvragen uit, ontwierpen het online-discussieplatform, modereerden het debat en verwerkten alle binnengekomen ideeën en beleidsaanbevelingen in voorliggend rapport.

Dit project kon alleen maar slagen dankzij de enthousiaste inzet van velen, die – ondanks hun drukke werkzaamheden – tijd vrijmaakten om in dialoog te gaan over de zorg van morgen. We willen iedereen daarvoor van harte danken. We hopen dat we met Zorg aan Zet voldoende duidelijke richtingaanwijzers hebben uitgezet voor de politici die na 26 mei 2019 aan zet zijn.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Etienne Wauters
Voorzitter



1. HET MAATSCHAPPELIJK DEBAT: PUBLIEKSVRAGEN, FASES EN VERWERKING VAN DE GEGEVENS

Als startpunt voor de ideeën en discussiestof voor de live-debatten werden er zes grote uitdagingen geschetst, vertaald in de vorm van zes grote publieksvragen.

DE BREDE PUBLIEKSBEVRAGING

Op 29 januari 2019 werd www.zorgaanzet.net gelanceerd en de campagne aan het publiek voorgesteld. Tot 29 maart 2019 kon iedereen op de website ideeën posten. Daarnaast werden op tal van plaatsen live-debatmomenten georganiseerd, waar mensen aan de hand van een aantal formats en technieken met elkaar in debat gingen over de zorg. Ook de input van die debatten werd geregistreerd op de website. Het publiek kon doorlopend ook stemmen over al ingebrachte ideeën.

Als startpunt voor de ideeën en discussiestof voor de live-debatten werden er zes grote uitdagingen geschetst, vertaald in de vorm van zes grote publieksvragen.

Hoe zorgen we ervoor dat we ziekte en kwetsbaarheid als een normaal deel van het leven gaan beschouwen?

Lichamelijke, geestelijke en sociale kwetsbaarheid maken deel uit van het leven. Toch hebben we vaak moeite om daarmee om te gaan. Hoe maken we dat bespreekbaar op de werkvloer, in scholen, buurten, wijken, verenigingen, gezinnen ... ?

Hoe zullen we onze zorg blijven betalen?

De financiering van de gezondheids- en welzijnzorg staat onder druk. Er gaat steeds meer budget naar de zorg, maar toch zijn er veel behoeften die onbeantwoord blijven. Hoe duurzaam is ons systeem en hoe solidair willen we zijn met elkaar?

Hoe kunnen mensen de juiste zorg krijgen?

Iedereen die zorg nodig heeft, heeft het recht op toegang tot zorg op de juiste plaats, op het juiste moment, in de juiste hoeveelheid. Toch slagen we er niet altijd in om dat voor iedereen waar te maken. Hoe werken we de drempels weg?

Hoe kunnen we alle zorg die mensen nodig hebben goed op elkaar afstemmen?

Wie zorg krijgt, wil graag dat die zorg naadloos verloopt. De overgang van de ene zorgverlener naar de andere of van de ene zorgvorm naar de andere moet vlot gaan, zonder breuklijnen. Hoe zorgen we ervoor dat mensen geen hindernissen ervaren?

Hoe zorgen we dat er voldoende zorgpersoneel is? En hoe kunnen we maken dat zij voldoende tijd hebben voor warme, kwaliteitsvolle zorg?

Te weinig jongeren kiezen voor een zorgberoep. Het zal de komende jaren steeds moeilijker worden om zorgpersoneel aan te werven. En dat terwijl de werkdruk nu al hoog is. Medewerkers in de zorg geven aan dat ze met te weinig zijn om goede en warme zorg te kunnen geven. Hoe houden we de zorgberoepen aantrekkelijk?

Hoe ga je van een systeem dat mensen geneest en behandelt naar een systeem dat mensen gezond houdt?

Onze gezondheidszorg focust sterk op het 'genezen' of ondersteunen van wie ziek is. Preventie krijgt veel minder aandacht en middelen. Moeten we niet veel meer de nadruk leggen op 'voorkomen' dan genezen of behandelen?

De website werd bezocht door 18.964 individuele gebruikers in meer dan 26.600 sessies. Dat resulteerde in bijna 108.000 verschillende bekeken pagina's met een gemiddelde duur van drie minuten. Ongeveer 3.750 individuele deelnemers gaven on- of offline hun ideeën in. Dat resulteerde in totaal in 4.255 ideeën met 2.431 voorkeursstemmen. Verder namen ook tussen de 3.000 en 4.000 personen deel aan Zorg aan Zet-events. De resultaten van al die debatten werden ook ingevoerd op de website.

AVONDEN VAN DE ZORG: VERDIEPEND DEBAT

Dat resulteerde in totaal in 4.255 ideeën met 2.431 voorkeursstemmen.

De ideeën uit de fase van de brede publieksbevraging werden inhoudelijk geanalyseerd. In een eerste fase werd een staalkaart van ongeveer 150 bijdragen op het online platform verzameld in een database en daaraan werden, door het team Levuur, Indiville en Treecompany, thematische codes toegekend.

Het coderen van de berichten en reacties op het online platform gebeurde, in een tweede fase, door een team van 3 codeurs. Zij wezen aan elk van de berichten en reacties één of meerdere van de codes uit het codeboek toe. De codelijst werd verder verfijnd en op punt gesteld door de codeurs op basis van de inhoud van de berichten ('bottom-up'). Er werd gedeeltelijk ook in groep gecodeerd en regelmatig overlegd om subjectieve verschillen in codering tussen codeurs (intercodeursvariabiliteit) te vermijden. Indien nodig werden bepaalde codes door het team herbekeken en opnieuw gecodeerd i.f.v. betere analyses en inzichten.

Vervolgens werden machinelearning-technieken gebruikt om automatisch associaties tussen woorden uit de teksten en de aangeduide codes te leren. Dat classificatiemodel werd dan gebruikt om ontbrekende codes te suggereren voor bepaalde berichten. De codeurs bepaalden uiteindelijk of deze ook effectief werden toegewezen.

Eénmaal alle bijdragen waren gecodeerd werd er inhoudelijk gekeken naar welke groepen van logisch samenhangende bijdragen er op deze wijze ontstond. Dit veronderstelde andermaal een grondig doornemen van alle bijdragen. Uiteindelijk werden alle bijdragen geclusterd in tien thema's.¹

De tien clusters werden gebruikt als input voor de provinciale Avonden van de Zorg die plaatsvonden tussen 19 maart en 28 maart. Die avonden stonden open voor leden van Zorgnet-Icuro, de leden van de partnerorganisaties en het brede publiek. In totaal namen aan de vijf debatavonden meer dan 500 personen deel. Ze discussieerden er over 10 thematische beleidsuitdagingen (zie figuur 1) en zetten hun ideeën om in concrete beleidsaanbevelingen.

Concrete ideeën en acties om die aan te pakken, werden voorgesteld en afgetoetst. De avonden leverden iets meer dan 450 voorstellen op. Die werden verzameld, geclusterd en zijn, samen met de resultaten uit de eerste fase, weergegeven in dit rapport.

DE RODE DRAAD DOORHEEN DE RESULTATEN: LEVENSKWALITEIT ALS NIEUWE NORM

Levenskwaliteit moet de norm worden in de zorg van morgen, het alfa en omega van de zorg, van het levensbegin tot het levenseinde.

Levenskwaliteit moet de norm worden in de zorg van morgen, het alfa en omega van de zorg, van het levensbegin tot het levenseinde. Heel veel deelnemers hebben die rode draad bepleit tijdens zowel de eerste als de tweede fase van het traject. Al wordt niet altijd de term levenskwaliteit als dusdanig gebruikt, vaak duiken varianten op als 'welbevinden', 'zich goed voelen', 'de combinatie van welzijn en gezondheid', 'evenwicht', 'balans vinden in het leven', 'lichamelijk en psychisch fit zijn'.

Levenskwaliteit staat voor het functioneren van mensen op fysiek, psychisch, sociaal en existentieel vlak en op de subjectieve ervaring ervan. Levenskwaliteit wordt beïnvloed door gezondheid, pijn en ongemak, energie en vermoeidheid, psychisch welzijn, gevoel van eigenwaarde, een zinvol bestaan leiden, betekenisvolle relaties hebben, sociaal ondersteund worden... allemaal factoren die we vandaag ook in de zorg centraal stellen.

En die zorg staat onder druk. De noden nemen hand-over-hand toe. Er is de vergrijzing, vereenzaming, toename van chronische aandoeningen en psychische stoornissen, verdunning van het sociale weefsel rondom zieken en kwetsbaren, er is de verdieping van de gezondheidskloof enz. Tegelijk is er vanuit de zorgvragers én de zorgverleners een vraag naar meer warme en menslievende zorg, en zorg op maat. Dat alles maakt dat de zorg overbevraagd en onderbemand raakt, en het allemaal niet alleen aankan.

Het is dus niet alleen een kwestie van betere organisatie, meer handen aan het bed, de patiënt centraal zetten, de middelen efficiënter verdelen... , gezondheid, welzijn en levenskwaliteit moeten daarom ook thema's worden in een breder beleid, over alle beleidsdomeinen heen en tijdens alle levensfasen.

¹ Meer detail over de samenstelling van deze clusters, de achterliggende codes en de mate van voorkomen vindt u in het tussenrapport op de website zorgaanzet.net dat werd opgesteld na de eerste fase.

DRIE INVALSHOEKEN, TIEN THEMATISCHE CLUSTERS

Op basis van die reflecties werden de tien prioritaire beleidsthema's voor de zorg van morgen onderverdeeld in drie grote invalshoeken: maatschappij, zorgethiek en zorgorganisatie.

Figuur 1. Tien prioritaire beleidsthema's voor de zorg van de toekomst



De thematische clusters zijn vooral bedoeld om de resultaten van het debat overzichtelijk te maken. Inhoudelijk is er immers overlap tussen de tien clusters; concrete suggesties kunnen onder meer dan één cluster vallen. De nummering van de clusters impliceert geen graad van meer of minder belangrijk en is enkel bedoeld om de clusters die het meest met elkaar verwant zijn, naast elkaar te kunnen plaatsen.

Clusters met blauwe sterretjes behoren tot de top drie voor wat betreft het aantal keer dat een idee werd geformuleerd tijdens de eerste fase van de campagne (zie tabel 1).

Clusters met grijze sterretjes behoren tot de top drie voor wat betreft het aantal keer een discussietafel tijdens de Avonden van de Zorg (fase 2) een aanbeveling uit deze cluster selecteerde als meest prioritair (zie tabel 1).

Onderstaande tabel vat de cijfergegevens voor elk van de clusters samen, zowel voor wat betreft de brede publieksbevraging (fase 1) als de debatten op de Avonden van de Zorg (fase 2). De cijfers voor de Avonden van de Zorg zijn opgesplitst per provincie.

CLUSTER	Fase 1 - # codes	Fase 2 - # keer een aanbeveling uit deze cluster door een discussietafel als prioritair werd beschouwd					
		A'pen	O-VI	W-VI	Limburg	VI-Br	Totaal
1. Verbind het actieve deel van de samenleving met het kwetsbare deel	415	5	7	2	2	0	16
2. Maak nabije zorg laagdrempelig en werk hindernissen weg	258	4	4	4	5	3	20**
3. Maak de zorg menselijk, holistisch en vraaggestuurd	505**	1	1	2	2	3	9
4. Zonder gemotiveerd personeel geen goede zorg	640***	3	4	3	4	2	16
5. Upgrade het patiëntdossier	118	3	6	4	3	1	17
6. Reorganiseer de zorg voor meer efficiëntie en meer kwaliteit	149	4	3	4	5	4	20**
7. Verdeel de middelen correcter	496*	8	5	4	4	2	23***
8. Sta open voor innovatie in de zorg, maar behoud alleen wat werkt	54	1	3	0	2	0	6
9. Focus in alle beleidsdomeinen en in alle levenssferen op een gezond en betekenisvol leven	246	4	4	3	1	3	15
10. Verhoog de gezondheidskennis en zorgvaardigheden bij het brede publiek	310	3	1	5	2	1	12

2. VOORSTELLEN TOT ACTIES

VERBIND HET ACTIEVE DEEL VAN DE SAMENLEVING MET HET KWETSBARE DEEL

Om erbij te horen, moeten we actief en competitief zijn. Sterk, fit en gezond. We hebben het druk, druk, druk, want we werken hard en daarna ontspannen we ons hard. Ondanks de drukte lacht het leven ons toe, want we kennen welvaart, hebben een groot (virtueel) sociaal netwerk en een gevuld bestaan.

Spreek over een 'mens met een ziekte' en niet over een 'zieke'.

Velen leven echter in een andere realiteit, als gevolg van ziekte, vergrijzing, armoede, isolement en vereenzaming, met weinig opvang en ondersteuning vanuit het eigen sociale netwerk. De gevolgen van die tegengestelde maatschappelijke tendensen blijven niet uit. We dreigen te evolueren naar een verdeelde samenleving: aan de ene kant de gezonde, actieve, hardwerkende personen, aan de andere kant de kwetsbare en zieke mensen. Die evolutie naar twee gescheiden werelden moet worden omgebogen door het actieve deel van de samenleving opnieuw te verbinden met het kwetsbare deel. Ten bate van iedereen, want ook die hardwerkende persoon is kwetsbaar: hij of zij kan van de ene dag op de andere ziek worden of geconfronteerd worden met de ziekte van een naaste.

Vanzelfsprekend is dat een overkoepelend maatschappelijk probleem dat niet beperkt is tot de zorgsector. Maar de zorgsector ondervindt wel elke dag de gevolgen van die groeiende kloof.

7 ACTIES

In de eerste plaats moet de beeldvorming bij de bevolking veranderen en moet kwetsbaarheid bespreekbaar worden. Het is vooral nodig om psychische kwetsbaarheid uit de taboesfeer te halen. Leg de nadruk op inclusie en focus op de kwaliteiten van mensen, want ook kwetsbare mensen hebben nog een belangrijke plaats in de samenleving en mogen niet worden herleid tot hun ziekte, beperking of kwetsbaarheid. Daarin zijn rollen weggelegd voor tal van actoren: de media, het onderwijs, ouders en grootouders, werkgevers en vakbonden, maar ook de overheid en de lokale besturen.

Let op taalgebruik. Mensen kwetsbaar maken begint bij taal. Spreek over een 'mens met een ziekte' en niet over een 'zieke'. Zeg 'een persoon met dementie' en niet 'een demente' of 'dementerende'. We spreken toch ook niet over 'een kankerende'.¹

Lokale besturen moeten positieve beeldvorming stimuleren: breid het beleid voor de dementievriendelijke gemeente uit naar een kwetsbaarheidsvriendelijke gemeente.

Benader de mensen eerst vanuit hun levensverhaal, hun talent, hoe ze van betekenis kunnen zijn, en pas daarna vanuit hun zorgnood. Mensen willen iets terugdoen voor wat ze krijgen. Laat ze eerst geven, van meerwaarde zijn, van betekenis zijn. Daarna kan je bespreken wat daarvoor nodig is, bv. zorg en ondersteuning. Dan accepteren hulpbehoevenden dat gemakkelijker en durven ze al eerder hulp vragen. Die benadering van mensen laat hen in hun kracht komen waardoor ze zich kunnen tonen in hun veelzijdigheid en rijkdom als mens.

Daarbij wordt ook regelmatig verwezen naar de rol die ervaringsdeskundigen en patiëntenverenigingen kunnen spelen, zowel in als buiten de zorg.

Wij verwachten dat de overheid investeert in de vorming en ondersteuning van ervaringsdeskundigheid om die in te zetten in alle sectoren in de zorg (geestelijke gezondheidszorg, armoede, ouderen, familiezorg, gehandicapten). Zij brengen niet alleen ervaringskennis binnen die nauw aansluit en aanvullend is op de professionele kennis van zorgverleners, ze tonen ook dat kwetsbaarheid en leven met een beperking geen redenen zijn om uitgesloten te worden uit de (werkende) samenleving.

¹ Quotes in blauw zijn afkomstig uit de eerste fase van het traject, grijze quotes werden opgetekend tijdens de Avonden van de Zorg.

Mensen die ziek zijn, werkloos of op pensioen - en die ertoe in staat zijn - inschakelen bij particulieren met een zorgnood, tegen een kleine vergoeding.

Er wordt vaak gesproken over werkbaar werk: een te hoge werkdruk brengt steeds meer mensen uit balans, tegelijk is er geen aangepast werk met flexibele opvangsystemen voor wie kwetsbaar is. Soepeler overgangssystemen tussen verschillende vormen van inkomen zijn nodig zodat de kloof tussen werk of geen werk wordt overbrugd, alle mensen een betekenisvolle rol kunnen opnemen in de samenleving en een menswaardig bestaan kunnen leiden. Een mogelijkheid die wordt geopperd is het herschikken van de sociale en andere uitkeringen naar een basisinkomen voor kwetsbare groepen aan de rand van de arbeidsmarkt. Ook (betaald en onbetaald) vrijwilligers- en buddywerk door langdurig zieken en werklozen kunnen daaraan bijdragen.

Voer een flexibeler systeem van ziekteverlof in, zodat je gemakkelijker deeltijds ziek kan zijn.

Mensen die ziek zijn, werkloos of op pensioen - en die ertoe in staat zijn - inschakelen bij particulieren met een zorgnood, tegen een kleine vergoeding. Zo krijgen die mensen de zorg die ze nodig hebben en waarvoor nu ofwel niemand ofwel een betaalde zorg-aan-huis organisatie wordt ingeschakeld. Dat kan ook projecten zoals buddyprojecten, die vaak nogal artificieel gepercipieerd worden, vervangen of aanvullen.

Breng mensen uit het actieve deel van de samenleving ook veel meer samen met personen die kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld door veel meer gemengd en intergenerationeel te gaan samenwonen en dat te stimuleren op stedenbouwkundig, fiscaal en juridisch vlak.

Creëer een nieuw mix van woongelegenheden waarin jong en oud, werkend en niet-werkend, zorgvragend en zorgverlenend naast en door elkaar wonen. Waar verschillende generaties elkaar vinden en ontmoeten.

Organiseer contactmomenten die een maatschappelijke dynamiek op gang brengen, die kwetsbaarheid normaliseren en die stimuleren tot een zorgzame samenleving. Begin er jong mee, onder meer via het onderwijs, maar dé plaats om die contacten te organiseren zijn de buurt, de wijk, de omgeving.

Voorzie in het onderwijs dat jongeren 'voldoende' uren op een 'niet-vrijblijvende' manier kunnen doorbrengen met mensen die zorg nodig hebben.

De overheid zou structurele ondersteuning moeten voorzien voor zorgzame initiatieven in bepaalde buurten zodat een cultuur van zorgen voor elkaar wordt gecreëerd, voor de kleine en mogelijk ook grote noden. Initiatieven die inzetten op buurtactivatie, verbondenheid creëren en eenzaamheid tegengaan.

MAAK DE ZORG NABIJ EN LAAGDREMPELIG, EN WERK HINDERNISSSEN WEG

Iedereen die zorg nodig heeft, heeft recht op toegang tot zorg op de juiste plaats, op het juiste moment, in de juiste hoeveelheid. Toch slagen we er niet altijd in om dat voor iedereen waar te maken.

Vandaag vallen heel wat mensen uit de zorgboot. Ze hebben geen toegang tot de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben. De redenen zijn divers: mensen kunnen de zorg niet betalen, vinden hun weg niet in het aanbod, worden van het kastje naar de muur gestuurd, lopen verloren in het doolhof van zorgverleners en zorginstaties, botsen op wachtlijsten of hebben zelf niet eens door dat ze hun levenskwaliteit kunnen verbeteren via gepaste zorg en ondersteuning.

Toeleiding, coördinatie en opvolging zijn kernelementen om tot die laagdrempelige en persoonsnabije zorg te komen. Om dat praktisch mogelijk te maken, is een toegankelijk en lokaal zorgaanbod cruciaal, gecombineerd met aangepaste coaching.

ACTIES

Er zijn talloze pleidooien voor zorgzame buurten waar professionele en informele zorg verbinding maken en zorgvragers laagdrempelig hun toegang vinden tot zorg. Buurtgerichte zorg leidt tot een betere zorgafstemming, maakt leemtes en overlappingsen zichtbaar, verhoogt de efficiëntie, laat gezondheidszorg en welzijnszorg naar elkaar toegroeien en gaat versnippering tegen. Bovendien zal in een zorgzame buurt het sociaal weefsel herstellen, de anonimiteit en eenzaamheid verminderen en ontstaat er een sociaal kapitaal waardoor mensen langer, gezonder en gelukkiger leven.

Een wijkgebonden ontmoetingscentrum met breed onthaal en ambulante zorg in één gebouw. Een voordeur, zonder stigma.

Organiseer de zorg wijkgericht, vertrekkende van de noden en behoeften van de wijk/buurt waar zorgverstrekkers en welzijnswerkers samen verantwoordelijk zijn voor de gezondheid en welzijn van de bewoners op basis van forfaitaire betaling. Daardoor zal preventie vanzelf op de voorgrond treden.

Gebruik de bestaande kracht van de buurt om de zorg lokaal te versterken. Stel de bestaande infrastructuur hiervoor open en geef de zorgzame buurt een kans. Waarom zou met zorg niet lukken wat in andere domeinen wel lukt (bv. buurtinformatienetwerken)?

Goed georganiseerde zorgzame buurten bieden voor alle zorgactoren en -organisaties, en in het bijzonder die uit de eerste lijn (huisarts, apotheker, thuisverpleegkundige, kinesist...), een betere toegang tot zorgvragers met niet-erkende noden. Buurtzorg stimuleert proactief werken. Dat leidt uiteindelijk tot een betere zorg die meer gericht is op preventie en die de thuiszorg versterkt. Daardoor vermindert de ongelijkheid in de zorg, wordt bespaard op het curatieve en worden mensen meer empowerd, zowel op het vlak van gezondheid als van zorggebruik. Buurtzorg vraagt een reorganisatie van het lokale zorglandschap.

Mobiliseer het potentieel dat aanwezig is in de buurt voor de zorg aan mensen met een zorgnood. Als aanvulling of vervanging van mantelzorg en professionele zorg. Om de cohesie van de buurtzorg te versterken, moet ook de professionele zorg op buurtniveau worden georganiseerd, bv. via wijkverpleegkundigen. Buurtzorg faciliteren door als overheid, lokaal en regionaal meer in te zetten op lokale dienstencentra, huisartsencentra, wijkgezondheidscentra... eerder dan het werkveld te versnipperen over talloze gezondheidszorgwerkers.

Het belang van een centraal zorg- of onthaalpunt wordt benadrukt. Vaak wordt dat in fysische termen uitgedrukt met de organisatie van een centrale onthaalfunctie onder de vorm van een lokaal dienstencentrum voor zorginformatie, eventueel zelfs aangevuld met een ambulante zorgaanbod.

Vraagsturing draait om de bereidheid van zorgprofessionals om te achterhalen wat de zorgvrager of zijn/haar naasten werkelijk nodig hebben.

Een wijkgebonden ontmoetingscentrum met breed onthaal en ambulante zorg in één gebouw. Een voordeur, zonder stigma. Op de gelijkvloerse verdieping onthaal en informatie, op de eerste verdieping de arts, verpleegkundige en kinesist, op de tweede verdieping de socioloog.

Anderen pleiten voor het herdenken van het model van de wijkgezondheidscentra met een financieringsmodel dat inzet op multidisciplinaire samenwerking, preventie en volksgezondheid. Er wordt ook aandacht gevraagd voor de uitbouw van digitale zorgplatformen op buurtniveau, waarbij iedereen toegang krijgt tot lokale zorgmogelijkheden (professioneel, ondersteuning zelfhulp, mantelzorgers, lotgenoten, vrijwilligers...). Een dergelijk platform kan ook worden gebruikt om zorgnoden en zorgsignalen door te geven of om overleg te faciliteren.

Sommigen stellen een buurtcoach voor, een onafhankelijke vertrouwensfiguur/coördinator die mismatches tussen zorgnoden en zorgaanbod op wijk/buurtniveau aanpakt, de zorgkwaliteit bewaakt en de samenwerking tussen professionele en vrijwillige zorgverleners stroomlijnt.

Laagdrempelige en nabije zorg houdt voor veel zorgvragers – vooral patiënten met chronische ziekten, personen met een complexe pathologie, kwetsbare mensen, mensen met psychische problemen... – ook in dat ze beroep kunnen doen op een nabije coördinerende zorgverstrekker die hen kan begeleiden en coachen, hetzij in langdurige trajecten, hetzij in trajecten over de grenzen van welzijn, zorg en sociale rechten heen.

Een coach/trouwenspersoon/centraal aanspreekpunt voor mensen met zware, complexe en/of langdurige zorgnoden. Iemand die goed zijn weg kent in het zorglandschap en daarin vraaggestuurd kan gidsen en drempels uit de weg kan ruimen. Het zorglandschap is voor gebruikers en zelfs voor diensten al te vaak een onoverzichtelijk kluwen waarin een kat zijn jongen niet meer terugvindt. Bovendien worden er voortdurend allerlei administratieve drempels en hindernissen opgeworpen die het voor mensen in moeilijke levenssituaties moeilijk of onmogelijk maakt om aan de meest optimale zorg en ondersteuning te raken.

MAAK DE ZORG MENSELIJK, HOLISTISCH EN VRAAGGESTUURD

Achter elke patiënt, cliënt of bewoner schuilt een mens. Zoek in de zorg naar die mens en behandel die persoon op een geïntegreerde manier door niet enkel de lichamelijke maar ook de geestelijke, sociale en existentiële noden aan te pakken. Die zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, beïnvloeden elkaar voortdurend en vormen samen de belangrijkste componenten van levenskwaliteit.

Warme en goede zorg begint en eindigt bij zorg die aangepast is aan de behoeften van de zorgvrager. Daarbij moet je er rekening mee houden dat elke mens uniek is en dat iedereen zijn of haar eigen noden en behoeften heeft die bovendien in de tijd kunnen wijzigen. Vraagsturing draait om de bereidheid van zorgprofessionals om te achterhalen wat de zorgvrager of zijn/haar naasten werkelijk nodig hebben. Wat ze zelf nog kunnen beredderen, waarvoor ze hun eigen sociaal netwerk kunnen inschakelen, en waar de professionele zorg moet overnemen.

In de praktijk blijkt dat geen gemakkelijke oefening. De zorgsector bestaat uit vele aparte sectoren en aanbieders, elk met hun eigen aanbod, organisatie, financiering en specifieke regels. Dat komt eens te meer tot uiting wanneer mensen van de ene zorgomgeving in de andere terechtkomen, bv. van het ziekenhuis terug naar huis of van thuis naar een woonzorgcentrum. Bij die overgangen betekent menselijke zorg in de eerste plaats naadloze en gecoördineerde zorg, waarbij overleg en communicatie essentiële voorwaarden zijn om dat waar te maken.

Vraaggestuurde, menselijke en holistische zorg krijgt slechts een kans als zorgverleners over de muurtjes van de eigen organisatie durven te kijken en hun comfortzone willen verlaten om met anderen samen te werken.

ACTIES

Heel wat aandacht gaat naar de patiënt als mens en het organiseren van de zorg met de patiënt, veeleer dan los van de patiënt, zodat mensen zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Er wordt gepleit om ruimte te geven aan de concrete noden, behoeften en beslissingen van de persoon zelf en hen daarbij, indien nodig, te ondersteunen en dat ook regelmatig te herbekijken en te bespreken.



Organiseer
zorginstellingen
vanuit de noden
van de patiënt in
plaats van
de medische
disciplines.

Ik ben ervan overtuigd dat investeren met tijd en middelen in een eerste kennismaking, een echt gesprek en het in kaart brengen van de problematiek, de basis vormen voor een duurzame vertrouwensband. Een band die net heel belangrijk is om de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment te kunnen aanbieden. Mensen met een kwetsbaarheid en zorgnood weten nog te vaak niet waar ze heen kunnen wanneer ze een acuut probleem hebben. Een vertrouwenspersoon die bij de eerste noodkreet een vertrouwensband weet te creëren ... ik ben er haast van overtuigd dat dat een investering is die zichzelf in latere fasen terugverdient.

Een context creëren waarbinnen de persoon met een zorgbehoefte, indien hij dat wenst, zelf de leiding neemt over het zorgproces. Inzetten op de veerkracht van de persoon met een zorgbehoefte, maar ook op die van zijn omgeving (mantelzorger).

Belangrijk is ook de verdere promotie van het concept 'shared decision making' of 'kiezen in overleg' bij zowel zorgvrager als zorgprofessional. Dat is het concept waarbij beslissingen over behandelingen en zorg door zorgvrager en arts/zorgverlener samen worden genomen. Het verhoogt de betrokkenheid van patiënten bij hun behandeling en doet de therapietrouw toenemen. Echt samen beslissen wordt gemakkelijker als patiënten de mogelijkheid krijgen om zelf toevoegingen te doen aan hun medisch dossier.

We moeten sensibiliseren rond (shared decision making), beslissingen samen nemen, de patiënt samen met de zorgverlener.

Wat is het belangrijkste volgens de patiënt in deze omstandigheden? Neem tijd om dat te achterhalen. Betrek de patiënt (als hij/zij dat wenst) bij de behandelingskeuze en maak tijd voor een gesprek. De beslissing kan misschien nog even wachten? Een voor een buitenstaander op het eerste gezicht praktisch probleem kan voor ouderen zwaar wegen, als een aanslag op hun zelfredzaamheid ervaren worden en een rol spelen in de behandelingskeuze.

Door rekening te houden met wat mensen zelf belangrijk vinden. Dat is belangrijk omdat de zorg zo meer kans op slagen heeft aangezien er aan de juiste doelen wordt gewerkt. Mensen zijn dan meer gemotiveerd. Het is ook belangrijk niet alleen rekening te houden met de eigen levensdoelen, maar ook met de waarden, normen en voorkeuren van de persoon en de persoonlijke levenssituatie.

Door patiënten ook schrijfrecht te geven in hun eigen medisch dossier kunnen we hen mee betrekken in het gezondheidsproces. Dan worden gedeelde beslissingen in de zorg echt mogelijk. Een voorwaarde is wel dat zowel zorgverstrekkers als zorgvragers daarin worden gesensibiliseerd. Dat is pas een echte uitdaging.

Pas het model Wraparound Care toe. Dat kan worden ingezet bij zowel complexe als minder complexe zorgproblematieken. Wraparound Care stemt zorg en dienstverlening pas op elkaar af nadat met de cliënt en zijn of haar omgeving een aantal stappen zijn gezet om de grip op het eigen leven te behouden of weer te verkrijgen. De eigen kracht en die van de omgeving van de zorgvrager (gezin, familie, naasten, sociaal netwerk...) staan centraal, pas daarna wordt gekeken welke professionele zorgverleners moeten worden betrokken (zie ook www.movisie.nl/teool/wraparound-care-model).

Zorgverleners sensibiliseren voor 'kiezen in overleg' is één ding, de competenties hebben om de zorgvrager op een holistische en emancipatorische manier te benaderen is nog iets anders. Daaraan moet in de opleiding van zorgprofessional meer aandacht worden besteed.

Professionals moeten worden opgeleid in overleg, in gesprekstechnieken om de dialoog beter te voeren en te luisteren.

In de opleiding moet naast het accent op cure (nodig om de zorgtechnieken te kennen) veel meer aandacht gaan naar care-core: wat wil de patiënt/bewoner/cliënt?

Presentie moet een attitude worden, aandachtzorg de standaard. Daardoor zullen ongewenste opnames en hospitalisaties worden verminderd, is er een betere zorgbeleving en neemt de gezondheid en tevredenheid van de zorgvrager toe, maar ook die van de hulpverlener.

Organiseer het zorgonderwijs anders. Minder aandacht voor verpleegtechniek, meer voor attitude, bejegening en relationele aspecten. Daardoor zal de zorg automatisch 'warmer' worden, de tevredenheid en het geluk van de zorgvragers stijgen. Bovendien zullen de zorgmedewerkers ook meer voldoening krijgen en gemotiveerder zijn. Gelukkige zorgmedewerkers = gelukkige zorgvragers.



Een verregaande samenwerking tussen zorgorganisaties zal nodig zijn om de omslag te maken van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde en geïntegreerde zorg. Sommigen menen zelfs dat alleen een grondige reorganisatie van het zorglandschap soelaas kan brengen. Er is een sturende rol weggelegd voor de overheid: zij moet de transitie naar patiëntgestuurde zorg inzetten of voortzetten door de regelgeving en de toegekende budgetten te enten op patiëntennoden, bij zorginspecties de nadruk te leggen op het tegemoetkomen aan vraagsturing en de ervaringen van patiënten te laten meetellen bij kwaliteitsevaluaties van zorgorganisaties.

Als zorgorganisaties op een manier gaan samenwerken die ten goede komt aan de zorgvrager, zijn we op de juiste weg. Als zorgorganisaties op een manier gaan samenwerken die ten goede komt aan de organisaties zelf, zijn we op een doodlopende weg.

Organiseer zorginstellingen vanuit de noden van de patiënt in plaats van de medische disciplines. Zorg voor gepaste trajectbegeleiding voor patiënten met multiproblematiek. De extra investeringskost kan worden gecompenseerd door de prestatiegeneskunde in te perken en de efficiëntie te verhogen. De patiënt centraal stellen moet de praktijk zijn.

Door de patiënt centraal te zetten en zorgbudgetten toe te wijzen aan patiëntennoden zal het zorglandschap zich vanzelf aanpassen. Volgens de noden kunnen de budgetten geleidelijk worden opgeschaald, worden de middelen efficiënter ingezet en komt er ruimte vrij voor preventie. De overheid kan starten met wel-afgebakende proefprojecten, bv. rond depressie, prostaatkanker, COPD (een chronische longaandoening). Een mogelijkheid is eveneens om de persoonsvolgende financiering verder uit te breiden.

Laat patiënten participeren bij het controleren en evalueren van zorginstellingen.

Sommigen pleiten ervoor om een specifieke zorgcoach in leven te roepen die de hele familiale en sociale context rond de zorgvrager meeneemt. Op die manier kan de aangeboden zorg beter aansluiten op de individuele noden en wensen van zorgvragers en hun omgeving. Een meerderheid lijkt echter gewonnen om de zorgcoördinatie te laten opnemen door het bestaande team van zorgprofessionelen, mantelzorgers en de zorgvrager zelf, waarbij de best geplaatste persoon – afhankelijk van de context – de zorgcoördinatie opneemt. Anderen pleiten ervoor dat zorgvragers een vast zorgteam aanduiden.

Laat patiënten
participeren bij
het controleren
en evalueren van
zorginstellingen.

De zorgsector is overgereguleerd. De zorg voor het systeem primeert op de zorg aan de zorgvrager.

De zorgcoach is geen goed idee. Lanceer geen nieuwe functie, maar ga samen op pad. Geef op een professionele manier aan wat kan en niet kan, en wees transparant. Door weer iets nieuws te lanceren, zien we op de duur door de bomen het bos niet meer. Gebruik op een efficiënte manier de competenties die er zijn, ga weg van nieuwe functies, maar zet in op rollen. De persoon met de meeste competenties neemt de zorgregie, maar laat de keuze van de regisseur zoveel mogelijk over aan de wensen van de patiënt en verduidelijk wat van die regisseur kan worden verwacht en wat niet.

We moedigen de patiënt/mantelzorger/naaste familie aan om een vast zorgteam rond zich aan te duiden en de samenstelling ervan in het zorgdossier op te nemen. Dankzij een vast zorgteam is de patiënt beter geïnformeerd, moet hij/zij niet alles herhalen tegen de mozaïek aan individuele zorgverleners die over de vloer komen, stijgt de kwaliteit van de hulpverlening en kan de patiënt – indien hij of zij dit wenst – toegang krijgen tot het gemeenschappelijk zorgdossier.

Er wordt ook regelmatig gewezen op de specifieke situatie m.b.t. het levenseinde, de grenzen aan genezen, vroegtijdige zorgplanning en het tijdig opstarten van palliatieve zorg.

De juiste zorg verlenen betekent ook vroeger schakelen van cure naar care. Er zijn immers grenzen aan genezen. De acute sector kaapt heel veel middelen weg omdat we niet tijdig de boog maken van levenskwantiteit naar levenskwaliteit. Denk maar aan de populatie zwaar hulpbehoevende, multi-pathologische ouderen die we daardoor laten aangroeien. Niet zelden tegen de zin van de ouderen zelf in.

Stop de hardnekkige therapeutische ingrepen als er geen genezing mogelijk is. Die zijn niet goed voor de patiënt en evenmin voor de centen van de samenleving.

Introduceer de PICT-schaal (instrument voor het meten van palliatieve zorgnoden) met bijhorende financiering van de drie palliatieve statuten om palliatieve patiënten vroeger te detecteren zodat niet zozeer met levensverwachting, maar levensdoelen rekening kan worden gehouden en het leven zo kwaliteitsvol mogelijk kan verlopen tot het einde.

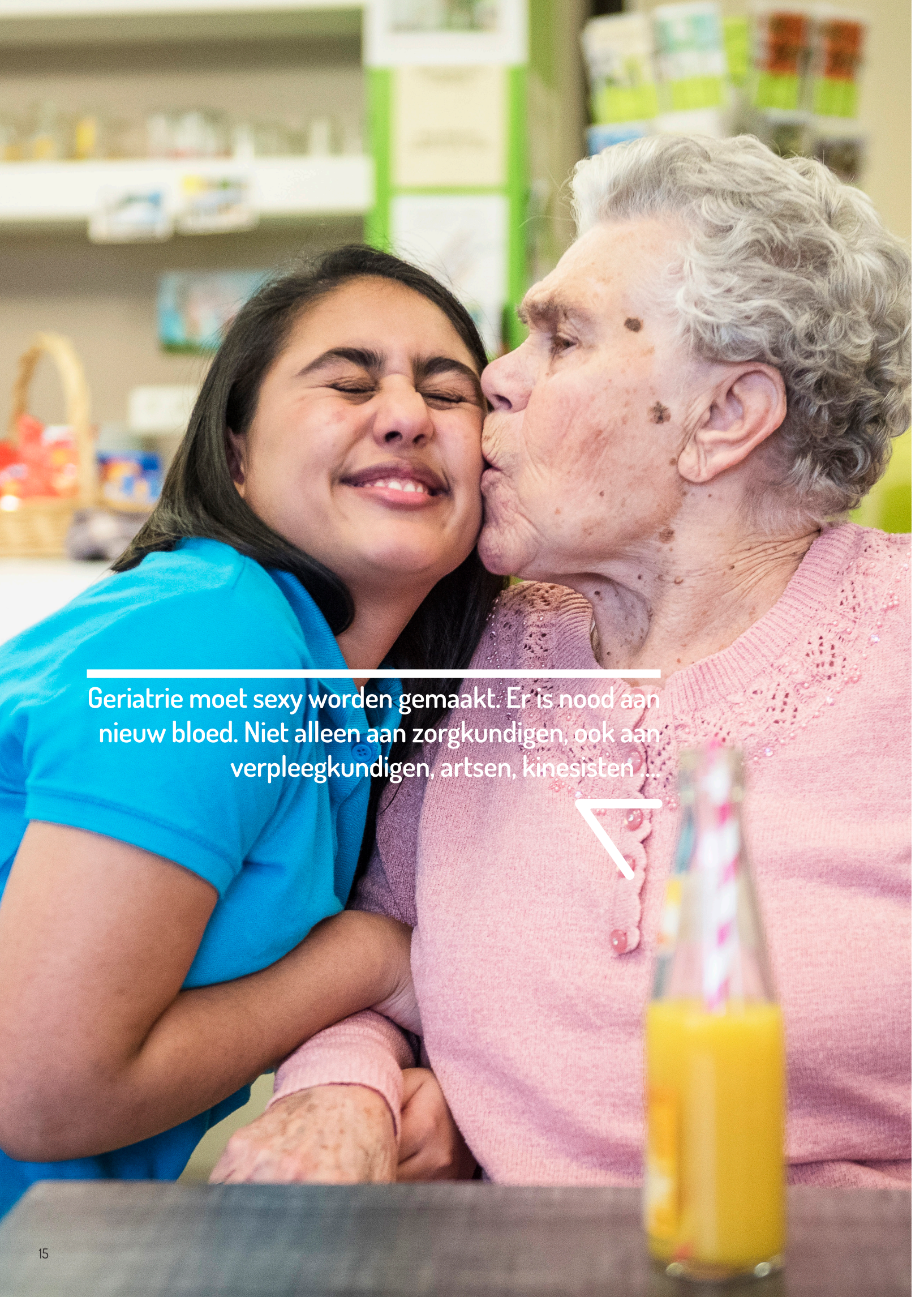
ZONDER GEMOTIVEERD PERSONEEL GEEN GOEDE ZORG

Zorgverleners slagen er, naar eigen zeggen, hoe langer hoe minder in om het soort zorg te geven die ze zouden willen geven: warme en kwaliteitsvolle zorg. Het ontbreekt aan tijd, middelen en personeel. En het lijkt er niet op te beteren. Diverse zorgberoepen staan bovenaan de lijst van de knelpuntberoepen. De instroom dreigt niet langer de uitstroom te dekken. Dat betekent nog minder zorg handen voor nog meer werk. Daarom zijn alle hoofden, harten en handen van al die zorgmedewerkers broodnodig.

Hoe ver kunnen we de boog nog opspannen? Want ook zorgverleners hebben hun grenzen. Ook zij zijn 'maar' mensen en dus 'feilbaar'. Naast de oproep voor meer mensen, en bijgevolg meer tijd, worden ook heel wat suggesties gegeven om het werken in de zorg aantrekkelijker én werkbaarder te maken: meer teamwerk, meer autonomie, minder administratie, een andere manier van (samen-)werken, zodat warme en mensvriendelijke zorg opnieuw mogelijk wordt, en zorgverleners langer in het werkveld blijven. Kortom, geef zorgverleners de tijd, ruimte en middelen zodat de zorg terug de inhoud krijgt die ze verdient.

ACTIES

Zonder meer personeel geen warme zorg en dat gaat niet enkel ten koste van de patiënt, maar ook ten koste van het personeel dat op die manier motivatie verliest, uitgeput raakt en afhaakt. We dreigen in een vicieuze cirkel te raken. Daarom is er een breed pleidooi om de basisnormering aan te pakken: per zorgvrager moeten meer zorgverleners worden gefinancierd. De herziening van die normering geldt voor zowel verpleegkundigen, logistiek personeel als zorgkundigen.



Geriatric care must be made sexy. There is a need for new blood. Not only for caregivers, but also for nurses, doctors, kinesiologists ...



Ondertussen weten we heel goed hoeveel mensen door één zorgdrager kunnen worden verzorgd op een menslievende holistische manier. Gemiddeld is dat één voor zes à zeven. Waarom is in België één zorgdrager nog altijd verantwoordelijk voor elf à twaalf zorgvragers? Zorg eerst dat er voldoende personeel is voor het zorgwerk. Zorgwerk dat zich mag richten op de gehele persoon en zijn netwerk.

De normen moeten worden aangepast. Daar hangt alles mee samen. Een betere normering leidt tot een betere zorgkwaliteit, verbetert het imago van de zorgberoepen, verlaagt het ziekteverzuim, verhoogt de retentie (meer instroom - minder uitstroom).

Aanpassen van de normen moet volgens anderen gepaard gaan met ruimte voor nieuwe, creatieve zorgmodellen die leiden tot meer samenwerking, betere coaching, autonomie en empowerment van de zorgverlener. In plaats van diploma's en titels moeten competenties, talent, teamwerk en motivatie worden gehonoreerd. Zo zullen individuele zorgverleners zelf meer verantwoordelijkheid opnemen, en fier en tevreden zijn over hun werk. Het belang van goed leiderschap kan daarin niet worden overschat.

Naast een basis voor normering moet de overheid ruimte toelaten voor een creatieve herdenking van de zorgorganisatie. Liefst 'out-of-the-box' met de nodige garantie voor kwaliteit, patiëntvriendelijkheid en geïntegreerde zorg op teamniveau.

Soepeler normering moet toelaten nieuwe zorgmodellen te faciliteren met interdisciplinaire teams, geleid door teamcoaches met de juiste skills om medewerkers te empoweren met autonomie en goesting. Alles in functie van de persoon met een zorgnood.

Organiseer zorgfuncties en zorgtaken niet langer vanuit behaalde diploma's, maar vanuit talenten, competenties en motivatie. Laat anciënniteit minder meespelen. Daardoor creëer je een betere instroom en verhoogt de 'houdbaarheidsdatum' van zorgpersoneel.

Voer gelijkwaardigheid in binnen teams. Elk lid is belangrijk. Erken en honoreer talent, ownership, verantwoordelijkheid, zelforganisatie, competentie 'Zorg voor de zorg' in je teams en organisatie. Daardoor zullen organisaties en instellingen veel meer gedragen worden door hun personeel. Ga weg van het pure medische model en maak niet alles zuiver taakgericht.

Zet in op rollen in plaats van functies. Vertrek vanuit een ja-cultuur en zorg voor een inspirerende teamcoach die elk afzonderlijk lid begeleidt maar tevens het hele team. Leidinggevend moeten de ruimte krijgen om als teamcoaches op te treden, en niet langer louter als functioneel leidinggevend.

Investeer in de opleiding van leidinggevend in de zorg: het accent ligt te veel op de 'managerrol' en te weinig op het respecteren en motiveren van de werknemers. Veel leidinggevend voeren een autoritair beleid en werknemers raken gedemotiveerd. Burn-outs zijn het gevolg, en die vormen geen goede reclame voor het beroep!

Veeleer een minderheid zet een betere verloning op de agenda als hefboom om de zorgberoepen aantrekkelijker te maken.

Het lijkt er vandaag soms op dat er niet ernstig meer kan worden gepraat over een forse loonsverhoging voor het zorgpersoneel. Nog steeds verwacht men dat de return hoofdzakelijk moet gehaald worden uit de aanmoedigende waardering en schouderklopjes die men occasioneel krijgt. Gemakshalve wordt voorbijgegaan aan de perceptie die een maatschappij heeft als het over 'geld' gaat. Hoe hoger de verloning, hoe hoger het aanzien van de job.

Er zijn ook heel wat reacties die aangeven dat de beperkte tijd die er is, nog te vaak wordt gebruikt voor zaken die efficiënter kunnen. Er zijn heel wat ideeën die pleiten voor administratieve vereenvoudiging zodat zorgpersoneel daarmee niet te veel tijd verliest. Vooral het vele 'geregistreer voor van alles en nog wat' is kop van jut.

Voorwaarde is wel dat het digitaal patiëntendossier een gedeeld dossier wordt en uitmondt in een 'zorgdossier' dat alle zorgaspecten rondom de zorgvrager bij elkaar brengt.

De zorgsector is overgereguleerd. De zorg voor het systeem primeert op de zorg aan de zorgvrager.

De zorgsector is overgereguleerd. De zorg voor het systeem primeert op de zorg aan de zorgvrager. Laat ons bij deze de volgende afspraak maken: voor elke nieuwe regel die wordt ingevoerd, moeten er twee vervallen. Van het regelgevend kader verwachten we dat het faciliteert en niet dat het afremt.

Op papier scoor je zo goed. Maar de realiteit is anders want er is geen tijd meer voor een warm woordje. En de meeste van die geregistreerde zaken worden later nooit meer bekeken. Er wordt meer tijd gestoken in het registreren en controleerbaar maken van de prestaties dan in de uitvoering ervan. Dat is een van de redenen waarom er geen tijd meer is voor een 'warme' zorg. Ofwel moet er minder worden geregistreerd en bv. alleen werken met enkele at random controles of er moet meer personeel komen.

Schep voor zorgverleners een werkkader waarin registraties minder dan 20% van de werktijd innemen. Dan komt er meer tijd vrij voor 'warme' zorg. Minstens 80% van de werktijd zou naar echte zorg moeten gaan.

Er werden ook verschillende pleidooien gehouden om open te staan en flexibel te zijn om specifieke groepen te laten instromen in het werkveld, zoals mensen met een buitenlands diploma, langdurig werklozen, mensen die in andere sectoren zijn weggesaneerd, ervaringsdeskundigen, flexi-jobbers...

Introduceer flexi-jobs in de zorg. In de zorg zouden medewerkers die voor/na de uren bijwerken voor ontlasting kunnen zorgen. Waarom daarvan geen gebruik maken om zo mensen in de sector te houden? Ook jongeren zouden zo worden aangetrokken. Flexi-jobs verlagen de kostprijs van de zorg (minder patronale bijdrage), doen de zorg beter aansluiten op de vraag (o.a. inzet op piekmomenten), leidt in het algemeen tot flexibeler werken en zal de arbeidstevredenheid doen toenemen.

Door meer openheid te tonen tegenover migranten die vaak, mits een gepaste vorming, kunnen bijdragen aan de zorg.

Ervaringsdeskundigen hebben een grote meerwaarde in de zorg. Zorgen voor goede omkadering, faire verloning, en voldoende werkplekken. Zoals de mantelzorger veel mogelijk maakt in de thuiszorg, zo zou ook naast verpleegkundigen en zorgkundigen (in instellingen) een nieuwe vorm van zorgpersoneel aan de slag kunnen. Zij zorgen zoals vrijwilligers voor een warme ondersteuning.

Een aantal ideeën spelen in op de perceptie van de zorgberoepen, zowel maatschappelijk maar ook in de eigen zorgorganisaties. Er wordt gepleit voor meer respect voor de diverse zorgberoepen. Vooral de zorgberoepen in de geestelijke gezondheidszorg en meer nog in de ouderenzorg hebben daaronder te lijden.

Studenten vertellen dat ze tijdens stages regelmatig opmerkingen te horen krijgen als "Kon je nu geen ander beroep kiezen, je weet niet waaraan je begint". Dat motiveert echt niet. Ze vertellen ook dat ze graag met zorg en warmte worden onthaald op stage, dat geeft energie om met evenveel warmte en zorg naar de patiënten toe te gaan. Een zorgberoep wordt in onze maatschappij nog vaak gezien als billen vegeen en wassen. Het beroep positiever in de kijker zetten zou bv. kunnen door meeloopdagen te organiseren.

Er is geen respect voor verpleegkundigen, ook niet van artsen zelf. Een mentaliteitswijziging is nodig. Artsen en verpleegkundigen moeten werken als team. Verpleegkundigen moeten gelijke zeggenschap krijgen in raden van bestuur. Mensen willen niet gaan werken in de zorgsector omdat er in het algemeen een lage achting is ten aanzien van het werk in de zorg. Behalve voor artsen.



Geriatric care must be made sexy. There is a need for new blood. Not only for caregivers, but also for nurses, doctors, kinesiologists In elderly care we know a greying of the caregivers in an ageing society. So more work and in the meantime less staff. A double handicap that is no longer sustainable.

Tot slot wordt er bij dit thema ook sterk gerefereerd aan het onderwijs en de zorgopleidingen. In de eerste plaats om bij jongeren een correctere beeldvorming te creëren over de zorgberoepen en het belang van zorg in de samenleving. Meer nog zijn er pleidooien om een echt partnerschap te creëren tussen de zorgopleidingen en het werkveld, zodat kersverse zorgverleners beter voorbereid aan de start van een zorgcarrière komen en de kans op vroegtijdige uitval vermindert.

In de ouderenzorg
kennens we een
vergrijzing van de
zorgverstrekkers
in een vergrijzende
samenleving.

Young people via school stimulate to social engagement so that affinity with care is discovered. In continuation of the STEM-direction (science, technology, engineering, mathematics) it should be promoted in secondary education to create a direction around social engagement and care.

Care for co-creation between care education and the work field: the education must be in the work field; the work field must be in the education. Neither the one nor the other has all expertise in house. Differentiated competencies can only be created through cross-sectoral cooperation with the work field. Lifelong learning – an absolute necessity for care professions – can only be achieved with input from care education.

Care for sufficient practical experience from the start of the education and maintain the level of the education with sufficient attention to make students more resilient to be able to deal with everything that is going on in care.

There is a need for a better coordination and a uniforming. Educational institutions would be obliged to have their evaluation- and supervision trajectories to be uniformed and to be coordinated, so that supervision of students by stage-monitors and stage-supervisors can take place in a more efficient manner and less administrative time is lost. The work field would have to bear the extra workload caused by stage supervision.

UPGRADE HET PATIËNTDOSSIER

"Kennis is macht, maar kennis delen is kracht!", was een gevatte stelling tijdens de eerste fase van het maatschappelijk debat. Een stelling die des te meer opgaat voor het gedeelde patiëntendossier. Communicatie, overleg en coördinatie zijn immers cruciale elementen in een naadloze, continue en gecoördineerde zorg. Daarin is de verdere uitbouw van ondersteunende ICT en het digitaal patiëntendossier een belangrijke hefboom.

ICT en het patiëntendossier moeten toelaten gegevens snel en probleemloos uit te wisselen, patiënten/cliënten en zorgprofessionals bij elkaar te brengen, eventueel zelfs virtueel, en overzicht te houden over de afgesproken takenpakketten van professionele en informele zorgverleners. Voorwaarde is wel dat het digitaal patiëntendossier een gedeeld dossier wordt en uitmondt in een 'zorgdossier' dat alle zorgaspecten rondom de zorgvrager bij elkaar brengt. Vandaan is relevante informatie uit het eHealth-dossier bijvoorbeeld niet toegankelijk voor de thuiszorg.

Bovendien kan dat dossier een informatie- en communicatie-instrument voor de zorgvrager worden. Koppel daarom aan het patiëntendossier luiken met adequate en toegesneden informatie over de lokale sociale kaart, behandel- en zorgopties, keuzehulp, bij welke hulpverleners/zorginstaties men terecht kan... Maar dan moeten zorgvragers wel toegang krijgen tot hun dossier, zelfs eigenaar ervan worden en schrijfrecht krijgen.

ACTIES

Heel wat ideeën gaan over het belang van een elektronisch dossier om de gegevens over een zorgvrager te delen met verschillende betrokken zorgverleners. Op die manier wordt de organisatie van de zorg rond en met de patiënt veel beter ondersteund. Daarbij wordt meermaals aangegeven dat het digitaal patiëntendossier verder moet uitgroeien tot een interprofessioneel digitaal zorgdossier waar elke zorgverlener aan bijdraagt en inzage in heeft (althans in de voor hem/haar relevante delen). Dat zorgdossier moet ook geïntegreerde zorgdoelstellingen bevatten. Er moet echter wel aandacht zijn voor de privacy van zorgvragers en hun omgeving. Verschillende pistes lijken open te liggen, o.a. het samenvoegen van bestaande dossiers en/of het vergemakkelijken van de uitwisseling van gegevens tussen verschillende gegevensbanken.

De holistische benadering van zorg moet worden doorgetrokken in het patiëntendossier.

De overheid moet inzetten op een uniek en efficiënt zorgplatform waar informatie over de zorgverlening aan een zorggebruiker centraal beschikbaar is over disciplines heen. Naast concrete gezondheids- en zorginformatie moeten daarin ook gegevens over zorgdoelen en mogelijk uitkomsten van vroegtijdige zorgplanning worden opgenomen. Alle verschillende zorg- en welzijnsactoren werken daaraan samen op vlak van inhoudelijke inbreng en communicatie.

Vanaf de geboorte moet voor elke Belgische inwoner een digitaal patiëntendossier worden opgestart. Het dossier fungeert als een gezondheidsleidraad die toegankelijk is voor zorgverleners via een eID (GDPR-proof).

Het patiëntdossier bevat medische en welzijnsgegevens in een standaardtaal. De holistische benadering van zorg moet worden doorgetrokken in het patiëntendossier.

Er bestaan reeds heel wat programma's voor hulpverleners, patiënten, mantelzorgers... maar nu wordt het tijd dat alle programma's aan elkaar kunnen worden gelinkt en dat er minder tijd wordt verloren met het opvragen, doorsturen, raadplegen en ingeven van informatie, zodat er meer tijd overblijft voor de 'verzorging'.

Een tweede belangrijk element zijn de vele pleidooien om personen met een zorg- en ondersteuningsnood een betere toegang te geven tot hun dossier. In principe is er nu al een zekere mate van toegang, al zijn veruit de meeste patiënten daarvan niet op de hoogte. De pleidooien gaan echter nog een stap verder: enerzijds wordt gesteld dat de patiënten/zorgvragers de enige echte eigenaars moeten zijn van hun dossier; anderzijds dat ze schrijfrecht in dat dossier moeten krijgen. Vanaf dat ogenblik wordt het gedeeld zorgdossier niet alleen een instrument voor een betere zorgcoördinatie, maar ook voor patiëntempowerment en zorg op maat. Noodzakelijke voorwaarde is wel dat het dossier verstaanbaar is, in toegankelijke taal wordt opgesteld, en de zorggebruiker over de competenties beschikt om de regie in handen te nemen of daarin voldoende wordt ondersteund.

Verleg het eigenaarschap over de inhoud van dat dossier van de zorgverstrekker naar de zorggebruiker, weliswaar met een gegarandeerde toegankelijkheid voor zorgverstrekkers. Die toegangsrechten kunnen worden geregeld via een eID. Werken met eID-gecontroleerde toegang laat ook toe om inhoud die voor sommige zorgverleners niet relevant is, selectief af te sluiten.

Zorg op maat wordt enkel mogelijk als patiënten schrijfrecht krijgen in hun elektronisch patiëntendossier..

Zorg op maat wordt enkel mogelijk als patiënten schrijfrecht krijgen in hun elektronisch patiëntendossier. Het patiëntendossier moet dan wel verstaanbaar en toegankelijk worden voor iedereen, inclusief de patiënten. Daarvoor zijn eenvoudig begrijpbare syntheses nodig.

Anderen pleiten voor een 'future proof' digitaal patiëntendossier waaraan ook data, afkomstig van wearables (=draagbare registratie apparaatjes) en apps voor telemonitoring kunnen worden gekoppeld en dat ook plaats biedt aan de implementatie van artificiële intelligentie.

Het dossier moet kunnen worden aangevuld met technologie uit artificiële intelligentie. Dat zal de efficiëntie in de communicatie tussen zorgverleners verhogen. Voorts moet het getrapte informatie bieden, o.a. afkomstig van wearables, beheerd door een trajectbegeleider, gekozen door de zorgvrager. Dergelijke dossiers kunnen ook de basis vormen voor onderzoek en innovaties.

Er is volgens de deelnemers nog werk aan de winkel voor de overheid, onder meer wat betreft de randvoorwaarden om gegevensdeling correct en vlot te laten verlopen, maar ook om verdere standaardisatie op te leggen en de financiering kostendekkend te maken.

Investeer in een langetermijnvisie op communicatie en informatiedeling door het vertrouwen tussen de verschillende actoren in de gezondheidszorg en de welzijnszorg te vergroten. Creëer daarvoor de geschikte randvoorwaarden op vlak van gedeeld beroepsgeheim, afspraken over onderlinge afstemming, gemeenschappelijke verantwoordelijkheid...

De overheid moet de aansturing van het EPD (E)lectronisch Patiënten Dossier) opnieuw in handen nemen omdat de sectoren er niet in slagen om een generieke standaardtaal voor kritische schakelmomenten te ontwikkelen. Een voorwaarde voor geïntegreerde zorg is dat er in hetzelfde dossier eenzelfde taal (begrippenkader) wordt gebruikt en dat gegevens worden gedeeld via een performant, geconnecteerd systeem. Blijkbaar moet de overheid dat in handen nemen want de commerciële partners lijken er niet in te slagen om dat tot een goed einde te brengen.

De overheid moet duidelijke keuzes maken over de manier waarop systemen met elkaar moeten communiceren. Ze moet investeren in en financiële incentives geven voor het effectief gebruik door zorgverleners van gekoppelde (decentrale) gezondheidsdossiers en platforms die gevoed worden met gestandaardiseerde (internationale standaarden) gezondheidsinformatie. Doet de overheid dat niet, dan laat ze centen liggen. Want goede gegevensdeling leidt tot minder onnodige onderzoeken, een meer directe anamnese, een betere afstemming eerste en tweede lijn en een gericht inzetten van zorgpersoneel.



REORGANISEER DE ZORG VOOR MEER EFFICIËNTE EN KWALITEIT

We verwachten van de zorg dat die betaalbaar, toegankelijk, kwaliteitsvol en effectief is, en bovendien vertrekt van de noden van de mensen. De zorgvragers zijn het uitgangspunt en goede zorg begeleidt hen doorheen de verschillende vormen van zorg.

De huidige organisatie van de zorg is onvoldoende aangepast om aan die verwachtingen te beantwoorden. Voorstellen om de zorg anders te organiseren spelen zich af op verschillende niveaus: van het allerhoogste politieke niveau (de ministers en de kabinetten) over het niveau van de organisatie van de zorg in instellingen, op de werkvloer, de buurt tot het niveau van het zorgteam rondom de patiënt en de individuele zorgverlener.

Belangrijk om in het oog te houden is dat organisatie en financiering hand in hand gaan. "Beleid wordt gevoerd via de centen", merkte een deelnemer aan een van de Avonden van de Zorg op. Cluster 6 (organisatie) en 7 (financiering) zijn dan ook intrinsiek met elkaar verbonden. Nochtans zijn beleid en organisatie meer dan het louter verdelen van de middelen. Het heeft ook te maken met de ontwikkeling van visies, het definiëren van doelen, de vertaling daarvan in wetten en decreten, het erkennen van beroepen, functies en organisaties, het managen van structuren... Daarom werden organisatie en financiering ondergebracht in twee aparte clusters, maar worden de voorstellen wel na elkaar besproken.

ACTIES

Er worden diverse pleidooien gehouden tegen fragmentering en versnippering, en tegen 'verschotting' en 'versectoring'.

Er worden diverse pleidooien gehouden tegen fragmentering en versnippering, en tegen 'verschotting' en 'versectoring'. Gezondheid, welzijn en levenskwaliteit moeten ook op de allerhoogste beleidsniveaus worden geïntegreerd, bijvoorbeeld door een samenvoeging van de beleidsdomeinen volksgezondheid en welzijn. Opvallend is ook dat de opeenvolgende staatsherformingen, althans naar het aanvoelen van het werkveld, niet hebben geleid tot een meer geïntegreerd beleid.

Zorg, gezondheid en welzijn moeten één beleidsdomein worden en worden ondergebracht in één sector met een herverdeling van de bestaande middelen. Daarbij moet er meer aandacht zijn voor preventie en sociale noden, met één geïntegreerd betalingssysteem met een opwaardering van de ondersteuning thuis in het ganse zorgtraject. Veel buurlanden staan daarin al verder. Ook in de rol die de huisarts daarbij krijgt toegewezen.

Sinds 2014 gaan er meer en meer bevoegdheden van federaal naar regionaal. Dat zorgt ervoor dat er op dit moment geen duidelijkheid meer is over wie wat doet. Vlaanderen/België moet ertoe komen om een veel coherenter beleid uit te tekenen. Vandaag worden veel zaken niet gedeeld tussen de beleidsniveaus of andere worden dubbel gedaan.

Wij willen af van de politieke versnippering van de zorg. Rationaliseer het aantal beleidsverantwoordelijken en het aantal ministers. Kom tot een efficiënt, daadkrachtig en coherent gezondheidsbeleid. Hefbomen zijn een globaal elektronisch patiëntendossier dat toegankelijk is voor alle zorgactoren en verschuif de financiering van prestaties naar populatiefinanciering voor alle zorgactoren.

Overheid: zorg voor een visie op lange termijn voor en over een echt empathische zorg, over jullie regeerakkoorden en legislaturen heen, geef vertrouwen aan innovatie en ga eens echt aan de slag met onderzoeksresultaten.

Sommigen beperken zich niet louter tot een oproep aan de overheden voor een langetermijnvisie op zorg, maar schuiven zelf al een aantal ideeën naar voor.

Er is duidelijk een vraag naar meer democratisering, participatie en medezeggenschap op het niveau van de eigen organisatie.



Bouw een (volume based & person centered) gezondheidsmodel uit door het aanbieden van de opleiding health care engineering. De zorgsector heeft immers nood aan een transversale visie in plaats van de huidige specialistische visie. Gezondheid is multifactorieel zodat andere vaardigheden nodig zijn om niet-medische factoren beter in kaart te brengen en te diagnosticeren, zowel op patiëntniveau als op organisatieniveau. Daarvoor is nood aan een externe blik. Omarm voorts een verregaande implementatie van technologie, zodat artsen en andere zorgverleners terug tijd krijgen voor het menselijke in plaats van het technische.

Ook op vlak van reglementering worden diverse oproepen gedaan. Velen voelen zich beperkt door een te rigide reglementering, onder meer wat betreft nomenclatuur en personeelsnormen, en vragen om versoepeling zodat ze zelf beter kunnen inspelen op de werkelijke noden.

Schaf te rigide reglementering af (bv. nomenclatuur, verplichte prestaties als voorwaarde voor financiering) zodat ruimte ontstaat voor de individuele zorgverstreker en de zorgorganisatie om de noden aan te pakken op de plaats en de manier die best tegemoet komt aan de vraagnorm van de zorggebruiker. Mogelijk kan een mengvorm tussen nomenclatuurbetalingen en bundled payment een oplossing brengen.

Minder regels en wetten wat betreft personeel zodat een zorginstelling zelf kan bepalen hoeveel en welk kaderpersoneel en ander personeel er nodig is. Nu zitten we vaak vast in een strakke hiërarchie. Door verouderde personeelsnormen is het wettelijk kader voor personeel niet meer afgestemd op de zorgbehoeften. Zo zijn er bv. nauwelijks psychologen, orthopedagogen, ervaringsdeskundigen aan de slag in woonzorgcentra. Die kunnen nochtans voor een flinke meerwaarde zorgen.

Maar ook aan de beleidsstructuren van zorgorganisaties kan worden gesleuteld. Er is duidelijk een vraag naar meer democratisering, participatie en medezeggenschap op het niveau van de eigen organisatie.

Afstappen van patriarchale directiestructuren en raden van bestuur en evolueren naar structuren, waarin waarden als coöperatie, sociale vaardigheid en dienend leidinggeven vooropstaan.

Er ligt vertraging op innovatie en zorgverbetering door gevechtjes vanuit ambitie en competitie, waar er tijd verloren gaat en het zorgproces zelf ondergeschikt worden gemaakt. Het individu dat wil scoren als leider creëert verdoezeling van de kernopdracht, nalatigheid en verkwisting van middelen. Dat heeft te veel impact op de werkvloer, welke zich niet gehoord noch gezien voelt.

Niet alleen is er een vraag naar vereenvoudiging en versoepeling van regelgeving in beleid, er is ook veel vraag naar een beleid dat samenwerking stimuleert, waarin de gebruiker centraler staat, zorgorganisaties dichter bij de zorgvrager werken (buurtgerichte zorg), waarin minder verspillend wordt, en meer middelen gaan naar de mensen die in een rechtstreekse zorgrelatie staan met de zorgvrager.

Maak tijd en ruimte voor tijdig zorgoverleg en zorg voor opvolging die betekenisvol is voor zowel de zorgvrager als de zorgverleners.

Zorg dat de behandelende arts voldoende tijd heeft voor het consult met de patiënt, zeker in een context van complexe en chronische aandoeningen. Ondersteun die arts inhoudelijk via een referentiecentrum met een multidisciplinair team dat informatie kan verstrekken in de taal van de patiënt. Door dit alles krijg je beter geïnformeerde en gemotiveerde patiënten met voldoende inzicht in hun problematiek. Die problematiek gaat over welzijn en levenskwaliteit, en dat is niet hetzelfde als alleen maar gezondheid of ziek zijn. Voorzie, indien nodig, een welzijnstrajectbegeleider die generalistisch werkt, proactief, desnoods zelfs anticiperend, die de patiënt en de mantelzorg op maat informeert en bijstaat in de vervulling van hun vraaggestuurd zorgtraject. Om zorg op maat te bieden, zal ook het zorgaanbod geïnnoveerd moeten worden.

Er zijn heel wat ideeën over de samenwerking tussen de zorgactoren op het terrein en de onderlinge afstemming, waarbij een belangrijke rol wordt toegekend aan de eerstelijnszones en eerstelijnsnetwerken, maar ook aan buurtgerichte zorg en/of zelfregulerende lokale zorgteams. Anderen schuiven (transmurale) zorgtrajecten naar voor als basis voor een betere samenwerking.

De overheid moet structurele erkenning en financiering voorzien voor zorgzame initiatieven in buurten en zorgzones.

De overheid moet structurele erkenning en financiering voorzien voor zorgzame initiatieven in buurten en zorgzones. Initiatieven waar buurtwerking voorop staat en een cultuur wordt gecreëerd van voor elkaar te zorgen, cohesie, activatie en vermindering van eenzaamheid.

De ontwikkeling van eerstelijnsnetwerken binnen eerstelijnszones moet worden gestimuleerd. Daarbij zou de zorgvrager zich inschrijven in een netwerk met een vast zorgteam. Dat netwerk staat zowel in voor de gezondheid als het welzijn van de zorgvrager en garandeert integrale en continue zorg. Het gaat om vaste samenwerkingsverbanden, in de nabijheid van de patiënt, waarin geïntegreerd en interdisciplinair wordt samengewerkt, met outreachende activiteiten in relatie met thuiszorgorganisaties en samenwerkend op microniveau. De functies van lokale dienstencentra kunnen in die netwerken worden geïntegreerd zodat laagdrempelig en nabije zorg mogelijk worden.

Zet in op zorgtrajecten en zorgprogramma's zodat snel schakelen tussen types van zorg (mobiel, onbelast, zorg, herstel, preventie) mogelijk wordt via geïntegreerde teams op lokaal niveau. Dichtbij de cliënt/patiënt.

Ook is er de veelvuldige vraag naar een casemanager voor de individuele zorgvrager die weinig zelfredzaam is of die niet kan terugvallen op een sociaal netwerk van mantelzorgers, familie, naasten of vrienden. Zoals hoger in dit rapport aangegeven, kiezen anderen er veeleer voor om geen bijkomende functies in het leven te roepen, maar om iemand in de bestaande zorgteams de rol van casemanager te laten opnemen.

Stel een casemanager (zorgcoördinator, zorgverbinder, vertegenwoordiger) aan die samen met de zorgvrager doelstellingen formuleert die de zorgvrager empowert, die verbinding legt met zorgverleners (welzijn, zorg, wonen)... Dat kan een professional zijn, maar dat hoeft niet altijd.

Tot slot, een origineel buitenbeentje. De vraag naar de installatie van een patiëntenrechtencommissaris, naar analogie met bv. de kinderrechtencommissaris. Het gaat hier om een onafhankelijke instantie die alles doet wat in het teken staat van een goede naleving en toepassing van de patiëntenrechten en het krijgen van gepaste zorg.

Een patiëntenrechtencommissaris of een familie-van-zorgbehoevendencommissaris.

VERDEEL DE MIDDELEN CORRECTER

Het toekennen en verdelen van middelen is in de eerste plaats een politiek beleidsvraagstuk: welke rangorde krijgt - bij het verdelen van de overheidsmiddelen - het beleidsdomein gezondheid & welzijn ten opzichte van onderwijs, defensie, sociale zaken...? Ook binnen het domein gezondheid & welzijn worden er keuzes gemaakt over de middelen die worden toegekend, volgens welke criteria, op welke termijn, met welk doel...

Maar ook zorgorganisaties, zorgverleners én zorggebruikers kunnen zich niet aan de verantwoordelijkheid onttrekken om rechtvaardige zorgkeuzes te maken. Aan elke zorgkeuze hangt immers een prijs vast.

Heel wat voorstellen gaan dan ook over hoe we de middelen voor zorg objectiever en transparanter verdelen. Daarbij wordt sterk gewezen op het belang van de toewijzing op basis van de werkelijke zorgbehoefte veeleer dan op basis van machtsverhoudingen tussen de verschillende belanghebbenden.

ACTIES

Er is een sterk pleidooi om levenskwaliteit te gebruiken als de nieuwe norm voor de financiering van zorg. Vandaag ligt de focus te sterk op gezondheid en genezen. Bovendien wordt geargumenteed dat investeren in gezondheid in andere beleidsdomeinen een grote toegevoegde waarde levert. Daarom mag volgens sommigen geld besteed aan gezondheid, levenskwaliteit en welzijn niet worden gezien als een loutere kostenpost, maar veeleer als een investering met een return, zeker als het gaat om preventieve maatregelen.

De huidige (financiële) focus op gezondheid en genezen zal gebalanceerd moeten worden naar welbevinden en preventie.



Levenskwaliteit wordt de nieuwe norm in de financiering van de gezondheidszorg: iedereen mee op weg naar maximaal welbevinden, ongeacht de persoonlijke, fysieke, psychische of sociale situatie. Dat sluit veel meer aan bij de holistische visie op zorg. Het brengt welzijn, gezondheid en zorg op één lijn.

De huidige (financiële) focus op gezondheid en genezen zal gebalanceerd moeten worden naar welbevinden en preventie.

Maak van levenskwaliteit de nieuwe norm. Dat zal automatisch leiden tot een herijking en herverdeling van de middelen in de ziekteverzekering in functie van de tijd, risico's en complexiteit.

Investeren in gezondheid levert een toegevoegde waarde in andere domeinen van de samenleving (bv. resocialisatie, tewerkstelling, onderwijs...). Daarom mag gezondheidszorg niet langer als een kostenpost worden beschouwd. Het geld dat daarin wordt geïnvesteerd, vloeit minstens voor een deel terug naar de samenleving via re-integratie in het arbeidscircuit. Daarom mag ook de social profit niet gezien worden als een kostenfactor en zeker geen 'verkwisting van arbeidsgeld' zoals sommigen doen.

In tientallen tussenkomsten wordt gesuggereerd om de prestatiefinanciering (gradueel) te vervangen door andere systemen van betaling die gebaseerd zijn op forfaits, uitkomsten, zorgkwaliteit, samenwerking, populatie, de werkelijke aan de zorgverlener, de intellectuele acte, vraagsturing, preventie...

Herverdeel naar forfaitarisering en systemen van variabele zorg. Zet daarbij in op de intellectuele acte, tijdsinvestering, risico & complexiteit, zodat we evolueren naar een uitgezuiverd honorarium (herijking nomenclatuur). Dat is een billijker, rechtvaardiger en juister systeem waarbij de taart doelmatiger wordt verdeeld, en de middelen naar de echte noden gaan (weg van het prestatiedenken in de zorg). Het leidt ook tot een verhoging van de levenskwaliteit van de patiënt én de zorgverlener.

In het oude China werd de arts betaald als mensen gezond bleven. Bij ziekte stopte de betaling. We moeten ons systeem omgooien: dokters krijgen betaald als ze mensen gezond houden, niet wanneer iemand ziek is. Een terugkeer naar een dergelijk systeem wordt deels gerealiseerd door de forfaitaire geneeskunde. Een balans tussen forfait en prestatie kan helpen.

De prestatiefinanciering herbekijken en laten evolueren in de richting van vraaggestuurde zorg en zorg op maat. Een te groot budget gaat naar ziekte/gezondheidsgestuurde gespecialiseerde zorg die zich uiteindelijk toch onvoldoende vertaalt in een verhoogd welbevinden.

Hervorm de prestatiefinanciering naar een outcome-gerichte financiering met nadruk op preventie en zorgcoördinatie.

Schakel over naar gezamenlijke financieringssystemen in functie van het gezond houden van de populatie waardoor relationele zorg correcter gefinancierd zal worden. Regio-gebonden populatiefinanciering betekent ook een gedeelde verantwoordelijkheid over het hele zorgcontinuüm zorg en welzijn, met een start bij gezondheidspromotie. Dergelijke financiering sluit meer aan bij de werkelijke collectieve zorgnoden.

Voer evidence based betalingssystemen in die outcome-gericht financieren. De arts moet verplicht de guidelines volgen en wordt daarvoor beloond. Dat vermijdt nutteloze, onnodig dure onderzoeken en behandelingen.

Bouw louter prestatiegebonden financiering af ten voordele van forfaitaire financiering gekoppeld aan evidence based processen om tot een kwaliteitsvolle uitkomst te komen waarbij de patiënt centraal staat. Stop met de supplementen, maar bouw transparantie en voorafgaande prijsraming in.

Herbekijk de prestatiegerichte financiering van de ziekenhuizen en richt ze meer op vraaggestuurde zorg op maat, op samenwerking tussen de verschillende lijnen, op gezondheid én welzijn, op toegankelijkheid. Ga van prestatiefinanciering naar opdrachtfinanciering: wat heeft deze patiënt als traject nodig? Mede uitgaand van de zorgdoelen van de patiënt.

Anderen pleiten voor meer middelen aan bepaalde groepen van zorgverleners/zorgorganisaties. Vaak ligt de focus op het versterken van de omgeving van de patiënt en op de eerste lijn.

Breng in de eerste plaats de werkelijke kostprijs van thuiszorg en RVT in beeld, maak een objectieve vergelijking en trek vervolgens de ongelijkheid recht.

Verdeel de bestaande middelen anders met een focus op mensen die in een rechtstreekse zorgrelatie staan met de patiënt: de huisarts, mantelzorger, lotgenoten... Door de rechtstreekse zorgverleners beter te belonen, versterk je ook de patiënt en verleg je de regie in zijn/haar richting.

Meer financiële middelen voor de echte veldwerkers: verzorgenden, verpleegkundigen, thuisbegeleiders en zij die werken met extra kwetsbare en moeilijke doelgroepen.

Van prestatiegerichte zorg naar werken rond de patiënt, dus veel meer focus in de financiering op thuiszorg.

Werk de financiële ongelijkheid tussen thuiszorg en rusthuizen weg. Breng in de eerste plaats de werkelijke kostprijs van thuiszorg en RVT in beeld, maak een objectieve vergelijking en trek vervolgens de ongelijkheid recht.

Zet in op een geschakelde zorg door een brede, trans-disciplinaire eerstelijnszorg uit te bouwen. Verhoog de bereikbaarheid en de betaalbaarheid en heb ook oog voor psychische zorg.

Ook wordt gepleit om incentives te voorzien voor succesvolle multidisciplinaire en/of intersectorale samenwerking.

Een sterk vergrijzende bevolking vereist andere zorg. Beloon daarom de coördinatie van zorg door kwaliteitsvolle, multidisciplinaire samenwerkingsmodellen, al dan niet onder één dak. Creëer mogelijkheden via het impulsfonds 2.0 en/of VIPA-financiering. Geef ook incentives voor een actueel en gedeeld elektronisch patiëntendossier.

Bijkomende investeringen zijn nodig in initiatieven die gericht zijn op ondersteuning van intersectorale samenwerking en het volledige cliëntsysteem. Door die ondersteuning zal het samenbrengen van verschillende zorgverstrekkers efficiënter verlopen, is er een betere afstemming tussen de noden (bv. schuldbemiddeling, therapie, oudercontact) in één gezin en wordt de tendens een halt toegevoerd om 'het probleem door de volgende hulpverlener te laten oplossen'.

Investeer om een naadloze overgang van cure naar care mogelijk te maken.

Stimuleer kennisdeling tussen ziekenhuis en thuiszorg zodat de kwaliteit van de thuiszorg verbetert. Pas daarvoor de bestaande financieringsmechanismen aan zodat terugverwijzen naar de thuiszorg niet direct financieel nadelig is.

Er zijn ook heel wat ideeën over het beperken van de onnodige uitgaven waarbij ook de lonen van de artsen in ziekenhuizen in het vizier worden genomen.

Voer het Kiwimodel (openbare aanbesteding voor geneesmiddelen) in voor terugbetaling van alle medicatie.

Gebruik sociale bijdragen en overheidsgeld alleen voor de betaling van zorgverstrekkers die conventietarieven respecteren.

Spoor perverse financiële circuits op en pas ze aan.

Een van de belangrijkste paradigmashifts die onvermijdelijk moet plaatsvinden is de wijziging van het statuut en de verloning van artsen in ziekenhuizen. Om twee elkaar tegenwerkende krachten in ziekenhuizen in één missie, visie en strategisch beleid om te buigen, moeten artsen in dienstverband werken. Ik ken geen enkel bedrijf waar de CEO moet gaan bedelen bij zijn werknemers (artsen via de financiële regeling) voor geld.

Tot slot zijn er mensen die vinden dat er een overdaad aan projecten en projectmatige financiering is. Daarmee zet de overheid de sector onder druk, terwijl ze in werkelijkheid toch al lang weet welke richting ze uit wil.

Er heerst een totale chaos aan projecten en projectoproepen. Een goed voorbeeld zijn de eerstelijnszones. Vanuit de overheid weet men wat men wil, maar op die manier wordt het werkveld onder druk gezet. Vaak brengen de oproepen hetzelfde verhaal wat leidt tot veel tijdverlies voor het indienen van het zoveelste project rond hetzelfde idee. Telkens opnieuw wordt het warm water uitgevonden. Schrijf minder projectoproepen uit, geef meer informatie en hou vast, coördineer beter... en overheid: als je toch weet wat je eigenlijk wil, zorg dan meteen voor structurele financiering.

STA OPEN VOOR INNOVATIE IN DE ZORG, MAAR BEHOUD ALLEEN WAT WERKT

Bij innovatie in de zorg denken we intuïtief aan robots, apps, wearables, ICT.... Die blik op innovatie is echter te beperkt. Hoewel het klopt dat innovatie vaak wordt aangedreven door technologische vooruitgang, heeft zorginnovatie ook te maken met organisatie van de zorg, zorg- en verdienmodellen, mobiliteit, huisvesting, relaties tussen zorggebruiker en zorgverlener, en tussen zorgverleners onderling.

Bovendien gaat de discussie niet alleen over de innovaties op zich, maar ook over toepasbaarheid, maatschappelijke meerwaarde en kostprijs. Aan innoveren om te innoveren heeft niemand wat. Innoveren in de zorg moet gebeuren op mensenmaat.

Innovaties moeten echter ook correct worden geëvalueerd. Als ze niet de beoogde 'winst' (in termen van gezondheid, levenskwaliteit, ...) brengen, moeten ze worden afgevoerd. Dat geldt trouwens ook voor bestaande behandelingen en zorginterventies. Wat niet opbrengt, moet worden verwijderd.

ACTIES

Er wordt gepleit voor slimme innovaties en het zorgzaam inzetten ervan 'op maat van de patiënt en de zorgverlener'. Daarbij moet voldoende aandacht worden besteed aan de implementatie en de opleiding van de gebruikers. Wel worden vragen geformuleerd of iedereen wel voldoende klaar (en bereid) is om de aankomende innovaties te omarmen.

Innoveren om te innoveren is niet goed. Innoveren vanuit het standpunt van patiënt en zorgverlener wel. Maak gebruik van de mogelijkheden van digitale transformatie in een sterke kruisbestuiving tussen zorg en IT, zodat de IT-oplossingen op maat van de zorgverlener en patiënt zijn. Zie de digitale innovatie als een opportuniteit tot werklustverlichting en misbruik hem niet voor administratieve last.

Innovatie, ja! Maar ontwikkel tegelijk een implementatietraject en zorg ervoor dat zorgverleners betrokken zijn (vorming, begeleiding...). Innoveer vanuit de basis. Innovatie en implementatie moeten hand in hand gaan.

Nieuwe technologieën moeten werkdrukverlagend zijn voor de zorgverleners en/of het welzijn van de ontvanger verbeteren. Daarom is een goede opleiding, begeleiding en opvolging belangrijk.

Geef zorgverleners de tijd en middelen om nieuwe technologieën te leren kennen, hanteren en correct gebruiken, zowel in hun opleiding als tijdens hun werk in de eerste, tweede en derde lijn.

Durf na te denken over 'telemedicine'. Zet voldoende in op doorgedreven automatisatie. Luister naar de zorgsector om care-ondersteunende apps te ontwikkelen. En zorg voor voldoende incentives om patiënt-computer-zorgverlener relaties op te zetten. Zijn artsen er klaar voor? Zijn patiënten er klaar voor? Is de overheid er klaar voor?

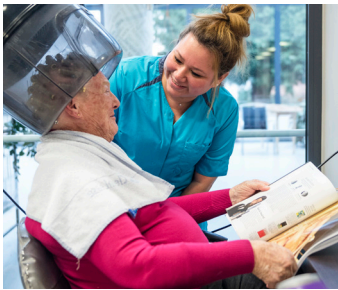
Anderen zetten het belang van evidence-based in de verf bij innovaties, maar verwachten van de overheid ook dat ze innovatoren de tijd en ruimte geeft om de meerwaarde van hun vernieuwingen aan te tonen.

Innoveer vanuit de basis. Innovatie en implementatie moeten hand in hand gaan.

De overheid moet op basis van een eenduidige langetermijnvisie – over de legislaturen heen – het gebruik van innovatieve evidence-based toepassingen stimuleren en inzetten op het verhogen van de kennis ervan bij de gebruikers.

Zorg ervoor dat wat werkt behouden blijft (projecten Eerstelijns psychologische functie, ZP3, wijkgezondheidscentra). Maar vooraleer te beginnen reguleren en regelen, laat innovatoren hun werk afmaken. Zorg bovendien voor regelluwt als element in het faciliteren van innovatie.

Een aantal deelnemers zien in innovatieve platformen een mogelijkheid om de geboden zorg beter af te stemmen op de noden van de individuele zorgvrager. Door informatie uit die platforms te bundelen zouden ze ook kunnen worden ingezet om het beleid aan te sturen. Eventueel zou die bundeling zelfs op Europees niveau kunnen plaatsvinden.



Een faciliterende rol voor de overheid om de noden van zorgvragers te verzamelen en op overheidsniveau te bundelen. Via een efficiënt zorgplatform kan de informatie over een individuele zorgvrager worden verzameld en gedeeld tussen de betrokken zorgverleners over alle disciplines heen. Het platform geeft een totaalbeeld van de zorgvrager. Door alle zorgvragen over alle zorgvragers heen te bundelen kan de overheid sturend innoveren in de zorg en beter de middelen toewijzen waar ze nodig zijn.

Op vlak van preventie is er dan weer de aanbeveling om een kennisplatform op te richten naar Nederlands model.

Zet een laagdrempelig en breed kennisplein op met gevalideerde informatie over preventie waar elke zorgverlener en zorgvrager terecht kan. Neem een voorbeeld aan www.zorgvoorbeter.nl.

Tot slot geven deelnemers een aantal concrete voorbeelden van innovaties die volgens hen door de overheid moeten worden ondersteund omdat ze hun nut al hebben bewezen.

'Internet of things' en 'wearables' zullen ons leven vergemakkelijken, ook voor mensen met een zorgvraag. Een slimme pillendoos geeft een alarm wanneer het tijd is voor je medicatie en biedt meteen het juiste pilletje aan. Geen verwarring meer wanneer je welke pil(len) moet nemen. En er is steeds de opvolging door de zorgcentrale wanneer een alarm niet wordt beantwoord.

De intakeprocedures in de geestelijke gezondheidszorg vervangen door een 'chatbot' die de kenmerken van ziekte en patiënt verbindt met de selectiecriteria van de ontvangende instellingen en organisaties. Dat geeft een belangrijke winst aan inzetbare zorgtijd.

Optimaliseren van dure trajecten en nieuwe technologie. Bv. thuis zelf opvolgen van hartmonitoring... verwittigt wanneer er afwijkende waarden zijn zodat nodeloze consultaties worden uitgespaard.

Tijdens het beeldbelproject belde er iedere dag een zorgcentralist of een vrijwilliger voor een 'goeiedag' babbel. Al snel merkten we de meerwaarde van het zien van mensen tijdens een gesprek. De eenvoudige vraag 'hoe heb je geslapen?' zorgde visueel soms voor meer informatie over hun gezondheid of gemoedstoestand dan het antwoord "goed". De testpersonen namen ook de moeite om zich goed aan te kleden en te verzorgen omdat ze wisten dat ze door een zorgverlener op afstand werden gezien. Het beeldbelcontact kan ook eenzaamheid wegwerken.

Ons DNA bevat een schat aan informatie die kan worden ingezet bij preventie. Een helder wettelijk kader voor het gebruik van DNA-gegevens is nodig.

Meer onderzoek naar impact van spirituele zorg en persoonsgerichte zorg op vlak van welzijn en pijnbeleving.

Meer onderzoek
naar impact van
spirituele zorg en
persoonsgerichte
zorg op vlak
van welzijn en
pijnbeleving.

Ontwikkel de ZORA-robot zoals een computer tot een heel breed platform dat heel veel kan, maar waarvan de individuele gebruiker uiteindelijk slechts enkele toepassingen gebruikt. Wat de ene gebruiker niet nodig heeft, kan misschien wel nuttig zijn voor de andere. Laat de robot mee evolueren met wat de patiënt nog kan (de robot zal steeds meer moeten overnemen naarmate de ziekte vordert). Geef iedereen die in aanmerking komt zo'n robot, aangepast aan zijn of haar behoeften en laat die robot mee-evolueren.

Preventie – in de brede zin van het woord – moet veel hoger staan op de beleidsagenda en veel meer budget krijgen. Om te beginnen moeten we van het budget dat we uittrekken voor gezondheid en welzijn minimaal 3% naar preventie laten vloeien.

FOCUS IN ALLE BELEIDSDOMEINEN EN IN ALLE LEVENSSFEREN OP EEN GEZOND EN BETEKENISVOL LEVEN

Ziekenhuizen zijn er voor mensen die ziek zijn. Artsen en andere zorgverleners besteden nog altijd het grootste deel van hun dagtaak aan het genezen of ondersteunen van zieke mensen. Hoe je het ook draait of keert, de focus van onze gezondheidszorg ligt nog altijd op 'sick care' in plaats van op 'health care'. We moeten de omslag maken van 'zieken'-zorg naar echte 'gezondheids'-zorg en dat betekent concreet een veel grotere inzet op preventie.

Ziektepreventie is echter veel meer dan vaccinaties en kankerscreening. Gezond blijven heeft vooral te maken met levensstijl en levenshouding, je goed voelen in je vel, weten dat je meetelt in de samenleving, een betekenisvol sociaal netwerk hebben... Preventie betekent met andere woorden ook focussen op het belang van gezonde voeding, beweging, een gezond leefmilieu, van gezond leven in termen van welzijn, werkbaarheid... Vandaar het pleidooi dat gezondheid – zowel lichamelijke als psychische – een prioritair thema moet zijn in ALLE beleidsdomeinen en in ALLE levenssferen (gezin, onderwijs, werk, wonen, recreatie...), en dus niet alleen binnen volksgezondheid en welzijnzorg.

ACTIES

Ook in deze cluster een pleidooi om van levenskwaliteit het centrale thema te maken in de gezondheids- én welzijnzorg, en om de omslag naar een preventieve gezondheidszorg te maken.

Zet in op levenskwaliteit, en dat is meer dan genezen of gezondheid.

De overheid moet meer investeren in preventie. Daarbij moet aandacht zijn voor sensibilisering van de hele bevolking (kinderen, kwetsbare groepen...) voor het maken van gezonde keuzes (o.a. op vlak van voeding en beweging). Maar het gaat daarbij over meer dan gezondheid alleen. Een gezond leven leiden betekent ook sociale relaties, zinvol werk...

Zet in op de gezondheidsreis van de burger, in plaats van op zijn ziektereis. Daarvoor moet je gezondheidsdoelstellingen formuleren op nationaal niveau; maak daarvoor iedereen accountable door positieve resultaten te belonen in plaats van enkel inspanningen te subsidiëren. Om nadruk te leggen op preventie, moeten we af van 'old boys school'-thinking en ons hele denken radicaal switchen naar hoe we gezondheid kunnen "maximaliseren" in plaats van ziekte te "minimaliseren".

Preventie – in de brede zin van het woord – moet veel hoger staan op de beleidsagenda en veel meer budget krijgen. Om te beginnen moeten we van het budget dat we uittrekken voor gezondheid en welzijn minimaal 3% naar preventie laten vloeien.

Meestal wordt in die pleidooien voor preventie ook de link gelegd naar andere beleidsdomeinen met zelfs een voorzichtige suggestie om een 'levenskwaliteits-barometer' of 'gezondheids-welzijns-barometer' te gebruiken als graadmeter om de impact op levenskwaliteit en gezondheid te meten voor alle beleidsmaatregelen die op alle beleidsniveaus worden genomen.

Bevorderen van kwaliteit van leven, ongeacht de medische situatie en levensfase van een persoon. Daarvoor is samenwerking nodig tussen verschillende beleidsdomeinen: wonen, werken, mobiliteit, sociaal leven... Voorzie voor elk beleidsdomein een gezondheidsplan en een gezondheidsbudget tijdens het opstellen van de nieuwe regeringsverklaring en de beleidsnota's.

We maken best heel hard werk van een maatschappij waar mensen er zijn voor mensen, waar respect is voor iedereen, waar je niemand uitsluit

Maatregelen op het vlak van werk, vervoer, wonen, vrije tijd, gezin... want ziek zijn heeft een invloed op alle levensdomeinen. Belangrijk dus dat niet alleen Zorg en Gezondheid, maar alle beleidsdomeinen rekening houden met personen met een chronische aandoening.

Door stimulerende maatregelen te nemen op vlak van duurzame voeding, leefomgeving (woningen, luchtkwaliteit...), mobiliteit zal ook de gezondheid van de mensen verbeteren. De oplossing is systemisch en hangt nauw samen met geïntegreerde maatregelen voor een klimaatneutrale en duurzame samenleving.

Plaats gezondheid expliciet op de agenda van andere beleidsdomeinen: arbeid, tewerkstelling, onderwijs, consumentenzaken, huisvesting en ruimtelijke ordening..

Elk beleidsdomein moet bij het nemen van beslissingen de impact op gezondheid en welzijn nagaan. Alleen zo kom je tot een 'gezondheidsproof' beleid. Waarom niet een gezondheids/welzijnsbarometer in het leven roepen?

Soms gaat het pleidooi voor 'health in all policies' ook samen met een oproep voor een warmere en meer zorgzame samenleving.

Minder werkdruk. Daardoor komt er energie vrij die dan besteed kan worden aan het gezin, vrienden, ontspanning...

We maken best heel hard werk van een maatschappij waar mensen er zijn voor mensen, waar respect is voor iedereen, waar je niemand uitsluit. Mensen worden dikwijls ziek omdat hun sociale situatie hen geen perspectief geeft. Eenzaamheid, geen waardig werk, uitsluiting, armoede of net (niet) toekomen elke maand. Positief denken bereik je nooit alleen. Verzuring tegengaan is ook een politiek probleem.

Preventie betekent ook vroeg genoeg beginnen met sensibilisering en bewustmaking – en hier is een cruciale rol weggelegd voor het onderwijs, maar ook voor andere actoren – zodat mensen kennis hebben en geëmpowerd worden om zelf meer verantwoordelijkheid te nemen over hun gezondheid en zorg. Voor de verdere uitwerking van de aspecten rond bewustmaking en empowerment verwijzen we echter naar de volgende cluster die handelt over de verhoging van de gezondheidskennis en zorgvaardigheden bij het brede publiek.



VERHOOG DE GEZONDHEIDSKENNIS EN ZORGVAARDIGHEDEN BIJ HET BREDE PUBLIEK

We verwachten dat iedereen een actieve rol opneemt in de zorg voor de eigen gezondheid en ziekte. Toch hebben veel mensen moeite om zelf die regie te voeren. Het ontbreekt hen aan kennis en vaardigheden om met gezondheidsinformatie om te gaan, de juiste keuzes te maken of hun eigen zorg in handen te nemen.

Dat wreekt zich, want volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn het gebrek aan gezondheidskennis en gezondheidsvaardigheden de bepalende factor van ongelijkheid in gezondheid, ziekte en volwaardige zorg.

In dit domein zien de deelnemers een rol weggelegd voor de overheid, het onderwijs, de media..., maar ook de zorgverleners hebben een taak. Zij moeten hun patiënten, cliënten of bewoners ondersteunen in het maken van de gepaste gezondheidskeuzes door hen de juiste informatie te geven en hen te motiveren.

Net als in vorige cluster ligt de nadruk vooral op preventie, maar ook het belang om de weg te vinden in het complexe zorglandschap en maximalisatie van de competentie tot zelfzorg komen aan bod.

Preventie moet zo jong mogelijk starten zodat kinderen kunnen opgroeien tot personen die zelf kunnen beslissen over hun gezondheid en betekenisvol leven

ACTIES

Zoals te verwachten viel, gaan veel van de suggesties in deze cluster over het onderwijs. Reeds van jongs af moeten mensen worden gesensibiliseerd en er zich bewust van worden dat ze een groot deel van hun gezondheid – en dus ook de kans om ziek te worden – in eigen handen hebben. Kennis, vaardigheden en motivatie zijn cruciale elementen om mensen te empoweren, niet alleen om zo lang mogelijk zo gezond mogelijk te blijven, maar ook om hen in staat te stellen tot zelfzorg.

Een belangrijke randvoorwaarde is echter dat ook leerkrachten op dat vlak worden opgeleid.

We moeten van patient-centered care naar citizen-centered care evolueren. Dat betekent dat we van kleins af gezondheidsvaardigheden moeten aanleren en in ons discours over gezondheid de verschuiving maken van de zieke patiënt naar de burger die we zolang mogelijk gezond proberen te houden. Die burger heeft ook een verantwoordelijkheid ten aanzien van de samenleving. Dat moeten we inbedden in de opvoeding, met respect voor onszelf en voor elkaars kwetsbaarheid.

Preventie moet zo jong mogelijk starten zodat kinderen kunnen opgroeien tot personen die zelf kunnen beslissen over hun gezondheid en betekenisvol leven. Het onderwijs moet dat inzicht en die attitudes aanleren en verder ontwikkelen. Er zal een belangrijk 'spill-over'-effect zijn en een positieve dynamiek ontstaan want kinderen en jongeren zullen die kennis en attitudes uitdragen naar de andere leden van het gezin.

De overheid moet slimme ondersteuningsmechanismen ontwikkelen om mensen bewust te maken voor het nemen van verantwoordelijkheid omtrent een gezonde levensstijl. In het onderwijs moet op alle onderwijsniveaus gezondheidsopvoeding in de brede zin van het woord aan bod komen ('health in all studies'). Door dat op te nemen in de leerplannen ontstaat meteen een resultaatsverbintenis.

Zet in scholen een breed programma op rond zelfzorg, yoga, NLP, geweldloze communicatie, meditatie, EHBO, gezond bewegen... Zelfbewustzijn en zelfzorg moeten pijlers worden in de samenleving; jongeren en volwassenen moeten leren hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen en moeten er zich van bewust zijn wanneer ze uit balans geraken, hetzij lichamelijk, hetzij geestelijk. Daarom moeten ze van jongs af kennismaken met methodes om zichzelf te versterken.

Via onderwijs en de sociale kaart moeten patiëntenverenigingen bekend worden gemaakt bij het grote publiek om zo de gezondheidskennis te verhogen en de kennis over de informele zorg te verhogen. Dat is onderwijs 'aan de hand van getuigenissen'.

Tijdens de opleiding van leerkrachten – bv. de leerkracht LO – en tijdens pedagogische studiedagen moet het onderwijs worden versterkt in het omgaan met gezondheid, aspecten van gezondheidsgedrag en levenskwaliteit, omgaan met zorg en kwetsbaarheid...

Het verstrekken van gezondheidsinformatie en –motivatie is volgens sommigen ook een opdracht van andere sectoren dan het onderwijs alleen. Er wordt in die context ook gekeken naar de media en werkgevers.

Alle tips zoals veel bewegen, meditatie, zorgen voor elkaar, gezonde voeding... zo veel mogelijk doorgeven via media, opvoeding op school, door werkgevers te laten toepassen op de werkvloer (bv. stuk vers fruit op werkvloer).

Ook voor de zorgverleners en zorgorganisaties is er een belangrijke taak weggelegd om de gezondheidskennis en -vaardigheden van hun patiënten, cliënten of bewoners te verhogen, met speciale aandacht voor de meer kwetsbare groepen. Tegelijk moeten ondersteunende tools en informatie-instrumenten worden ontwikkeld en moeten zorgverleners beter worden opgeleid in communicatie.

Ook de zorgomgeving (artsen en andere zorgverleners) moet zelfbewustzijn over gezondheid en zelfzorg ondersteunen. Wijkcentra kunnen daarin ook een rol spelen en in ziekenhuizen zouden mensen de tools moeten aangereikt krijgen om – eenmaal thuis – de zorg zoveel mogelijk in eigen handen te houden.

Zorg dat de behandelende arts of zorgprofessional voldoende tijd heeft voor het consult met de patiënt. Zeker in een context van complexe aandoeningen.

Zorg voor meer tools en een aangepaste opleiding voor zorgverleners om beter te kunnen communiceren met de personen aan wie ze zorg verlenen, in het bijzonder voor personen met lage gezondheidsvaardigheden. Weet dat 45% van de bevolking last heeft van 'gezondheids-laaggeletterdheid' tijdens een consultatie, voornamelijk veroorzaakt door de stress. Vaak gebruiken artsen en andere zorgverleners te veel jargon, hebben ze geen toegankelijke informatiepakketten op maat van diverse gebruikersprofielen, of beschikken ze zelfs niet over de tools om laaggeletterdheid te detecteren.

Incentives vanuit de overheid voor ziekenhuizen en zorgvoorzieningen om hun educatie- en informatie-instrumenten voor patiënten, familie en bezoekers te professionaliseren.

Laat gezondheids- en welzijnswerkers meer samenwerken en expertise delen met organisaties die zich richten op kwetsbare doelgroepen om op maat van die doelgroep te sensibiliseren, informeren en begeleiden.

Er moet ook meer informatie komen over waar mensen terecht kunnen voor zorg. Er werden in dat verband al veel suggesties gedaan onder de cluster laagdrempelige nabije zorg. Maar een betere verspreiding van de sociale kaart moet in ieder geval op de agenda komen.

De gemeente kan een stadskartaal maken van alle zorg die in de gemeente beschikbaar is. Die kan via flyers verspreid worden of worden doorgegeven door huisarts, of via CLB, Kind & Gezin... Er kunnen ook campagnes zijn die de sociale kaart bekend maken. Hier gaat het er dus om te weten wat er allemaal op de markt is.

Een andere suggestie is om het begrippenkader rond ziekte en gezondheid in ons taalgebruik grondig aan te passen waardoor niet alleen de beeldvorming verandert, maar mensen ook worden aangezet tot meer zelfregie.

Om zelfregie te faciliteren moeten we ons 'beperkend' begrippenkader ombuigen naar een positievere taal. Mensen worden nu in categorieën geplaatst (zieke, werkende, werkloze, oudere, jongere...) of in statuten gestopt die hen beperken in hun zelfregie en zelfzorg. Gebruik als alternatief vertrekpunt de uniekheid van elk individu: een individu met noden, maar ook met krachten en talenten. Dat zal voor een ander maatschappelijk beeld zorgen waardoor individuen de mogelijkheid krijgen vanuit hun eigen krachten verantwoordelijkheid op te nemen.

Tot slot worden enkele concrete suggesties – van anders wonen over buurtzorg tot gezondheidscheques – gegeven om het zelfbewustzijn over gezondheid, zelfzorg en zorg vanuit de directe omgeving gemakkelijker ingang te doen vinden.

Besteed meer aandacht aan een verscheidenheid in woonvormen waarbij jong en oud, kwetsbaar en minder kwetsbaar dicht bij elkaar komen en wonen. Dat verhoogt de draagkracht en verlaagt de draaglast. De autonomie en zelfzorg van mensen zal erop vooruitgaan.

Zet in op ontmoetingsplaatsen waar verschillende generaties kunnen samenkomen, wonen, eten en van elkaar kunnen leren op vlak van gezondheid en zorg.

Via een goed uitgebouwde preventieve buurtzorg zullen buurtbewoners meer verantwoordelijkheid voelen voor de eigen gezondheid en de zorg, maar ook voor de mensen die rondom hen wonen. Door in die netwerken laagdrempelige, toegankelijke en betrouwbare informatie aan te bieden, zal het welbevinden verhogen.

Introduceer gezondheidscheques (zoals maaltijdcheques). Te gebruiken voor gezonde maaltijden in de bedrijfskantine, gezonde voeding in de supermarkt, voor sportbeoefening, maar ook voor een psychologisch consult en een afspraak met een gezondheidscoach. Een gezondheidscheck is een quick win op vlak van gezondheidsbevordering. Het geeft aan mensen bovendien een voldoende grote vrijheid om te beslissen hoe ze die cheques willen gebruiken.

In inburgeringscursussen moet er plaats zijn voor gezondheid en preventie.

Voor Kind & Gezin is een taak weggelegd om jonge ouders, vanaf de zwangerschap totdat hun kind in het kleuteronderwijs terechtkomt, bewust te maken van het belang voor hun kind van gezonde voeding, beweging, sociale vaardigheden, taal enz.



TOT SLOT

Duizenden mensen die op de een of andere manier een band hebben met de zorg, of eenvoudigweg begaan zijn met de zorg, lieten in *Zorg aan Zet* hun stem horen. Wat vinden zij belangrijk in de zorg, waarover maken zij zich zorgen, wat willen zij veranderd zien? Vervuit de meeste verzuchtingen, overwegingen, bezwaren, suggesties en/of aanbevelingen werden waarschijnlijk al ooit eens elders gemaakt. Wat dit maatschappelijk debat echter wel bijzonder scherp in de verf zet, is het brede draagvlak voor een ingrijpende hervormingen van ons gezondheidssysteem en onze welzijnszorg.

Vanuit het werkveld en de ervaringswereld van direct betrokkenen komen tientallen pijnpunten overduidelijk tot uiting. Tegelijkertijd worden er vele honderden ideeën geformuleerd om de knelpunten weg te werken. Een samenvatting van de voorstellen:

Maak van levenskwaliteit dé norm in de zorg.

Breng de zorg naar de buurt en de buurt naar de zorg. Daardoor kunnen professionele en informele zorg verbinding maken en vinden zorgvragers laagdrempelig hun toegang tot zorg.

Plaats de patiënt/cliënt als mens centraal. Dat kan alleen als de zorg vraaggestuurd wordt en de zorgvrager op een holistische en emancipatorische manier wordt benaderd.

Geef zorgverleners de tijd, ruimte en middelen zodat de zorg terug de inhoud krijgt die ze verdient.

Maak van het elektronisch patiëntendossier een gedeeld zorgdossier en geef het eigenaarschap ervan in handen van de zorgvrager. Zo wordt het elektronisch dossier een instrument om zorgvragers te empoweren.

Haal de schotten tussen gezondheidszorg en welzijnszorg weg. Van boven tot onder. Van het beleid op het allerhoogste niveau tot op de werkvloer. Stimuleer multidisciplinaire samenwerking tussen zorgorganisaties en tussen individuele zorgverleners.

Vervang de prestatiefinanciering (gradueel) door andere systemen van betaling die gebaseerd zijn om forfaits, uitkomsten, zorgkwaliteit, samenwerking, gezondheid van de populatie, de werkelijke tijdsinvestering van de zorgverlener, de intellectuele acte, vraagsturing, preventie, evidence...

Investeer in slimme innovaties en het zorgzaam inzetten ervan 'op maat van de patiënt en de zorgverlener'.

Maak de omslag van een 'ziekte'-zorg naar een echte 'gezondheids'-zorg. Dat betekent een veel grotere inzet op preventie.

Gezondheid – zowel lichamelijk als psychisch – moet een prioritair thema worden in alle beleidsdomeinen en in alle levenssferen (gezin, onderwijs, werk, wonen, vrije tijd...), en dus niet alleen binnen volksgezondheid en welzijnszorg ('Health in all policies').

Verhoog de gezondheidskennis en zorgvaardigheden bij het brede publiek. Begin daarmee van jongs af aan in de school en in alle studierichtingen ('Health in all studies'). Ook artsen en zorgverleners hebben daarin een taak te vervullen. Zij moeten hun patiënten en cliënten goed informeren en samen met hen tot gepaste zorgkeuzes te komen ('shared decision making').



	 Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België	 KWALITEIT IN KINESITHERAPIE	 Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
			
		 aangesloten bij unizo	 FEDERATIE VAN EERSTELINGSPRAKTIJKEN MET FORFAITABELE FINANCIERING
			
		 Deelt kennis. Verbindt Pochlators	
			
 Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen			 vereniging voor familie van psychisch kwetsbare mensen
		 DE FEDERATIE VAN SOCIALE ONDERNEMINGEN VZW	
	 samen dementie draagbaar maken		 Vlaams Apothekers Netwerk
	 VLAAMSE BEROEPSVERENIGING ZELFBINDIGE VERPLEEGKUNDIGEN		
 vlaams onafhankelijk zorgnetwerk	 we zijn er voor jou		
 verruimt je wereld			
		Deze organisaties verleenden hun steun aan het participatietraject Zorg aan Zet	