

zorgwijzer 103

BARBARA JANSSENS
GERODENT

**“Mondzorg bij
ouderen is cruciaal
voor de menselijke
waardigheid”**



IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Accreditering van ziekenhuizen.....	28
Werkgroep structurele aanpak bij covid.....	4	Werken met een zorgpad alcohol.....	32
Gerodent ijvert voor betere mondgezondheid.....	12	Ethiek en technologie in de zorg.....	36
Ziekenhuisinfrastructuur.....	16	Korte berichten.....	39
Arbeidsmigratieproject Aurora.....	22	Colofon.....	39
Nationale ziektelaststudie.....	26		



Ziekenhuisinfrastructuur



Werken met een zorgpad alcohol

32



Structurele aanpak bij covid

EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER



Ons belangrijkste kapitaal

Deze Zorgwijzer opent – nog maar eens – met een reflectie op twee jaar pandemiebeleid. Niet om te duiden wat allemaal misliep, wel om te kijken hoe de ziekenhuizen zich structureel beter kunnen voorbereiden op een nieuwe fase in de covidpandemie. Of op een heel nieuwe pandemie. Een werkgroep van Zorgnet-Icuro met algemene directies, verpleegkundige directies, hoofdartsen en experts uit de Vlaamse ziekenhuizen hield de afgelopen maanden heel het luik van capaciteitsplanning in het covidbeleid kritisch tegen het licht en formuleert een reeks aanbevelingen voor de toekomst.

Daaruit komen enkele duidelijke rode draden naar voor. Alles begint bij een kwaliteitsvolle, uniforme en efficiënte dataverzameling. Samen met goede predictiemodellen is dataverzameling dé basis voor beslissingen en bijstellingen al naargelang de evoluties in de verschillende fases van een pandemie. Sleutelementen in de capaciteitsplanning zijn autonomie, flexibiliteit en solidariteit. Ziekenhuizen moeten meer bewegingsvrijheid krijgen om de beschikbare bedden, zowel op intensieve zorg als op gewone afdelingen, optimaal in te zetten in functie van de noden, en op het juiste moment op- en af te schalen. Om de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de solidariteit te garanderen zijn duidelijke en heldere criteria nodig voor opname en ontslag, en interhospitaaltransporten. We hoorden ook een absolute aanbeveling om, in alle rust en los van een crisisperiode, een sereen en grondig debat te voeren over een ethisch-juridisch kader, een draaiboek dat klaarligt voor het ogenblik dat crisissen en de opnamecapaciteit heel kritiek worden.

En dan de medewerkers. De covidcrisis toonde dat de medewerkers de ruggengraat én de achilleshiel zijn van de gezondheidszorg. Veilige en goede zorg realiseer je niet door bedden bij te creëren. Een bed zonder de juiste personeelsomkadering is een lege doos. Het personeel moet voldoende in aantal zijn én over de juiste competenties beschikken. Maar de harde realiteit is – dat wisten we al vóór de crisis en nu des te meer – dat we die medewerkers gewoon niet meer vinden. En we weten ook dat dit probleem niet zal verdwijnen in de komende jaren.

Iedereen die een zorgorganisatie runt, of het nu gaat om een ziekenhuis, een woonzorgcentrum, een voorziening voor personen met een beperking, een voorziening voor mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem of een kinderdagverblijf, zal onomwonden stellen dat het vinden van voldoende en kwaliteitsvol personeel dé *bottleneck* is om hun ambities, dromen en zorgvisie te realiseren. Kijk je breder in de samenleving, dan hoor je elders dezelfde noodkreten: in het onderwijs, de horeca, de bedrijven...

Het probleem is prangend, maar helaas niet zomaar “oplosbaar”. Enkel werken aan de beeldvorming en de aantrekkelijkheid van het beroep zal onvoldoende zijn. We moeten dan ook bredere en structurele maatregelen nemen, met vele partners samen, om aan die allergrootste uitdaging van de toekomst het hoofd te bieden en ervoor te zorgen dat het probleem niet nóg groter wordt. Een van de vele “oplossingspistes” is arbeidsmigratie, het actief aanmoedigen van geschoold zorgpersoneel uit het buitenland om hier te komen studeren en werken. In deze Zorgwijzer kan je kennismaken met het Aurora-project, waarbij een groep Indiase verpleegkundigen eerst in hun eigen land en daarna in België een intensief opleidingstraject volgden om daarna aan de slag te gaan in een woonzorgcentrum.

Het spreekt voor zich dat arbeidsmigratie slechts één van de vele puzzelstukjes is in het hele schaarste-verhaal. We moeten evengoed durven kijken naar ingebakken organisatievormen en ze durven in vraag stellen. We moeten openstaan voor innovatieve arbeidsorganisaties, we moeten kijken hoe we personeel kunnen stimuleren om hun arbeidspercentage op te trekken... En we moeten als werkgevers heel sterk inzetten op retentie, op het psychosociaal welzijn van onze mensen.

Steeds meer wordt duidelijk dat het beschikbare personeel dé determinerende factor wordt voor het zorgaanbod dat we in de toekomst zullen kunnen organiseren. Niet de vraag zal allesbepalend zijn, of de financiering, maar wel ons belangrijkste kapitaal: de mensen.

“Hoe bereiden we ons voor op een volgende pandemie?”

AUTEUR: FILIP DECRUYNAERE



De kans is groot dat de covidcrisis nog een tijdje aanhoudt. Experts zijn het er bovendien over eens dat we na de covidcrisis vroeg of laat opnieuw met een pandemie te maken krijgen. Hoe kunnen we ons hierop beter voorbereiden? Welke lessen trekken we uit de voorbije jaren? Wat kunnen ziekenhuizen en overheden vandaag al doen voor een betere ‘pandemic preparedness’? De ‘Werkgroep structurele aanpak bij covid’ boog zich over die vragen en formuleert adviezen voor overheden en ziekenhuizen.

Zorgnet-Icuro nam het initiatief voor de ‘Werkgroep structurele aanpak bij covid’. Hij is samengesteld uit directies en hoofdartsen van de Vlaamse ziekenhuizen. De werkgroep kwam begin 2022 twee keer online samen. Enkele experts die de beheersing van de covidcrisis van op de eerste rij meemaakten, gaven een voorzet voor een aantal aanbevelingen: prof. Geert Meyfroidt (intensivist UZ Leuven en voormalig voorzitter van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde), prof. Marc Noppen (CEO UZ Brussel), dr. Stefaan Gouwy (hoofdarts AZ Alma) en Kurt Surmont (verpleegkundig paramedisch directeur ZOL). De werkgroep discussieerde vervolgens grondig over een aantal thema’s: de capaciteitsplanning, noodplannen, dataverzameling, ethisch-juridische richtlijnen en de inzet van medewerkers en kwam tot een reeks aanbevelingen.

Die aanbevelingen bevatten zowel elementen voor de korte als voor de langere termijn. Ze vertonen vaak onderling een grote samenhang. Ze moeten dan ook als één geheel beschouwd worden. Een aantal aanbevelingen vergt acties op overheidsniveau, andere kunnen de ziekenhuizen zelf opnemen, nog andere moeten beide partijen ter harte nemen.

Capaciteitsplanning

Een van de gevoeligste thema’s is de capaciteitsplanning. Hoe langer de crisis duurt, hoe duidelijker het werd dat het vrijhouden van bedden niet te verantwoord is. Bedden reserveren verhindert immers dat een ziekenhuis zijn capaciteit optimaal benut. Aan lege bedden heeft niemand iets. Omdat aan die gereserveerde bedden ook personeel gekoppeld wordt dat paraat moet zijn, staan ze tegelijk een optimale personeelsinzet in de weg. Een beter alternatief voor de werkgroep zijn afspraken over het snel (binnen de 24 uur) beschikbaar kunnen maken van plaatsen. Dat vergt een capaciteitsplanning op basis van predicties die rekening houden met evoluties op korte, middellange en lange termijn.

De werkgroep pleit tegelijk voor meer nuance in de beslissingen. Het is geen goed idee om de IZ-bedden en niet-IZ bedden aan elkaar te koppelen, zoals dat gebeurde voor het vrijhouden van bedden. Bovendien is niet elk IZ-bed gelijk. Er zijn *midcare* en *highcare* IZ-bedden, IZ-bedden voor covid en voor niet-covid-patiënten. Sommige ziekenhuizen hebben bovendien een tertiaire functie, waarmee eveneens rekening moet worden gehouden. Er is meer flexibiliteit in normering en regelgeving nodig om de beschikbare bedden zo optimaal mogelijk in te zetten. Tijdens een pandemie geldt die noodzaak nog dwingender dan in gewone tijden, aldus de werkgroep.

Goede data en heldere afspraken

Een ander thema is de dataverzameling. Goede real-time relevante data en betrouwbare predictiemodellen zijn een *conditio sine qua non* voor het managen van een crisis. Daarom moeten we investeren in een kwaliteitsvolle en efficiënte dataverzameling met heldere en correcte definities. Die informatie moet trans-

parant gedeeld worden met alle belanghebbenden, zodat het beleid hierop echt kan sturen.

Tegelijk moeten we erover waken dat registraties, zeker in crisistijd, geen onnodige druk zetten. Leg daarom vooraf, in onverdachte tijden, een registratiebarometer vast. Welke registraties kunnen in bepaalde omstandigheden tijdelijk worden stopgezet? Welke registraties kunnen worden uitgesteld? Data moeten op alle niveaus bekeken worden: per ziekenhuis, per netwerk, provinciaal en federaal. Met de data voorhanden moeten ziekenhuizen meer autonomie krijgen voor beslissingen over het op- of afschalen van bedden, binnen een vooraf gedefinieerd kader van solidariteit en rechtvaardigheid.

Goede data kunnen ook het vertrekpunt zijn voor een nog betere samenwerking op het terrein. Ook hierover doet de werkgroep enkele aanbevelingen. Wanneer mag ziekenhuis A een patiënt tijdens een pandemie naar ziekenhuis B overbrengen? Wanneer moet ziekenhuis B een patiënt van ziekenhuis A overnemen? In tijden van crisis is dat niet altijd duidelijk. Dat kan leiden tot discussies, stress en tijdverlies. Bepaal daarom vooraf heldere doorverwijscriteria (in twee richtingen) voor het inter-ziekenhuistransport. Centraliseer de coördinatie van die transfers op nationaal niveau. Geef de federale gezondheidsinspecteurs een stevig mandaat om op basis van de vooropgestelde criteria en in dialoog met de ziekenhuizen over transfers te kunnen beslissen. Om die praktijk in te oefenen, kan de jaarlijkse influenzaperiode als *dry run* voor echte crisissituaties worden gebruikt.

De samenwerking die gegroeid is tussen ziekenhuizen en andere organisaties – de eerste lijn, woonzorgcentra, welzijnsvoorzieningen... – moet voor de werkgroep

bestendig, gefaciliteerd en structureel ingebed worden. Deze samenwerking is tegelijk een hefboom voor geïntegreerde zorg en essentieel voor een vlotte doorstroom van patiënten uit het ziekenhuis. Goede afspraken maken goede vrienden.

Medewerkersbeleid

Verder doet de werkgroep aanbevelingen voor een betere noodplanning en voor ethisch-juridische richtlijnen. Maar het grootste pakket adviezen gaat over het medewerkersbeleid. Al voor de covidcrisis woog het tekort aan personeel op de zorgsector. Bovendien worden de zorgnoden in de toekomst alleen nog groter en dreigt het beschikbare personeel op een steeds krapere arbeidsmarkt alleen nog schaarser te worden. Daarom zijn dringende ingrepen nodig, specifiek voor tijden van crisis, maar ook structureel.

De werkgroep adviseert ziekenhuizen om vandaag al voorbereidingen te treffen op komende pandemieën. Zo kunnen nu al afspraken gemaakt worden over de herallocatie van medewerkers. Wie is bereid om in geval van nood op een andere dienst te werken? Wie kan bijkomend ingezet worden op een dienst IZ? En welke opleiding en training is hiervoor nodig? De overheid van haar kant moet de verpleegkundige bestaafing structureel versterken. De ‘patient to nurse ratio’ moet hoger. Tegelijk moeten we eindelijk eens echt werk maken van taakuitzuivering en functiedifferentiatie, in overleg met alle betrokkenen. Ten slotte moet de overheid blijven investeren in de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen.

De brochure *Twee jaar covid. Aanbevelingen van de Vlaamse ziekenhuizen voor ‘pandemic preparedness’* wordt binnenkort gepubliceerd op www.zorgneticuro.be >> [Bibliotheek](#).

“We gaan te weinig duurzaam om met onze medewerkers”

Voor prof. Geert Meyfroidt, intensivist in het UZ Leuven, is het meest dringende probleem de personeelsbezetting. “Daar staat of valt uiteindelijk alles mee.”

“Wat me zorgen baart, is dat de personeelsbezetting er vandaag slechter aan toe is dan vóór covid,” zegt prof. Geert Meyfroidt. “Sommige ziekenhuizen hebben op dit moment grote bestaffingsproblemen, zodat ze zowel op IZ als op hospitalisatieafdelingen bedden moeten sluiten. Die bedden moeten zo snel mogelijk weer open. Dat kan alleen met voldoende medewerkers. Een deel van de uitval is tijdelijk, maar er is meer aan de hand. We hebben de voorbije jaren te veel van de medewerkers geëist. Een crisis die twee jaar duurt, is geen crisis meer. We gaan te weinig duurzaam om met onze mensen. We vragen zeer veel flexibiliteit. Dat is niet houdbaar.”

Wat we concreet moeten doen? Erkennen dat het systeem van in het begin al erg krap gedesigned was. Men lijkt bang te zijn om een beetje reserve te hebben. Het zit ook in onze aard. Zijn we met minder, dan doen we voort. Met nog wat minder, dan steken we een tandje bij. Dat put mensen uit. Het meest slopende is de



© UZ Leuven

onvoorspelbaarheid: je kan bij manier van spreken elk moment gevraagd worden om ergens in te vallen.

Tegelijk slagen sommige ziekenhuizen er wel in om voldoende medewerkers aan te trekken en te behouden. Hoe komt dat? Ik heb er geen idee van. Maar we moeten wel eens goed onderzoeken hoe een succesvol personeelsbeleid te verklaren is. Uiteindelijk draait alles om voldoende medewerkers. Zowel in crisistijd als in niet-crisistijd.”

Heldere afspraken

“Verder zijn heldere afspraken nodig over verwijzingen door overbelasting of voor de expertise. De regels hierover zijn niet duidelijk. Sommige transfers zijn moeilijk te interpreteren. Gedeeltelijk omdat we te weinig data hebben. We beschikken over 2000 IZ-bedden, maar die zijn qua expertise en bestaffing erg verschillend. We moeten dat goed in kaart brengen. Er waren tijdens covid grote verschillen in mortaliteit tussen ziekenhuizen, die je na statistische correctie niet zomaar kan verklaren. We hebben (nog) geen cultuur om met dergelijke *benchmarking* om te gaan, en er wordt vaak nogal snel besloten “dat we daar niet naar mogen kijken.” Is een IZ-dienst het vooral gewoon om postoperatief *midcare* zorg te verlenen, dan is dat misschien niet de juiste plaats voor zware covid-patiënten. Zorg moeten verlenen die eigenlijk je capaciteit te boven gaat, is voor niemand goed. Dat geeft geen veilig gevoel en draagt mogelijk bijkomend bij tot personeelsuitval.

Soms lijkt het wel taboe om afspraken tussen ziekenhuizen te maken. De netwerken zijn het eerste platform voor zulke afspraken, maar niet elk netwerk functioneert even goed. Toch moeten we de lasten verdelen, rekening houdend met de expertise. We moeten verwijzen én terugverwijzen, want ook dat mankeert wel eens. De formele structuren hiervoor ontbreken. In Nederland, het Verenigd Koninkrijk en andere landen bestaan hierover wel duidelijke afspraken. Tegelijk moeten we de nodige flexibiliteit inbouwen, wat toch ook wel een sterkte is van het Belgische systeem. Het is altijd een kwestie van evenwichten.”

“Zorg moeten verlenen die eigenlijk je capaciteit te boven gaat, is voor niemand goed”

Geert Meyfroidt



© UZ Leuven

mei 2022



DOSSIER MARC NOPPEN

“In een crisis is er geen tijd voor overleg”

Kortere commandolijnen, een pandemie-draaiboek in elk ziekenhuis en meer aandacht voor de medewerkers. Dat zijn voor prof. Marc Noppen, CEO van het UZ Brussel, de prioriteiten om beter voorbereid te zijn op een volgende pandemie.

“Niets doen is het ergste. In een crisis moet je heel snel maatregelen nemen. Dat veronderstelt dat je voorbereid bent. We moeten het dak repareren als de zon schijnt. De overheid en wij allemaal zijn gepakt in snelheid. In alle landen, trouwens. We hebben allemaal moeten improviseren. Dat is geen verwijt, maar laat ons er lessen uit trekken. De Wereldgezondheidsorganisatie formuleert het treffend: regel één in een crisis is snelheid. Zelfs al blijkt je beslissing achteraf niet de beste te zijn, dan nog is ze beter dan niets doen. Ik krijg dat aan de overheden in ons land moeilijk uitgelegd. We hebben te veel vastgehouden aan ons model van overleg, overleg, overleg... Daar is geen tijd voor in een crisis. Dan heb je een ander, directiever leiderschap nodig. Laat ons daar nu over nadenken en er democratische afspraken over maken. We hebben levens verloren door het overlegmodel.

Dat geldt trouwens voor elke crisis: Oekraïne, terreur... Sommige zaken zijn perfect voorspelbaar. *Shit will happen*. Je weet alleen niet wanneer. We krijgen nog pandemieën. En klimaatrampen. Dat staat vast. Hoe

kunnen we ons erop voorbereiden? Door afspraken die toelaten dat we snel en doortastend handelen als het zover is. In een crisis heb je zeer korte, krachtige commandolijnen nodig. Geef bij een ernstige crisis een commandocel drie maanden volmachten. Na die drie maanden evalueert het parlement. Maar die eerste reactie maakt het verschil, ook in mensenlevens.”

Draaiboek ziekenhuis

“Ook de ziekenhuizen kunnen zich beter voorbereiden. *Gouverner, c'est prévoir*. Het is de titel van een draaiboek dat we recent in het UZ Brussel hebben gemaakt. Er was al een noodplan, maar we hebben nu een extra hoofdstuk voor een pandemie. Het is duidelijk dat covid nog drie tot vijf jaar zal duren. Het draaiboek telt drie luiken. Het eerste bevat afspraken prehospital, in overleg met de huisartsenkringen. Hoe kunnen we opnames vermijden? Hoe kunnen we patiënten thuis behandelen? Ook de langere termijn bekijken we: hoe kunnen we de gezondheid van de bevolking versterken? Covid heeft duidelijk gemaakt dat wie minder gezond is, een veel hoger risico loopt. Daarom moeten we

investeren in meer gezondheid: minder overgewicht, minder hoge bloeddruk... Laat ons daar meteen werk van maken.

Het tweede luik focust op intrahospitaal. Hoe managen we de *critical care capacity* in het eigen ziekenhuis? Het gaat over middelen en mensen. We hebben bijvoorbeeld een ‘reservelegertje’ in het leven geroepen: mensen die in een crisis bereid zijn om van dienst te veranderen. We weten vandaag op naam wie dat wil doen en we kunnen die mensen al voorbereiden hierop. Bij een volgende crisis hoeven we dat alvast niet meer te improviseren.

Een derde luik behandelt de afspraken posthospital. Hoe kunnen we patiënten sneller ontslaan? Wat zijn de voorwaarden? Welke afspraken maken we met de thuisverpleging, de woonzorgcentra... We hebben nu een plan. Dat is ongetwijfeld nog niet perfect. Maar er is tenminste een plan. Dat geeft rust en vertrouwen in de organisatie.”

Koester je medewerkers

“We moeten op die spijker blijven hameren: de kracht van de mensen. Uiteindelijk zijn het de hulpverleners die het doen. In de ziekenhuizen, in de woonzorgcentra, in de eerste lijn... Daarom, koester je medewerkers! Ik kan het niet genoeg herhalen. Zowel voor de overheden als voor de zorgorganisaties. Als CEO van het UZ Brussel maak ik daar een punt van. Het begint met vertrouwen. Een paar dingen in het leven krijg je alleen als je ze eerst geeft: respect, waardering, vertrouwen... Geef experts de ruimte om te doen wat nodig is. Kom daar niet te veel in tussen.

Daarnaast hebben we ons in de crisis elke dag getoond op de werkvloer. Authentiek aanwezig zijn. Dat helpt. Nu het wat rustiger is, moet ik mezelf eraan herinneren om dat te blijven doen. Gewoon er zijn voor de medewerkers. Tonen dat je hen steunt, dat je samen een team vormt. We hebben daarom bijvoorbeeld geen medewerkers op technische werkloosheid gezet. We hadden dat perfect kunnen doen. Maar als je één team vormt, dan zet je niemand op de reservebank. Dat heeft ons geld gekost, maar het heeft ook geloond. Sommige dingen vergeet ik nooit. Toen de overheid een zorgpremie uitschreef, kwam een delegatie niet-covidverpleegkundigen me voorstellen om hun premie te schenken aan de collega's in de frontlinie. Dat is ploegsport! We hebben alle medewerkers een extra vakantiedag gegeven als appreciatie. In de dienst ICT werken twee dames uit Oekraïne. Zij zitten in zak en as. Hun collega's hebben gevraagd of ze hun extra vakantiedag aan hen mochten afstaan.

Om ze tijd en ruimte te geven voor hun familie en eventueel een bezoek aan Oekraïne of de buurlanden. Dat is teamspirit!

Die solidariteit wil ik stimuleren. We zijn tijdens corona begonnen met een waarderingprogramma voor de medewerkers. Care4me, heet het. Het zijn allemaal kleine acties, maar ze doen ertoe. Echt waar, we moeten onze mensen koesteren.”

“Een paar dingen in het leven krijg je alleen als je ze eerst geeft: respect, waardering, vertrouwen... Geef experts de ruimte om te doen wat nodig is”

Marc Noppen



“Geef de ziekenhuizen en hoofdartsen meer vertrouwen”

“Ons gezondheidssysteem staat nog altijd onder druk,” zegt hoofdarts dr. Stefaan Gouwy van AZ Alma. Hij pleit voor meer regelruimte en autonomie voor de ziekenhuizen.

“De overheid moet meer vertrouwen geven aan de ziekenhuizen. Zeker in de eerste golven van de pandemie waren de directieven erg. Zo werd het ons verboden om nog planbare zorg aan te bieden, waardoor we vandaag nog altijd een achterstand aan het inhalen zijn. Er was natuurlijk de vrees voor het onbekende virus en de impact van de beelden uit Noord-Italië. Maar achteraf gezien bleek die restrictie niet nodig. Ook de financieringsregels van het Budget Financiële Middelen (BFM) bleken soms contraproductief om wendbaar te kunnen omgaan met crisissituaties. Zo snijdt een ziekenhuis soms in eigen vlees als het een patiënt te snel ontslaat. Geef de ziekenhuizen meer vrijheid om te doen wat nodig is. We zijn best wel in staat om zelf na te denken en creatieve oplossingen te vinden. We hebben al die maanden bewezen enorm flexibel te kunnen zijn.

Of het niet logisch is dat in een crisis directief gecommuniceerd wordt? Weet je, wij hebben in het begin van de pandemie vooral heel veel werk gehad om intern de soms tegenstrijdige communicatie vanuit de verschillende overheden en experts te duiden en tot de essentie te herleiden. Er was geen duidelijke eenheid van communicatie. Pedro Facon had vanaf dag één het mandaat moeten krijgen om ook de communicatie voor zijn rekening te nemen.

AZ Alma telt negen IZ-bedden. In de eerste golf hebben we dat opgerekt tot een capaciteit van negentien IZ-bedden verspreid over drie locaties! We hebben intern mensen omgeschoold. Er was enorm veel *goodwill* bij artsen en medewerkers. We kunnen veel. Elk ziekenhuis is ondertussen geaccrediteerd, weet wat kwaliteit is, weet wat een verbetercyclus is. In de ziekenhuizen weten we als zorgprofessionals echt wel waarmee we bezig zijn. We zijn heel wendbare organisaties ge-

bleken. Het probleem is evenwel dat je niet eindeloos wendbaar kan blijven. Het vergt veel van de mensen. Na twee jaar van crisis en op- en afschalen in zorg snakt iedereen naar een beetje normaliteit en routine.”

Medewerkers rust geven

“De oorlog in Oekraïne of een schip dat vastzit in het Suezkanaal: elke dag ervaren we hoe broos de globale economie is. Er hoeft ergens maar iets te gebeuren, of de economie en de bevoorrading lopen in het honderd. Dat dwingt ons om strategische voorraden aan te leggen. Zoiets moet je centraal organiseren, zodat er een buffer is waaruit alle ziekenhuizen kunnen putten.

Wat ziekenhuizen nu vooral moeten doen, is de medewerkers en artsen rust geven. De medewerkers zijn op. Ze hebben veel meer sterfgevallen dan gewoonlijk meegemaakt. Ze hebben gezien hoe mensen in eenzaamheid moesten sterven, zonder ook maar de mogelijkheid van nabijheid van een naaste. Er waren mensen die afscheid moesten nemen van hun familie via Facetime of Skype. Het lichaam mocht achteraf niet meer gegroet worden, maar moest onmiddellijk in twee lijkzakken worden verzegeld. Getuige zijn van dit leed zorgde ervoor dat veel medewerkers zich enorm machteloos hebben gevoeld tijdens de covidcrisis. Dat alles kruipt niet in de kleren. We hebben vandaag nog altijd iets meer ziekteuitval dan gewoonlijk, maar dat cijfer lijkt langzaam te verbeteren.

We hebben tijdens de covidcrisis intern goed ingezet op psychische ondersteuning. Er kwam dagelijks een psycholoog langs op de crisisafdelingen en we richtten een meeting room in voor peer support, waar medewerkers na een shift nog even op adem konden komen met een versnapering en een drankje. Dankzij dat soort initiatieven hebben we het volgehouden. Maar wat als deze covidcrisis nu nog één of twee jaar aansleept? De solidariteit in de samenleving is al lang weggeëbd. Geen applaus meer om 20 uur, geen witte vlaggen... De samenleving vindt het ondertussen normaal dat wij dit doen. In de pers lijkt het zelfs alsof de covidcrisis voorbij is. Terwijl in elk ziekenhuis nog altijd covidpatiënten liggen en we nog heel wat achterstand door uitgestelde zorg moeten inhalen.”

Eén team

“Wat mij als hoofdarts vooral verrast heeft, is de ongelooflijke solidariteit onder artsen. Iedereen is ver buiten zijn comfortzone gegaan. Iedereen dacht mee en wou helpen om deze crisis het hoofd te bieden. We waren echt één team. Toch hebben we altijd gewaakt over het bieden van verantwoorde en kwaliteitsvolle zorg. Zo werden op IZ alleen intensivisten en anesthesisten ingezet. Intensieve geneeskunde is een hooggespecialiseerd vakgebied en de expertise van een orthopedist of oftalmoloog ligt nu eenmaal ergens anders. De co-hortefdelingen werden initieel enkel opgevolgd door onze drie longartsen en een oncoloog. Op die manier

“Na twee jaar van crisis en op- en afschalen in zorg snakt iedereen naar een beetje normaliteit en routine”

Stefaan Gouwy

slaagden ze erin de pathologie echt in hun vingers te krijgen. In een later stadium werden ze bijgestaan door de geriaters en cardiologen. We kozen er bewust voor om geen NKO-artsen of dermatologen in te schakelen, ook al boden zij dit zelf aan.

Iedereen heeft hard gewerkt vanuit zijn eigen expertise en vakgebied. Hoewel de chirurgen, vanuit hun oprechte bezorgdheid voor hun patiënten, niet altijd blij waren met de beslissingen over het afschalen van operatieve capaciteit en het uitstellen van zorg, was er veel begrip en relatief weinig weerstand. We hebben een open communicatie nagestreefd, zodat iedereen mee was in het verhaal.

Maar we zijn er nog niet. Eerst moeten we nog heel wat van de uitgestelde zorg inhalen. Ook de eerste lijn staat nog altijd onder zware druk. Veel huisartsen werken alleen nog op afspraak. Dat is begrijpelijk, maar het zorgt ervoor dat mensen zich sneller aanbieden op de spoedgevallendienst, waar er dan ook bij momenten *overcrowding* ontstaat. Je voelt aan alles dat ons gezondheidssysteem nog steeds onder druk staat.”

“Mondzorg bij ouderen is cruciaal voor de menselijke waardigheid”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: SOPHIE NUYTEN & JAN LOCUS



Twaalf jaar geleden werd in het UZ Gent Gerodent opgericht, een programma dat streeft naar betere mondgezondheid in woonzorgcentra. Professor Barbara Janssens leidt het project. “Mondzorg bij ouderen zou een verantwoordelijkheid voor de hele zorgsector moeten zijn.”

Sinds de start van Gerodent, een programma rond mondgezondheid dat zich richt op woonzorgcentra in Oost- en West-Vlaanderen, hebben al 57 woonzorgcentra zich aangesloten. “Daarnaast staan er nog heel wat op de wachtlijst”, vertelt de bevrogen professor Barbara Janssens, die al sinds het begin bij Gerodent betrokken is en het nu leidt. “Het programma bestaat uit twee luiken. Ten eerste wordt in elk woonzorgcentrum een mondzorgteam opgericht. Dat team - dat kan bestaan uit verpleegkundigen, logopedisten, ergotherapeuten, enzovoort - draagt het preventieve beleid. Ze krijgen van ons de juiste *skills* en kennis rond goede mondhygiëne, iets wat bewoners uit woonzorgcentra zelden nog van a tot z zelfstandig kunnen uitvoeren.”

Daarnaast is er een tweede luik. “Tweemaal per jaar gaan we met een mobiele tandartsenpraktijk langs in in elk woonzorgcentrum, zodat we op enkele dagen tijd alle bewoners die niet meer zelfstandig naar de tandarts kunnen, tandverzorging kunnen aanbieden. We nemen daarbij zoveel mogelijk drempels weg: doordat we werken aan het conventietarief en met een derdebetalersysteem, moeten de meeste bewoners nauwelijks remgeld betalen voor een standaardonderzoek. Bovendien kunnen de bewoners in hun vertrouwde omgeving blijven. Voor bewoners met cognitieve problemen kan een verplaatsing naar een ‘gewone’ tandartsenpraktijk namelijk heel vermoeiend en desoriënterend zijn.”

Levenskwaliteit

“Het belang van goede mondhygiëne op elke leeftijd kan nauwelijks overschat worden”, benadrukt Janssens. “De wetenschappelijke literatuur daarover is echt aan het *boomen*. Zo zijn er bijvoorbeeld associaties gevonden tussen slechte mondgezondheid op middelbare leeftijd en de latere ontwikkeling van dementie. Er zijn ook onderzoeken die een verband aantonen tussen diabetes en mondgezondheid. Maar het allerbelangrijkste in de oudste groep is de link met aspiratie-pneumonie. Wanneer iemand met een slechte mondhygiëne zich verslikt, zullen allerlei ziektekiemen richting de longen gaan, wat zeer nefaste - zelfs dodelijke - gevolgen kan hebben.” Al benadrukt Janssens dat dit voornamelijk associaties zijn en oorzakelijke verbanden moeilijk aantoonbaar zijn. “Maar een goede mondhygiëne is wel een essentieel onderdeel van gezond ouder worden.”

De allerbelangrijkste reden om goede mondhygiëne vol te houden, is omdat die zoveel bijdraagt tot de menselijke waardigheid, betoogt Janssens. Ze toont ons een reeks foto's van zeer slecht verzorgde gebitten. “Dit lijken gruwelbeelden, maar geloof me: tijdens onze halfjaarlijkse bezoeken aan de woonzorgcentra krijgen we ze helaas nog vaak te zien. Sommige ouderen zien maanden geen tandenborstel, waardoor hun mond onfris ruikt en vol tandplak hangt. Daarmee ontnemen je mensen de kans op volwaardig sociaal contact en intimiteit: hun kleinkinderen komen niet meer graag op schoot, het personeel blijft niet staan voor een praatje en ze durven soms zelfs niet meer naar de cafetaria, uit schaamte. Ze genieten bovendien veel minder van hun maaltijden, omdat ook hun smaak er erg onder lijdt. Onverzorgde tanden zijn een heel groot taboe. Gelukkig zien we regelmatig dat de levenskwaliteit van bewoners enorm toeneemt nadat we hun mondgezondheid op punt hebben gezet.”

Uitdagingen

Helaas staat Gerodent momenteel voor zeer grote uitdagingen, verzucht Janssens. “De vraag is veel groter dan het aanbod dat we op dit moment kunnen bieden. We kampen met een enorm tekort aan personeel. Sowieso zijn er al te weinig tandartsen en mondhygiënisten, maar daarnaast werken wij ook aan een vast loon - dat lager ligt dan wat de gemiddelde tandarts verdient - én onder moeilijke omstandigheden: minder coöperatieve patiënten die bovendien vaak de minst hygiënische monden hebben. De zorg die wij bieden, botst totaal met het bestaande zorgsysteem. Dat is gericht op traditionele tandartsenpraktijken, waarbij de patiënt het initiatief neemt om een afspraak te maken én de tandarts betaald wordt op basis van de specifieke behandelingen die hij uitvoert. Wij moeten heel wat tijd en energie stoppen in zaken waarvoor geen nomenclatuurnummer bestaat: de verplaatsing naar het



“Voor bewoners met cognitieve problemen kan een verplaatsing naar een ‘gewone’ tandartsenpraktijk heel vermoeiend en desoriënterend zijn”

Barbara Janssens

woonzorgcentrum, de mobiele praktijk installeren met alles erop en eraan, de moeilijke communicatie met de bewoners, toestemming vragen aan de familie voor bepaalde behandelingen, ellenlange medicatielijsten doorploegen...”

Bovendien bestaat er een vorm van *ageism* in het nomenclatuursysteem, legt Janssens uit. “Wie ouder is dan 67 jaar, heeft geen recht meer op terugbetaling van het jaarlijkse mondonderzoek. Over enkele maanden wordt die leeftijdsgrens wel opgetrokken tot 80 jaar, maar daar hebben onze patiënten niets aan: de gemiddelde leeftijd van de bewoner op onze stoel is 87 jaar. Ook financieel zien wij dus grote uitdagingen: we zijn afhankelijk van de bijdragen van woonzorgcentra voor onze diensten, maar ook zij hebben het financieel vaak moeilijk.”

Groeiende zorgnood

Daarnaast wordt ook het werk van het Gerodent-team complexer met de jaren. “Toen wij startten, zagen wij een generatie ouderen die gemiddeld al op vrij jonge leeftijd veel tanden waren verloren. Nu zien we steeds vaker bewoners die hun hele leven preventieve tandheelkundige zorgen kregen, waardoor ze veel meer eigen tanden hebben. Maar daarnaast hebben zij ook veel complexe, moeilijk te onderhouden constructies gekregen: kronen, bruggen, implantaten, vullingen... Tel daar de toenemende vergrijzing bij en je begrijpt dat we nu, maar zeker ook de komende decennia, voor een exponentieel groeiende zorgnood staan. Iets waarop ons huidige zorgsysteem helaas totaal niet voorbereid is.”

Het goede nieuws is dat Gerodent echt wel het verschil kan maken. “Uit ons onderzoek blijkt dat we slechts 2% van de bewoners die zich aanmelden voor onze zorg, niet kunnen behandelen. Dat heeft niets met technische problemen te maken, maar wel met gedragsproblemen. Bij sommige bewoners zijn de cognitieve moeilijkheden zo groot, dat een behandeling onmogelijk wordt. Eventueel kunnen we hen dan onder totale narcose brengen, maar dat is uiteraard niet altijd haalbaar, gezien de bijhorende risico's. Maar uit ons onderzoek blijkt ook dat we de helft van de

bewoners die we helpen, stabiel kunnen houden. Als we hen de eerste keer behandelen, is er vaak een heel grote zorgachterstand. Maar die kunnen we dus grotendeels wegwerken: iets om terecht trots op te zijn.”

Iedereen verantwoordelijk

Preventieve mondhygiëne blijft wel een heikel punt, vertelt Janssens. “Bepaalde woonzorgcentra hebben een zeer goed preventief beleid, met gemotiveerde mensen die het echt ‘trekken’. Maar op andere plaatsen blijft die mondhygiëne helaas ondermaats. Daar komt ook veel bij kijken: je moet ervoor zorgen dat mensen het juiste poetsmateriaal hebben - tandenborstel, tandpasta, tongschraper, interdentaal borsteltjes - maar ook de dagelijkse mondhygiëne geïntegreerd krijgen in de dagelijkse zorg vergt veel inspanning. In woonzorgcentra is er vaak een tekort aan verzorgend personeel, dus ik besef heel goed dat het geen evidentie is. Gelukkig begint de overheid ook in actie te schieten: vanaf 2023 moet elk woonzorgcentrum kunnen aantonen dat het een mondzorgbeleid heeft. En er zijn ook andere mooie initiatieven, zoals De Mondzorglijn, die woonzorgcentra hulp biedt om een preventief beleid uit te bouwen.”

Er is dus nog heel wat werk voor het beleid en de woonzorgcentra. Maar de allerbelangrijkste boodschap die Janssens wil meegeven, is dat iedereen mee verantwoordelijk is. “Als we naar mondgezondheid bij jonge kinderen kijken, zijn er heel veel partners betrokken: Kind en Gezin vertelt aan elke jonge ouder dat hij moet poetsen vanaf de eerste tandjes, de CLB-artsen controleren het gebit van kinderen, er zijn grote campagnes van de overheid... Uiteraard spelen de jaarlijkse controles bij de tandarts ook een rol, maar iedereen beseft hoe belangrijk dat preventieve verhaal is. Voor ouderen lijkt de maatschappij mondgezondheid veel minder belangrijk te vinden. Veel bewoners van woonzorgcentra gaan niet meer naar de tandarts en kunnen zelf hun tanden niet meer poetsen, maar toch gaat nergens een alarmbel af. Terwijl iederéén kan zien of mensen een goede mondhygiëne hebben: je moet gewoon eens in de mond kijken en je merkt het meteen. We moeten dus de hele zorgsector meekrijgen in dit verhaal. Huisartsen, apothekers, welzijnswerkers, logopedisten, thuisverpleegkundigen, mantelzorgers: iedereen kan zijn steentje bijdragen aan een betere mondgezondheid. Want als er oog is voor enkele vrij eenvoudige preventieve regels - gezonde voeding, beperkt suikerconsumptie en twee keer per dag poetsen - dan zouden we heel veel ernstige problemen kunnen voorkomen.”

“Veel bewoners van woonzorgcentra gaan niet meer naar de tandarts en kunnen zelf hun tanden niet meer poetsen, maar toch gaat nergens een alarmbel af



Nele Mortier

“Tandzorg in de vertrouwde omgeving voelt veiliger voor onze bewoners”

Woonzorgcentrum Elisabeth aan Zee in Oostende (Woonzorggroep GVO) is al jaren aangesloten bij Gerodent. “Mondhygiëne staat bij ons bovenaan de agenda”, vertelt directeur Nele Mortier.

“Tweemaal per jaar komt Gerodent bij ons langs, met een busje met al het nodige materiaal en een zeer professioneel team van tandartsen, mondhygiënist en tandartsassistenten. Wij moedigen onze bewoners aan om bij hen langs te gaan: vorige keer heeft ongeveer de helft van onze 120 bewoners dat ook gedaan. Het is voor veel ouderen immers niet meer evident om bij hun persoonlijke tandarts te raken. Hier kunnen ze in hun vertrouwde omgeving blijven en ons eigen personeel blijft er ook bij, zodat de mensen zich veilig en rustig voelen. Sommige bewoners, die door dementie bijvoorbeeld erg verward zijn, bereiden we vooraf zo goed mogelijk voor. Maar ook het Gerodent-team doet er alles aan om hen op hun gemak te stellen en ze houden bijvoorbeeld ook rekening met allerlei bijkomende medische aspecten.”

“Maar met die twee bezoeken per jaar haal je het natuurlijk niet. Daarom besteden wij zelf ook veel aandacht aan mondhygiëne. Ons mondzorgteam speelt daarin een belangrijke rol. Dat bestaat uit afgevaardigden van de verschillende afdelingen. Zij zetten het thema bovenaan op de agenda en zorgen ervoor dat het juiste materiaal aanwezig is en dat de monden van onze bewoners goed verzorgd worden, of ze nu eigen tanden hebben of een tandprothese. Dat is zeker een uitdaging, want als je niet oplet, kan de aandacht ervoor snel verslappen.”

“Vlaanderen desinvesteert in ziekenhuisinfrastructuur, en dat is nefast voor de toekomst van onze zorg”

TEKST: TIJS RUYSSCHAERT
BEELD: JONATHAN RAMAEL

“Netwerkvorming, samenwerking, geïntegreerde zorgmodellen, nog meer daghospitalisatie... Het zijn stuk voor stuk terechte vragen die de overheid stelt aan de ziekenhuizen, maar de investeringen die daarvoor nodig zijn blijven uit. Je stuurt je kind toch ook niet om boodschappen zonder geld?” Bart Van Bree, afgevaardigd bestuurder van AZ Rivierenland en kersvers voorzitter van de Financieel-Economische Commissie algemene ziekenhuizen van Zorgnet-Icuro, maakt zich grote zorgen over het gebrek aan perspectief voor de Vlaamse ziekenhuizen. Samen met Annelies Verburgt, stafmedewerker financieel-economische thema's bij Zorgnet-Icuro, fileert hij voor Zorgwijzer de (onder)financiering van de Vlaamse ziekenhuisinfrastructuur.

In Vlaanderen zijn we – terecht – trots op de kwaliteit van ons zorgaanbod. Maar kwaliteit verwerf je niet voor de eeuwigheid, je moet erin blijven investeren of ze brokkelt al snel weer af. Dat heeft de coronapandemie over de hele wereld duidelijk gemaakt. Ook bij ons. De middelen die Vlaamse ziekenhuizen ontvangen om “hun huis” te onderhouden en te verbouwen, zijn al jaren ontoereikend. Niet alleen plafonds en muren dreigen daardoor af te brokkelen, ook de zorgkwaliteit komt hierdoor steeds meer onder druk te staan. Met het nodige kunst- en vliegwerk heeft de sector zich tot nu toe weten te behelpen, maar langer houdbaar is dat stutwerk niet. Dat voelen ook Bart Van Bree en Annelies Verburgt op het terrein.

Vlaamse ziekenhuizen ontvangen sinds de zesde staatshervorming structureel te weinig middelen voor infrastructuurwerken. Dat voelt de sector al jaren en wordt nu nogmaals bevestigd door de analyse van Zorgnet-Icuro. Hoe zit die financiering eigenlijk in elkaar?

Annelies Verburgt: “Sinds de zesde staatshervorming is Vlaanderen bevoegd voor de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur. Kort samengevat steunt die financiering op twee pijlers. Je hebt het strategisch forfait voor ingrijpende infrastructuurwerken: een nieuwbouw of een ‘herconditionering’ (volledig strippen van het gebouw of een herallocatie van bepaalde diensten of functies waar grondige infrastructuraanpassingen voor nodig zijn, nvdr) en je hebt het instandhoudingsforfait voor onderhoudswerken. →



Sinds de overheveling van de bevoegdheid voor ziekenhuisinfrastructuur keurde de Vlaamse regering enkel bepaalde 'precaire dossiers' goed. De hiervoor gehanteerde criteria zijn onduidelijk en niet transparant. Het is al lang de bedoeling om de strategische forfaits te koppelen aan de goedkeuring van een zorgstrategisch plan van het ziekenhuisnetwerk. Hiervoor riep de overheid een nieuwe procedure in het leven. Pas sinds 1 april 2022 kunnen ziekenhuizen hun zorgstrategisch plan indienen voor beoordeling volgens de nieuwe methode. Het instandhoudingsforfait ontvangen alle ziekenhuizen gelukkig wel, en dat sinds 2017, maar ook daar zijn er problemen. Het belangrijkste is dat het totale bedrag niet volstaat om de reële onderhoudskosten voor onderhoud van de ziekenhuisinfrastructuur structureel te dekken."

Bart Van Bree: "Beide forfaits zijn trouwens onvoldoende geïndexeerd, waardoor de structurele onderfinanciering jaar na jaar toeneemt. Dat maakt het onmogelijk voor ons als ziekenhuizen om een langetermijnplan voor onze infrastructuur uit te tekenen."

Annelies Verburgt: "In onze nota, waarin we het huidige financieringssysteem grondig tegen het licht houden, hebben we de impact van de gebrekkige indexering uitgedrukt aan de hand van een concreet voorbeeld. Stel dat je in 2017 financiering voor een bouw van 4000 m² had aangevraagd, dan kon je vier jaar later met dat bedrag slechts 3000 m² bouwen. Dat verschil is gewoon gigantisch."

Bart Van Bree: "Het is alsof je een huis begint te bouwen maar op het einde je living moet weglaten."

“De budgetten zijn uitgedeeld à la tête du client, zonder enige duidelijkheid over de criteria die bepaalden of een dossier precair was of niet

Annelies Verburgt: "In 2022 en 2023 wordt het instandhoudingsforfait om besparingsredenen trouwens helemaal niet geïndexeerd, en dat terwijl iedereen weet dat de bouwkosten tegenwoordig de pan uit swingen."

Het strategisch forfait laat op zich wachten maar enkele ziekenhuizen ontvangen toch al een 'semistrategisch' forfait voor opfrisingswerken. De overheid heeft het over 'precaire dossiers'. Lost die steun de meest dringende problemen op?

Bart Van Bree: "Als een ziekenhuis problemen heeft rond brandwerendheid of de patiëntveiligheid niet meer kan garanderen door gebrekkige infrastructuur, kan je dat

als overheid maar moeilijk laten gebeuren. Een investering in de meest precare dossiers is vanuit die optiek niet meer dan logisch. Maar van de manier waarop dat is gebeurd, kan je moeilijk vrolijk worden. De budgetten zijn uitgedeeld à la tête du client, zonder enige duidelijkheid over de criteria die bepaalden of een dossier precair was of niet. Meer nog, er is nooit een algemene oproep geweest naar de ziekenhuizen met de melding dat ze een dossier konden indienen."

Annelies Verburgt: "Het is goed dat er geïnvesteerd werd, maar het hele verhaal toont de kern van het probleem: er is geen toekomstperspectief voor alle Vlaamse ziekenhuizen. De overheid vindt geen geld om strategische forfaits te geven aan de ziekenhuizen die het nodig hebben. In plaats daarvan maakt ze een oplijsting van alles wat 'echt dringend is'. Maar dat is geen beleid voeren. Met zo'n aanpak kan je een zorgsysteem onmogelijk op niveau houden en uitbouwen, integendeel."

Kunnen ziekenhuizen zónder middelen van de overheid investeren in grote infrastructuurwerken?

Bart Van Bree: "Er zijn weinig ziekenhuizen die een nieuwbouw met eigen middelen kunnen financieren. Enkele hebben wel al voorbereidende investeringen gedaan om gronden aan te werven, plannen uit te werken met architecten... Maar stilaan vragen ze zich af of ze ooit zullen kunnen beginnen bouwen. Sommige ziekenhuizen, zoals het onze (AZ Rivierenland), hebben het 'geluk' dat ze onder het vorige (deels federale) financieringssysteem nog aan een nieuwbouwproject zijn kunnen beginnen. Wie net een beetje later was, moet wachten en heeft geen enkel idee hoelang. Als sector zijn we er daardoor jaar na jaar op aan het achteruitgaan op het vlak van infrastructuur."

Annelies Verburgt: "Feit is dat ziekenhuizen gewoon de middelen niet hebben om de volledige kost van een bouw zelf te dragen. Dat toont de MAHA-studie van Belfius jaar na jaar (analyse 2021, nvdr): een deel van de algemene ziekenhuizen zit in de rode cijfers, de rest draait ongeveer break-even of heeft in het beste geval een beetje overschot. Maar ook al maakt een ziekenhuis wat winst, dan nog zou dat niet naar infrastructuurwerken mogen gaan, wel naar zorginnovatie of medewerkers. Omdat ze niet weten of ze een strategisch forfait zullen krijgen en zo ja, wanneer en hoeveel, zijn er vandaag zelfs ziekenhuizen die een deel van hun instandhoudingsforfait parkeren om later te gebruiken voor een nieuwbouw. In de veronderstelling dat áls ze ooit een strategisch forfait ontvangen, dat sowieso ontoereikend zal zijn. Het gevolg is dat er minder geld overblijft om de infrastructuur te onderhouden. Nog minder. En zo beland je steeds meer in een neerwaartse spiraal."

Er komt dus een cascade-effect op gang: ziekenhuizen proberen tekorten op één vlak te compenseren door elders geld te halen, waardoor daar weer een nieuw probleem opduikt...

Bart Van Bree: "Kijk ook naar de investeringsfondsen die in sommige ziekenhuizen ontstaan om toch al een

aantal infrastructuurwerken mogelijk te maken. Die worden mee gevoed door ereloonsupplementen en afdrachten van honoraria van artsen. Los van het feit dat die middelen nooit volstaan voor een nieuwbouw is het ook helemaal niet de bedoeling dat we infrastructuur op die manier gaan bekostigen. Op de koop toe bemoeilijkt dat het beleid op andere vlakken, zoals de broodnodige hervorming van de nomenclatuur."

Intussen blijft de ziekenhuiszorg wel draaien, de voorbije twee jaar intensiever dan ooit. Houdt dat het probleem misschien net in stand: Vlaanderen hoort wel dat de gebrekkige financiering een probleem is maar ziet dat de sector gewoon blijft draaien? Ontbreekt de sense of urgency daardoor bij beleidsmakers?

Annelies Verburgt: "De laatste tijd luistert de politiek wel naar de sector, heb ik de indruk. Zeker op federaal niveau zijn er extra middelen vrijgemaakt om de goede werking van de ziekenhuizen te blijven garanderen – de coronacrisis heeft daar ongetwijfeld bij 'geholpen'."

Bart Van Bree: "Persoonlijk mis ik een lange-termijnverhaal bij de overheid. Ze blust af en toe brandjes, zoals de 'precaire dossiers', maar een volwaardig beleid blijft uit. Intussen worden ons wel tal van andere doelen opgelegd: we moeten in klinische netwerken stappen, we

moeten naar geïntegreerde zorgmodellen evolueren, we moeten nog meer inzetten op daghospitalisatie, we moeten onze hele IT-infrastructuur moderniseren... Die vragen zijn stuk voor stuk terecht, maar door de structurele desinvestering in onze infrastructuur kunnen we ze gewoon niet waarmaken. De overheid geeft met andere woorden gas maar staat tezelfdertijd op de rem."

Waar ligt eigenlijk de oorzaak van de gebrekkige financiering?

Annelies Verburgt: "Die analyse moet vooral op beleidsniveau gemaakt worden. Op het terrein kunnen we alleen maar vaststellen dat er sinds de zesde staatshervorming veel minder budgettaire ruimte wordt vrijgemaakt voor investeringen in de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen."

Bart Van Bree: "Een bijkomend probleem is dat sindsdien alle flexibiliteit uit het systeem is verdwenen. Vroeger bekeken we samen met de federale overheid jaar na jaar of het gereserveerde budget via het Budget Financiële Middelen (BFM) volstond. Op die manier konden we als sector zeer snel inspelen op de noden op het terrein. Vandaag is daar absoluut geen ruimte meer voor."

Annelies Verburgt: "Die rigiditeit zet ook een rem op innovatie. Hoe? De forfaits worden berekend op basis van criteria die vandaag geen sluitende maatstaf meer zijn



“Ziekenhuizen hebben gewoon de middelen niet om zelf te bouwen. Een deel zit in de rode cijfers, de rest draait ongeveer break-even of heeft in het beste geval een beetje overschot”

Annelies Verburgt.



“We kunnen alleen maar vaststellen dat er sinds de zesde staatshervorming veel minder budgettaire ruimte wordt vrijgemaakt voor investeringen in de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen

voor de activiteit van een ziekenhuis, zoals het aantal OK-zalen en verantwoorde bedden. Neem nu een ziekenhuis dat een innovatief zorgconcept heeft ontwikkeld en aanpassingen moet doorvoeren aan de infrastructuur om die nieuwe zorg te kunnen organiseren voor zijn patiënten. Welnu, als in dat nieuwe concept geen klassieke criteria zoals ‘aantal bedden’ terugkomen, dan is er op papier niets om te financieren en krijgt het ziekenhuis geen middelen van de overheid. Zoiets is natuurlijk niet bevorderlijk voor innovatie.”

We durven de vraag bijna niet te stellen, maar zien jullie oplossingen voor de huidige situatie?

Bart Van Bree: “Alles begint bij inzicht in de werkelijke situatie. Om het systeem doelgericht te kunnen verbeteren, moet je exact weten waar de pijnpunten liggen

en wat de opportuniteiten zijn. En dat is vandaag niet het geval.”

Annelies Verburgt: Voor ons als sector is het bijvoorbeeld nog altijd niet duidelijk of de middelen voor infrastructuur die bij de zesde staatshervorming zijn overgeheveld naar de deelstaten en die ook systematisch vrijkomen, ook effectief volledig naar de ziekenhuissector vloeien. Dat is een soort black box. Een ander probleem is de onduidelijkheid over de parameters die de overheid gebruikt om de infrastructuurforfaits te berekenen. Al in 2018 gaf de Vlaamse overheid de opdracht aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om die parameters volledig door te lichten. Vanuit Zorgnet-Icuro hebben we samen met onze leden al het materiaal aangeleverd dat nodig was voor die analyse. Maar vier jaar later wachten we nog steeds op de

officiële resultaten... Volgens de laatste berichten zouden die tegen de zomer van dit jaar gepubliceerd moeten worden en zouden er misschien een aantal aanpassingen gebeuren aan de berekening van de forfaiten. Dat lijkt ons echt het minimum. Tegen het einde van deze legislatuur hebben onze ziekenhuizen een duidelijk groeiscenario nodig, zodat ze vanaf 2024 hun achterstand kunnen inhalen.

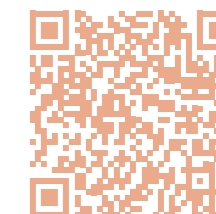
Bart Van Bree: Ik heb het in het begin al gezegd: het belangrijkste is dat er een lange-termijnverhaal komt. In een tijd van budgettaire krapte is dat niet evident, maar voor de sector is het noodzakelijker dan ooit.

Revalidatie- en psychiatrische ziekenhuizen: in hetzelfde bedje ziek

Ook de revalidatie- en de psychiatrische ziekenhuizen staan voor gigantische uitdagingen op het vlak van infrastructuur. Een tweetal voorbeelden:

- Het strategische forfait voor revalidatieziekenhuizen wordt louter berekend op het aantal bedden. In de zorgpraktijk winnen het dagziekenhuis en de ambulante zorg evenwel steeds meer aan belang. Daar is óók infrastructuur voor nodig, maar door de eenzijdige berekening op basis van het aantal bedden is daarvoor geen ruimte in het strategische forfait.
- Eenzelfde probleem zien we bij de psychiatrische ziekenhuizen. Aan de ene kant is er de trend richting ambulante en outreachende zorg, aan de andere kant de evolutie richting hoogintensieve zorg in crisissituaties met aangepaste vereisten op het vlak van infrastructuur en inrichting. De parameters waarmee de forfaiten vandaag worden berekend, houden allerminst rekening met die nieuwe realiteit.

De integrale nota van Zorgnet-Icuro, *Ziekenhuizen bouwen en verbouwen in Vlaanderen. Analyse van de financieringsmethodiek voor de infrastructuur van algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen (2022)* kan je lezen en downloaden via deze QR-code.



“Ik mis een lange-termijnverhaal bij de overheid. Ze blust af en toe brandjes, zoals de ‘precaire dossiers’, maar een volwaardig beleid blijft uit”

Bart Van Bree

INDIASE VERPLEEGKUNDIGEN
GEVEN BELGISCHE ARBEIDSMARKT
ZUURSTOF DANKZIJ AURORA

“Arbeids- migratie als antwoord op personeels- tekort”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: TINI CLEEMPUT



Wouter Sonnevile

Half maart landde een groep Indiase verpleegkundigen in Brussel. Ze volgden een intensief voortraject in Kerala en de komende maanden nemen ze opnieuw plaats op de schoolbanken om vanaf 4 april hun opleiding te combineren met een job in het woonzorgcentrum. De groep emigreerde naar België onder de vleugels van Aurora, een project dat knelpuntvacatures in de zorgsector wil invullen door actieve arbeidsmigratie uit regio's en landen met een arbeidsreserve aan geschoold zorgpersoneel.

Het pilootproject Aurora wordt gestuurd vanuit het consortium Dignitas. Wouter Sonnevile, algemeen directeur van woonzorggroep Exalta is voorzitter van de stuurgroep. Frances Martens vertegenwoordigt binnen de stuurgroep de onderwijsinstelling IVV Sint Vincentius. Lenka Kint sluit bij de werkgroep aan met haar expertise als Strategic Account Manager International Relations bij de VDAB.

Wat willen jullie bereiken met Aurora?

Frances Martens: “Het doel van Aurora is ethische rekrutering, arbeidsmigratie, het opleiden en begeleiden van mensen en ervoor zorgen dat ze goed geïntegreerd raken in de werk- en schoolomgeving. Heel concreet leiden we zorgverleners in India op zodat ze met een arbeidscontract van onbepaalde duur naar België kunnen emigreren. Daarnaast willen we met de Indiase partners van het herkomstland wederkerigheid realiseren. Want wij hebben een nood, maar ook de partners hebben een nood. Het is belangrijk om ook daar oog en oor voor te hebben.”

Wouter Sonnevile: “Het project gaat uit van het consortium Dignitas, wat zoveel betekent als waardigheid. Zo willen we benadrukken dat we staan voor ethisch rekruteren en waardig werk. De stuurgroep bestaat uit IVV Sint-Vincentius, de zorggroep Curando, Mintus en Exalta. In de werkgroep zitten de VDAB en de groep Tabor mee aan tafel, samen met een externe adviseur die ons begeleidt voor het India-luik. Zijdelings kregen we ook veel steun en expertise van het Agentschap Integratie en Inburgering.”

Wat zorgde ervoor dat jullie samen rond de tafel gingen zitten?

Frances Martens: “We voelen allemaal de krapte op de arbeidsmarkt, zowel de werkgevers als de scholen. Wij vroegen ons af of arbeidsmigratie een oplossing kan zijn. Toen we in gesprek gingen, bleek al snel dat er nog mensen waren die op dat spoor zaten; we beslisten toen om dit project te ontwikkelen. We hadden binnen IVV Sint-Vincentius ervaring met opleiden op de werkvloer en samenwerkingsprojecten met werkgevers, maar de kracht van het Auroraproject zit in de cocreatie. Werkgevers alleen zouden dit niet kunnen, maar een school kan het ook niet zelfstandig realiseren.”

Wouter Sonnevile: “De werkgevers worstelen ook met die zoektocht naar gemotiveerde en gekwalificeerde verpleegkundigen, daarom overwogen we om iets op poten te zetten via onze link met de congregatie van de zusters van Liefde waar onze historische linken liggen. Kort daarna raakte ik aan de praat met Frances en weken we af van het spoor van de congregatie. Het klopt wat Frances zegt. Met drie of vier weet je meer dan alleen. We legden onze verschillende inzichten en expertises samen.”

Lenka Kint: “VDAB zoekt voortdurend naar nieuwe manieren om vers bloed te laten stromen naar de arbeidsmarkt. Vanuit mijn functie Internationale Relaties

onderzocht ik wat de mogelijkheden waren om mensen aan te trekken van buiten Europa en zo kwam ik bij het Auroraproject terecht. In eerste instantie louter als observator om te polsen wat de mogelijkheden waren en waar de sterktes zaten, maar ik kan niet zwijgen (lacht). Als ik raad kon geven, dan deed ik dat.”

Vanwaar de keuze om mensen te rekruteren in Kerala?

Frances Martens: “Eerst en vooral hadden we de garantie dat de kandidaten goed opgeleid zijn, maar daarnaast is er in Kerala ook een overschot aan verpleegkundigen.”

Wouter Sonnevile: “Het is een regio die ervaring heeft met internationale rekrutering. Zij werken samen met partners uit onder meer Australië, Duitsland en Canada. De overheid is erop georganiseerd, waardoor je erop kan vertrouwen dat je samenwerkt met partners die rekening houden met ethische aspecten.”

“De kern van het Auroraproject is cocreatie. Werkgevers alleen zouden dit niet kunnen, maar een school kan het ook niet zelfstandig realiseren”



Frances Martens



“In het Auroraproject hebben de werkgevers bij iedere stap hun *commitment* bewezen en dat is essentieel voor een goed resultaat”

Lenka Kint

Hoe verliep het pilootproject tot nu toe?

Frances Martens: “Aurora is uit de startblokken geschoten met de rekrutering van de Indiase kandidaten. Samen met de werkgevers stelden we een aantal essentiële criteria op. Zo moest een kandidaat een bachelor in de verpleegkunde zijn, met al enige werkervaring in de ouderenzorg of GGZ. Ze moesten het Engels al tot op een zeker niveau beheersen, omdat dit de basis vormt bij de studie van het Nederlands. En een kandidaat moest vanuit een vrije keuze instappen.

De rekrutering in Kerala verliep in samenwerking met ODEPC, de Indiase tegenhanger van de VDAB. Er reageerden ongeveer 3000 mensen op de oproep, daarvan weerhield ODEPC op basis van de objectieve criteria 50 kandidaten die online gescreend werden door de school en de werkgevers. In de zomer van 2021 startten 24 kandidaten de opleiding van zes maand. Die bestond uit een intensieve opleiding Nederlands, naast een bijscholing in geriatrie, psychiatrie en een introductie in ons gezondheidszorgsysteem. 22 deelnemers haalden het vereiste taalniveau en rondden de testen voor het visum als zorgkundige goed af.

Tegelijk met het rekruteringsproces bekeken we samen met de werkgevers op welke manier de kandidaten naar België komen. Wij kozen er expliciet voor om de deelnemers als arbeidsmigrant naar hier te laten overkomen, niet als student. Die gecombineerde werk- en verblijfsvergunning was belangrijk voor ons en is heel transparant aan de deelnemers gecommuniceerd.”

Wouter Sonnevile: “Volgens het draaiboek zou de groep eind januari aankomen in België om hier hun opleiding voort te zetten, maar door een samenloop van *all things corona* en het complexe samenspel van administratieve procedures landden ze echter pas half maart.

Ze zetten hun opleiding hier voort en startten begin april ook op de werkvloer. Als alles vlot loopt, studeert deze groep eind januari 2023 af. Op dat moment laten wij de deelnemers vanuit het project wat los. Wat niet wil zeggen dat we hen niet verder ondersteunen op vlak van vorming, opleiding of intervisie mocht dit nodig blijken. We moeten die mensen alle vrijheid en verantwoordelijkheid geven om hun leven hier zelf uit te bouwen, maar we hebben er als werkgevers en onderwijsinstelling alle belang bij om hen toch dicht bij ons te houden als ervaringsdeskundigen. Deze eerste lichter is voor ons van onschatbare waarde. Hoe hebben zij dit traject ervaren? Wat kunnen wij vanuit hun perspectief leren om ons proces nog beter te laten verlopen?”

“We moeten deze mensen alle vrijheid en verantwoordelijkheid geven om hun leven hier zelf uit te bouwen, maar we hebben er als werkgevers en onderwijsinstelling belang bij om hen toch dicht bij ons te houden als ervaringsdeskundigen

Wouter Sonnevile

Wat investeren jullie als werkgevers in dit project?

Wouter Sonnevile: “De deelnemers betalen het vliegticket en de kosten voor hun visum, de rest van de kosten wordt gedragen door de werkgevers. We trekken voor de eerste groep een bedrag van €8000 per verpleegkundige uit. Dat omvat de reguliere werking, de opstartkost en een budget van €1500 om te investeren in de wederkerigheid.”

Frances Martens: “De partners in India willen graag hun ouderenzorg in India uitbouwen. Ze willen samen met ons daarover expertise ontwikkelen. De zoektocht is nu om na te gaan wat we ter plekke kunnen doen en hoe we dat op een empowerende manier kunnen realiseren.”

Het project loopt nu al een klein jaar. Zorgt dit voor nieuwe inzichten of punten die jullie moeten bijsturen?

Wouter Sonnevile: “We documenteren nauwgezet alles wat we doen, wat ons helpt om het draaiboek waar nodig bij te sturen. We konden voor deze eerste lichter rekenen op enorm veel *goodwill* en medewerking van alle partners, maar we voelen dat er nu nood is aan structurering. Daar zijn we op dit moment volop mee bezig. We maakten een aantal formele afspraken en de administratieve en praktische opvolging wordt vanaf nu opgenomen door een projectmanager.

Onze belangrijkste zorg in dit traject is om op een ethische manier te rekruteren. Daarom richtten we een ethische commissie op waarin zowel vertegenwoordigers van de werkgevers, de onderwijsinstelling als enkele externen zetelen. Zij kijken heel kritisch naar de vooropgestelde doelstellingen. Halen we die wel met dit project?

We hebben dit traject nu eenmaal doorlopen en beschikken over een indrukwekkende excel met aandachtspunten waarmee we aan de slag gaan. Zo stuurden we voor de tweede groep al een rekruteringscriterium bij. We nemen geen kandidaten meer aan met zeer jonge kinderen omdat we vanuit ontwikkelingspsychologisch standpunt weten dat het belangrijk is dat ouders aanwezig zijn bij hun opgroeien.”

Waar zit voor jullie de sterkte in dit project?

Lenka Kint: Ongetwijfeld de toewijding van de werkgevers. Ik zag al in andere trajecten - zowel in Vlaan-

deren als internationaal - dat de werkgevers van bij de start betrokken werden en laaiend enthousiast waren. Maar als puntje bij paaltje kwam, namen ze niemand in dienst. In het Auroraproject hebben de werkgevers bij iedere stap hun *commitment* bewezen en dat is essentieel voor het resultaat: de 22 kandidaten zijn nu in België aangekomen en zijn ondertussen al aan de slag. Dat vind ik fantastisch.”

Frances Martens: “Voor mij zit de sterkte in het feit dat het onderwijs en het werkveld elk met hun eigen insteek en verantwoordelijkheid de samenwerking aangingen. Daarnaast brengt dit project nieuwe expertise binnen op vlak van diversiteit en taal. Door met dit project bezig te zijn ontwikkel je een andere sensitiviteit voor diversiteitsvraagstukken.”

Wouter Sonnevile: “We hebben ons niet blindelings op de markt begeven, maar kozen bewust om met twee lokale partners samen te werken, namelijk het ODEPC en het Lourdes Hospital and Nursing College. Er is ook interne controle tussen die twee partners, wat ervoor zorgt dat het niet enkel de markt is die speelt en dat we zelf controle kunnen installeren. We willen op geen enkele manier het risico lopen dat we geassocieerd worden met mensenhandel. Nu is het goed verlopen en dat motiveert ons om op dit spoor verder te gaan. Maar we mogen niet naïef zijn en moeten te allen tijde gezond kritisch blijven.”

Wat zijn de reacties op het project Aurora?

Lenka Kint: “Dit project verlegt geen stenen, maar verzet rotsen. ‘Ze pikken onze jobs in’, is een makkelijk argument dat je veel hoort. Kijk, op dit moment zijn er meer dan 2000 open vacatures voor verpleegkundigen. Als je dat cijfer bekijkt, kan je moeilijk spreken over de ontwrichting van de arbeidsmarkt door mensen op te leiden en naar hier te brengen. We spreken over 22 personen tegenover een tekort van 2000 personeelsleden.”

Wouter Sonnevile: “Vanuit het werkveld kregen we geen enkele negatieve reactie. Integendeel, wij voelen vooral veel interesse. Natuurlijk is de zorgsector net een sector die bestaat uit heel wat sociaal bewogen mensen. Het stemt positief om te voelen dat er ook met veel zorg gekeken wordt naar de werknemers die emigreren.”

NATIONALE ZIEKTELASTSTUDIE BRENGT
GEZONDE LEVENSJAREN IN KAART

“Depressie leidt in ons land tot het grootste verlies aan gezonde levensjaren”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: JAN LOCUS



De maatschappelijke impact van alle belangrijkste ziektes in ons land vergelijken, uitgedrukt in een verlies aan gezonde levensjaren. Dat is het doel van de Nationale Ziektelaststudie van Sciensano. “Vroeger werd vooral gekeken naar sterftcijfers, maar ziektes hebben ook een grote impact op de levenskwaliteit”, legt onderzoeker Brecht Devleeschauwer uit.

Wat is de Nationale Ziektelaststudie precies?

Dit is een grootschalig onderzoek dat de gezondheidsimpact van verschillende ziektes op een gelijkwaardige manier in kaart probeert te brengen. Vroeger werd vooral gekeken naar sterftcijfers, waardoor werd aangenomen dat zeer dodelijke aandoeningen zoals longkanker en hartaanvallen de grootste impact hadden. Maar ziektes hebben natuurlijk ook een grote impact op de levenskwaliteit. Mentale aandoeningen of zware rugklachten worden bijvoorbeeld niet of nauwelijks geassocieerd met sterfte, maar ze hebben wel bijzonder zware impact. Om dat alles in kaart te brengen, gebruiken we de DALY-parameter, die staat voor *Disability-Adjusted Life Year*. Op basis van die parameter kan je weergeven hoeveel gezonde levensjaren verloren gaan door een bepaalde ziekte. In België hebben we nu voor het eerst die oefening gemaakt voor de 37 belangrijkste aandoeningen.

Hoe wordt dat verlies aan gezonde levensjaren precies gemeten?

De DALY-methodologie kijkt naar twee pijlers. Ten eerste zijn er de sterfgevallen. Die krijgen allemaal een gewicht, op basis van de leeftijd waarop iemand sterft. Die wordt vergeleken met de theoretische levensverwachting, die in België op 90 jaar wordt geplaatst. Daarbij maken we geen onderscheid tussen mannen en vrouwen, omdat de verschillen die we in de realiteit zien niet gelinkt zijn aan biologische verschillen, maar wel aan

verschillen in levensstijl. Volgens deze formule verliest iemand die op 60 jaar sterft dus 30 gezonde levensjaren.

Daarnaast heb je de tweede pijler, met name de impact van ziektes op de levenskwaliteit. Daarvoor baseren we ons op internationaal onderzoek dat aan ruim 200 zogenaamde ‘gezondheidsstadia’ een bepaald gewicht geeft, een soort score die toont in hoeverre de levenskwaliteit van mensen gereduceerd wordt. Dat is een schaal van 0 tot 1. De 0 staat voor een perfecte levenskwaliteit, de 1 voor volledige reductie, wat overeenkomt met sterfte. Die gewichten zijn overigens bepaald door bevragingen bij de brede bevolking. Dat lijkt misschien vreemd, maar uit ander onderzoek weten we dat wanneer je patiënten hierover bevraagt, zij hun toestand gemiddeld minder ernstig inschatten, vanuit een soort *coping*-mechanisme. En als je experts bevraagt, schatten ze het ernstiger in, omdat zij vaker worden geconfronteerd met heel geavanceerde gevallen.

Een ziekte die een gewicht krijgt van 0,1 zorgt dus voor een reductie van de levenskwaliteit met 10%. Als één persoon daar tien jaar mee leeft, gaat een volledig jaar verloren. En als tien personen er één jaar mee leven ook. Al zijn er natuurlijk nog extra zaken waarmee je rekening moet houden. Een migraine-aanval krijgt bijvoorbeeld een gewicht van 0,5, wat extreem hoog is. Maar migraine-aanvallen zijn doorgaans van relatief korte duur, waardoor je eerst moet berekenen welk percen-

tage van een jaar mensen daarvan last hebben. Dat je al die complexiteiten van ziektes kunt meenemen, is de grote kracht van deze onderzoeksmethode.

Naast de impact van de ziekte op één patiënt, moet je natuurlijk ook informatie verwerken over de prevalentie van die ziekte. Dat een ziekte hoog scoort op de DALY-parameter, kan verschillende oorzaken hebben: dat heel veel patiënten eraan lijden, dat de impact op de levenskwaliteit heel groot is, of een combinatie van de twee.

Welke ziektes hebben de hoogste ziektelast?

Onze eerste studieresultaten gaan over het jaar 2018, omdat we voor dat jaar alle nodige informatie hebben, over de precieze oorzaken van sterfgevallen bijvoorbeeld. In totaal leidden de 37 belangrijkste ziekten in België in dat jaar tot een verlies van 2,3 miljoen gezonde levensjaren. De ziektes die leidden tot het hoogste aantal verloren gezonde levensjaren waren depressie, coronair hartlijden en longkanker. Belangrijk om te weten is dat 90% van de ziektelast geassocieerd is met niet-overdraagbare aandoeningen. Al kunnen we natuurlijk wel voorspellen dat COVID-19 vanaf 2020 in de top-3 of top-5 van de hoogste ziektelast zal staan.

Depressie staat op de eerste plaats. Schrokken jullie daarvan?

Toch wel, omdat het afwijkt van de resultaten uit internationale studies. Daar staan hartziekten en longkanker wel in de top-3, net als rugklachten (wat bij ons op 4 staat), maar depressie dus niet. Omdat wij ons baseren op lokale data, wordt de prevalentie van depressie bij ons hoger ingeschat dan in internationale studies, die zich doorgaans baseren op statistische data. Uit ons rapport blijkt dat in 2018 in totaal 877.848 persoonsjaren geleefd is met depressie. Koppel dat aan een hoog ziektegewicht van 0,20 en je komt uit op 176.416 DALY's, wat goed is voor 7,6% van het totale aantal DALY's.

Wordt suïcide in de studie ook aan depressie gelinkt?

Nee, suïcide zit in een categorie doodsoorzaken die gelinkt is aan ongevallen. Experts hebben ons er uiteraard op gewezen dat er vaak een link is tussen depressie en suïcide, maar uiteindelijk hebben we beslist om dat in deze studie toch niet aan elkaar te koppelen. Als we dat wel hadden gedaan, dan zou het aantal DALY's van de depressie uiteraard nog een stuk hoger liggen.

Scoorden ook andere mentale aandoeningen hoog?

Toch wel. Overmatig alcoholgebruik stond bijvoorbeeld op de zesde plaats en was goed voor 6% van het totaal aantal DALY's. Hier keken we zowel naar de impact op de levenskwaliteit als naar de impact op vroegtijdig overlijden. We hebben wel nog geen rekening gehouden met het feit dat alcoholgebruik ook een risicofactor is voor verschillende kankers en hart- en vaatziekten. De totale impact van alcoholgebruik is in werkelijkheid dus nog groter dan onze huidige inschatting.

“De volgende stap is deze studie verder uitbouwen als een platform om de impact van bepaalde beleidsmaatregelen te meten

Hoe kan het beleid met die resultaten aan de slag?

De grote beperking van deze studie is dat we wel kunnen tonen wat de problemen zijn, maar niet wat eraan kan worden gedaan. En dat is natuurlijk wat beleidsmakers willen weten. Maar de volgende stap is deze studie verder uitbouwen als een platform om de impact van bepaalde beleidsmaatregelen te meten. Bij een ziekte als longkanker kan je vrij eenvoudig berekeningen en projecties maken over de impact van beleidsmaatregelen, die bijvoorbeeld tabaksgebruik ontmoedigen. Maar bij depressie en andere mentale aandoeningen is het veel moeilijker om de precieze impact van preventieve maatregelen, interventies en risicofactoren te meten. Al denk ik dat het sowieso positief is dat onze studie geestelijke gezondheidszorg opnieuw onder de aandacht brengt. Misschien kunnen we nog geen concrete oplossingen aanreiken om de impact op gezonde levensjaren te beperken, maar we kunnen wel aan de alarmbel trekken. Geestelijke gezondheidsproblemen hebben een enorme impact op deze samenleving, dus het is hoog tijd om er meer tijd en middelen aan te spenderen. Ook binnen de onderzoeksweld zou dat absoluut een prioriteit moeten zijn.

Wat zijn jullie verdere toekomstplannen met deze studie?

We zijn met deze studie begonnen in 2016, dus het heeft wel even geduurd voor we met de eerste concrete resultaten naar buiten konden komen. Maar vanaf het begin was het de bedoeling om een duurzaam en structureel project te creëren, waarop we telkens verder kunnen bouwen. Elk jaar zullen we een update van de cijfers geven; stap voor stap zullen we de ziektelaststudie ook uitbreiden. Met extra ziektes, maar ook met evoluties doorheen de tijd, zodat er bijvoorbeeld historische trends zichtbaar worden. En ook met risicofactoren. Elke onderzoeker of burger kan trouwens met onze resultaten aan de slag om specifieke zaken te onderzoeken, dankzij de interactieve online tool. Dat willen we alleen maar aanmoedigen.

Meer info over het onderzoek en toegang tot de online-tool:



Een samenvatting van de voornaamste resultaten vind je op:



“Wij kiezen voor waarderende audits, zonder het typische examen- gevoel”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: JAN LOCUS



Om te kunnen waken over kwaliteit en veiligheid kiest AZ Turnhout bewust voor accreditatie, met audits om de twintig maanden. “Die gebeuren op een waarderende manier. En ze zijn een middel om continu feedback te krijgen”, vertelt Liesbeth Grimon, manager kwaliteit en patiëntveiligheid.

Jullie kiezen voor accreditatie door Qualicor. Wat is dat precies?

“Het is een kwaliteitslabel dat je als zorginstelling kunt behalen, nadat er wordt getoetst of kwaliteit en veiligheid ingebakken zitten in je organisatie. Concreet wordt gepeild naar drie essentiële voorwaarden. Ten eerste is er het belang van een verbetercultuur: is het ziekenhuis continu risico's aan het inschatten, zodat bepaalde problemen worden voorkomen? Ten tweede wordt gekeken of er voldoende afspraken zijn over kwaliteit en veiligheid en of die ook geborgd zijn. En tot slot wordt nagegaan of het ziekenhuis een veilige omgeving is voor alle betrokkenen: patiënten, bezoekers en medewerkers. Qualicor heeft hiervoor een lijst met honderden normen uitgeschreven, rond verschillende thema's. Bij elke audit - die om de twintig maanden plaatsvindt - wordt een deel daarvan getoetst.”

“Zo'n kwaliteitslabel behalen is voor ons geen doel op zich, maar een middel om feedback te krijgen over onze werking

Waarom kiezen jullie voor zo'n systeem met regelmatige audits?

“We zien dat heel wat ziekenhuizen ervoor kiezen om uit accreditatiesystemen te stappen. Wij kozen er heel bewust voor om te blijven. Zo'n kwaliteitslabel behalen is voor ons geen doel op zich, maar een middel om feedback te krijgen over onze werking. Qualicor heeft de voorbije jaren zijn werkwijze herdacht, waardoor het beter past bij onze visie. De audits zijn niet controlerend, maar waardierend en coachend. Dat wil zeggen dat de auditoren doorvragen in plaats van louter te checken, maar ook dat de geïnterviewden - patiënten, artsen en medewerkers - veel minder dan vroeger een 'examen-gevoel' hebben. Bovendien wordt nu gewerkt met een sequentieel systeem van audits om de twintig maanden, waarbij telkens een deel van de normenset wordt getoetst. In de traditionele systemen krijg je een audit om de vijf jaar, waarbij iedereen dan even heel scherp staat om vervolgens weer vijf jaar 'gerust' te zijn. Terwijl wij het belangrijk vinden om continu aan kwaliteit te werken, op elk niveau.”

Eind januari vond jullie “overbruggingsaudit” plaats. Wat moeten we ons daarbij voorstellen?

“Dat was een audit die de brug sloeg tussen het oude en nieuwe systeem dat Qualicor toepast. Op drie dagen tijd werd een derde van de normen getoetst. Het ging vooral om basisveiligheid: wat wordt gedaan om doorligwonden te voorkomen, hoe voorkom je dat patiënten lang op de spoedafdeling moeten wachten alvorens ze naar hun kamer kunnen, hoe voorkom je dat patiënten een verkeerd onderzoek krijgen... Maar ook over hoe kwaliteit gestructureerd is binnen onze organisatie.”

Hoe verliep die audit concreet?

“Vooraf was er al een auditorenoverleg met de dienst kwaliteit en patiëntveiligheid en enkele leden van de directie. Toen werd gepeild naar strategie, beleidsplannen en structuren. Vervolgens kwam een team van vijf auditoren - elk met hun eigen specialisatie - drie dagen lang naar het ziekenhuis. Zij hebben zich vooral gefocust op 'traceren'. Ze volgden het volledige traject van patiënten én processen: patiënt- en proces-tracers. Dat gaat bijvoorbeeld over een patiënt die naar de raadpleging komt en opgenomen moet worden, maar ook over de precieze route die een medicijn volgt. Intussen stelden ze heel wat vragen aan patiënten en medewerkers. Als verschillende bronnen elkaar tegenspraken, gingen ze daar verder op in. Zo kregen ze een goed beeld van waar het goed en fout loopt.”

De audit viel midden in de vijfde coronagolf. Maakte dat alles extra complex?

“Covid of niet, je kunt altijd feedback gebruiken over veiligheid en kwaliteit. Uiteraard hielden de auditoren maximaal rekening met de veiligheidsvoorschriften. Maar wij hebben er heel bewust voor gekozen om de audit te laten doorgaan. Al vonden we het wel belangrijk om daarvoor voldoende draagvlak te zoeken. Er vonden gesprekken plaats met de directie, de raad van bestuur, het management, de hoofdverpleegkundigen en artsen. We namen samen de beslissing. Daarbij ondervonden we weinig tot geen weerstand. Ons motto was: 'het is wat het is'. Het is niet de bedoeling om tijdens die ene week een kunstmatig tooneeltje op te voeren. Vergelijk het met bezoek ontvangen bij je thuis. Dan ruim je op, maar je gaat niet je hele keuken verbouwen.”



Leverde de audit veel extra stress op bij het personeel?

“Bij zo’n audit krijgen de medewerkers vaak een soort ‘examengevoel’, maar we hebben dat toch tot een minimum proberen te beperken. Zo stuurden we vooraf geen normensets rond, we vroegen bewust om dit los te laten en raadden onze mensen aan om zelf eens na te denken over de zaken waarop zij trots zijn en die zij als een risico zien. Verder deelden we ook waaiers uit met als opschrift: ‘Ben jij al Q?’. Met daarin concrete tips rond correcte handhygiëne, het melden van incidenten, de regels voor reanimatie, enzovoort. Maar ook de vraag: ‘wat doe je bij een audit?’ Daarvoor hebben we alvast één belangrijk advies: als de auditor je een vraag stelt en je kent het antwoord niet, dan is dat niet erg. Zeg dan gewoon hoe je het te weten zal komen. Zulke tips en het loslaten van de tal van normen- en checklistjes nemen de druk toch wat weg. En ook hier gold het motto: ‘het is wat het is’. Als een bepaalde procedure bijvoorbeeld nog herzien moet worden, dan mag je dat eerlijk vertellen en de stand van zaken weergeven.”

Intussen is jullie accreditatie verlengd. Welke positieve punten neem je mee?

“We hebben heel veel complimenten gekregen, waarop we uiteraard erg trots zijn. Wat bijvoorbeeld erg werd geapprecieerd, is dat we binnen AZ Turnhout ons intern kwaliteits- en veiligheidssysteem hebben omgedraaid. Vroeger kon dat wel eens sturend zijn: van bovenuit werden bepaalde normen en regels opgelegd. Intussen werken we al geruime tijd met Q-teams: multidisciplinaire teams - met bijvoorbeeld artsen, (hoofd)verpleegkundigen, kinesisten, logopedisten - die op elke afdeling werken rond kwaliteit. Zij worden begeleid door de vijf Q-coaches van ons ziekenhuis, die langs de

zijlijn alles goed opvolgen. Dat zijn vijf medewerkers die vier dagen per week meedraaien op een van onze afdelingen, maar zich één dag per week volledig op hun rol als coach storten, met zeer veel drive en *goesting*. Dat systeem creëert veel enthousiasme en betrokkenheid op de werkvloer.

Daarnaast hebben we ook vooruitgang geboekt op het gebied van patiëntenbetrokkenheid. Zo krijgen patiënten in de polikliniek oncologie ter plaatse uitleg van de apotheker over hun medicatie en worden ze hierover ook nog eens opgebeld wanneer ze thuis zijn. Zo is de drempel om vragen te stellen veel kleiner geworden. En tot slot werd ook de betrokkenheid van onze artsen - die goed vertegenwoordigd zijn in allerlei comités en stuurgroepen - erg gewaardeerd.”

Welke negatieve punten nemen jullie mee?

“Een uitdaging is het nog beter opvolgen van onze afspraken. Meestal zijn die wel gekend, maar we kunnen nog stappen zetten in het meer gericht feedback geven over bepaalde thema’s of risico’s. Die feedback kan dan aanleiding geven tot de aanpassing van afspraken, zodat het risico afgedekt is, maar het ook praktisch uitvoerbaar blijft. Een concreet voorbeeld is de communicatie bij patiëntenoverdrachten. Daar zijn richtlijnen over, maar we kunnen nog beter nagaan of

die communicatie wel efficiënt en effectief verloopt. Over een half jaar willen we daarvoor een plan van aanpak klaar hebben.”

Hoe groot is het draagvlak voor deze audits bij de medewerkers?

“We gaan voor zoveel mogelijk betrokkenheid. Cruciaal daarin is dat het doel, ‘het waarom’ dat achter afspraken schuilt, wordt geduid en dat artsen en werknemers ook zelf met risicodenken aan de slag gaan. De expert is terug te vinden op de werkvloer. Het lijkt misschien omslachtig om bij elke nieuwe patiënt de naam, voornaam en geboortedatum te moeten vragen. Maar dat heeft wel degelijk een belangrijke reden: verwarring tussen patiënten voorkomen, en daarmee ook potentiële medische fouten. Maar daarnaast vinden we het ook belangrijk om naar de geest van bepaalde normen te kijken in plaats van naar de letter. Je kan heel wat normen en regels heel strikt interpreteren - naar de letter - maar dat is niet altijd nodig. Zo moet hoogrisicomedicatie altijd dubbel gecheckt worden. Als je dat strikt interpreteert, wil dat zeggen dat er bij de toediening twee personen aan het bed moeten staan. Maar dat is niet altijd mogelijk. Wat wél kan, is dat één persoon de medicatie klaarzet en een ander persoon ze toedient. Zo is het ook heel veilig. Of neem een ander voorbeeld: psychologen moeten strikt gezien altijd aan elke patiënt hun naam, voornaam en geboortedatum vragen. Ook

als ze die mensen al jaren opvolgen. Over zulke kwesties kan het Q-team zich buigen: vanaf wanneer is de situatie veilig genoeg om actieve patiëntenidentificatie los te laten? Het is uiteraard niet de bedoeling dat elke medewerker zijn eigen regels opstelt, maar binnen een afdeling stimuleren we volop om met risicodenken aan de slag te gaan: welke risico’s ziet een team en hoe kunnen ze die op een praktisch haalbare manier voorkomen.”

In oktober 2023 volgt een nieuwe audit. Zijn jullie daar al mee bezig?

Absoluut. We mogen telkens zelf de thema’s bepalen die worden onderzocht, dus het is belangrijk om een goede mix te voorzien: zaken waarin je sterk staat en zaken waarover je iets onzekerder bent. Maar de items rond basisveiligheid keren elke keer terug, als een soort rode draad. Dat is enkel positief. We doen er ook alles aan om ons interne systeem af te stemmen op de audits. Als we onze eigen risico’s goed in kaart brengen, schrikken we niet van de resultaten. En als we toch eens zouden schrikken, is dat meteen een vorm van feedback op ons eigen systeem. Vanuit de dienst kwaliteit en veiligheid zijn we hier intens mee bezig, maar eigenlijk is het de bedoeling dat iedereen hiermee aan de slag gaat. De expertise zit namelijk op de werkvloer. De dienst kwaliteit en veiligheid coacht om net dat tikkeltje beter te worden en dat elke dag weer.

**“Ons motto was: ‘het is wat het is’.
Het is niet de bedoeling om tijdens
die ene week een kunstmatig
toneeltje op te voeren”**

Liesbeth Grimon



“Als je niet naar alcoholgebruik vraagt, zal je het niet weten”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: TINI CLEEMPUT

Risikant en overmatig alcoholgebruik dreigt nog te vaak onder de radar te blijven, ook in het ziekenhuis. Daarom rolde az groeninge in 2014 een Zorgpad Alcohol uit. “In een algemeen ziekenhuis passeren veel mensen”, zegt Pieter-Jan Geerts, verantwoordelijke arts-psychiater. “Ze komen bij ons terecht om een brede waaier aan redenen en wij zien die opname als een mogelijk moment om problemen te detecteren.” Sanne Decoster, projectmedewerker Zorgpad Alcohol: “Met dit zorgpad willen we de aanpak van alcoholproblemen in het algemeen ziekenhuis optimaliseren.”

Wat is een zorgpad alcohol?

Sanne Decoster: “Elke patiënt, ouder dan 15, die wordt opgenomen in het ziekenhuis wordt gescreend op alcoholgebruik met de Modified Single Alcohol Screening Questionnaire (M-SASQ). Zo polsen we of de patiënt alcohol drinkt en zo ja, hoeveel eenheden per gelegenheid. Afhankelijk van de antwoorden ondernemen we een aantal acties. Drinkt de patiënt niet overmatig, dan gebeurt er niets en verdwijnt hij uit het zorgpad. Een vrouw die maandelijks, wekelijks of dagelijks meer dan vijf eenheden per gelegenheid drinkt en een man die meer dan zeven eenheden per gelegenheid drinkt, beschouwen we als een overmatig drinker. Als dat uit de screening blijkt, krijgt de patiënt een kort advies van de verpleegkundige en gaat men na of de ontwenning moet worden opgevolgd. Daarnaast wordt er een gesprek met het liaisonteam psychiatrie aangevraagd. Zij screenen de patiënt, geven advies en gaan na welke verdere hulp er kan worden geboden.”

Waarom is het belangrijk om zo'n zorgpad te hebben?

Pieter-Jan Geerts: “In een algemeen ziekenhuis passeren veel mensen. Ze komen bij ons terecht om een brede waaier aan redenen en wij zien die opname als een mogelijk moment om problemen te detecteren. Als je niet naar alcoholgebruik vraagt, zal je het niet weten. Met dit zorgpad geven we verpleegkundigen de tools om te polsen naar alcoholgebruik, want dat is niet altijd evident. Uit onderzoek blijkt ook dat wanneer er een probleem werd gedetecteerd, het net die kleine interventies zoals een infomoment of een kort gesprek zijn die helpen om in de toekomst hulpverlening bespreekbaar en sneller mogelijk te maken. Daarnaast kunnen we met deze tool ook de zeer ernstige alcoholproblemen, waar er mogelijk ontwenningrisico is, detecteren. Zo kan je als ziekenhuis met medicatie proberen te vermijden dat patiënten in een ontwenningdelier gaan en op die manier complicaties of verlengde ligduur vermijden.”

Door de screening kan je een opening creëren om alcoholgebruik bespreekbaar te maken, ook in die gevallen waar het niet gaat over extreem problematisch gebruik. Soms realiseren patiënten zich niet dat ze in een slechte gewoonte aan het vallen zijn of ervaren ze hun alcoholgebruik zelf niet als problematisch. Op dat moment kan de verpleegkundige gezondheidsadvies geven, in plaats van een louter therapeutische interventie.”

Hoe gaven jullie dit zorgpad vorm?

Decoster: “In 2014 gingen we aan de slag met een aantal vragen die in het ziekenhuis leefden. We stelden een groep van referentieverpleegkundigen samen van afdelingen die heel vaak geconfronteerd werden met patiënten met alcoholmisbruik. Dat was bijvoorbeeld het geval op de afdelingen gastro-enterologie, neurologie, spoeddienst en orthopedie. Die diensten zaten samen met de dienst psychiatrie om na te gaan wat er moeilijk loopt, wat er goed loopt en wat er beter kan in het ziekenhuis rond die patiënten.”



“Het is niet evident om mensen met medische problemen te bevragen over hun alcoholgebruik. Net daarom is het belangrijk om een moment te creëren om dat te doen”

Sanne Decoster

Al die verbeterpunten werden samen in een zorgpad gegoten met als doel om de zorg voor patiënten met alcoholmisbruik beter te reguleren zodat elke patiënt op elke afdeling in het ziekenhuis op dezelfde manier wordt behandeld.

Het zorgpad werd in team opgesteld, met inbreng vanuit patiëntenverenigingen, referentieverpleegkundigen en artsen. Eenmaal het ideale zorgpad was uitgewerkt, stelden we dat voor op medisch niveau en directieniveau en daarna werd het als test uitgerold op twee diensten: spoed en gastro-enterologie. Zo testten we of het goed geïntegreerd werd in het elektronisch patiëntendossier en/of alles vlot verliep. Daarna werd het zorgpad afdeling per afdeling geïmplementeerd. Nu is het zorgpad in alle afdelingen actief, met uitzondering van pediatrie, materniteit en het dagziekenhuis.”

Hoe nemen jullie de verpleegkundigen en artsen mee in dit verhaal?

Decoster: “Het zorgpad werd na de testfase dienst per dienst uitgerold. We leidden het team verpleegkundigen en het team artsen en assistenten op, zodat iedereen op de hoogte was. Hoe praat je over alcohol? Hoe pak je de screening aan? Hoe noteer je alles in het elektronisch patiëntendossier? Maar ook het medisch stuk rond opvolgen van ontwenning en het al dan niet geven van medicatie, kwamen in de opleiding aan bod. Het opstarten is één zaak, maar er kruipt ook veel energie en tijd in om dit zorgpad levendig te houden, denk maar aan nieuwe mensen opleiden. Daarnaast is alcohol slechts één van de vele thema’s waarmee een dienst rekening moet houden. We merken dat zichtbaarheid, bevraging, gesprek en communicatie daarin belangrijk blijven. De screening loopt vrij vlot, maar de bewustwording moet af en toe aangewakkerd worden.”

Waar zit de meerwaarde in werken met een zorgpad?

Decoster: “Voor mij ligt dat net in die bewustwording onder de medische diensten. Het is niet evident om mensen met medische problemen te bevragen over hun alcoholgebruik. Net daarom is het belangrijk om een moment te creëren om dat te doen. Ik merk wel dat de bewustwording sterk veranderd is sinds de invoering van het zorgpad.”

Geerts: “De plaats van alcohol in een ziekenhuis is groter geworden. We durven er meer over spreken, waardoor we meer kunnen detecteren. De samenwerking tussen psychiatrie en de algemene diensten is nauwer geworden, wat voor meer wisselwerking en kortere lijnen tussen de diensten zorgt. Dat geldt zeker voor vragen rond alcohol, maar we ervaren ook dat wanneer mensen van verschillende diensten elkaar kennen er ook gemakkelijker vragen over andere aspecten gesteld worden. Daarnaast werkt dit zorgpad als een behandeling of preventie op korte termijn. Soms zien we mensen een aantal keer binnen een bepaalde tijdspanne waarin ze telkens positief screenen. Door iedere keer opnieuw het gesprek aan te gaan, komt er toch wat evolutie in hun gedrag. Zo kunnen we mensen oppikken in een behandeltraject of aan *damage control* doen.”

Decoster: “We mogen ook op medisch vlak niet onderschatten hoeveel expertisedeling het zorgpad met zich heeft meegebracht. De expertise van de psychiatrie op vlak van behandeling en ontwenning is door heel het ziekenhuis verspreid. De aanpak van ontwenning is nu ook gelijk over het volledige ziekenhuis. Er is één medicatieschema dat gebruikt wordt, terwijl dat vroeger per dienst wat kon verschillen.”

Deden jullie nieuwe inzichten op in de tijd dat het zorgpad al loopt?

Decoster: “Het screenen is geen gemakkelijk verhaal, want je moet alle mensen die je screent ook een aanbod kunnen doen. Het heeft geen zin om heel veel mensen op te pikken via de screening als er geen tijd is om hen te zien en op te volgen. Maar wanneer je de vragen te strikt stelt, loop je het risico om mensen te missen.

In dat geval haal je er enkel de zware problematische gevallen uit. Daarom is het belangrijk om soepelheid te ontwikkelen en nuances te durven zien. Volgens de strikte norm van de screening valt een man die elke dag zes pintjes drinkt niet onder de noemer van overmatig alcoholgebruik, maar het kan raadzaam zijn om hem toch aan te melden.”

Geerts: “Het gesprek over alcohol hoeft niet altijd beladen te zijn. Slechts weinig patiënten nemen het ons kwalijk dat we polsen naar hun alcoholgebruik. Integendeel, meestal zijn ze dankbaar dat dat een onderwerp is waarmee we bezig zijn en over nadenken. Het taboe dat op alcoholgebruik rust, is niet meer van deze tijd en generatie.”

Decoster: “Er was in eerste instantie een grote terughoudendheid op de verschillende diensten. Hoe spreek je over alcohol? Hoe breng je dat gesprek op gang? Tijdens de opleiding hebben we daarop ook sterk ingezet. We stellen bij een intake zoveel vragen aan een patiënt, waarom zou je dan niet polsen naar het alcoholgebruik?”

“Met dit zorgpad maken we een verschil op vlak van medische zorg, zeker naar ontwenning toe. Door de vinger aan de pols te houden, konden we al regelmatig zware complicaties vermijden”

Welke tips zouden jullie geven aan ziekenhuizen die ook dit zorgpad willen uitrollen?

Decoster: “Creëer een brede basis. Het is een zorgpad dat op veel vlakken gevolgen heeft en breed gedragen moet worden om te kunnen slagen. Het is belangrijk om zowel de dienst IT, de directie als de artsen mee te hebben in jouw verhaal. Zorg ervoor dat je als dienst kan uitvoeren wat je voorstelt. Het kwam eerder al aan bod: het heeft geen nut om te screenen en dan niets te doen met de patiënten die positief uit die screening komen.”

Geerts: “Durf evalueren en bijsturen. Wij merken dat ons zorgpad ondertussen een stukje gegroeid is. Bij de start stelden we één screeningsvraag, maar er kwamen er al enkele bij. Leer ook van anderen. In het Zorgpad Alcohol-project hebben de overheid en de VAD een aantal nieuwe ziekenhuizen geselecteerd om ook een zorgpad op te starten. In die groep evalueren we het bestaande zorgpad, sturen we bij waar nodig en stemmen we op elkaar af.”

Wat blijft jullie bij?

Decoster: “Dat we een verschil maken op vlak van medische zorg, zeker naar ontwenning toe. Door de vinger aan de pols te houden, konden we al regelmatig

zware complicaties vermijden. Bij herhaaldelijke opnames merken we soms dat iemand bijvoorbeeld maar drie pintjes per dag meer drinkt in plaats van zes. Het alcoholgebruik is niet gestopt, maar het is veranderd. Dit pad zorgt ook voor een positief contact met de patiënten. Ik kan de keren dat ik buitengezet werd in al die jaren op één hand tellen. Je kan de tijd nemen om even te zitten en te babbelen met de mensen. Het gesprek begint bij alcohol, maar al snel gaat het over andere zorgen die anders niet opgemerkt zouden worden.”

Geerts: “De mensen die mij bijblijven, zijn de uitersten. Aan de ene kant degenen die bijna opgegeven waren. Door te blijven vragen, hebben we toch iets bewerkstelligd of hebben we de hopeloosheid van de familie kunnen erkennen. Je voelt dat je iets kon betekenen voor die mensen. Aan de andere kant zijn er mensen die nadien aangeven dat het gesprek na de screening een grote indruk op hen maakte, waardoor ze minderden of helemaal stopten met drinken.”



“De plaats van alcohol in een ziekenhuis is groter geworden dankzij dit zorgpad. We durven er meer over spreken, waardoor we meer kunnen detecteren”

Pieter-Jan Geerts



TIJS VANDEMEULEBROUCKE OVER
ETHIEK EN TECHNOLOGIE IN DE ZORG

“Het hoofddoel is ethische bewustwording”

TEKST: LUK VANRESPAILLE • BEELD: SOPHIE NUYTEN

Het tempo waarmee technologische innovaties in de zorg het licht zien, is nauwelijks bij te houden. Zij bieden grote mogelijkheden met betrekking tot preventie en behandeling. Tegelijk stellen deze innovaties ons als maatschappij, als zorgorganisaties en als individuen voor grote ethische uitdagingen en vragen naar hun invloed op bijvoorbeeld onze autonomie. Recent publiceerde het Vlaams Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een nieuw rapport dat focust op de ethische randvoorwaarden waaraan het ontwerp, implementatie en gebruik van technologische innovaties in de zorg moeten voldoen. Zorgwijzer sprak met dr. Tijs Vandemeulebroucke die onder leiding van prof. Chris Gastmans en samen met prof. Yvonne Denier van heel nabij betrokken was bij de ontwikkeling van dat ethisch evaluatiekader.

Het opstellen van een ethisch denkkader voor al wie bij innovaties in de zorg betrokken is, vanaf de ontwerp- en de ontwikkelingsfasen tot en met het concrete gebruik, moet een complexe onderzoeksvraag hebben opgeleverd. Hoe begin je aan zoiets?

“Het is uiteindelijk een tweedelig onderzoek geworden. Het eerste gedeelte betrof een veeleer academische verkenning van wat er op dat vlak al allemaal bestaat, een vrij klassieke literatuurstudie, zeg maar. Dat leverde ons een overzicht op van de reeds bestaande ethische kaders. Dat legden we vervolgens voor aan een panel met daarin de verschillende stakeholders, gaande van de technologiesector zelf en de ondernemerswereld, over het beleid, tot de betrokkenen in de verschillende

geledingen van de zorg. Daarnaast hebben we hierover ook een aantal experts bevroegd. Vandaaruit zijn we tot aanbevelingen gekomen over het ontwikkelen van een ethisch kader rond technologische innovaties. Dat werk nam zowat heel 2020 in beslag.

Met de literatuurstudie en de aanbevelingen zijn we aan het tweede gedeelte van het onderzoek begonnen. Via opeenvolgende consultatieronden zijn we gaan bouwen en sleutelen aan een concreet en werkbaar kader. Door telkens de dubbele feedback van stakeholders en specialisten te integreren in een almaar verfijndere versie van ons kader zijn we in verschillende stappen tot het eigenlijke instrument gekomen. Minister Beke keurde kort voor Kerstmis 2021 het tweede rapport goed.”

Het kader ligt er nu dus. Tegelijk vormt het eigenlijk maar een vertrekpunt. De logica en de zin van het kader liggen in het gebruik ervan...

“Dat klopt. We hadden tijdens het proces van de uitwerking vijf specifieke doelen voor ogen. Het hoofddoel is natuurlijk ethische bewustwording, het blootleggen van de ethische spanningen en gevoeligheden. Meer transparantie creëren rond de processen in de technologische innovatie en technologieontwikkeling is een andere doelstelling. Het kader dient ook een emancipatorisch en een democratisch doel in de zin dat we graag zouden zien dat het wordt gebruikt als discussie-instrument in een deliberatieve, inclusieve en participatieve context. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de

“*Idealiter zullen de gebruikers van het kader niet alleen de gebruikers van de technologische innovaties zijn, maar ook de ontwerpers en ontwikkelaars ervan*”

ouderenzorg, waar men met de gebruikers samen wil nadenken over de invoering van een gps-gebaseerd trackingsysteem voor mensen met dementie. We hebben het kader bewust zeer ruim opgevat, met de bedoeling om doorheen het gebruik ervan ook rekening te kunnen houden met de eventuele impact op langere termijn en de verschillende aspecten van duurzaamheid. Er bestaan natuurlijk al tal van ethische theorieën en tradities, maar ook daarin hebben we geen keuzes gemaakt. We verwijzen ernaar en laten ons erdoor inspireren, maar we wijzen niet in de ene of andere specifieke richting.”

Op die manier kom je wellicht tot een zeer uitgebreid, allesomvattend kader?

“Inderdaad. Maar ons kader - of onze reflectiegids - moet niet door iedereen in zijn geheel worden gebruikt. Qua structuur weerspiegelt het drie fasen uit de technocycclus: ontwerp, ontwikkeling en tot slot het gebruik. We hadden oorspronkelijk zelfs zeven fasen. Ook de recyclage na de levenscyclus van een product zat daar bijvoorbeeld bij, maar om het allemaal gebruiksvriendelijk genoeg te houden, hebben we dat teruggeschroefd tot die resterende drie essentiële fasen. In de literatuur troffen we vooral het perspectief van de gebruikers aan, met de nadruk dan nog op de zorgrelatie, alsof alleen daar ethisch relevant denkwerk nodig is. Zoals ik al heb aangehaald, zijn wij heel bewust gegaan voor de brede benadering met verschillende contexten van ethische reflectie.”

We hadden het al over de verschillende groepen van stakeholders die betrokken werden bij de ontwikkeling van jullie reflectiegids. Dat zijn dus ook de gebruikers, de doelgroepen die jullie voor ogen hebben voor het kader zelf?

“Precies. Idealiter zullen de gebruikers van het kader niet alleen de gebruikers van de technologische innovaties zijn, maar ook de ontwerpers en ontwikkelaars ervan. Dat is ook aantoonbaar in hun belang. Als diegenen op wie een nieuwigheid gericht is uiteindelijk afwijzend zouden blijken te staan tegenover die evolutie, zal dat commerciële teleurstellingen en financiële tegenslagen bij de ontwikkelaars en aanbieders tot gevolg hebben. Door vroeg genoeg in het proces ethisch te gaan nadenken, kunnen die wellicht voorkomen worden. Ethische reflectie bij de gebruikers, zorgontvangers en zorgverstrekkers, komt dus in feite al laat. Kijk naar de Coronalert-app, om een recent

voorbeeld te noemen. Je probeert beter om je op voorhand bewust te zijn van waar de gevoeligheden liggen en om er ook op voorhand aan tegemoet te komen.

Aansluitend daarbij hebben we per fase ook vier niveaus onderscheiden waarop we ons vragen kunnen en moeten stellen, of vier contexten van reflectie en dialoog: de globale context, de maatschappelijke, de organisatiecontext en de individueel-relatieve. En ook hier geldt dat niet alles op elk niveau even relevant of dringend is. Het globale niveau zal bijvoorbeeld relevanter zijn voor de ontwerpfase dan voor de gebruiksfase. Omgekeerd zullen we ons in een individueel-relatieve context veeleer buigen over vragen met betrekking tot het gebruik.

Aan dat alles hebben we tot slot nog een soort overkoepelend deel toegevoegd met algemeen ethische aandachtsdomeinen die in elke fase en context onze aandacht verdienen. Hier past onder meer het denken over duurzaamheid of de vraag ‘waarom doen we dit nu allemaal?’. Of, aangezien het instrument duidelijk ook een deliberatieve bedoeling heeft, vragen als ‘met wie voer je nu dat soort discussies?’”

Afgezien van het feit dat dit soort instrument, zoals je al zei, moet en zal blijven evolueren is dit verhaal voor jullie, de onderzoekers en makers ervan, grotendeels afgerond?

“Ja, we zijn nu in de fase van de bekendmaking aanbeland. Met het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht verzorgen we ook tal van colleges ethiek in verschillende faculteiten van de KU Leuven, vooral aan toekomstige zorgverstrekkers, waar we het kader onder de aandacht brengen. Het kader is momenteel opgenomen in een rapport met daarbij ook de achtergrond, een woordenlijst van ethische termen en een bibliografie met referenties. Ik zou dat de ‘droge versie’ willen noemen; we zijn aan het bekijken of en hoe we het ook in een meer fancy kledje, als een handige brochure zouden kunnen aanbieden. Dat is niet zo evident als het lijkt – en ik verwijs dan weer naar onze aanbevelingen – omdat ons instrument bedoeld is om geëvalueerd en voortdurend verfijnd te worden.

We kunnen ad-hocondersteuning bieden bij het gebruik van het kader. Momenteel begeleid ik bijvoorbeeld een klein bedrijfje, maar dat sluit veeleer aan bij mijn doctoraatsonderzoek over het inzetten van robotica





“Het is belangrijk om te beseffen dat het ethische kader geen pasklare antwoorden biedt, maar vooral de gebruikers wil prikkelen om geen pertinente aspecten te vergeten”

Tijs Vandemeulebroucke

Tijs Vandemeulebroucke doctorerde aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht (KU Leuven) met een proefschrift over de ethische aspecten van het gebruik van robots in de ouderenzorg. Momenteel is hij verbonden aan het Sustainable AI Lab van het Institut für Wissenschaft und Ethik van de universiteit van Bonn. Het denken rond duurzaamheid en ecologisch bewustzijn kreeg trouwens ook zijn plaats in het ethisch kader. Hij is nog als vrijwilliger verbonden aan het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht.

in de ouderenzorg. Nieuwe PhD-studenten van het Centrum passen het denkkader toe en het komt aan bod in curricula die we aanbieden aan werkstudenten en zij-instromers uit zorgberoepen. Tot slot vinden we het in het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht ook belangrijk om hierrond internationaal te werken. Zo zal er binnenkort een eerste internationale publicatie verschijnen.”

Nu is het dus aan de gebruikers. Hoe moeten zij ermee aan de slag?

“Het rapport zelf geeft ook voor het gebruik een aantal suggesties. Je zou het bijvoorbeeld gerust in je eentje kunnen gebruiken, maar je krijgt natuurlijk rijkere resultaten als je hierrond een collectieve oefening opzet. Het is belangrijk om te beseffen dat het ethisch kader geen pasklare antwoorden biedt, maar vooral de gebruikers wil prikkelen om geen pertinente aspecten te vergeten en om over die aspecten tot een stellingname te komen. Het stelt dus vragen, vaak met wat duiding en voorbeelden erbij, maar geeft uit zichzelf eigenlijk geen invulling. Wel beïnvloeden we de antwoorden alleen al door de keuze van de vragen. Doorheen het hele kader laten we op die manier bijvoorbeeld het aspect duurzaamheid aan bod komen. En de antwoorden hoeven trouwens niet louter positief te zijn. Het kan net zo relevant zijn om na te denken over wat je eventueel niet wil. Antwoorden kunnen uit minimeisen bestaan, maar een negatieve grens is net zo goed denkbaar.”

Ethiek is een maatschappelijke aangelegenheid of op z'n minst voor een stuk op de samenleving gericht. Zou het niet interessant zijn mocht hierrond een soort van community kunnen ontstaan, of iets als een kenniscentrum?

“Dat is misschien meteen een grote stap, maar over een soort van infopunt, al dan niet met een website, hebben we ook al nagedacht. Het zou ook voor ons als onderzoekers in elk geval heel boeiend zijn om aan feedback vanuit het veld te kunnen komen. Al was het maar voor de voortdurende verfijning van het kader. En voor de gebruikers zou het wellicht ook nuttig kunnen zijn om ervaringen uit te wisselen en hun ethische reflecties of stukken ervan te delen. We zouden in elk geval heel graag zien dat ethiek een publiek gebeuren is en blijft en dat de ethische discussie en gevoeligheid ruimer gaat dan de thema's waar in deze tijd doorgaans alle aandacht naartoe gaat, zoals autonomie, privacy, niet-schaden...”

Op www.steunpuntwvg.be/publicaties kan je de downloadlinks vinden naar zowel het integrale rapport met daarin het kader als naar een samenvatting.

Te Gek!? lanceert podcastreeks over depressie

Op donderdag 7 april 2022 lanceerde Te Gek!? een podcastreeks over depressie. Hiermee wil Te Gek!? het taboe rond deze psychische problematiek doorbreken, meer begrip creëren zowel bij mensen die zelf een depressie ervaren als bij hun omgeving en ervoor zorgen dat er sneller hulp wordt gezocht. Iedere week zal de luisteraar een nieuw verhaal horen van iemand die worstelde met een depressie. Soms wordt deze persoon ook bijgestaan door iemand uit zijn of haar omgeving, want een depressie raakt je vaak niet alleen.

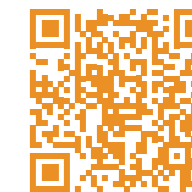
“Acht weken lang zal er gesproken worden over depressie. Dat is broodnodig, zeker als je weet dat er elk jaar duizenden mensen lijden aan deze stemmingsstoornis en dat er vaak door taboes en vooroordelen te laat aan de alarmbel wordt getrokken. Op het eerste gezicht lijkt depressie een zwaar thema voor een podcast, maar het is een podcastreeks met positieve verhalen. Verhalen met lichtpuntjes: over goed verlopen behandelingen, verhalen die de luisteraar meer informatie geven over depressie, raad voor naasten, verha-

len over de weg naar herstel...”, vertelt Te Gek!?-medewerker Matthias Corneillie die samen met zijn collega Esther Coolen deze podcastreeks maakte.

De podcastreeks “Wellicht” is een productie van Te Gek!? en kadert in de gelijknamige Te Gek!?-jaarcampagne over depressie. Iedere donderdag zal er een nieuwe aflevering te beluisteren zijn via Spotify, Apple Podcasts en Soundcloud. De eerste aflevering verscheen op donderdag 7 april.

Alle info over depressie en over de campagne is terug te vinden op www.wellicht.be

Te Gek!?



De coronapandemie eist al twee jaar alle aandacht op. Maar de zorg- en welzijnssector heeft heel wat meer te bieden. Z-Healthcare laat de sector zelf aan het woord en belicht innovatieve projecten die het verschil maken: soms hightech en spectaculair, soms kleinschalig en bescheiden. Maar altijd warmmenselijk en binnen een duurzaam beleidskader. Deze innovatieve projecten geven moed want vroeg of laat hebben we de zorg- en welzijnssector allemaal nodig.

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

kanaal **Z**



Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdredactie en coördinatie:
Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving:
www.engage.studio

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.

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

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

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 103, mei 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgnet-icuro.be

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

www.zorgnet-icuro.be

