

zorgwijzer 108



**“Ouderenvriendelijk
ziekenhuis: een zaak
van iedereen die in
het ziekenhuis werkt”**

IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg.....	26
Margot Cloet over hervorming van bestuur en beleid in ziekenhuizen.....	4	Inspiratiegids en good practices ouderenvriendelijk ziekenhuis	32
Inschalingsinstrument draagt bij tot betere kwaliteit van woonzorg	9	Blijf aan Z.....	36
Interview Ben Suykens.....	14	Participatie in de ambulante psychosociale revalidatiecentra	42
Nieuwe MARA: Financieel-economische analyse woonzorgcentra Zorgnet-Icuro.....	20	Korte berichten	46
10 vragen aan de zorgwijze	24	Colofon.....	47



EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

De wetten van de markt, ook in de zorg?

Heeft het marktdenken een plaats in de zorgsector? Biedt de toepassing van de wetten van vraag en aanbod de burgers uiteindelijk betere zorg, in al zijn dimensies? En hoe zit het met de verantwoording over het gebruik van publieke middelen? De discussie over profit en social profit is terug van nooit weggeweest.

Onderzoeker Ben Suykens trekt in deze Zorgwijzer het debat breder open en legt enkele interessante doordenkers op tafel. Vooreerst de drive van waaruit zorgaanbieders werken. “Social-profitactoren zetten doorgaans in op menselijke noden vanuit een sociale-grondrechtenperspectief”, stelt hij, waarbij zorg een basisrecht is. In het economische marktdenken daarentegen wordt menselijke behoefte gedefinieerd in termen van koopkracht. De zorgvrager is een klant, zijn vraag naar dienstverlening wordt gereguleerd door de principes die ook de levering van materiële producten beheersen.

Profit-businessmodellen in de zorg zijn in het licht van de ruimere geschiedenis een behoorlijk recent fenomeen, ook mede onder invloed van Europese regels. Pas sinds een aantal decennia begonnen ook commerciële spelers te zien dat de expanderende zorgvragen een bron van winst kunnen zijn. Bovendien kunnen ze evengoed – vanuit het principe van een gelijk ‘level playing field’ – gebruikmaken van de subsidiëring van de overheid en de systemen van terugbetaling, verworvenheden van onze sociale zekerheid. Maar de essentiële driver blijft wel de winst, niet het invullen van het grondrecht.

De verspreiding van het marktdenken werd verder aangejaagd door de zorgvragers zelf, of “de klant”, zo u wil. Denken we maar aan de introductie van de persoonsvolgende financiering. Achter die idee, zo stelt Suykens, zitten heel wat vermarktingsassumpties. Je gaat er dan van uit dat competitie de dienstverlening zal verbeteren. En dat de klanten honderd procent geïnformeerd zijn én daardoor een keuze kunnen maken die volledig op hun maat is.



Maar dat is uiteraard buiten de waard gerekend van een aantal “marktversturende” mechanismen. Ongetwijfeld is de kantelende arbeidsmarkt daarvan de belangrijkste. Zorg is mensenwerk, en zorgmedewerkers zijn een schaars goed geworden. Het betekent dat de wetten van vraag en aanbod, het concurrentiële model, niet zo goed meer werken. De leeftijds piramide in Vlaanderen wordt topzwaar: veel ouderen hebben zorg nodig, er zijn minder mensen op arbeidsactieve leeftijd om het werk te doen én het systeem te betalen. En zo duikt de verschuiving naar de “markt” in steeds meer segmenten van de zorg op. Almaar meer zorgverleners kiezen bijvoorbeeld voor een zelfstandigenstatuut met “markt tarieven”, alweer bepaald volgens de wet van vraag en aanbod. Op die manier is de kwetsbare zorgvrager, de klant, allerminst nog koning. En staan de grondrechten op de tocht. Hiermee lopen we het risico dat de meest kwetsbaren verstoken blijven van zorg.

Suykens pleit ervoor om over de vermarkting in de zorg te blijven nadenken en debatteren. Om de excessen voor te blijven, maar ook om alle actoren, ook de social profit, in een ethisch discours te vatten. Ik kan hem alleen maar bijtreden. Om de discussie eerlijk te voeren is er vooral nood aan transparantie. Transparantie over de constructies, de geldstromen, de aanwending van de subsidies en de eigen bijdragen van de zorgvragers. Daarom is het zo belangrijk dat bijvoorbeeld de woonzorgcentra een uniform boekhoudkundig plan moeten volgen en de nodige inzicht geven in hun beheerstructuren én financieringsstromen. Maar we moeten ook durven kijken naar de manier waarop de schaarste aan zorgmedewerkers leidt tot fenomenen die enkel de gegoede en hooggeschoolde zorgvrager betere zorg geven.

Er wachten ons gigantische uitdagingen. Steeds meer (zorgbehoevende) ouderen en steeds minder actieven. Laat ons de ontwikkelingen op de “zorgmarkt” voldoende aandacht geven, de consequenties bekijken en veiligheids inbouwen. Dat zijn we de fundamenten van onze sociale zekerheid verschuldigd. Zorg is een maatschappelijk ‘goed’ waarmee we verstandig en rechtvaardig moeten omgaan.



“Alle stakeholders verdienen een stem in het ziekenhuis”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

Een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt al vele jaren in het vooruitzicht gesteld. Het is een complex kluwen met uiteenlopende werven, waaronder: een herijking van de nomenclatuur, een zuiver honorarium voor de artsen, een kostendekkende en duurzame financiering van de ziekenhuizen en een optimale toegankelijkheid voor patiënten. Ook een aanpassing van het ziekenhuisbestuur en -beleid is zo'n werf. Het debat hierover zit in een stroomversnelling. Ook al kan die kwestie voor Zorgnet-Icuro pas het sluitstuk zijn van een integrale hervorming.

Minister Frank Vandenbroucke zwenfelde het debat opnieuw aan met zijn beleidsnota over de hervorming van de “ziekenhuisorganisatie en de financiering”. De artsensyndicaten BVAS en Het Kartel maakten allebei al een nota over de plaats van de arts in het ziekenhuisbestuur en de weg naar co-governance. De ziekenfondsebenevens. En ook Zorgnet-Icuro heeft zijn huiswerk klaar.

Gedelegeerd bestuurder Margot Cloet van Zorgnet-Icuro: “Het doel van de beleidsnota van minister Vandenbroucke is een zuiver honorarium voor de artsen en een kostendekkende financiering van de ziekenhuizen. Vandaag dekt de financiering van de ziekenhuizen namelijk niet alle kosten, zodat artsen een deel van hun honorarium aan het ziekenhuis moeten afstaan. Hoeveel ze moeten afstaan, verschilt van regio tot regio en van ziekenhuis tot ziekenhuis. Dat is geen gezonde situatie, het leidt vaak tot harde discussies over centen, wat de sfeer kan verzieken. Als de ziekenhuizen voldoende gefinancierd worden, hoeven artsen geen honorarium meer af te staan. Dan verdwijnen hopelijk de onnodige spanningen over centen en kan het meer over inhoudelijke dingen gaan. Want uiteraard moeten artsen betrokken worden bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis. Maar dat geldt bij uitbreiding voor alle stakeholders, waaronder ook de medewerkers en patiënten. Daarom pleiten wij al langer voor een nieuw bestuursmodel.”



Medezeggenschap

In zijn nota wijst Zorgnet-Icuro erop dat artsen vandaag al op diverse manieren betrokken worden in het bestuur en het beleid van ziekenhuizen. De Ziekenhuiswet waarborgt die medezeggenschap via de medische raad, die verplicht advies verleent over alle materies met impact op de ziekenhuisartsen. Voor cruciale thema's bestaat zelfs een zogenaamd verzwaard of versterkt advies. Dat betekent in de praktijk dat de ziekenhuisbeheerders zo goed als gebonden zijn aan die adviezen van de medische raad.

Naast de wettelijk geregelde participatie van artsen bestaan tal van andere samenwerkingen op het terrein. Dat blijkt uit een enquête van Zorgnet-Icuro, waaraan 42 van de 51 Vlaamse ziekenhuizen deelnamen. Zo hebben drie op vier ziekenhuizen artsen in de algemene vergadering. In 35% van de ziekenhuizen gaat het om artsen van het eigen ziekenhuis. In één op vijf ziekenhuizen stellen de artsen van het ziekenhuis vertegenwoordigers aan voor de algemene vergadering.

Ook in veel bestuursorganen hebben artsen vandaag al een stem. Bij bijna drie vierde van de ziekenhuizen zetelen artsen als bestuurder met stemrecht in het bestuursorgaan. Bij een kwart gaat het om artsen werkzaam in het eigen ziekenhuis. In ruim de helft van de ziekenhuizen zetelen artsen van het eigen ziekenhuis in het bestuursorgaan als waarnemer.

Bovendien zijn er naast het bestuursorgaan en de medische raad in veel ziekenhuizen nog andere overlegplatformen: een permanent overleg tussen CEO, hoofdarts en een delegatie van de medische raad; het arts-diensthoofdenoverleg met een delegatie van de medische raad; een inspraakorgaan voor investeringen in medische infrastructuur en technologie; een adviescomité over innovatie, strategie, ICT enzovoort.

Daar hoeft het voor Margot Cloet overigens niet bij te blijven. “Voor ons mag in de wet een stevige vorm van co-governance ingeschreven worden. Tegelijk moeten we rekening houden met de regels van good governance. Zo lijkt het ons geen voorbeeld van goed bestuur om standaard artsen van het eigen ziekenhuis in het bestuursorgaan op te nemen. Je riskeert dan belangenconflicten. De ‘Code Buysse III’ heeft het onder meer over de ‘noodzaak voor alle bestuurders om steeds het belang van de gehele onderneming voorop te stellen’. De Vlaamse overheid beveelt zorgorganisaties aan erover te waken dat er geen rechtstreekse of onrechtstreekse belangenconflicten ontstaan. Het is niet vanzelfsprekend om die regels van good governance te respecteren met stemgerechtigde artsen van het eigen ziekenhuis in het bestuursorgaan. Wettelijk gezien is het trouwens aan de algemene vergadering om de bestuursleden te benoemen. Bovendien: het bestuursorgaan is lang niet de enige plek waar we co-governance kunnen realiseren.”

“Uiteraard moeten artsen betrokken worden bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis. Maar dat geldt voor alle stakeholders, waaronder ook de medewerkers en patiënten”



Het debat mag wat Zorgnet-Icuro betreft verder opengetrokken worden. “De stem van verpleegkundigen is voor ons eveneens erg belangrijk, de stem van de patiënten en hun familieleden evenzeer,” zegt Margot Cloet. “Alle stakeholders verdienen een inbreng in het beleid. We moeten zoeken naar de juiste structuren hiervoor. Er bestaan al heel wat good practices in de ziekenhuizen, waarbij de verschillende stakeholders nauw bij het beleid betrokken worden. Veel ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld adviescommissies die belangrijke dossiers grondig voorbereiden vóór ze op de bestuurstafel komen voor formele beslissingen. In die adviescommissies zetelen doorgaans de hoofdarts, een delegatie van de medische raad en dikwijls ook een delegatie van de verpleegkundigen. De diverse stakeholders vinden elkaar in die commissies en zo weet het bestuursorgaan meteen ook dat er draagvlak is voor zijn beslissingen. Dat stapsgewijs nemen van beslissingen blijkt in de praktijk erg goed te werken. Al zijn er altijd ook taaie dossiers, zeker als het over grote medische investeringen gaat.”

Voorstellen artsenbonden

De twee grote artsenbonden hebben hun voorstellen voor co-governance op tafel gelegd. Het Kartel stelt voor om de helft van het aantal mandaten in het bestuursorgaan te reserveren voor bestuurders aangeduid of voorgedragen door de artsen van het ziekenhuis. “Dat gaat in tegen alle regels van *good governance*,” zegt Margot Cloet. “Als een arts van het ziekenhuis zelf bestuurder wordt, loop je het risico op een belangenconflict. Artsen kunnen natuurlijk ook externe bestuurders voordragen. Maar ook van hen verwachten de artsen dan uiteraard dat ze hun belangen verdedigen. Dat strookt niet met de regel die zegt dat elke bestuurder altijd het belang van de gehele onderneming voorop moet stellen. Bovendien heb je ook andere afspraken waarmee je rekening moet houden. Denk aan het decreet Lokaal Bestuur, dat veel ziekenhuizen een gegarandeerde vertegenwoordiging van de lokale besturen en strikte regels bij wijziging van de statuten oplegt. Of denk aan de vaak moeizaam bereikte evenwichten bij fusies.”

Ook het voorstel van BVAS vindt Zorgnet-Icuro te verregaand. “BVAS wil een verplicht consensusmodel,” legt Margot Cloet uit. “Natuurlijk willen de ziekenhuizen maximaal streven naar goed overleg en een consensus waar mogelijk. Maar een verplicht consensusmodel waarbij de medische raad over zowat alles een verzaamd advies kan geven, dreigt uit te monden in een verlamdend stelsel van veto’s. De facto geeft deze piste de artsen alle macht, want de medische raad kan nagenoeg elk voorstel blokkeren. Zo wordt goed bestuur met het oog op het algemeen belang quasi onmogelijk.”

Binnenkort komen de ziekenfondsen met een voorstel. Dan kan het onderhandelen beginnen. “Het is geen zwart-witverhaal,” zegt Margot Cloet. “Ik zie bij de

ziekenhuisdirecties en de hoofdartsen heel veel zin en enthousiasme om zorginhoudelijk nauw samen te werken met de artsen. Dat zie je op het terrein, bijvoorbeeld waar fusies gerealiseerd worden en waar iedereen de nodige stappen moet zetten in de onderhandelingen. Iedereen weet dat het budgettair krappe tijden zijn. Iedereen is overtuigd van het maatschappelijk belang van ziekenhuizen. Iedereen weet hoe moeilijk het vandaag is om voldoende zorgpersoneel te vinden. Laat ons samen proberen tot goede oplossingen te komen. Ik geloof oprecht in een goede samenwerking met de artsen.”

Veel goodwill op het terrein

Dat de onderhandelingen binnenkort starten, betekent overigens niet dat we snel een oplossing mogen verwachten. Want deze kwestie is maar één aspect van de hervorming die in de steigers staat. Margot Cloet: “De hervorming van het bestuur en het beleid in de ziekenhuizen is voor ons het sluitstuk van deze grondige hervorming. Een zuivere honorering van de artsen en een kostendekkende financiering van de ziekenhuizen zijn essentieel om die eeuwige discussies over centen achter ons te laten, zodat we ons kunnen focussen op het inhoudelijke beleid: goede zorg voor patiënten, vandaag en morgen, in de ziekenhuizen en samen met alle partners van de eerste en de derde lijn.”

“De hervorming van de ziekenhuisfinanciering duurt allicht nog jaren. Minister Vandenbroucke heeft al stappen gezet, maar er is nog veel werk aan de winkel. Het is goed om het debat over co-governance vandaag al aan te gaan. Maar de nieuwe regelgeving daarover komt er pas als ook de nieuwe ziekenhuisfinanciering in werking treedt. Toch ben ik hoopvol. Tijdens onderhandelingen wordt het vaak iets harder gespeeld en worden er al eens forse uitspraken gedaan voor de eigen achterban. Maar ik zie op het terrein vooral heel veel goodwill. Ook bij de artsen.”

“Een zuivere honorering van de artsen en een kostendekkende financiering van de ziekenhuizen zijn essentieel om die eeuwige discussies over centen achter ons te laten



Het governance-voorstel van Zorgnet-Icuro in een notendop

Samenstelling van het bestuursorgaan

Zorgnet-Icuro pleit voor een evenwichtige samenstelling op het gebied van:

- gender, leeftijd en ervaring;
- expertise: medisch, financieel, hr, gezondheidsbeleid.

Permanent operationeel overleg

De betrokkenheid van artsen bij het beleid en het bestuur is niet alleen een kwestie van vertegenwoordiging in het bestuursorgaan. Intens en frequent operationeel overleg is cruciaal. Hiervoor bestaan in veel ziekenhuizen al goed werkende formules.

Versterken en professionaliseren van hoofdartsen en diensthoofden

De hoofdartsen en de artsen-diensthoofden spelen een essentiële rol in de goede werking van het ziekenhuis. Zij verankeren de noodzakelijke medische expertise in het bestuur en het operationeel beleid. De bevoegdheden van de hoofdartsen moeten gemoderniseerd en verduidelijkt worden. Hij/zij moet de instrumenten krijgen om zijn/haar opdracht volwaardig uit te voeren. Hetzelfde geldt voor de artsen-diensthoofden, die voor hun inzet ook een passende vergoeding uit het Budget Financiële Middelen moeten krijgen.

Paritaire samenstelling van interne adviescommissies

In veel ziekenhuizen bestaan vandaag al adviescommissies met bevoegdheden onder meer op het vlak van medische investeringen, innovatie, zorgstrategie en kwaliteit.

Zorgnet-Icuro pleit voor een paritaire samenstelling van deze commissies, met artsen uit het medisch kader (hoofdartsen en artsen-diensthoofden) en de medische raad. Voor investeringen in medische infrastructuur stelt Zorgnet-Icuro in het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering een paritair beheerd fonds voor.

Positie van artsen in het bestuursorgaan

Medische expertise in het bestuursorgaan is noodzakelijk. Een vertegenwoordiging van artsen werkzaam in het eigen ziekenhuis is delicaat en leidt mogelijk tot belangenconflicten en een gebrek aan onafhankelijkheid. Daarom kunnen alleen externe bestuurders voorgedragen worden door de artsen. Zorgnet-Icuro pleit voor een wettelijke norm van een vijfde van het aantal mandaten. Artsen van het ziekenhuis kunnen als waarnemer deelnemen aan de vergaderingen. Ziekenhuizen kunnen verder vrijwillig beslissen om een ruimere vertegenwoordiging te voorzien of om toch artsen van het eigen ziekenhuis stemrecht te geven in het bestuursorgaan.

Meer stakeholders betrekken

Naast de artsen moeten andere stakeholders een stem krijgen in het beleid van het ziekenhuis: medewerkers en patiënten op de eerste plaats. Hiervoor moeten de gepaste overlegorganen ontwikkeld worden.

Psychiatrische en universitaire ziekenhuizen

“Ook de psychiatrische ziekenhuizen scharen zich achter het voorstel van Zorgnet-Icuro, al is hun situatie fundamenteel anders,” stelt Margot Cloet. “In psychiatrische ziekenhuizen heb je bijvoorbeeld niet de grote diversiteit aan artsendisiplines als in een algemeen ziekenhuis. In universitaire ziekenhuizen zijn artsen dan weer loontrekkenden, wat een totaal andere realiteit is. Ook voor die centra werken we aan een voorstel op maat. Hoe dan ook wordt in die voorzieningen evengoed nagedacht over meer participatie en co-governance en hoe we die het best kunnen realiseren.”

De tekst van het governance-voorstel van Zorgnet-Icuro vind je in de Bibliotheek op www.zorgneticuro.be



INSCHALINGSINSTRUMENT DRAAGT BIJ TOT BETERE KWALITEIT VAN WOONZORG

BelRAI start in alle Vlaamse woonzorgcentra

TEKST: NICO KROLS
BEELD: TINI CLEEMPUT

Het is bijna zover. De meer dan 800 woonzorgcentra in Vlaanderen reppen zich om in juni te starten met BelRAI. Het beoordelingsinstrument brengt het functioneren en de zorgbehoeften van bewoners breed in beeld en draagt verder bij tot de kwaliteit van zorg voor de zowat 80.000 bewoners in de Vlaamse woonzorgcentra. Zorgwijzer laat Hilde Depuydt (wzc Ter Meeren) en Raf Vanhorebeek (Zusters van Berlaar) aan het woord, bevoorrechte getuigen die al met BelRAI aan de slag gingen.

Een team wetenschappers uit de Verenigde Staten ontwikkelde eind jaren 1980 het Resident Assessment Instrument, of kortweg RAI. Verschillende landen gebruiken afgeleiden van het instrument. Voor België is dat BelRAI. Vanaf juni zullen ook de Vlaamse woonzorgcentra BelRAI gebruiken. Het instrument helpt zorgverleners om het functioneren en de zorgbehoeften van bewoners in kaart te brengen. Dat kan leiden tot een efficiëntere en effectievere zorg.

Het nieuwe woonzorgdecreet in 2019 bracht de invoering van BelRAI met zich mee. Voor de Vlaamse woonzorgcentra vertaalde die keuze zich in het gebruik van het BelRAI LTCF (voluit *Long Term Care Facilities*). Het gebruik van BelRAI LTCF geldt ook als

een erkenningsvoorwaarde. BelRAI LTCF implementeren betekent voor de woonzorgcentra dat ze een veranderingstraject moeten opzetten. Het vraagt een nieuwe wijze van zorgplanning, wat een gestructureerde aanpak vergt. Hilde Depuydt en Raf Vanhorebeek trekken, samen met vele collega's, de implementatie en het veranderingstraject in de zorgvoorzieningen waar ze werken. Samenwerking is cruciaal.

Kompas voor zorgbehoefte

Raf Vanhorebeek is stafmedewerker voor de Zorggroep Zusters van Berlaar, een groep van acht zorgvoorzieningen actief in de residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra, groepen van assistentiewoningen, centra voor kortverblijf) en buurtzorg (lokale dienstencentra,



centra voor dagverzorging en thuisverpleging). Bij de Zorggroep zijn ze al enkele jaren met BelRAI in de weer en Vanhorebeek is er BelRAI-trainer van het eerste uur. “We werden niet geselecteerd om in 2018 mee in het pilootproject te stappen. Dat vonden we jammer, maar we hebben toen besloten op eigen houtje toch met de voorbereidingen te beginnen omdat de idee van BelRAI zeer nauw aansloot bij onze visie. Ons motto luidt: wonen en zorg in dialoog. Daar geloven we sterk in. We werken al lang met multidisciplinaire overlegmomenten, met bewoners en familie, om zorgdoelen te bepalen. Niettegenstaande de bij ons ingebakken overlegcultuur merken we dat BelRAI een goed kompas is. Het buikgevoel wordt geschraagd door een objectieve parameter. Van de meeste CAP's (*klinische aandachtspunten die oplechten in het systeem, red.*) zijn we niet verbaasd. Ze bevestigen wat we zelf al hadden ondernomen of in het zorgplan opgenomen. Dat neemt niet weg dat er af en toe een aandachtspunt verschijnt dat we over het hoofd hadden gezien – je komt er dus je blinde vlekken mee op het spoor.”

“Zo licht bijvoorbeeld de CAP dehydratatie op wanneer er sprake is van een verstoorde vochtbalans die vatbaar is voor verbetering. Die CAP houdt niet alleen rekening met het gewicht(sverlies), maar ook met de mentale toestand of het veranderde bewustzijn van de bewoner of cliënt. Verschillende BelRAI-vragen zijn dus gelinkt aan elkaar. Omdat BelRAI niet enkel kijkt naar het lichamelijke, maar ook naar het psychische en sociale functioneren van de persoon, verkrijgt je een objectiever beeld van wat er allemaal speelt. In dialoog met de bewoner of cliënt en/of zijn vertegenwoordiger worden dan de uiteindelijke acties gepland en afspraken gemaakt. BelRAI is een kompas voor zorgverleners bij het opstellen van een zorgplan in dialoog met bewoners en cliënten.”

Hilde Depuydt, kwaliteitscoördinator en projectbegeleider bij wzc Ter Meeren, is het gewoon om beleidsmatige hervormingen naar de werkvloer om te zetten, handig in een sector waarin de hervormingen elkaar opvolgen. “We konden van in het begin in een pilootproject meestappen. Daardoor hebben wij al onze bewoners nu al met BelRAI ingeschaald.”

“Wij werken in een kleinschalige setting van genormaliseerd wonen voor zwaar zorgbehoevende bewoners, met en zonder dementie. Onze medewerkers kennen onze bewoners dus al heel goed. Familie en artsen in een zorg op maat betrekken, staat in onze visie ingeschreven. Ik kan dus niet zomaar zeggen dat het toepassen van de BelRAI een onmiddellijk zichtbaar verschil oplevert ten opzichte van vroeger. Maar toch, wij zijn vaak nog geneigd de nadruk op het medische te leggen en een groot voordeel van BelRAI is dat het je dwingt om evenveel aandacht te schenken aan niet-medische levensdomeinen. In sommige settings lijkt het me moeilijker om bepaalde reflexen

te hebben die wij in onze setting wel op een meer natuurlijke manier hebben. Ik kan me voorstellen dat het voor grootschalige settings met de BelRAI makkelijker wordt het medische, psychische en sociale gezamenlijk in kaart te brengen. BelRAI wijst ook ons nu en dan nog op een vergetelheid of brengt dingen bij elkaar die wij niet spontaan doen. Kort door de bocht: het is niet omdat je gewassen bent en voldoende gegeten hebt, dat je klaar bent voor de rest van de dag. BelRAI wijst voor elke bewoner op persoonsgerichte noden.”

Werkdruk versus training

“Of BelRAI de werkdruk verhoogt, is relatief”, meent Depuydt. “De initiële omslag zal extra inspanningen vragen, dat wel, maar eens je ermee aan de slag bent, wordt het een hulp bij wat je al doet. Op zich verandert er niets aan het multidisciplinair overleg bijvoorbeeld – het verschil is dat je er nu een instrument bij hebt dat het overleg stuurt. De indicatiestellers die alle info verzamelen zullen dat er in hun job moeten kunnen bijnemen – het zal hun job herdefiniëren.”

“De BelRAI bevat meer dan 320 af te vinken vragen. Dat is behoorlijk wat werk waar je door moet. Maar sommige vragen zijn ook snel beantwoord. Ook niet elke bespreking hoeft even lang te duren. Belangrijk is dat we merken dat we die omslag maken naar een cultuur van het bevragen van en aandacht hebben voor wonen en leven. Iedereen geeft waardevolle input voor de BelRAI-inschaling: zorgkundigen, verpleegkundigen, maar ook maaltijdbegeleiders, logistiek medewerkers, paramedici, noem maar op. Zij kennen allemaal verschillende aspecten van de bewoners.”

“Initieel hebben bij ons twee medewerkers per woonzorgcentrum de BelRAI-trainersopleiding gevolgd”, zegt Raf Vanhorebeek. “Zij zijn de échte trekkers van het project in hun woonzorgcentrum en leiden de nodige indicatiestellers op. Omwille van het belang van het project en de tijdsinvestering die de implementatie van BelRAI vraagt, hebben onze directie en het bestuur vorig jaar middelen vrijgemaakt om een extra medewerker aan te werven en op te leiden voor BelRAI. Alle medewerkers kregen intussen een introductie. Per woongroep zijn twee collega's tot indicatiesteller opgeleid. Om het project te laten slagen, de continuïteit te garanderen en ons de specifieke BelRAI-taal nog meer eigen te maken, voorzien we nieuwe indicatiestellers-opleidingsreeksen in elk woonzorgcentrum. Ondanks de nieuwigheid beseft iedereen wel dat de BelRAI aansluit bij de filosofie van onze groep. Er is veel interesse voor het systeem, maar uiteraard – de intense covidperiode was nog maar pas voorbij en de werkdruk neemt niet bepaald af – rees bij velen de vraag hoe en wanneer we dat allemaal gingen implementeren. Goed wetende dat de BelRAI een volcontinu gegeven zou worden, is het een bewuste beleidskeuze geweest om daar tijd en ruimte voor vrij te maken.”

“BelRAI wijst voor elke bewoner op persoonsgerichte noden

Hilde Depuydt



**“BelRAI is een kompas
voor zorgverleners bij
het opstellen van een
zorgplan in dialoog
met bewoners”**

Raf Vanhorebeek



**“We merken dat BelRAI
ons helpt de omslag te
maken naar een cultuur
van het bevragen van
en aandacht hebben
voor wonen en leven”**

Hilde Depuydt



Hilde Depuydt vult aan: “om er vlot mee van start te gaan, bespraken we met het héle team de toestand van elke bewoner aan de hand van BelRAI. Daarmee ben je al gauw twee uur zoet. Tof, maar op termijn niet realistisch om vol te houden. Nu staan de administratieve gegevens van elke nieuwe bewoner al in het systeem. De indicatiesteller kan zelf ook al een heel deel gegevens invullen. Dan gaat die in gesprek met de collega’s die de laatste dagen met de bewoner gewerkt hebben. Wat heeft de bewoner gedaan, hoe verliep het ochtendritueel, is hij of zij buiten geweest? Zodra dat assessment gebeurd is, bespreken we dat in teamverband. Dat houdt de werkdruk en tijdsinvestering doenbaar. We hebben zo zes indicatiestellers opgeleid voor 112 bewoners. We leiden er de komende periode nog meer op om de werklast te verdelen.”

“Elke bewonersbespreking gebeurt nu grondiger. BelRAI stelt je eenvoudigweg niet in de gelegenheid om aspecten uit de vragenlijst te vergeten. Het eerste assessment doen we zes weken na aankomst van een nieuwe bewoner, daarna herhalen we om de zes maanden. Of bij een kantelmoment, dan kan dat uiteraard ook sneller. Telkens wanneer het zinvol is. We bespreken dan op een multidisciplinair overleg de CAP’s en de schalen. Pas na die bespreking kom je tot een goed zorgplan – omdat je de bewoner en zijn familie er bij betreft. De BelRAI geeft bijvoorbeeld aan dat een bewoner meer moet bewegen, maar dat moet ook naar de zin en mogelijkheden van de bewoner zelf zijn, uiteraard.”

Beleid en expertise

“Als kwaliteitscoördinator wordt BelRAI voor mij interessant zodra iedereen ingeschaald is”, vindt Depuydt. “Je kan er dan rapporten uit trekken. In welke woning is de psychische nood het hoogst, bijvoorbeeld, is dan een interessante vraag om na te gaan. Krijgt iedereen in elke leefgroep voldoende buitenlucht? Op termijn kan je benchmarken: krijgen onze bewoners voldoende

lichaamsbeweging ten opzichte van het gemiddelde of vergelijkbare woonzorgcentra? Uit ons laatste kwartaalrapport bleek dat we toch nog 5% fixatie toepasten terwijl we een fixatiearm beleid voeren. We gingen de redenen daarvoor na en dan bleek de oorzaak te liggen bij de vraag van bewoners die zelf vroegen om hun bedhekken omhoog te doen. Zo kunnen we nog ontdekkingen doen om ons beleid bij te sturen. Als de familie van een bewoner die niet meer in de mogelijkheid is om het ons zelf te zeggen, ons vertelt dat hij of zij graag tuinierde, dan nemen we dat mee op in onze checklist en kijken na of de bewoner dat nog steeds wil of kan en hoe we daar aan tegemoet kunnen komen.”

Vanhorebeek vervolgt: “BelRAI moet ons op termijn ook helpen bij het nemen van maatregelen op centrum- en op groepsniveau. Het zal ons ook een nauwkeuriger beeld verschaffen van de zorgprofielen die we hebben. Zo kunnen we zorgstrategische keuzes maken en onze expertise gericht uitbouwen naar specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld naar die van de psychogeriatric. Ongetwijfeld moet dat alles tot een coherenter zorgaanbod en tot betere zorg leiden.”

“BelRAI maakt trajectopvolging van de cliënt mogelijk, ook samen met andere voorzieningen. Bij belangrijke beslissingen louter op het buikgevoel afgaan, zou voortaan uit de sector geholpen moeten worden, of het nu om indicatiestelling na kortverblijf of oriënterend kortverblijf gaat of om de beslissing om na een ziekenhuisopname thuis te blijven wonen of naar een woonzorgcentrum te gaan. Thuiszorg maakt nu reeds gebruik van de BelRAI Screener en het sociaal supplement, daar wordt ook de BelRAI Home Care vanaf juni als instrument aangereikt. Mochten ook zij er al op een duurzame manier mee werken, zouden we gegevens beter kunnen uitwisselen en zou het plaatje nog completer zijn. Die vruchten moeten we nog zien te plukken.

De meerwaarde van BelRAI

Verder versterken van kwaliteitsvolle zorg

Door de informatie die verzameld wordt via BelRAI kunnen zorgverleners gegronder beslissen welke zorg het beste aansluit bij de individuele behoeften van de patiënt of cliënt. Het versterkt op organisatieniveau de kwaliteitsopvolging.

Continuïteit van zorg

De BelRAI zorgt ervoor dat zorgverleners bij een wisseling van zorgverlener of verblijfplaats van de zorgvrager beschikken over de juiste informatie. Hierdoor is de continuïteit van zorg verder gewaarborgd.

Privacybescherming

De BelRAI is ontworpen met de privacy van de zorgvrager in gedachten en zorgt ervoor dat hun gegevens veilig worden opgeslagen en beveiligd zijn tegen onbevoegde toegang.

Een betere samenwerking

De BelRAI zorgt voor een betere samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, zoals zorgkundigenverpleegkundigen en paramedici. Dit komt omdat er een gemeenschappelijke taal gebruikt wordt en er een duidelijk beeld is van de zorgvraag van patiënten.

Compliance

De BelRAI helpt de werkgever om te voldoen aan de wettelijke verplichtingen en regels in de zorgsector, door het verzamelen van gegevens die nodig zijn voor de rapportage en evaluatie van de zorgverlening.



INTERVIEW BEN SUYKENS

“Meer of minder vermarkting is afhankelijk van de context”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: JAN LOCUS

Wie de social profit, de non-profit of de not-for-profit probeert te definiëren ontsnapt niet aan de oefening zich tegenover de profitsector te profileren. Dansen we in de dienst- of zorgverlening niet te veel naar de pijpen van de markt en de Spartaanse principes van de kostenefficiëntie? Dr. Ben Suykens (UGent) wil het debat op een hoger niveau tillen.

Al decennialang wordt nagedacht over welke positie een zorg- of dienstverlenende sector in het marktdenken moet innemen. Vermaningen over de privatisering, de commercialisering en de vermarkting van de social profit staan recht tegenover de waarschuwing dat de sector enkel kan overleven als hij zich naar de wetten van de markt schikt. Genuanceerd verloopt het debat zelden. Volgens Ben Suykens is de mate waarin we opschuiven naar meer of minder vermarkting afhankelijk van de context en niet voor elke situatie altijd en overal even ingrijpend. Ter info, context en situatie worden bepaald door grootte, doelgroep, soort zorg- of dienstverlening en dragen de kenmerken van de organisatie, de sector en de welvaartsstaat. Een kleine cultuurvereniging is nu eenmaal niet hetzelfde als een woonzorgcentrum of een maatwerkbedrijf.

Suykens: “Begrijp goed, social profitvoorzieningen werken evenzeer in een markt als *for profit providers*. Hun werk hangt ook af van vraag en aanbod. En laat ons wel wezen, van competitieve modellen is de social

profit ook niet vies. Wat wél een verschil is, is de conceptualisering van beide markten. Social-profitactoren zetten doorgaans in op menselijke noden vanuit een sociale-grondrechtenperspectief. Zij bewegen zich in een markt die zich helemaal anders organiseert dan die voor het leveren van materiële producten. Menselijke behoefte wordt hierin gereduceerd tot koopkracht: kan je iets niet betalen, dan krijg je het niet. In deze markt heb je niet noodzakelijk recht op iets. In de markt van de social profit wel: zorg, voeding, kleding, huisvesting, psychosociale ondersteuning, enzovoort.”

“In sommige sectoren ontmoeten die markten elkaar: in woonzorgcentra, bijvoorbeeld, wordt een fysieke en geestelijke behoefte gekoppeld aan een materiële. Je merkt ook hoe er vanuit een caritatieve versus een marktlogica wordt gedacht, afhankelijk van wie de zorgverlening – private, publieke of commerciële spelers – uitbaat. De for profit ziet kostenefficiëntie nu eenmaal als een hoger goed dan de social profit, en zal vanuit die theoretische logica trachten het aantal



medewerkers en hoger geschoolde personeelsleden te beperken. Daar kan je niet te buiten als de winst primeert. Verschillende studies duiden in die richting. Natuurlijk spelen er verschillen onder de winstgedreven ondernemingen, van beursgenoteerde multinationals tot kleine familiebedrijven. En de streefcijfers liggen anders naargelang de kwaliteit van hun aanbod. Maar de kans bestaat dat ze sneller verleid zijn om een meer gegoed en minder zorgbehoevend publiek te bedienen. Daarmee heb ik niet gezegd dat we in de woonzorgsector in Vlaanderen zonder private spelers kunnen – we zouden snel weer wachtlijsten hebben.”

Waarom kunnen we niet zonder een commercieel model voor woonzorgcentra?

“Tja, wat is dat commerciële model? Het hangt er maar vanaf welke regels je oplegt. Geen van de spelers is in Vlaanderen vrij in wat ze mogen doen of laten. Het is wijs om in te zetten op kwaliteitsmonitoring en regelgeving, al is het opletten om daarmee niet te overdrijven. Commerciële spelers bekijken altijd wat de voorwaarden zijn om de markt te bespelen en zullen die voorwaarden mooi afvinken in hun draaiboek van

zodra die minimaal vervuld zijn. Een social-profitspeler zal gemakkelijker buiten de beperkingen treden omdat hij van een caritatieve gedachte vertrekt. De praktijk is in de meeste gevallen genuanceerder, maar het lijkt me moeilijk om het DNA van een social profit- in een for-profitorganisatie te incorporeren.”

Is het dan aan de overheid om daarop toe te zien?

“Ja, bewaken wie wat mag doen onder welke voorwaarden is in domeinen als gezinszorg en ouderenzorg een kerntaak van de overheid. In de woonzorg is de overheid prominent aanwezig en ontplooit ze een beheerslogica. Uiteraard controleert en inspecteert ze de kwaliteit van de zorgverlening, maar ze kijkt ook uit niet alle winstgevend initiatief te fnuiken.”

De overheid laat een deel van die controle over aan accrediteringsbedrijven: een gelukkige zaak?

“Dat is dubbel. Accrediteringsbedrijven zijn ook commerciële spelers in een sterk concurrentiële omgeving. Je merkt toch vaak dat voorzieningen zich dubbel

“Het is wijs om in te zetten op kwaliteitsmonitoring en regelgeving, al is het opletten om daarmee niet te overdrijven”



plooiën en soms absurde toeren moeten uithalen om een label te behalen waar ze dan vervolgens niets mee aankunnen en het in de schuif laten liggen. Weinig ondernemingen pakken uit met een accrediterings- of kwaliteitslabel. Dat is niet iets dat het publiek aanspreekt. *Who cares?* Ook dat is onderzocht: potentiële donors zijn niet geneigd meer te doneren voor een organisatie die een kwaliteitslabel draagt. Het lijkt niet bij te dragen aan de legitimiteit van de organisatie.”

U bent betrokken bij Helder 2031 van Zorgnet-Icuro dat voor bestuurders een strategisch stappenplan voor de toekomst beoogt. Hoe ziet de social profitmarkt er over tien jaar uit?

“Nu vraag je om in mijn glazen bol te kijken die ik niet heb. Elke crisis stuurt die evolutie weer bij, maar grof gesteld lijkt het er toch op dat we tegen dan de huidige tendens naar meer competitie gevolgd zullen hebben. Ook tussen social-profitorganisaties dreigt de concurrentie toe te nemen, vooral in de zoektocht naar gekwalificeerd personeel. En schaalvergroting, door fusies

en netwerkvorming, lijkt een niet te keren tij. Dat is niet noodzakelijk een verkeerde zaak.”

Netwerking is toch een gewenste evolutie of is er een keerzijde?

“Dat kan zeker positief zijn, maar veel hangt af van de startpositie die de leden van het netwerk rond de tafel innemen. Is die missiegedreven? Of zit een van hen in een financiële nood? Dan ontstaat al van in het begin een ongelijkheid die de samenwerking kan ondermijnen. Belangrijk is dat de netwerking zich vormt op basis van een gelijk gedachtegoed en waardenkader. Wat zijn de gedeelde doelstellingen en wie bepaalt die? Gaat het om een samenwerkingsverband of een fusie? Sommige vzw's kijken vaak defensief naar fusies. Ze zijn bang dat ze aan de overnamejacht ten prooi zullen vallen en hun ziel verliezen. Ik ben er nog niet van overtuigd dat het om een louter positieve evolutie gaat.”

Waarom moet een voorziening haar eigenheid behouden als een netwerk betere dienst- of zorgverlening oplevert?

“Omdat kleinschaligheid maatwerk tot op zekere hoogte borgt. Het is logisch dat fusies met emoties gepaard gaan. Die komen voort uit een achtergrond en cultuur die al meer dan honderd jaar in een voorziening aanwezig kan zijn. Als je als medewerker plots je maatwerk volgens andere standaarden moet leveren zonder dat er een merkbaar effect op de kwaliteit is, dan lok je allicht weerstand uit. Kwaliteit, ook kwaliteit van zorg, is overigens geen objectief begrip. Er bestaan veel opvattingen en zeer verscheiden inzichten over. Veranderingsmanagement moet sowieso rekening houden met sterke sentimenten. Je voelt je al snel een speelbal van een machtsstrijd tussen organisaties die zich in een homogeen blok moeten verenigen. Niet makkelijk.”

Social profit- versus profitdenken is vaak een ideologisch of politiek gevoerde discussie. Is het niet moeilijk om daarin neutraal te blijven?

“Mijn ideeën over de kwestie evolueren, en dus zal ik wel opschuiven naar de ene, dan weer naar de andere kant. Wat wel of niet zinvol is, moet je onderzoeken. Dat is mijn focus. Mijn onderzoek richt zich niet zozeer op de privatisering van de zorg waarbij bedrijven de zorg overnemen van klassieke social-profitvoorzieningen. Ik bekijk veeleer wat klassieke social-profitvoorzieningen overnemen van de profitsector. Over die hybridisering neemt de bezorgdheid toe. Ze heeft onder meer ‘mis-siedrift’ tot gevolg waarbij je organisatie zich toespit op een type cliënt dat de minste zorg verlangt en maximale inkomsten oplevert. Je volgt de overheidskeuzes nauwgezet om de subsidies te maximaliseren – zelfs als die een verschuiving naar een andere doelgroep inhoudt. Vaak wijzen we dergelijk gedrag aan vermarkting toe. Maar wat blijkt uit jarenlang onderzoek, onder meer van mezelf? Dat je die valkuilen zelden zo duidelijk tegenkomt. Theoretisch is die bezorgdheid legitiem, maar flagrante afwijkingen van de missie door organisaties zien we eigenlijk nooit.”



Is het vermarktingsdebat dan overroepen?

“Nee, we moeten over vermarkting met al zijn gevaren blijven nadenken en debatteren, om excessen voor te blijven, maar vooral om social profitsectoren in een ethisch discours te vatten waarvan alle actoren en betrokkenen doordrongen zijn. Beleidsmedewerkers in de social profit gaan hoe dan ook praktijken uit de profit aanwenden, doorvertalen, afwenden, vermijden, ontwijken: de responsstrategieën zijn legio om creatief met vermarkting in de zorg- en dienstverlening om te gaan. Onderzoekers zoals Peter Raeymaeckers, Pascal Debruyne of Jan Naert schrijven daar scherpe stukken over op Sociaal.net. Sommigen doen hen af als schreeuwers langs de zijlijn, voor anderen zijn zij belangrijke opiniemakers. Of je nu voor of tegen hun mening bent, het is belangrijk het debat continu aan te jagen. Het dwingt ons stelling in te nemen en een gedeeld bewustzijn te creëren. Dat werpt een dam op tegen de gevreesde risico's of uitspattingen van vermarkting. Van overheidswege opgelegde kwaliteitsindicatoren zijn één ding, maar het is nog altijd de directeur van een organisatie die verantwoordelijk is voor de manier waarop zijn mensen met die kwaliteitsindicatoren omgaan. En die professionele *handelingsruimte*, de rol van social-profitmanagers en -medewerkers, is in het vermarktingsdebat onderbelicht.”

We moeten over vermarkting met al zijn gevaren blijven nadenken en debatteren, om excessen voor te blijven

Persoonsvolgende financiering kent in de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap zijn kinderziektes, maar de idee leeft om ze uit te breiden naar het cliënteel van woonzorgcentra. Zit er toekomst in die vorm van vermarkting?

“Achter de idee van persoonsvolgende financiering zitten heel wat vermarktingsassumpties. Als je de zorgvrager herdefinieert tot klant, dan zit je de facto in de markt waar ‘vraag’ ingevuld wordt als koopkracht, en niet als sociaal grondrecht. Je gaat er vanuit dat

competitie de dienstverlening voor de klant zal verbeteren. Discussabel. Ook neem je aan dat de klanten honderd procent geïnformeerd zijn én daardoor een keuze maken die volledig op hun maat is. Ook voor discussie vatbaar.”

Minder bekwame of geïnformeerde mensen met een persoonsvolgend budget kunnen rekenen op bemiddelaars die hen bij een goed geïnformeerde keuze helpen, tegen betaling. Is bemiddeling ook in de social profit booming business?

“Andermaal zijn het de profitspelers die op die bemiddeling springen, ja. De open, kritische vraag is: moeten de publieke middelen daar dan naartoe? Het persoonsvolgende financieringssysteem is een kluwen van netwerken geworden die allemaal hun advies en bijdrage moeten leveren, waardoor veel cliënten, en zelfs professionals, het bos door de bomen niet meer zien. Het geld dat in die sector omgaat, bestaat voor het grootste deel uit personeelskosten. Dus als er zich onder jouw zorggebruikers een groot verloop voordoet, impacteert dat onmiddellijk de personeelsbezetting. Ook dan is de vraag: moet een zorgorganisatie zich bezig houden met continu schakelen en het doen kloppen van de excelsheets? Efficiëntie is belangrijk, maar alles heeft zijn grens. De woonzorgsector kan leren van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap voor het er zelf mee aan de slag gaat.

De context waarin vermarkting zich afspeelt, is voor een overheid wel interessant om te exploreren. Vindt zij het niet vooral handig om voor zoveel mogelijk actoren dezelfde regels te laten gelden en zoveel mogelijk een level playing field te organiseren?

“Context is een belangrijke factor als we normatief kijken naar vermarkting. Wat voor de ene mogelijk zinvol is, betekent een ramp voor de andere. De rol van context in deze leren kennen, is wat ik de komende jaren wil onderzoeken. Op die manier kunnen we concretere aanbevelingen doen naar de praktijk. Enkele jaren geleden bijvoorbeeld hebben we een onderzoek bij socioculturele volwassenenorganisaties gedaan. We volgden er zes die onder financiële druk stonden. Onze aanname was dat ze de markt zouden opgaan en proberen verdienactiviteiten op te zetten. Maar wat zagen we? Slechts drie van de zes deden dat. Drie waren dienstverleners, de andere drie waren beleidsbeïnvloeders.

“Efficiëntie is belangrijk, maar alles heeft zijn grens. De woonzorgsector kan leren van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap”



Die laatsten hebben een zeer moeilijk te commercialiseren activiteit. Zij konden alleen dingen verkopen die niet aan hun missie gerelateerd waren. Ook de grootte van de organisatie speelt een rol: je moet voldoende personeel hebben om iemand op een andere activiteit te kunnen zetten ten koste van een kernactiviteit. Tot slot is ook de bestaansreden van een organisatie een belangrijk contextueel aspect in vermarkting. Er was bijvoorbeeld één organisatie met communistische roots. Die kon zich vanuit haar identiteit niet in een commercieel project engageren.”

Hebt u een vuistregel om een social profitstrategie af te stemmen op vermarkting?

“Over twee jaar is mijn vergelijkend onderzoek over de rol van context – waarvoor ik samenwerk met een Zweedse en een Amerikaanse universiteit – afgerond en kan ik je een substantieel antwoord geven op de vraag in welke omstandigheden het zinvol is om marktmechanismen te incorporeren in een social-profitbeleid. Twee vuistregels lijken mij alvast: werk vanuit

een eigen, aangepast waardenkader waarin niet efficiëntie, maar kwaliteit voorop staat. En neem de instrumenten niet klakkeloos over, voorzie ze op maat van de organisatie. Als die twee voorwaarden voldaan zijn, kan je van de markt leren. Andersom kan de markt ook van de social-profitactoren leren. Zij zijn net goed in werken op maat en spelen heel responsief in op nieuwe tendensen.”

Meer lezen over dit onderwerp?

Scan de QR-code en lees de bijdrages van Ben Suykens, Bram Verschuere, Filip De Rynck en Bert George (allen UGent).



“Sterk databeheer maakt toekomstgericht beleid mogelijk”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: SOPHIE NUYTTEN



Ondanks de coronacrisis kunnen de woonzorgcentra van Zorgnet-Icuro relatief goede cijfers voorleggen voor het boekjaar 2021. Tegelijk is er ook reden tot ongerustheid. Jaar na jaar dalen namelijk de resultaten en veroudert het vastgoed. Dat blijkt uit de recente MARA-studie, die op 7 februari werd voorgesteld. De MARA-studie steekt overigens in een volledig nieuw jasje. Met meer data over woonzorgcentra (inclusief centra voor kortverblijf) en centra voor dagverzorging, en meer waardevolle inzichten. Stafmedewerker Joris Vanormelingen en systeembeheerder Frank Vanmarsenille geven tekst en uitleg.

“MARA (voluit *Model for Automatic Resthome Analysis*) is een jaarlijkse studie van het financieel-economisch beleid van de woonzorgcentra aangesloten bij Zorgnet-Icuro,” vertelt Joris Vanormelingen. “Tot vorig jaar voerde Belfius de studie uit in samenwerking met Zorgnet-Icuro en Certacc (Corilus). Voortaan doet Zorgnet-Icuro de MARA-studie zelf. Dat betekent dat alle gegevens vanaf dit jaar verzameld worden in een database van Zorgnet-Icuro. We hebben deze stap de voorbije jaren grondig voorbereid. We halen zoveel mogelijk gegevens automatisch op, zonder dat de woonzorgcentra extra registraties moeten doen. Het bespaart de woonzorgcentra niet alleen werk, het is ook een garantie op correcte gegevens, omdat ze rechtstreeks vanuit de databron worden gehaald.”

“Die nieuwe aanpak verhoogt de deelnamegraad. Waar vroeger een 170-tal woonzorgcentra deelnamen, participeerden er nu een 250-tal deelnemers, zowat 80% van de woonzorgcentra van Zorgnet-Icuro. Het enige wat een woonzorgcentrum moet doen, is ons de RaaS-brief bezorgen. Die RaaS-brief is een document met officiële gegevens over de berekening van de subsidies van elk woonzorgcentrum. We hopen in de toekomst die RaaS-gegevens rechtstreeks vanuit de databank van het Agentschap Zorg en Gezondheid te krijgen, maar dat bleek voorlopig niet mogelijk. Hoe meer woonzorgcentra deelnemen, hoe groter de betrouwbaarheid en de relevantie van de resultaten.”

Benchmarking

“De MARA-studie omvat twee luiken. Het beleidseconomische luik geeft elk woonzorgcentrum de gelegenheid om zich te positioneren tegenover de andere woonzorgcentra. Voor de subsidie en de omzet binnen de personeelsnorm spelen de bezetting, de zorgzwaarte en de personeelsinzet een doorslaggevende rol. Voor Zorgnet-Icuro is dat essentiële informatie voor de belangenbehartiging van onze leden en het overleg met de overheid. Voor elk woonzorgcentrum zijn dit evenzeer waardevolle gegevens. Ze kunnen zich vergelijken met het sectorgemiddelde en zich situeren aan de hand van een aantal spreidingsstatistieken: mediaanwaarde, kwartielen... De cijfers lopen nogal uiteen als je woonzorgcentra vergelijkt. Of die verschillen te verklaren zijn door het beleid of louter door factoren als zorgzwaarte en personeelsbestand, kunnen we op dit ogenblik nog niet zeggen. In de toekomst willen we ook daarover de woonzorgcentra meer handvatten aanreiken.”

“Opvallend voor de referentieperiode 1 juli 2020 – 30 juni 2021 is dat de zorgzwaarte in vergelijking met de voorgaande referentieperiode, ondanks covid-19 en de hiermee gepaard gaande oversterfte, niet daalde, wel integendeel. Wel zagen we een daling van het aantal bewoners met een dementieprofiel (Katz-score Cd en D), wat strookt met eerdere bevindingen van de Vlaamse overheid. De zorgzwaarte blijft jaar na jaar stijgen, specifiek in de woonzorgcentra van Zorgnet-Icuro. De gemiddelde zorgzwaarte bij onze leden is 87%, terwijl het sectorgemiddelde maar 83% is. De provincie West-Vlaanderen spant de kroon met de hoogste zorgzwaarte van alle provincies,” aldus Vanormelingen.

“Daarnaast hebben we nog andere gegevens in de databank ingelezen, zoals informatie over de dagprijzen, de eindeloopbaanfinanciering en de sociale maribel. Op die gegevens moeten we nog voortwerken.”

“Het tweede luik van de MARA-studie is boekhoudkundig. De gegevens hiervoor halen we rechtstreeks uit de databank van de Nationale Bank. Die data vertellen ons veel over de financiële leefbaarheid: de solvabiliteit, de liquiditeit, de rendabiliteit en de investeringen.”



“Puur financieel was 2020 natuurlijk heel erg gestuurd door covid. We zien dat de compensaties van de overheid goed gewerkt hebben. Ze brachten de nodige stabiliteit in de rendabiliteit en de solvabiliteit, kortom in de financiële gezondheid van de voorzieningen. Tegelijk blijft de trend over de jaren heen zich doorzetten: de financiële situatie van de woonzorgcentra gaat er stelselmatig op achteruit. Bijna één op drie vzw-organisaties had in het boekjaar 2021 al een negatief resultaat. Dat verdient de nodige aandacht, want het aantal voorzieningen met financiële problemen neemt jaar na jaar toe. Die cijfers vertellen echter niet alles – een negatief saldo heeft soms te maken met belangrijke investeringen. Maar de meest recente ontwikkelingen – met de inflatie en de indexaanpassingen – voorspellen niet veel goeds. De overheid compenseert namelijk een deel van die bijkomende kosten, maar niet alles. Woonzorgcentra met een personeelsinzet boven de norm bijvoorbeeld, worden daarvoor door de overheid niet vergoed. Ook de anciënniteit van het personeel is geplafonneerd in de subsidies. Voor een verpleegkundige brengt de overheid maximum 16 jaar anciënniteit in rekening, terwijl de gemiddelde anciënniteit van verpleegkundigen al 17,5 jaar bedraagt en steeds hoger ligt. Die meerkost moeten woonzorgcentra zelf dragen, wat op het resultaat weegt.”

“Enigszins verontrustend is verder dat de ouderdom van het vastgoed – toch een cruciaal onderdeel van de residentiële zorg – almaar hoger wordt.

Met de stijgende rentevoeten is dat geen goed nieuws. Dat wordt ongetwijfeld een issue de komende jaren.”

MARA 2.0 en MARA 2.1

“Voor deze analyse spreken we over de MARA 2.0. De ontwikkeling ervan heeft veel werk gekost, maar we kunnen hierop de komende jaren verder bouwen,” zegt Joris Vanormelingen. “Zo willen we in MARA 2.1 het boekhoudkundig luik verdiepen op analytisch detailniveau per woonzorgcentrum. Op die manier kunnen we interessante informatie bekomen over de woon- en leefkosten, de zorgkosten en de organisatiekosten. Ook andere relevante beleidsindicatoren kunnen we dan aanbieden, bijvoorbeeld over voedingskosten en onderhoudskosten. Dat zijn belangrijke indicatoren voor de beleidsvoering, zeker met het oog op het toekomstige zorgwaarte-financieringsmodel en de vraag naar meer financiële transparantie. Dat past ook binnen de beleidsambitie van de overheid die net gestart is met de voorbereiding van een nieuw kader voor een transparante sectorspecifieke boekhouding over de verschillende rechtsvormen heen (vzw, commercieel, openbaar). Achter de schermen zijn we hier al proactief volop mee bezig, zodat we onze leden de nodige hefboomen kunnen bezorgen voor een duurzaam beleid. Op de langere termijn willen met MARA 3.0 onze leden een interactief dashboard aanbieden, waarin ze zelf digitaal individuele positioneringen kunnen aanmaken. Daarvoor is echter nog een extra investering in middelen en mensen nodig.”



“De financiële situatie van de woonzorgcentra gaat er stelselmatig op achteruit. Bijna één op drie vzw-organisaties had in het boekjaar 2021 al een negatief resultaat

Joris Vanormelingen

“Deze nieuwe manier van werken en databeheer komt tegemoet aan de vraag van onze leden om toekomstgericht beleid te kunnen voeren”

Frank Vanmarsenille



“We hebben hier iets heel waardevols in handen”

“Zorgnet-Icuro heeft altijd al data verzameld,” zegt systeembeheerder Frank Vanmarsenille. “Maar dat gebeurde vooral ad hoc: er was een probleem of een vraag en dan werd daarvoor zo snel mogelijk een oplossing gezocht. Nu we zelf de MARA-studie uitvoeren, pakken we het volledige databeheer gestructureerder aan. We zijn nu zelf eigenaar van al die gegevens. Erg belangrijk hiervoor was het *commitment* van de hele organisatie, want het vergt een serieuze investering. Niet alleen financieel en op het gebied van systeembeheer, maar ook inhoudelijk vanuit de financieel-economische werkgroep van de woonzorg. Iedereen heeft er mee zijn schouders onder gezet.”

“We zijn gestart met een grondige analyse. Welke data zijn interessant voor onze leden? We keken breder en verder dan de Belfius-analyse van vroeger, die vooral boekhoudkundig was. De beleidsinformatie van de RaaS-brieven voegen een pak relevante data toe over personeel, zorgprofielen, bezettingsgraden enz. Met die informatie kunnen onze leden meer doen dan met louter boekhoudkundige gegevens. Andere bronnen die we van meet af aan geïntegreerd hebben zijn de sociale maribel, de eindloopbaangegevens, onze eigen CRM-databank...

We kozen voor een open systeem, wat ons toelaat om er in de toekomst nog meer databanken op aan te sluiten.”

“De voorbereiding had heel wat voeten in de aarde. De RaaS-brieven bijvoorbeeld zijn pdf-bestanden die we voorlopig bij de woonzorgcentra opvragen. Het automatisch laten inlezen van de gegevens op die pdf-bestanden naar de databank was niet vanzelfsprekend, maar het is gelukt in samenwerking met Inetum-RealDolmen.”

“Die nieuwe manier van werken en databeheer komt tegemoet aan de vraag van onze leden om toekomstgericht beleid te kunnen voeren. We zullen meer en meer relevante gegevens kunnen delen. Een deel van de data is nu geanalyseerd voor de MARA-studie, maar er zit veel meer in de pijplijn. Zelf waag ik me niet aan analyses, maar op het vlak van databeheer kunnen we uit de beschikbare data nog meer informatie halen door verschillende data te koppelen en te kruisen. Dat is werk voor de komende maanden en jaren. We hebben hier iets heel waardevols en veelbelovends in handen voor een datagestuurd beleid.”

10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Cindy Monard, de vorige zorgwijze, gaf de fakkel door aan Dr. Bart Van Daele. Psychiater Bart Van Daele nam in zijn dertigjarige loopbaan directiefuncties op in verschillende ziekenhuizen. Zo was hij bijvoorbeeld tussen 1999 en 2006 CEO van het UZ Leuven. Daarnaast heeft hij nog een beperkte praktijk als psychiater.

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Ik was voorbestemd om mijn grootvader op te volgen als zaakvoerder van een grote schrijnwerkerij, maar de depressie van mijn moeder dreef me uiteindelijk richting geneeskunde en psychiatrie.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

De moeilijkste momenten overkomen je op een ongeziene en onverwachte manier. Vaak geraak je verlost van de ontredde op een moment en een wijze waarop je het niet verwacht. Loslaten is hierin een belangrijk element. Het is alsof je een nieuwe puzzel legt met oude stukken die een andere kleur hebben gekregen.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Mijn grootste sterkte én zwakte is mijn ongebreidelde nieuwsgierigheid en drive die soms omslaat in gulzigheid omdat ik alles wil (ver)kennen, proberen, veranderen tot het weer eens te veel wordt. Ik lees en vertel graag verhalen. Met taal kan je het moeilijke, het afwijkende, het kwetsende, maar ook de passie en het spirituele aanraken en verdiepen. Het gesprek met anderen levert onverwachte wendingen en perspectieven.

4 Hebt u een concreet idee om de wereld van de zorg te verbeteren?

Ik zou inzetten op leiderschap op alle niveaus. Het is in onze maatschappij en in de zorg zo moeilijk geworden om teams te sturen dat we iedereen die verantwoordelijkheid wil opnemen, moeten vormen, aanmoedigen en ondersteunen. Interim management kan een kans bieden om op het juiste moment voor je organisatie continuïteit te voorzien, maar kan ook leiden tot een nieuwe kijk als hefboom tot verandering.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik loop en fiets. Daarnaast eet ik meer groenten en minder aardappelen dan vroeger, maar ik blijf toch vallen voor een stuk wild met een glas wijn uit de Bourgogne.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Mijn kleindochter als ze voor de zevende keer “nee” zegt alsof de wereld aan haar voeten ligt.

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Het levend kunstwerk van de tango, een dans die bijna alles kan uitdrukken wat zich tussen een man en een vrouw afspeelt: een taal zonder woorden die vertelt over passie, eigengereidheid, overgave en spanning.

8 Welke droom koestert u?

Dat ik een verhaal mag schrijven dat minstens door mijn kleinkinderen met veel genoegen en liefde gelezen wordt. Een verhaal dat raakpunten beroert tussen liefde, onvolmaaktheid, zorg en verbondenheid met wat er in de kleine en grote wereld gebeurt.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Dat ik mag genieten van een late lente met een vrouw die ik in de herfst heb ontmoet.

10 Aan wie geeft u de (zorg)fakkel door en waarom?

Aan prof. Marina Danckaerts omdat we allebei als psychiater al heel vroeg het beleid zijn binnengerold, eerst als een revolutionair assistentenclubje, nadien meer en meer in verantwoordelijke posities. En omdat we nog altijd geloven dat eerlijk en consequent leiderschap onze patiënt ten goede komt.





“Ik glimlach als mijn kleindochter voor de zevende keer “nee” zegt alsof de wereld aan haar voeten ligt”

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER



LANGDURIGE ZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

“Veel cliënten met ernstige psychische aandoeningen vallen tussen wal en schip”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

In de geestelijke gezondheidszorg is meer aandacht nodig voor cliënten die nood hebben aan langdurige zorg. We spraken erover met een professional en een familielid: zorgmanager wonen en herstel Veerle Vanderstraeten (vzw Reymeers en PC Ariadne) en familievertegenwoordiger Greet Laureys (vzw Similes).

Als het over langdurige geestelijke gezondheidszorg gaat, hebben we het over de cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Wie zijn die mensen?

Vanderstraeten: “Het gaat om cliënten die wegens hun psychische kwetsbaarheid langdurig geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en die er vaak een heel traject doorlopen. Ze hebben nood aan begeleiding en ondersteuning, meestal in verschillende levensdomeinen. Maar de intensiteit van die nood kan sterk fluctueren: het ene moment is een opname on-

vermijdelijk, het andere moment is ambulante hulp voldoende, of kunnen ze zelfs een tijdje enkel steunen op mantelzorgers. Al blijven ze vaak kwetsbaar: in stabiele periodes kan een kleine trigger soms leiden tot ernstig herval.”

Laureys: “De gemene deler van deze doelgroep is volgens mij een grote gevoeligheid. Ze hebben inderdaad een heel behandeltraject doorlopen, maar ze blijven het moeilijk vinden om volledig op eigen benen te staan.”



Investeert de samenleving genoeg in hen?

Vanderstraeten: “De laatste jaren is er enorm geïnvesteerd in acute GGZ, en terecht: denk maar aan de hoge suïdecijfers of bijvoorbeeld eetstoornissen bij jongeren. Maar mensen met een EPA-profiel blijven soms toch wat in de kou staan. In het beste geval hebben zij een mantelzorger, maar dat is niet altijd het geval. Zelf ken ik de semi-residentiële en residentiële zorg het best, omdat ik betrokken ben bij een voorziening voor beschut wonen en een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Ook daar zien wij soms mensen uitstromen zonder netwerk. Als zij het moeilijk krijgen, is er heel weinig ondersteuning. Wij blijven wel bereikbaar, als een soort ‘waakvlam’, maar door wachtlijsten is het niet altijd mogelijk om mensen snel opnieuw te helpen, helaas.”

Laureys: “Wanneer een cliënt zogenaamd uitbehandeld is, dan valt die persoon inderdaad vaak terug op mantelzorg. Anders slijbt het zorgsysteem dicht. Maar eigenlijk zou dat niet mogen: er zou meer personeel moeten zijn, zodat iedereen de zorg krijgt die hij nodig heeft. Of op zijn minst inderdaad een ‘waakvlamfunctie’. Zodat je als mantelzorger weet dat je - als het toch misloopt - iemand kunt bellen voor ondersteuning. In de praktijk is dat helaas niet altijd het geval, en verdwijnen cliënten en hun mantelzorgers soms van de radar.”

Deze cliënten hebben soms het gevoel dat ze verdwalen in het zorglandschap. Hoe kan dat beter?

Laureys: “Helaas klopt dat inderdaad. Geestelijke gezondheidszorg is geen exacte wetenschap.





“Alles inzetten op één coördinator ligt moeilijk. Wat als die ene persoon uitvalt? Dan kiezen we beter voor een team langdurige zorg”

Veerle Vanderstraeten

Als er al verschillende behandelingen uitgeprobeerd zijn en het resultaat is toch niet wat het zou moeten zijn, of als de medicatie bijvoorbeeld niet aanslaat, dan haken cliënten soms af. En verder botsen ze natuurlijk ook op wachtlijsten: als je iets hebt geprobeerd en het lukt niet, moet je soms heel lang wachten op een nieuwe kans. Veel cliënten lijken tussen schip en wal te vallen. Het duurt vaak lang voor ze de moed weer bij elkaar rapen en opnieuw ‘opgepikt’ worden.”

Vanderstraeten: “Ik vind het helaas ook herkenbaar. Er zou veel meer goede, directe informatie moeten zijn. In ons organisatienetwerk hebben we een soort hulplijn opgericht waarnaar mensen kunnen bellen met al hun vragen over geestelijke gezondheidszorg. Maar die is vooral gericht op hulpverleners. In de ideale wereld zouden cliënten ook zo’n lijn moeten hebben natuurlijk.”

Mantelzorgers ervaren vaak een zware draaglast. Wat zijn hun grootste bekommernissen?

Laureys: “Je bent er niet op voorbereid en je krijgt geen opleiding. De mantelzorg overkomt je en je moet roeien met de riemen die je hebt. Bovendien is het vaak een levenslang engagement. Veel mantelzorgers worstelen met de vraag: wat na ons? Ze willen de toekomst graag regelen, maar dat lukt niet altijd goed. En het is ook psychisch heel zwaar. Mantelzorgers voelen zich vaak een beetje onzichtbaar. Gelukkig is er Similes, dat bijvoorbeeld avonden voor lotgenoten organiseert. Het is fijn om mensen te ontmoeten die begrijpen wat er misloopt en die vaak zelfs maar een half woord nodig hebben om te zien wat er aan de hand is. Maar veel mensen weten niet eens dat ze mantelzorgers zijn. Weten ze bijvoorbeeld dat ze recht hebben op de eerstelijnspsycholoog? Of denk bijvoorbeeld aan KOPP-kinderen, die heel vaak onzichtbaar blijven. Hebben scholen wel genoeg aandacht voor hen? Ook zij zouden ergens ‘op de radar’ moeten staan, zodat ze geïnformeerd worden over hun rol en hun rechten, denk aan de Kindreflex.”

Welke extra ondersteuning zouden mantelzorgers kunnen gebruiken?

Laureys: “Iets wat echt nog ontbreekt, is respijtzorg. Mantelzorgers die zich ontfermen over een oudere, of over iemand met een beperking, kunnen voor kortere periodes terugvallen op een voorziening, zodat ze bijvoorbeeld eens op vakantie kunnen zonder zorgen. Maar in de geestelijke gezondheidszorg is dat niet structureel geregeld. Het kan enkel op basis van de goodwill van bepaalde organisaties. Terwijl het echt ademruimte kan geven. En soms is het ook noodzakelijk: als een mantelzorger bijvoorbeeld een dringende operatie moet ondergaan en enkele dagen in het ziekenhuis moet verblijven, is het haast onmogelijk om opvang te vinden voor een cliënt. Dat weegt door: je moet niet alleen alles voor jezelf regelen, maar ook voor je naaste. Al wil ik ook geen te negatief beeld schetsen: als ik achterom kijk, is er de voorbije jaren al veel ten goede veranderd. Sinds de familiereflex worden mantelzorgers meer betrokken bij de hulpverlening.

“Er zouden in de geestelijke gezondheidszorg meer ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen mogen worden tewerkgesteld. Zo voeg je een nieuwe, waardevolle blik toe

Greet Laureys

Ik denk dan aan dialoogen tussen hulpverlener, cliënt en mantelzorgers: daarin is iedereen gelijkwaardig en wordt de rol en visie van de mantelzorger ook erkend. Al zouden er in de geestelijke gezondheidszorg meer ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen mogen worden tewerkgesteld. Zo voeg je een nieuwe, waardevolle blik toe.”

En als we dan kijken naar de andere kant: wat zijn de grootste bekommernissen van zorgprofessionals?

Vanderstraeten: “De voorbije jaren hebben we een grote verschuiving gezien. Door de mobiele teams worden veel cliënten geholpen in hun thuissituatie, wat zeker een goede zaak is. Maar daardoor zien we dat de cliënten die wél nog doorstromen naar residentiële voorzieningen vaak zeer complexe problemen hebben. Daardoor wordt de begeleiding intensiever en vraagt die meer expertise. Zo krijgen hulpverleners soms het gevoel dat zij niet meer de gepaste, zeer gespecialiseerde hulp kunnen bieden. En daarnaast is de druk van de wachtlijsten gigantisch. Als ik kijk naar onze afdeling beschut wonen, dan zijn er op dit moment ruim 30 wachtenden. En bij de PVT ook nog eens meer dan 20. Mensen wachten op hulp en wij hebben de juiste expertise in huis, en tóch kunnen we hen niet helpen. Dat is frustrerend. We zien nu bijvoorbeeld ook al mantelzorgers die cliënten aanmelden voor later, als ze er zelf niet meer zijn. Dat is natuurlijk schrijnend.”

Zorgcontinuïteit is een grote uitdaging als het over deze doelgroep gaat. Kan één zorgcoördinator soelaas bieden?

Vanderstraeten: “Alles inzetten op één coördinator ligt moeilijk. Wat als die ene persoon uitvalt? Dan kiezen we beter voor een team langdurige zorg, waarbij bijvoorbeeld ook de mantelzorger wordt betrokken. Zo'n team kan bestaan uit verschillende partners. Niet elk lid hoeft op elk moment even intensief betrokken te zijn. Maar op moeilijke momenten kan er dan opgeschaald worden. Dat lijkt me het ideale scenario. Maar daarvoor zijn natuurlijk extra tijd en middelen nodig.”

Is de meest gepaste zorg altijd toegankelijk voor cliënten? Of zijn er toch nog drempels?

Vanderstraeten: “Helaas zien we inderdaad nog drempels. Ten eerste zijn er natuurlijk de lange wachtlijsten, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg. Maar ook verschillende financieringssystemen botsen soms. Als bij ons cliënten uit het PVT ouder worden en meer nood krijgen aan fysieke zorg, is het logisch dat ze zouden doorstromen naar een woonzorgcentrum. Maar dat is veel duurder, waardoor de overstap voor die mensen soms onmogelijk is. Eigenlijk zouden de overgangen naadloos en zonder drempels moeten gebeuren: vlot schakelen tussen mobiele zorg aan huis, residentiële zorg en allerlei tussenvormen, zonder exclusiecriteria, financiële drempels en wachtlijsten. Daar droomt de sector van. Maar helaas is het voorlopig geen realiteit.”



Laureys: “Omdat deze doelgroep meestal een beperkt inkomen heeft, waar dringend iets aan zou mogen veranderen, blijven ze liever hangen in behandelingen die hen financieel beter uitkomen.”

Vaak weerklinkt de nood aan meer “gemeenschapsgerichte” geestelijke gezondheidszorg. Is er binnen de eigen leefomgeving genoeg ondersteuning?

Laureys: “De ondersteuning kan soms beter, maar het gaat ook over hoe mensen behandeld worden. Het zou goed zijn mochten bijvoorbeeld politiemensen en ambulanciers meer opleiding krijgen over hoe om te gaan met cliënten met psychische problemen.

“We nemen minder dan vroeger het leven van cliënten volledig over. Zelfredzaamheid en autonomie staan centraal

Veerle Vanderstraeten

Toen mijn zoon jonger was en er heel ernstig aan toe was, konden we hem eens na héél lang aandringen overtuigen om naar de spoedafdeling van een ziekenhuis te gaan. Maar eenmaal de ambulance er was, wilde hij toch niet mee. Dus zei die ambulancier: ‘oké, dan zijn wij weg’. Terwijl hij toch ook de moeite had kunnen nemen om met mijn zoon te praten, te onderhandelen. Ik hoop dat ze intussen hiervoor beter opgeleid worden. Eigenlijk zou geestelijke gezondheid een vak moeten zijn op school, want iedereen komt er vroeg of laat mee in aanraking.”

Vanderstraeten: “Ik merk toch dat de knowhow bij reguliere actoren toeneemt. Maar vanuit de sector moeten wij daarvoor ook onze verantwoordelijkheid nemen. Wij worden bijvoorbeeld geregeld gevraagd om te spreken in scholen, waardoor studenten al kennismaken met onze doelgroep. Door samen te werken, informatie te delen en hen te ondersteunen, verbreden we de kennis wel. Ook campagnes als Te Gek!? zijn heel goede initiatieven om het taboe te doorbreken. Maar er is uiteraard nog verbetering mogelijk.”

Een rugzak voor het leven: wie helpt hem dragen?

Zorgnet-Icuro focust in een nieuwe publicatie op de groep van mensen met een psychische kwetsbaarheid met een functionele uitval op diverse levensdomeinen. Je vindt er een beschrijving van hun typische kenmerken en een inventarisatie van hun zorgnoden. Die worden getoetst aan de realiteit door de hiaten in het huidige zorglandschap in beeld te brengen met een duiding



van de gevolgen voor de cliënt, zijn mantelzorgers, voor zorgverleners en voor de hele samenleving. Op basis daarvan formuleren we beleidsaanbevelingen om de zorgorganisatie voor deze doelgroep te verbeteren. We eindigen met een opsomming van een aantal lokale initiatieven die pogen een – zij het slechts fragmentarische – oplossing te bieden voor de geschetste uitdagingen.



Je kan de publicatie “Een rugzak voor het leven: wie helpt hem dragen. Zorg voor mensen met een langdurige psychische zorgnood” lezen en downloaden in de Bibliotheek op www.zorgneticuro.be.

Laureys: “Een heel goed initiatief voor de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zijn de herstelacademies. Daar worden laagdrempelige cursussen georganiseerd, over omgaan met stress bijvoorbeeld, of minder piekeren. Die staan open voor cliënten, maar ook voor de brede samenleving. Voor sommigen is dat echt een springplank om weer de stap naar buiten te durven zetten en dingen te ondernemen.”

Kunnen cliënten met EPA en hun omgeving voldoende zelf participeren in de zorg?

Laureys: “Vroeger was dat zelden het geval. Ik herinner me dat ik jaren geleden eens op een congres zat over mensen met dementie. Toen vertelden professionals dat wanneer ze moeilijkheden ondervonden met patiënten, ze naar de familie belden om te vragen hoe zij dat zouden oplossen. Dat ligt zo voor de hand, en toch werd het in de geestelijke gezondheidszorg lang niet gedaan. Gelukkig heb ik daar wel een grote kentering gezien. Neem bijvoorbeeld de High Intensive Care-afdelingen (HIC): het is toch fantastisch dat de familieleden daar nauw bij worden betrokken en zelfs kunnen blijven slapen? Ik wou dat wij er indertijd gebruik van hadden kunnen maken.”

Vanderstraeten: “Wij investeren ook al jaren in herstelgerichte zorg, waarbij de patiënten en hun netwerk nauw worden betrokken, bij het opstellen van een zorgplan bijvoorbeeld. Zij hebben de kennis en de knowhow. We nemen ook minder dan vroeger het leven van cliënten volledig over. Samen kijken we waar er ondersteuning nodig is. Maar zelfredzaamheid en autonomie staan centraal.”

Tot slot: als cliënten echt geen uitweg meer zien, kiezen ze soms voor euthanasie. Hoe gaan jullie daarmee om?

Vanderstraeten: “Zo’n vraag komt hard binnen, zowel voor professionals als familie. Wij proberen cliënten daarin te ondersteunen door goed te luisteren en samen dat pad te bewandelen. Vanuit de Broeders van Liefde, waar onze organisatie deel van uitmaakt, is een visietekst uitgeschreven met een aantal zorgvuldigheidseisen die ons helpen om in dialoog te gaan met de cliënt.”

Laureys: “Voor de familie is dat uiteraard heel moeilijk. Als het over euthanasie gaat, wordt vooral met de cliënt gepraat, maar minder met de familie. Terwijl het voor naasten zo cruciaal is om te begrijpen waar die vraag vandaan komt. Ooit hoorde ik een mooie woordspeling op het bekende merk Nivea: ‘Niet Invullen Voor Een Ander’. Of het nu gaat over euthanasie of andere thema’s, het is altijd belangrijk om goed te communiceren, zodat ieders standpunt gehoord, erkend en begrepen wordt.”

A portrait of Greet Laureys, a woman with short brown hair and glasses, wearing a grey jacket over a beige turtleneck. She is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a blurred outdoor setting with a building and a shadow on the wall.

“Als cliënten uit het PVT ouder worden en meer nood krijgen aan fysieke zorg, is het logisch dat ze zouden doorstromen naar een woonzorgcentrum. Maar dat is veel duurder voor de cliënt”

Greet Laureys

“Ouderenvriendelijk ziekenhuis is een zaak van iedereen die in het ziekenhuis werkt”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: PETER DE SCHRYVER



Het team achter de nota: de werkgroep leidinggevenden van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie (BVVG).
v.l.n.r.: Ludo Meersdom (az Groeninge), Guido Lempens (Jessa), Annelies De Vuyst (Jessa), Kenny De Cuyper (GZA), Lieven Goeminne (AZ Alma), Johan Devoghel (AZ Sint-Jan), Fien Gregoir (az Groeninge) en Marc Vankerkhoven (AZ Maria Middelaars)

Een opname in het ziekenhuis voelt vaak als een rit op de achtbaan. Je kan de route van het karretje niet inschatten, maar beweegt zo goed mogelijk mee in alle bochten en loopings. Dat geldt zeker voor oudere patiënten. De inspiratiegids ‘Ouderen Vriendelijk Ziekenhuis’ wil ziekenhuizen handvatten geven om hun zorg af te stemmen op kwetsbare ouderen voor wie een ziekenhuisopname extra risico’s inhoudt.

“De vergrijzing van de maatschappij is duidelijk zichtbaar in de ziekenhuizen”, vertelt Annelies De Vuyst, hoofdverpleegkundige geriatricie in het Jessa Ziekenhuis Hasselt. “Eén op drie patiënten is ouder dan 75 jaar en toch komt slechts een klein deel van hen effectief op de afdeling geriatricie terecht.”

“Daarnaast gaan we maatschappelijk en ook in ziekenhuizen nogal snel uit van de zwaktes van de ouderen”, vult Marc Vankerhoven aan. Hij is coördinator transmurale zorg in AZ Maria Middelaars Gent en hoofd van het zorgprogramma voor de geriatricische patiënt in het ziekenhuis. “We moeten evolueren naar een model waarin we vertrekken van de vraag ‘Wat kan deze oudere wel nog?’ Zo werk je vanuit sterktes en capaciteiten.”

De Vuyst en Vankerhoven zijn beiden voorzitter van de werkgroep leidinggevend van de Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatricie (BVVG), die de nota ‘Ouderen Vriendelijk Ziekenhuis, aanbevelingen voor de zorg van kwetsbare ouderen’ schreef.

Waarom was er nood aan een nota rond ouderenvriendelijk ziekenhuis?

Annelies De Vuyst: “Een oudere die in het ziekenhuis wordt opgenomen is altijd op een of andere manier uit balans. Ze zijn heel kwetsbaar, door fysieke of mentale problemen, en net door die kwetsbaarheid lopen ze extra risico op functioneel verval. Een oudere patiënt verliest bij opname zijn routine en heeft bijvoorbeeld veel minder lichaamsbeweging. Wij moeten waakzaam zijn dat een kwetsbare oudere niet nog meer achteruit gaat tijdens een opname. Het blijft onze doelstelling om ook die groep patiënten gezond terug naar hun thuisituatie te laten terugkeren. De specifieke aanpak - die we al jaren kennen op de dienst geriatricie - is daarom nodig doorheen het volledige ziekenhuis. Die specifieke kennis situeert zich op heel wat meer domeinen dan enkel het medische. Om het in één woord te vatten: het gaat over “bejegening”. En daar zit veel onder. Denk maar aan de toegankelijkheid van een ziekenhuis, de bewegwijzering of participatie in de zorg.”

“Om het in één woord te vatten: het gaat over “bejegening”

Annelies De Vuyst

Marc Vankerhoven: “Ouderenvriendelijk ziekenhuis is geen nieuw begrip. We baseerden ons voor deze tekst op het kader *Senior Friendly Hospital* ontwikkeld in Toronto, Canada. Enkele jaren nadien werd dit concept overgenomen door Seniorfriendly.nl, een project in Nederland dat een label uitreikte. Ondertussen is dit project stopgezet, maar het vormde wel de basis om vanuit de BVGG stappen te zetten om hierrond samen te werken.

In 2019 werd er een werkgroep opgericht waarin zeven ziekenhuizen vertegenwoordigd waren. Gebaseerd op het concept van Toronto en Nederland wilden we het thema ‘ouderenvriendelijk ziekenhuis’ onder de aandacht te brengen. Initieel planden we een symposium met onder andere de Vlaamse overheid en Zorgnet-Icuro als partners, tot covid roet in het eten gooide. Na de verschillende coronagolven pikten we dit thema weer op, maar we besloten om het over een andere boeg te gooien. In plaats van een rondetafelconferentie te organiseren, spraken we de seniorenadviesraden in elke provincie aan om samen met hen op weg te gaan rond deze thematiek.”

De Vuyst: “En daar zit de sterkte van deze tekst. We vroegen advies aan de betrokken partijen en baseerden ons niet enkel op literatuur. We bundelden de verschillende thema’s waarmee werd gewerkt in Canada en Nederland en trokken daarmee naar de adviesraden voor focusgesprekken. We vroegen heel open de mening van ouderen en hun mantelzorgers. Die informatie werd gebundeld in tien thema’s en achttien aanbevelingen zoals ‘Stem het verblijf op de afdeling spoedgevallen af op de noden van de kwetsbare oudere’, ‘Start de ontslagplanning voor de kwetsbare oudere reeds voor of bij de opname’ of ‘Organiseer beleidsparticipatie met de kwetsbare oudere binnen jouw organisatie’.

De achttien aanbevelingen beslaan uiteenlopende domeinen zoals opname- en ontslagbeleid, omgeving en infrastructuur, en zorgcoördinatie. Welke kernwaarden lopen er als een rode draad door de inspiratiegids?

Vankerhoven: “Vroegdetectie van problemen waarbij je de oudere ook betreft. Belangrijk hierin is om heel kort op de bal te spelen met een interdisciplinair team. Het doel is altijd om de kwetsbare oudere in de meest optimale omstandigheden terug naar zijn thuissituatie te begeleiden.”



De Vuyst: “Ook preventie is een rode draad, want deze acties kunnen voorkomen dat een patiënt veelvuldig moet worden opgenomen. Gezien de schaarste aan ziekenhuisbedden en personeel moeten we hierop maximaal inzetten. Daarnaast blijft bejegening een belangrijk aspect. We moeten oog hebben voor het feit dat ouderen soms hulp nodig hebben bij enkele logische aspecten van de zorg. Bijvoorbeeld een bel die niet in de buurt ligt of eten dat op tafel geserveerd wordt, terwijl de oudere niet zelfstandig uit bed kan. Met deze nota willen we algemeen advies geven met daarbij een opsomming van acties. Zo is het meteen een oproep aan elk ziekenhuis om na te gaan hoe ze die aanbevelingen kunnen vertalen. In de toekomst willen we de tekst uitbreiden met zoveel mogelijk good practices en toffe tips van ziekenhuizen over het hele land.”

“De specifieke aanpak - die we al jaren kennen op de dienst geriatrie - is nodig doorheen het volledige ziekenhuis”

Annelies De Vuyst



Vankerkhoven: “Ik hoop dat deze tekst niet blijft hangen bij de medewerkers en leidinggevenden van de zorgprogramma’s voor de geriatrische patiënten, maar ook terechtkomt op het bureau van de beleidsmakers van ziekenhuizen. De nota vormt het startsignaal van dit traject en het werk dat voor ons ligt is om de thematiek te blijven voeden met goede voorbeelden en telkens opnieuw onder de aandacht brengen.”

Geen nota om te verstoffen op de boekenplank, maar een inspiratiedocument dat handvatten wil geven om beleidsmatig te streven naar een ouderenvriendelijk ziekenhuis. Welke good practices springen er voor jullie persoonlijk uit?

De Vuyst: “*Bedside briefing* is een van mijn favorieten. De briefing bij de wissel van de shift gebeurt bij voorkeur aan het bed van de patiënt. Op die manier kan je de patiënt en zijn mantelzorger maximaal betrekken en is het helder dat de zorg wordt overgedragen aan een collega. Maar ik voel veel drempelvrees bij de zorgverleners, want ze moeten hiervoor uit hun comfortzone stappen. De patiënt kan vragen stellen waarop ze het antwoord schuldig moeten blijven. Toch blijf ik dit als leidinggevende stimuleren omdat het een blijk geeft van participatie van de patiënt.

Daarnaast denk ik aan alle initiatieven die gebeuren op spoed. Spoed is vaak de toegangspoort naar het ziekenhuis voor een oudere patiënt. Dat welkom kan warm zijn, maar ook chaotisch. Het is een moeilijke zoektocht om een compromis te vinden tussen de noden van een oudere patiënt en de acute situatie op de spoedafdeling. Daarom is elk initiatief dat tegemoet komt aan de verschillende eisen, een goed initiatief.

Als ziekenhuis kunnen we een groot verschil maken in die eerste momenten. Bijvoorbeeld door de risicobepaling al op spoed te doen, waardoor de juiste plaats in het ziekenhuis snel bepaald kan worden. Moet deze patiënt worden opgenomen of kan hij terug naar huis? Is de kwetsbaarheid zo hoog dat deze patiënt op de afdeling geriatrie moet worden opgenomen? Of kan hij op een andere specialistische afdeling terecht met ondersteuning door een liaison verpleegkundige geriatrie? Door onszelf die vragen te stellen, winnen we heel wat dagen.”

Vankerkhoven: “De spoeddienst is inderdaad de toegangspoort, maar we kunnen ook al werken op wat gebeurt vóór die toegangspoort. Op dit moment loopt er in AZ Maria Middelaars een proefproject waarin een geriatrisch verpleegkundige op gestructureerde basis advies verleent aan een woonzorgcentrum. Na overleg met de coördinerend en raadgevend arts (CRA) en de hoofdverpleegkundige neemt deze verpleegkundige een geriatrisch assessment af bij bewoners die het nodig hebben. Het ultieme doel is het vermijden van een opname. We hebben de gewoonte om een patiënt naar het ziekenhuis te sturen omdat daar bepaalde kennis, expertise en onderzoeken mogelijk zijn. Dit initiatief brengt die kennis en expertise naar de medewerkers rond de patiënt in zijn thuissituatie.”

De Vuyst: “Het geriatrische patiëntenpanel of de ouderenraad vind ik zelf ook een heel mooi initiatief. Een aantal patiënten en mantelzorgers geven adviezen aan ons beleid. Zo deden ze bijvoorbeeld een rondgang in het ziekenhuis om na te gaan waar er hindernissen zijn of onduidelijke bewegwijzering hangt. Wanneer wij nieuwe brochures maken, lezen zij die door en geven hun advies. Het is een meerwaarde voor het beleid, zeker op punten waar wij als zorgverleners blinde vlekken hebben. Zij laten ons opnieuw door de ogen van de patiënten kijken.”

Vankerkhoven: “Denk ook na hoe je vrijwilligers kan inschakelen. Wij werden vaak geconfronteerd met kwetsbare ouderen die zonder begeleiding op ambulante consultatie kwamen. Sinds kort engageren wij hier onze vrijwilligers die de kwetsbare oudere vergezellen terwijl hij of zij wacht op zijn consultatie. Een grote meerwaarde, want zo is de oudere niet alleen. Bovendien kunnen de vrijwilligers ook bepaalde noden detecteren en kunnen ze zo mee de veiligheid van de oudere garanderen.”

Welke tips geef je mee aan je geïnspireerde collega's die met deze nota aan de slag willengaan?

Vankerkhoven: “Start intern een werkgroep ‘ouderenvriendelijk ziekenhuis’ en zorg dat alle medewerkers en afdelingen vertegenwoordigd zijn. Van verpleegkunde, chirurgie tot en met onthaal, keuken en technische dienst. Ouderenvriendelijk ziekenhuis is een zaak van iedereen die in het ziekenhuis werkt. Bejegening start al tijdens het onthaal bij de persoon die de telefoon opneemt. Zie het ook niet te groots bij de start, maar neem kleine actiepunten vast die je stap voor stap uitwerkt en organisch laat groeien. En hou in je achterhoofd dat een ouderenvriendelijk ziekenhuis per definitie een patiëntvriendelijk ziekenhuis is. Eentje dat uitdrukkelijk rekening houdt met enkele aspecten die typerend zijn voor oudere patiënten.”

En voor welke struikelblokken wil je hen waarschuwen?

Vankerkhoven: “Pak het stap voor stap aan, zonder te willen lopen. Maak je aanpak heel concreet en zet je visietekst om in tastbare en meetbare doelstellingen. Hou er daarnaast ook rekening mee dat een ziekenhuis vandaag wordt geconfronteerd met een hoge turnover van personeel. Daardoor moet je er niet alleen voor zorgen dat alle kennis geborgen wordt; je moet ook continu nieuwe mensen opleiden en tips blijven geven.

Zie het ook niet te groots bij de start, maar neem kleine actiepunten vast die je stap voor stap uitwerkt en organisch laat groeien

Marc Vankerkhoven

“We moeten evolueren naar een model waarin we vertrekken van de vraag ‘Wat kan deze oudere wel nog?’ Zo werk je vanuit sterktes en capaciteiten”

Marc Vankerkhoven



Met andere woorden, de cultuur die je wil bewerkstelligen moet blijvend zijn. En net daarom kan en mag je nooit stoppen met energie te steken in opleiding. Het eindigt niet met een mooie adviestekst, die is slechts het begin. Je moet het thema warmhouden, vernieuwen, verdiepen en laten evolueren. Enkel zo wordt het steeds breder gedragen en uiteindelijk ook uitgedragen.

De inspiratiegids ‘Ouderen Vriendelijk Ziekenhuis’ is een samenwerking tussen Jessa Ziekenhuis, AZ Maria Middelaars, AZ Alma, az Groeninge, GZA, AZ Sint-Jan, AZ Delta en Zorgnet-Icuro.



Bekijk de gids door de QR-code te scannen

“Empowerment en bottom-up-cultuur om zorgprofessionals aan boord te houden”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINI CLEEMPUT

Omdat de zorgsector kampt met ernstige uitstroom en langdurige uitval van personeel, sloegen verschillende Vlaamse en Nederlandse organisaties de handen in elkaar voor het pilootproject Blijf aan Z. Professoren Erik Franck en Kris Van den Broeck (UAntwerpen) waren nauw betrokken bij het project.





“Ik snap niet waarom veel ziekenhuizen een aparte parking hebben voor artsen, pal aan de ingang. Terwijl verpleegkundigen soms zelfs moeten betalen om te parkeren”

Erik Franck

“Wanneer beginnen mensen aan een andere job te denken? Als ze het gevoel hebben dat ze heel hard moeten werken, terwijl er te weinig tegenover staat”

Kris Van den Broeck



De zorgsector kampt al een hele tijd met ernstige personeelstekorten; heel wat professionals vallen langdurig uit. Door de coronacrisis begonnen verpleegkundigen en ander zorgpersoneel te twijfelen over hun job. Om dit maatschappelijke probleem te analyseren en te zoeken naar oplossingen, werd in april 2021 het pilootproject Blijf aan Z gestart, binnen het Vlaams-Nederlandse Interreg-programma. Daaraan werkten zeven organisaties uit Vlaanderen en Nederland mee, waaronder de Universiteit Antwerpen.

“Eerst moesten we uiteraard een grondige analyse van het probleem maken”, vertelt professor Erik Franck. “We zijn in de literatuur gedoken en hebben een update gemaakt van wat nu de cruciale factoren zijn voor retentie en uitstroom van zorgpersoneel. Waarom willen ze in de zorg blijven werken, en welke redenen doen hen een vertrek overwegen? Dat leverde een behoorlijk schrijnende conclusie op: in 30 jaar tijd zijn die

mislukken. Vandaag streven we veeleer naar ‘authentiek leiderschap’: het is vooral cruciaal dat zorgprofessionals zich door het hoger management, hun afdelingsarts en unit manager – een hoofdverpleegkundige bijvoorbeeld – erkend, gehoord en gesteund voelen. Bejegening is dus ook een cruciale factor. Stel je voor, een dienst van een ziekenhuis wil opschalen. De verpleegkundigen zetten de hakken in het zand, omdat de werkdruk al als erg hoog wordt ervaren. Een typische reactie zou dan kunnen zijn om met harde cijfers en een even harde boodschap te komen aandraven: wat jullie zeggen klopt niet, we kunnen wél opschalen. Dat getuigt natuurlijk niet van veel erkenning, of authentieke communicatie.”

Een andere factor die heel sterk doorweegt, is professionele ontwikkeling, vertelt Franck. “Werknemers hebben de vrijheid nodig om aan *job crafting* te doen en hun werk dus deels zelf vorm te geven.

“Een team champion is een antenne die vanuit het team observeert hoe de collega’s zich voelen en die dingen bespreekbaar probeert te maken

Erik Franck

factoren quasi onveranderd gebleven. We weten dus al langer wat er aan de hand is, maar we zijn er nog niet in geslaagd daar iets aan te doen.”

Erkenning, of het tekort daaraan, speelt een heel belangrijke rol, aldus professor Kris Van den Broeck. “Wanneer beginnen mensen aan een andere job te denken? Als ze het gevoel hebben dat ze heel hard moeten werken, terwijl er te weinig tegenover staat. Maar door barema’s en personeelstekorten, is dat helaas een factor waaraan zorgorganisaties meestal niet veel kunnen doen.” Al kunnen kleine zaken soms wel anders, vindt Franck. “Ik snap bijvoorbeeld niet waarom veel ziekenhuizen een aparte parking hebben voor artsen, pal aan de ingang. Terwijl verpleegkundigen soms zelfs moeten betalen om te parkeren, en een heel eind verder moeten stappen. Dat lijkt misschien onbelangrijk, maar het wijst op een gebrek aan erkenning.”

Aangeleerde hulpeloosheid

Daarnaast is leiderschap een heel belangrijk aspect, aldus Franck. “Daarin heb je natuurlijk veel verschillende stijlen. Aan de ene kant van het spectrum is er het autoritaire leiderschap, aan de andere kant de *laissez faire*-aanpak: twee stijlen die gedoemd zijn om te



Doorgroeimogelijkheden zijn ook heel belangrijk, maar voor zorgprofessionals is de enige optie vaak om leidinggevende te worden, wat niet voor iedereen een geschenk is. Daarom moet er meer nagedacht worden over hoe skills anders verdeeld kunnen worden. En de overheid zou ook meer moeten investeren in functie-differentiatie met bijvoorbeeld de erkenning van verpleegkundige specialisten. Daarnaast is beslissingsruimte en medezeggenschap cruciaal, maar dan wel écht. Een verpleegkundige adviesraad kan bijvoorbeeld heel zinvol zijn voor een ziekenhuis, maar dan moet er ook iets met dat advies gebeuren. Zoiets mag er niet enkel zijn om de verpleegkundigen tevreden te stellen, het moet structureel ingebed zijn in de besluitvorming van een organisatie.”

Ook de organisatiecultuur is een belangrijke factor. “In heel wat zorgorganisaties is er van oudsher een top-down-cultuur, waarbij van bovenuit alles wordt doorgeduwd. Daardoor hebben veel zorgprofessionals een soort aangeleerde hulpeloosheid, net als Calimero. Als je je personeel gemotiveerd wilt houden om te blijven, zijn een bottom-up-cultuur en empowerment zeer belangrijk, op een structurele manier. Mensen zélf hun uurroosters laten maken, om maar één voorbeeld te noemen. Beslissingsruimte is cruciaal. En daarnaast moet er een nultolerantie zijn tegenover ontoelaatbaar

gedrag. Op afdelingen waar het niet goed gaat, zie ik vaak zorgverleners tegen elkaar roepen, vijandige opmerkingen maken of zelfs grensoverschrijdend gedrag vertonen. Dat motiveert uiteraard niet om te blijven. Wat sterk naar voren kwam, is het belang van gedeelde waarden: als zorgprofessional wil je dat je je eigen waarden kunt terugvinden in je organisatie. Een ziekenhuis dat uitpakt met 360 graden-zorg, moet dat ook echt uitdragen, naar medewerkers, patiënten én familie. Het mag geen schone schijn zijn.”

Tot slot noemt Van den Broeck ook nog de factor morele stress. “In de psychiatrie hoor ik vaak professionals klagen over het feit dat ze mensen wel willen helpen, en er ook de skills voor hebben, maar dat ze er niet de ruimte voor hebben. Er staan patiënten voor de deur te wachten, maar er zijn geen plekken vrij. Je beperkt voelen in dat opzicht, kan erg ondermijnend zijn voor je welzijn.”

Team champions

Vanuit deze analyse werden twee interventies op poten gezet, die meteen werden uitgetest in een aantal zorgorganisaties. De eerste was de interventie *team champions*, vertelt Franck. “Uit onderzoek weten we dat unit managers heel veel impact kunnen hebben op het welzijn van hun team. Maar in de praktijk zien



we dat zij 90% van de tijd bezig zijn met operationele zaken: uurroosters opstellen, brandjes blussen, enzovoort. Vandaar het idee om per team een referentiepersoon of *team champion* aan te duiden die werkt rond teamwelbevinden. Het is een antenne die vanuit het team observeert hoe de collega's zich voelen en die dingen bespreekbaar probeert te maken.”

“Nadat we het concept en het profiel van de *team champions* hadden uitgedacht, zijn we op zoek gegaan naar afdelingen die ermee aan de slag wilden”, aldus Van den Broeck. “Uiteindelijk zijn we met een twintigtal *team champions* gestart. Zij kregen een driedaagse opleiding en nadien kwamen we regelmatig samen, als lerend netwerk. Daar zijn toch mooie zaken uitgekomen: verschillende *team champions* konden hun informele leiderschap gebruiken om hun collega's te coachen, te laten reflecteren en om heikele thema's aan te snijden. Al is helaas ook een deel van hen afgehaakt.”

Dat had vooral te maken met een botsende organisatiecultuur, legt Franck uit. “We zagen enerzijds op sommige diensten dat de leidinggevende de *team champion* wat tegenhield, omdat hij vond dat het zijn taak was om dat mentale welzijn in de gaten te houden. En anderzijds zag je ook dat enkele *team champions* de druk voelden om de negatieve sfeer binnen hun team zo snel mogelijk op te lossen, met een *quick fix*. Ze vroegen ons letterlijk: ‘zeg wat we moeten doen’. Maar zo eenvoudig is het uiteraard niet. Het is niet de bedoeling dat zij conflicten zelf oplossen of de boel overnemen, maar wel dat ze dialoog en reflectie aanmoedigen.”

Naast de *team champions* was er ook een tweede interventie: leiden om te boeien en te binden. “Daaraan namen enkel leidinggevenden deel, die gecoacht werden om op een meer relationele manier leiding te geven”, legt Van den Broeck uit. “In plaats van enkel bezig te zijn met problemen oplossen – wat helaas vaak het geval is – werden zij gestimuleerd om vooral naar mentaal kapitaal te kijken. Ook daar werd met een lerend netwerk gewerkt.”

Dashboard

Om de resultaten van de interventies te meten en de interventies ook te ondersteunen, werd een dashboard ontwikkeld en uitgetest, vertelt Franck. “Wekelijks stuurden we via e-mail een korte vragenlijst naar alle medewerkers van de betrokken afdelingen. Zo peilden we naar factoren die een belangrijke rol spelen bij retentie: werkdruk, autonomie en verbondenheid bijvoorbeeld.” Het was niet makkelijk om mensen te blijven enthousiasmeren om die vragenlijstjes in te vullen, geeft Van den Broeck toe. Daarom wordt nu gewerkt aan alternatieven, vertelt Franck. “We werken nu aan een pilootproject met Ziekenhuis aan de Stroom, waarbij zorgprofessionals na elke werkdag, wanneer ze uitprikken, een vijftal simpele vragen krijgen: hoeveel beslissingsruimte had je vandaag, in welke mate heb je je job zelf kunnen invullen, hoe hoog



“*De top-down-hiërarchie moet herdacht worden*”

Kris Van den Broeck

was de werkdruk, hoe goed heb je samengewerkt met collega's en hoeveel zin had je vandaag in het werk? In de toekomst willen we met *wearables* werken: apparaatjes die de hartslagvariabiliteit meten, wat een goede indicator is voor stress.”

Als alles goed gaat, komt er binnenkort een vervolgproject op Blijf aan Z, waarbij de twee interventies worden samengevoegd. “Bovendien zullen er dan ook *team champions* komen op organisatieniveau, die innovierend kunnen werken en wiens invloed doorheen de hele organisatie voelbaar kan worden. En er komt ook een interventie waarbij zorgverleners in een simulatie-omgeving leren omgaan met moeilijke omstandigheden, om zo hun rol verder te ontwikkelen. We moeten zeker op deze weg voortgaan. Als we tot een hertekening van de zorg willen komen, iets wat absoluut noodzakelijk is, dan hebben we nood aan autonome zorgverleners, mensen die – op alle niveaus – zelf hun professionele rol kunnen ontwikkelen.” Van den Broeck beaamt. “Als we de zorg werkbaar willen houden, moet iedereen zijn verantwoordelijkheid opnemen en moeten we, elk vanuit zijn verantwoordelijkheid en expertise, meer complementair gaan samenwerken. Dat past binnen een cultuurverandering: de top-down-hiërarchie moet herdacht worden.”



PARTICIPATIE IN DE AMBULANTE PSYCHOSOCIALE REVALIDATIECENTRA

“Wij zorgen niet voor de deelnemer, wij gaan ermee op pad”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: JAN LOCUS



In 2010 zag artikel 107 het licht in de geestelijke gezondheidszorg. Dat artikel is de grondslag voor de psychosociale revalidatiecentra. “Wij horen liever de term rehabilitatie, dat verwijst naar ‘eerherstel’. Terug iets willen betekenen, daar draait het om.” Aan het woord zijn Liesbet Felix, coördinator van De Keerkring en Maja Coppens, directeur van PARCOER, twee psychosociale revalidatiecentra. Beide dames vertellen vol passie over het belang van participatie in de geestelijke gezondheidszorg.

“Klassieke revalidatie is breed gekend, maar psychosociale revalidatie nog niet”, steekt Maja Coppens van wal. “Toch is het principe hetzelfde: met een letsel naar een centrum gaan om via training terug te kunnen deelnemen aan de samenleving. Met dat verschil dat het bij ons om psychische kwetsbaarheden gaat.” De revalidatiecentra bieden een ambulante revalidatieprogramma van beperkte duur aan. Concreet gaat het om een intensieve, therapeutische en multidisciplinaire begeleiding gericht op fundamenteel herstel van de autonomie van de persoon.

Het gaat daarbij niet enkel om mensen terug aan het werk krijgen. “Het gaat over alle levensdomeinen, zoals een netwerk (terug) kunnen opbouwen, relaties, gezondheid, wonen, vrije tijd, enz. Al die domeinen zijn gelijkwaardig. Moesten we enkel en alleen op werk focussen, zouden we tekort schieten. Daarom vinden we rehabilitatie een meer geschikte term dan revalidatie. Revalidatie verwijst naar het oude model waarbij we mensen willen genezen als ze ziek zijn. Dat is niet ons doel. Hier ligt de focus op maatschappelijk herstel. Wij willen mensen helpen om terug iets te betekenen mét hun verschil. Voor zichzelf én voor de maatschappij”, zegt Liesbet Felix. Maja Coppens treedt haar bij: “Dat klopt. Mensen komen soms naar hier omdat ze terug willen zijn wie ze waren. Wij leren hen een 2.0-versie zijn van zichzelf. Verschillen mogen er zijn. Niet iedereen moet zijn zoals de modale burger. Hier leren mensen hun rol opnieuw te bekijken.”

Vraaggestuurd werken

De Keerkring startte in 2015, PARCOER opende in 2019. “Onze kernopdracht is het herstellen van de maatschappelijke rol die iemand kan opnemen. Ik ben blij dat het nu ook is opgenomen in onze conventie. Concreet gaan wij mensen stimuleren om allerlei zaken zelf op te nemen buiten de muren van de geestelijke

gezondheidszorg. Onze trajecten starten met activiteiten binnen- en buitenshuis, maar die eerste worden gaandeweg afgebouwd”, licht Felix toe. “Met onze stageweken bieden we iets gelijkaardigs aan. Mensen komen maar een dag naar ons centrum en gaan minstens twee dagen ‘op stage’. Dat vormt een mooie brug tussen enerzijds langzaam PARCOER los te laten en anderzijds bijvoorbeeld weer op de arbeidsmarkt aan de slag te gaan. Dat gebeurt uiteraard op maat en op vraag van de persoon”, aldus Coppens.

Deelnemers – het woord patiënt wordt niet gebruikt – hebben zelf een grote verantwoordelijkheid in de trajecten. “Wij bouwen sessies op op basis van de doelstellingen die de deelnemer zelf vooropstelt. Ze kiezen zelf aan wat ze willen werken en bepalen zo dus hun eigen traject”, zegt Felix. “Via een weekschema kiezen deelnemers zelf welke modules of cursussen ze volgen. Zo is de samenstelling voor elke deelnemer anders en volgt iedereen een traject op maat van zijn of haar doelstellingen”, zegt ook Coppens. “De rol van therapeut verandert naar die van coach. Wij gaan niet in het meesterdiscours waarbij wij zeggen wat mensen nodig hebben om beter te worden. Dat staat echt heel ver van wie we zijn. Wij werken empowerend. We gidsen en ondersteunen”. Motivatie is hierbij een kernwoord. “Als een deelnemer gedwongen wordt om een traject bij ons te volgen, zal dat niet werken. Er moet drive zijn”. “Dat komt omdat we heel fel een beroep doen op de autonomie van de deelnemer zelf. Zijn of haar betrokkenheid in het traject is een deel van die participatie”, vult Felix aan.

Inspraak en ervaringsdeskundigheid

Liesbeth Felix: “Autonomie zit ook in de kleinschaligheid. Zo hebben wij een beleidsvergadering over onze werking waarbij ook deelnemers over bepaalde zaken input geven of zelfs mee beslissen.” “Dat is bij ons ook. Deelnemers mogen zelf ideeën aanbrengen. Wat kan er beter? Niet enkel over de trajecten, maar ook over de inrichting van het gebouw en dergelijke zaken. Ze worden dus betrokken bij het dagelijkse reilen en zeilen van het centrum. We bevragen ook altijd hoe een deelnemer een traject heeft ervaren. Wat hebben ze eruit geleerd? Hoe hebben ze dit kunnen vertalen naar de thuissituatie? Daar draait het om. Hoe ga je om met al die zaken op de dagen dat je hier niet bent? Bots je nog ergens tegenaan?”, vertelt Coppens. “We vinden het cruciaal dat deelnemers mee evalueren wat we doen. De Keerkring was bij de eersten waar de deelnemer zelf aanwezig is bij

“Onze kernopdracht is het herstellen van de maatschappelijke rol die iemand kan opnemen

Liesbet Felix



de eigen procesevaluatie en het gesprek zelfs mag starten. Het is dan ook de kern van participatie: niet praten over een deelnemer, maar met een deelnemer. We nodigen hiervoor altijd iemand uit de omgeving van de deelnemer mee uit zoals een partner of begeleider”, aldus Felix. “Daarnaast hechten we veel belang aan ervaringsdeskundigheid. Elke deelnemer is ervaringsdeskundige over zijn eigen leven en dat wordt gedeeld met elkaar. Als we mensen vragen wat hen precies geholpen heeft in het traject, zegt quasi iedereen dat het groepsgebeuren belangrijk was. Dat ze ook andere mensen hebben kunnen helpen.”



“Maatschappijbreed werken is echt een meerwaarde, maar helaas is onze personeelsomkadering te krap gemeten om er volop op in te kunnen zetten”

Liesbet Felix

Voor Maja Coppens is dit participatie op het hoogste niveau: “De ervaring die mensen hebben, is leerrijk voor anderen, ook voor ons. Net daarom is die evaluatie zo belangrijk. Evengoed kan ervaringsdeskundigheid ingezet worden om te sensibiliseren. Zo zijn onze deelnemers zelf bezig met taboedoorbreking. Ze gaan spreken op scholen en naar markten om met mensen in dialoog te gaan. Dat werkt niet alleen sensibiliserend, maar geeft ook een belangrijke rol aan de deelnemers zelf. Infomomenten over onze werking worden altijd gegeven door een medewerker én een deelnemer. Het toont dat het om mensen zoals jij en ik gaat. Met de deelnemers willen we stigmatisering de wereld uit krijgen.”

Focus op talent

Deelnemers komen uit verschillende hoeken naar psychosociale revalidatiecentra. Soms worden ze doorverwezen, soms komen ze rechtstreeks. “Mensen komen om verschillende redenen. Vaak hebben ze iets meegemaakt en zijn ze gestabiliseerd, maar krijgen ze hun leven niet terug op de rails. Anderen worden doorverwezen omdat ze elders ‘uitbehandeld’ zijn. Dat is niet altijd de juiste redenering, maar wel begrijpelijk omdat wij het over een andere boeg gooien. Ons aanbod geeft misschien wel het antwoord op wat ze nodig hebben. Zo hebben we eens iemand gehad die al sinds zijn achtste levensjaar met angsten te kampen had. Na tal van klinische behandelingen kwam die deelnemer bij ons terecht. Ons doel was niet om die angst weg te nemen, maar wel om die persoon er mee te leren omgaan zodat het functioneren en het dagelijkse leven niet wordt belemmerd”, vertelt Felix. “We focussen op wat er wel is. Waar zitten de sterktes? Daarbij moeten we rekening houden met valkuilen, zoals die angst in het voorbeeld. Maar wat zijn daarnaast de krachten en de talenten van de deelnemers?”

Maja Coppens: “in onze trajecten doen we veel beroep op de deelnemers zelf en het is ongelooflijk om telkens te zien hoeveel talent er zit bij hen.” “Dat klopt. Deelnemers nemen zelfs vaak zelf initiatief. Zo hebben ze hier onlangs nog een buurtfeest georganiseerd. Het idee kwam vanuit henzelf. De ‘winst’ van wat we doen zit op die manier niet enkel bij het individu zelf, maar ook breder maatschappelijk”, zegt Felix. “Wat we doen, kan ook een preventief karakter hebben. Zo hebben we heel wat jonge deelnemers, wat positief is. Ze leren nu de nodige vaardigheden om hun leven verder uit te bouwen, om sterk in het leven te staan”, vult Coppens aan. “Dat maatschappijbreed werken is echt een meerwaarde, maar helaas is onze personeelsomkadering te krap gemeten om er volop op in te kunnen zetten. We worden gedwongen om vooral cliëntgericht te werken en dat is jammer. We zouden veel meer kunnen bereiken als we voldoende middelen hadden om breder te kunnen werken”, aldus Felix.

Overgang

Psychosociale revalidatiecentra werken vaak ambulantly. “Het zijn geen nazorgtrajecten die we bieden. We proberen een overgang te maken naar de

maatschappij”, zegt Liesbet Felix. “We werken daarbij op vaardigheden en attitudes. We denken met de deelnemer na over hoe hij bijvoorbeeld kan communiceren over de depressie die hij had met anderen. Wil je er open over zijn of niet? Of we werken aan stiptheid. Als je niet kan gaan werken omdat je een afspraak hebt met de psycholoog, is het belangrijk je werk daarnaar te plannen en je afwezigheid tijdig te melden. Wij werken aan plannen en organiseren”, maakt Coppens concreet.

“Soms kan dat weleens clashen omdat niet iedereen participatief is bejegend. Wij verwachten inzet van de deelnemers zelf, maar er zijn deelnemers die verwachten dat wij het probleem oplossen. Daarover gaan we dan in gesprek. We maken hen duidelijk dat het op lange termijn belangrijker is voor henzelf om zelf aan de slag te gaan. Wij bieden kaders en ondersteunen hen, maar de mensen moeten het zelf doen. Dat is niet evident”, zegt Felix. “Wij geven handvatten, maar zijn de handvatten niet. Ook niet in crisissituaties. Als mensen overspoeld worden door negatieve gevoelens, verwachten ze soms dat er meteen een gesprek is met ons. Dat kan niet altijd. Wij leren de mensen hoe ze best omgaan met dat soort moeilijke momenten. Hoe kunnen ze zelf rust vinden vooraleer ze met anderen in gesprek gaan? Kortom, we leren mensen hoe ze de zaken zelf kunnen aanpakken en het niet altijd bij een ander te leggen. Het gaat om verantwoordelijkheid die je bij de deelnemer zelf legt. Dat is de kern van ons aanbod”, zegt Coppens. “Dat lukt niet altijd. Mensen die al jarenlang op die manier problemen aanpakken, krijg je niet altijd op een ander pad”, zegt Felix.

Gelijkwaardigheid

Beide dames geven aan dat er sprake is van onderfinanciering. “Gelukkig hebben we idealistische medewerkers. Moest dat niet zijn, zou het niet werken. Iedereen gelooft erin en gaat ervoor. Als je alleen maar je job doet zonder meer, houd je het hier niet vol”, aldus Liesbet Felix. “Het zou mooi zijn mochten we onze passie nog meer kunnen delen. Dat we maatschappijbreder kunnen werken. Maar daar is nu nog te weinig tijd en geld voor”, zegt Coppens.

Ze moeten niet lang nadenken over de vraag of ze nog een boodschap willen meegeven. “Het begrip gelijkwaardigheid is zowel voor ons als professional als voor de brede maatschappij een cruciaal begrip. Dat moet het uitgangspunt zijn van hulpverlening, omgang met mensen ...”, zegt Coppens vol overtuiging. Felix beaamt: “Je moet mensen kansen geven. En daarbij durven experimenteren. Zonder hen bewust te laten botsen. Wel is het belangrijk dat je de realiteit inbrengt.

Wij werken empowerend.

We gidsen en ondersteunen

Maja Coppens

“We bevragen altijd hoe een deelnemer een traject heeft ervaren. Wat hebben ze eruit geleerd? Hoe hebben ze dit kunnen vertalen naar de thuissituatie? Daar draait het om”

Maja Coppens



Wanneer iemand er bijvoorbeeld van overtuigd is een bepaald talent te hebben dat er in feite niet is, moet je met die deelnemer aan de slag zodat die zelf kan ontdekken wat de realiteit is. Je stelt zaken bij, maar altijd met de persoon. Stap voor stap laat je mensen er zelf achter komen wat werkt en wat niet werkt. Bij dat proces hoort ook rouw en daar moet je aandacht voor hebben.” Coppens besluit: “Er moet ruimte zijn voor rouw zonder erin te blijven hangen. Dat kan door gaandeweg terug de focus te leggen op wat er wel goed is. En daar kan je alleen maar achter komen door zaken in praktijk om te zetten.”

“Groen, je mentale boost”

De natuur biedt heel wat positieve effecten op het lichamelijk en mentaal welzijn van mensen. In het buitenland is de inschakeling van groen een goedkope en beproefde interventie bij stressreductie van zorgpersoneel. Ook in ons verleden werden daglicht en buitenlucht in de ziekenhuizen als essentieel beschouwd in het proces van genezing.

Het boek “*Groen, je mentale boost*” licht de theoretische achtergrond toe en gaat in op de praktijk. Hoe kan je een ziekenhuistuin inrichten op stressreductie van het zorgpersoneel? Het participatief project in het Sint-Franciscusziekenhuis illustreert hoe dat vorm krijgt.

Margot Cloet: “Met een gemotiveerd team en een creatieve aanpak kan je kiezen voor een vergroening van je zorgomgeving, met een positief effect op het welzijn van het personeel. Dit boek zet je op de goede weg. Vertrekkende van een gedegen wetenschappelijke onderbouwing, reiken de auteurs handvaten aan om werk te maken van een groene boost voor je zorgorganisatie. Ze bieden je inspiratie en aanbevelingen voor tuinontwerp en bieden inzichten hoe je je medewerkersbeleid kan ‘vergroenen’. Een *must-read* voor al wie het welzijn van zijn zorgmedewerkers hoog in het vaandel draagt.”



Het boek *Groen, je mentale boost*. De invloed van groen op stressreductie bij het zorgpersoneel werd geschreven door Herman Vereycken en Tamara van Reijen, en wordt uitgegeven door Uitgeverij Politeia. Op 8 december 2022 werd het boek voorgesteld aan de sector.

“Het komt voor in de beste families”

Naar aanleiding van haar 50^{ste} verjaardag brengt Similes een nieuw boek uit: ‘Het komt voor in de beste families’. Auteur Griet Frère schrijft daarin getuigenissen van families neer, deelt de bezorgdheden en reikt inzichten aan voor het samenleven met een naaste met psychische problemen. Het boek zit vol duiding, concrete tips, oriëntatie in de geestelijke gezondheidszorg, inzicht in financiële en administratieve zorgen, maar ook hoop.

Auteur Griet Frère is ervaringsdeskundige. Een van haar ouders kampt met een psychische kwetsbaarheid. Ze legde zelf een weg af om die ervaring een plaats te geven in haar eigen leven. Daarnaast is Frère ook stafmedewerker vorming bij Similes. Het boek wordt uitgegeven door Borgerhoff & Lamberigts.

Dit boek helpt naaste familie van de persoon met een psychische kwetsbaarheid, maar ook iedereen in de ruimere omgeving (vrienden, collega's, burens...) en hulpverleners om beter om te gaan met naastbetrokkenen. Het boek wil naasten leiden naar herstel, dankzij praktische handvaten en persoonlijke verhalen.



Nieuwe website bundelt alle info over BelRAI



Surf naar
zorg-en-gezondheid.be/belrai

De BelRAI-instrumenten zijn een reeks van inschalingsinstrumenten die het functioneren en de zorgnoden van een persoon met een zorg - en ondersteuningsnood op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in beeld brengen. Het gebruik van BelRAI biedt verschillende voordelen. Een betere zorgplanning en een betere detectie van zorgnoden zijn belangrijke doelstellingen.

Vanaf juni 2023 start een nieuwe fase in de uitrol van BelRAI: de residentiële ouderenzorg zal vanaf dan stap voor stap het BelRAI Long-Term Care Facilities instrumenten in gebruik nemen en de thuiszorg het BelRAI Home Care instrument (thuiszorg) en het (residentiële ouderenzorg). Veel meer daarover leest u in deze Zorgwijzer op pagina 9 in het interview met Raf Vanhorebeek en Hilde Depuydt.

Ontdek in de nieuwe BelRAI-rubriek op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid alles over BelRAI, zoals:

- Opleidingen en infosessies
- Wegwijs in de digitale instrumenten
- Plannen voor de thuiszorg en de ouderenzorg

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

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@zorgneticuro.be

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 108, maart 2023, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.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.zorgneticuro.be/nieuwsbrief

www.zorgneticuro.be

