

zorgwijzer 110



DOSSIER GEÏNTEGREERDE ZORG

“Het begint allemaal met preventie en loopt naadloos door naar alle andere zorgvormen”

Liesbeth Borgermans



IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	International Conference on Integrated Care: vzw Verslavingskoepel	16
Interview met professor Liesbeth Borgermans	4	10 vragen aan de zorgwijze: Stef Decoene	18
International Conference on Integrated Care: “Het is tijd voor actie”.....	8	Interview met Dirk Ramaekers.....	20
International Conference on Integrated Care: G-care.....	10	Interview met Gert Peeters	28
International Conference on Integrated Care: vzw Welgerust.....	12	Op zoek naar een geïntegreerd zorgmodel voor thuisverpleging.....	34
International Conference on Integrated Care: vzw De Bron	14	Interview met Pieter Kerremans.....	40
		Hoe WGC Nieuw-Gent buurtzorg handen en voeten geeft	46



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Een hobbelig pad met veel hindernissen



Antwerpen was eind mei 2023 host voor het grote internationale congres waar wetenschappers en zorgprofessionals jaarlijks samenkomen om hun onderzoek en ervaringen met geïntegreerde zorg te delen. Zorgnet-Icuro koos ervoor om op de conferentie geen theorie of model te brengen, maar vier concrete good practices. De zorgsector heeft immers handvatten nodig om concreet aan de slag te gaan. De initiatiefnemers brengen hun verhalen met veel verve ook in deze Zorgwijzer. Ze tonen dat het echt kan: de cliënt en zijn zorg- en levensdoelen als uitgangspunt nemen, de brug slaan tussen zorg en welzijn, de focus leggen op continuïteit van zorg.

Die samenwerkingen op microniveau ook systemisch vertalen en inbedden in ons zorgsysteem is een ander paar mouwen. “Pilotprojecten zijn een mooie start, maar geïntegreerde zorg mag niet enkel een kwestie zijn van individuen die lokaal samenwerken rond één pathologie. We moeten het structureel verankeren”, stelt Liesbeth Borgermans, expert geïntegreerde zorg. De structuren en financiering in ons land zijn oeverloos complex, dus is de weg naar meer geïntegreerde zorg een hobbelig pad met veel hindernissen.

Maar laat dat geen excuus zijn om niets te doen. De explosie van vergrijzing en chronische ziekten, gecombineerd met de schaarste aan zorgverleners zal ons onontkoombaar doen botsen op de grenzen van ons gezondheidssysteem. De dingen laten zoals ze zijn, is dus geen optie. Dat loopt als één grote rode draad

door nagenoeg alle interviews in deze Zorgwijzer. Hoe kunnen we met de beschikbare capaciteit aan mensen en middelen de best mogelijke kwaliteit van zorg organiseren? En dan komen we onvermijdelijk bij geïntegreerde zorg, die vertrekt van preventie in een populatiegerichte benadering met aandacht voor de biologische, psychische en sociale componenten van gezondheid.

Om dat te realiseren is een behoorlijke omslag nodig in denken en doen. Het betekent dat we minder individualistisch en meer groeps- en buurtgericht gaan werken, en echt gaan kijken naar de fundamentele sociale determinanten van gezondheid. Het verhaal van het Gentse wijkgezondheidscentrum is in dat opzicht verhelderend. Het betekent ook dat we minder prestatiegericht en meer forfaitair en collectief gaan financieren. En finaal, dat we ook echt durven kijken waar we het meest gezondheidswinst kunnen boeken. En dat is prioriteit geven aan het meest kwetsbare segment van onze bevolking, ook in het uitrollen van ons preventiebeleid. Dat vraagt een stevig langetermijndenken en ook een portie lef.

Hoe kunnen we daar allemaal, beleidsmakers en zorgprofessionals, ons steentje toe bijdragen? Veel stof tot nadenken tijdens de hopelijk lange wandelingen die u deze zomer zal maken. Laat uw geest vrij dwalen, kom tot rust en verken nieuwe paden. Ik wens u allen een fijne zomer!

INTERVIEW MET PROFESSOR LIESBETH BORGERMANS

“We kunnen veel leren uit het buitenland, maar *copy paste* werkt niet”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: JAN LOCUS



Professor Liesbeth Borgermans (UGent) is gespecialiseerd in chronische zorgorganisatie en doet al jaren onderzoek naar geïntegreerde zorg, in binnen- en buitenland. “Pilotprojecten zijn een mooie start, maar geïntegreerde zorg mag niet enkel een kwestie zijn van individuen die lokaal samenwerken rond één pathologie. We moeten het structureel verankeren.”



“Een land als Kazachstan levert fantastisch werk op het vlak van preventie: enige bescheidenheid in het Westen is dus zeker op zijn plaats”

Liesbeth Borgermans

Als we onze openingsvraag op tafel gooien - “Hoe zou u geïntegreerde zorg definiëren?” - krijgen we van Liesbeth Borgermans iets tussen een glimlach en een zucht. “Er bestaat niet zoiets als één definitie, het is een containerbegrip waarvoor je in de wetenschappelijke literatuur talloze omschrijvingen vindt. Maar ik beroep me meestal op de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). In essentie komt het erop neer dat je de biologische, psychische en sociale componenten van gezondheid samenbrengt, doorheen de volledige levensloop van een persoon én door samenwerking tussen verschillende hulpverleners.”

De voorbije decennia kende dat concept van geïntegreerde zorg een heuse *boom* vertelt Borgermans. “De oorzaak is logisch: wereldwijd zie je een explosie van vergrijzing en chronische ziekten, waardoor de complexiteit in de zorg enorm toeneemt. En de voorbije jaren heeft COVID-19 die urgentie nog in een stroomversnelling gebracht. Als we kijken naar ons eigen land, dan zitten we met een gezondheidssysteem dat erg goed is, maar ook heel duur. We moeten dus heel kritisch nadenken over de vraag of ons systeem houdbaar is. Dat is een dwingende vraag waarbij we de zorgkwaliteit ook moeten bewaken. Helaas zie je vandaag in elke sector - van preventieve zorg tot ouderenzorg - zeer veel situaties met suboptimale gezondheidsuitkomsten, omdat er niet of gebrekkig wordt samengewerkt. Denk aan patiënten die niet tijdig doorverwezen worden. Of hulpverleners die niet de expertise van collega's inroepen, terwijl de problemen te complex zijn om alleen aan te pakken. Soms kan dat een dramatische afloop hebben, denk bijvoorbeeld aan patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg die suïcide plegen. Let op: in zulke gevallen is er altijd meer dan één oorzaak, en ik geloof ook niet in *blame & shame* van individuele hulpverleners. Maar we moeten wel durven kijken naar de processen die ervoor zorgen dat de gezondheidsuitkomsten soms beneden peil zijn. Cruciaal daarbij is dat we veel beter moeten luisteren naar de patiënten zelf: wat vinden zij belangrijk? Je hoort vaak dat de patiënt centraal moet staan, maar in de praktijk is daar nog veel vooruitgang mogelijk.”





Continuüm van zorg

Dat besef dringt ook heel erg door in de sector én bij beleidsmakers die gezondheidseconomisch denken: hoe kunnen we een beter antwoord geven op steeds complexere problemen en tegelijk de kosten binnen de perken houden? En dus hebben we de afgelopen twintig jaar een explosie van initiatieven gezien in binnen- en buitenland, zegt Borgermans. “Er zijn samenwerkingen tussen ziekenhuizen en de eerste lijn, binnen de eerste lijn, tussen gezondheidszorg en welzijn ... En voor quasi elke ziekte is er wel ergens een samenwerkingsverband. Maar omdat iedereen een beetje zijn eigen invulling geeft aan geïntegreerde zorg, is dat concept voor niemand nog echt duidelijk. En we moeten ons ook de vraag stellen of het altijd leidt tot betere uitkomsten. Als we kijken naar de wetenschappelijke evidentie, dan blijken de resultaten van geïntegreerde zorgprojecten toch gemengd. Al begint de evidentie rond de effectiviteit stilaan wel te groeien en meer te overtuigen, dus we zijn zeker op de goede weg.”

Als je kijkt naar de bestaande initiatieven, dan ligt de nadruk vooral op samenwerking, legt Borgermans uit. “Maar dat is slechts één aspect van geïntegreerde zorg. Als je kijkt naar de integratie van biologische,

“Voor quasi elke ziekte is er wel ergens een samenwerkingsverband. Maar omdat iedereen een beetje zijn eigen invulling geeft aan geïntegreerde zorg, is dat concept voor niemand nog echt duidelijk”

Liesbeth Borgermans

psychische en sociale componenten van gezondheid, waar de WHO op hamert, dan zien we dat daar niet overal evenveel aandacht voor is. Vaak ligt de klemtoon op somatische zorg, maar vergeet men te kijken naar mentaal welzijn en sociale factoren. Het goede nieuws is dat het enthousiasme rond geïntegreerde zorg is toegenomen, maar we mogen dus geen cruciale aspecten over het hoofd zien.”

Een sleutelwoord voor geïntegreerde zorg is “continuüm”, vertelt Borgermans. “Het begint allemaal met preventie en loopt naadloos door naar alle andere zorgvormen, zoals curatieve zorg, revalidatie en palliatieve zorg. In heel wat projecten zie je uitsluitend aandacht voor het curatieve aspect. Dat is op zich natuurlijk waardevol. Maar als we heel eerlijk zijn, zou veel curatieve zorg voorkomen kunnen worden als we geïntegreerd zouden samenwerken, vertrekkende van preventieve zorg. Daarom ben ik ook zo tevreden met het initiatief dat de Vlaamse overheid recent goedkeurde: de investering van miljoenen euro’s in pilootprojecten rond geïntegreerde zorg van vroegtijdige trauma’s bij kinderen. De wetenschappelijke literatuur daarover is heel duidelijk: als kinderen trauma’s oplopen in de eerste levensjaren – verwaarlozing, misbruik, geweld, complexe scheidingen, ouders die verslaafd zijn ... – en je werkt daaraan op een geïntegreerde manier, dan biedt dat veel kansen om erger te voorkomen en gezondheidsuitkomsten te verbeteren. Als je kinderen gezond en veilig gehecht door de eerste duizend dagen krijgt, is de gezondheidswinst gigantisch. Daarmee kun je letterlijk miljarden euro’s besparen. Hier is samenwerking tussen heel diverse actoren uiteraard onontbeerlijk. Allerlei partners komen in contact met de ouders of andere primaire zorgverleners, en kunnen snel signalen oppikken. In Vlaanderen bevalt de meerderheid van de vrouwen in het ziekenhuis: dé ideale plek om met moeders en vaders gesprekken aan te knopen over het belang van de eerste levensjaren, want daarover is nog veel onwetendheid. En nadien heb je natuurlijk Kind en Gezin, kinderopvang, de CLB’s, de huisarts, enzovoort.”

Van Israël tot Kazachstan

De Belgische context is – op het vlak van wetgeving en financiering bijvoorbeeld – oeverloos complex. “Maar dat mag geen excuus zijn om te blijven stilstaan”, vindt Borgermans. “Het zou een dooddoener zijn om te beweren dat dingen niet mogelijk zijn door moeilijke staatsstructuren. Het is niet langer de vraag óf er iets moet gebeuren, maar wanneer. Het RIZIV kende in 2020 aan 12,1% van de Belgische bevolking het statuut chronische aandoening toe, een stijging van meer dan 3% tegenover 2013. Zoeken naar andere zorgmodellen is dus een must, en dan is geïntegreerde zorg een goede optie.”

En we kunnen veel leren uit buitenlandse voorbeelden, benadrukt Borgermans. “In Israël staan ze bijvoorbeeld al heel ver: hun geïntegreerd systeem van zorg op de eerste en tweede lijn dekt een groot deel van de bevolking. Ook het Verenigd Koninkrijk behaalt mooie resultaten op bepaalde vlakken; daar is vooral het netwerkdenken in de eerste lijn goed ontwikkeld. En in Nieuw-Zeeland zie je bijvoorbeeld dat de hele sociale sector – met bijvoorbeeld huisvesting en werkgelegenheid – ook mee geïntegreerd wordt. Maar ook een land als Kazachstan levert fantastisch werk op het vlak van preventie: dat je vroegkinderlijke trauma’s snel en efficiënt moet aanpakken, hebben ze daar al lang begrepen. Enige bescheidenheid in het Westen is dus zeker op zijn plaats. Als we als land een kwantumsprong willen nemen, is het zeker goed om *best practices* uit andere landen te evalueren. Maar eenvoudige *copy paste* werkt helaas niet, omdat de context in elk land verschillend is. Er zijn heel wat cruciale randvoorwaarden – denk aan wetgeving, financiering, personeelsbeleid – die noodzakelijk zijn om van geïntegreerde zorg echt een succes te maken.”

Een ander cruciaal element is *governance*, vertelt Borgermans. “Nu zijn er heel wat lovenswaardige projecten, maar zonder duidelijke beleidsstructuur wordt het moeilijk om echt iets te veranderen. Dan kom je niet verder dan initiatieven tussen individuen die naar best vermogen op één lijn gaan staan, vaak rond slechts één pathologie. In de Verenigde Staten

heb je bijvoorbeeld zoiets als *‘Kaiser Permanente’*, een organisatie die zorg van A tot Z aanbiedt voor een volledige populatie. Je kan dat zien als een groot bedrijf, met een CEO, een raad van bestuur, een management, enzovoort. Zij behalen mooie resultaten. Alleen heb je in de VS natuurlijk de realiteit dat dit enkel voor een deel van de bevolking gebeurt, terwijl geïntegreerde zorg eigenlijk bestemd moet zijn voor iedereen. Maar op zich kunnen we het idee van *governance* zeker meenemen. In Vlaanderen is trouwens ook al de basis gelegd voor zo’n structuur, met de zestig eerstelijnszones, elk met hun zorggraad die onder meer bekijkt of bepaalde prioriteiten in een regio samen kunnen worden aangepakt.”

Stiefmoederlijke behandeling

Een andere randvoorwaarde voor geïntegreerde zorg is de aanwezigheid van de juiste competenties. “We gaan er gemakkelijk van uit dat zorgprofessionals dat wel zullen kunnen, maar dat gaat uiteraard niet zomaar vanzelf. In de artsenopleiding is daar vandaag gelukkig al meer aandacht voor, maar het vak ‘geïntegreerde zorg’ wordt toch nog wat stiefmoederlijk behandeld. Nochtans heb je hiervoor veel verschillende *skills* nodig, zoals leren functioneren in een team en bepaalde tools kunnen toepassen. Denk bijvoorbeeld aan *shared care protocols*: schema’s die duidelijk maken wie je als zorgprofessional bij welke pathologie moet inschakelen om de aanpak te versterken. Maar in Vlaanderen werkt de helft van de huisartsen nog steeds solo en bovendien is er een grote groep oudere huisartsen. Je kunt er niet zomaar vanuit gaan dat zij al die zaken kennen en zullen toepassen, vaak zonder enige incentive. Denk bijvoorbeeld ook aan het concept van populatiemanagement, dat zo belangrijk is voor geïntegreerde zorg. Weten wie de populatie binnen een bepaalde regio is, wat hun noden zijn en welke interventies daartegenover worden gesteld. Dat staat bij ons nog in de kinderschoenen. Als je de juiste competenties en tools combineert met geschikte wetgeving, financiering en *governance*, dan kun je geïntegreerde zorg grondig uitbouwen.”

“Als we heel eerlijk zijn, zou veel curatieve zorg voorkomen kunnen worden als we geïntegreerd zouden samenwerken, vertrekkende van preventieve zorg”

Liesbeth Borgermans



Jo Leenders

Timothy Taerwe

Mathias Peeters

Hilde De Nutte

Bernadette Van Den Heuvel

Mineke Viaene

“Het is tijd voor actie”



TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRYVER

Van 22 tot 24 mei 2023 vond in Antwerpen de ‘*International Conference on Integrated Care*’ plaats. Dat is een prestigieuze conferentie waar vanuit alle windrichtingen mensen aan het woord kwamen om het te hebben over geïntegreerde zorg. Zorgnet-Icuro mocht niet ontbreken en schoof vier *good practices* naar voren. “Er zijn de voorbije jaren al heel wat theoretische modellen gelanceerd, maar de zorgsector heeft handvatten nodig om concreet aan de slag te gaan”, zeggen stafmedewerkers **Bernadette Van den Heuvel** en **Hilde De Nutte**.

“Geïntegreerde zorg is een van de belangrijke beleids-thema’s van Zorgnet-Icuro”, zegt Hilde De Nutte. “In het verleden hebben we daarover heel wat nota’s gepubliceerd, maar nu is het tijd voor actie. Voorzieningen hebben handvatten nodig om concreet aan de slag te gaan, dus leek het ons een mooi idee om vier *good practices* in de verf te zetten. Die slaan de brug tussen zorg en welzijn, betrekken voldoende partners en leggen de focus op continuïteit van zorg.”

“We moeten nu schakelen”, vult collega Bernadette Van den Heuvel aan. “We blijven vaststellen dat er in het huidige landschap te veel schotten zitten tussen gezondheidszorg en welzijn. Wereldwijd begint men te beseffen dat zorg en welzijn samenhangen, en dat de organisatie en financiering dus anders moeten. Met als uitgangspunt de cliënt en zijn zorg- en levensdoelen, niet het zorgaanbod.”

Intussen zijn er al heel wat mooie voorbeelden te vinden, maar helaas zijn er ook nog struikelblokken. “Op het niveau van organisaties en teams wordt op verschillende plaatsen al mooi geïntegreerd gewerkt, maar op systeemniveau - het beleid dus - blijven we achter. Daar knelt het schoentje. Er zijn zoveel verschillende regels rond financiering en bevoegdheden ... Elke sector heeft eigen cao’s, waardoor samenwerken erg moeilijk is. Eigenlijk zouden we helemaal opnieuw moeten kunnen beginnen, met een *tabula rasa*. Hopelijk kunnen deze *good practices* niet alleen de organisaties inspireren, maar ook de verschillende overheden.”

GOOD PRACTICE GEÏNTEGREERDE ZORG: G-CARE

“Met één geel bolletje leggen wij de verbinding tussen gezondheidszorg en welzijn”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRYVER

Armoede versterkt de kans op gezondheidsproblemen, en vice versa. Om daaraan iets te doen, werd in Geel G-care opgericht. Artsen Mineke Viaene en Jo Leenders geven tekst en uitleg.

In 2012 stond dr. Mineke Viaene met één been in de gezondheidszorg en met het andere in het welzijnsveld. “Ik werkte als neuroloog in Ziekenhuis Geel en was tegelijk ondervoorzitter van het OCMW in Geel. Een van de eerste zaken waarmee ik toen geconfronteerd werd, was de armoedebaarometer van onze stad. Wat bleek? De twee ziekenhuizen in Geel waren de grootste factoren voor het ontstaan en voortbestaan van armoede. Heel wat mensen kwamen namelijk in schulden terecht omdat zij hun ziekenhuisfacturen niet konden betalen. En daarnaast zag ik dat ons ziekenhuis – en zeker de dienst spoedgevallen – overspoeld werd door mensen in armoede, vaak met zorgvragen waarmee onze artsen geen blijf wisten.”

Zo ontkiemde het idee voor G-care, dat nu zes jaar bestaat en intussen ook structureel verankerd is. “Alle cliënten die steun krijgen van het OCMW – omdat ze worstelen met sociaal-financiële problemen –

“Alle cliënten die steun krijgen van het OCMW – omdat ze worstelen met sociaal-financiële problemen – hoeven geen remgeld of supplementen meer te betalen in ons ziekenhuis

Mineke Viaene





“De ziekenhuizen kunnen dankzij G-care een belangrijke rol spelen als ‘voelspriet’ voor allerlei sociale problemen”

Jo Leenders

Ziekenhuis als voelspriet

Toen G-care opgestart werd, was Jo Leenders hoofdarts van Ziekenhuis Geel. “Ik geloofde heel erg in het project, maar het was natuurlijk cruciaal om de ziekenhuisdirectie en de artsen over de streep te krijgen. Dat OCMW-cliënten geen remgeld of supplementen meer hoeven te betalen, betekent natuurlijk een daling van de inkomsten. Maar er was meteen veel enthousiasme. Artsen zijn best sociaal voelend hoor. (lacht) Bovendien wordt de spoedgevallendienst hierdoor stevig ontlast. Dankzij het G-care systeem is het aantal ziekenhuisopnames van deze kwetsbare groep opvallend afgenomen. En de ziekenhuizen kunnen dankzij G-care een belangrijke rol spelen als ‘voelspriet’ voor allerlei sociale problemen. Daarom vind ik het symbolisch zo belangrijk dat Zorgnet-Icuro ons project uitkoos als ‘good practice’ van geïntegreerde zorg. Het is een koepel die de belangen van ziekenhuizen verdedigt, maar hiermee slaat ze de brug naar artsen, de eerste lijn en welzijnzorg. Dat is ontzettend waardevol.”

hoeven geen remgeld of supplementen meer te betalen in ons ziekenhuis. Als zij aangemeld worden via de Sociale Huizen van de eerstelijnszone ZuiderKempem, verschijnt er bij hun dossier automatisch een geel bolletje, het symbool van G-care. Dat ene bolletje legt dus de verbinding tussen gezondheidszorg en welzijn, mét succes. Intussen is de schuldenopbouw bij deze kwetsbare groep gestagneerd.”

Maar G-care gaat verder dan dat, vertelt Viaene. “Deze kwetsbare groep komt vaak naar het ziekenhuis met problemen die niet altijd van medische aard zijn. Doordat we dat gele bolletje zien verschijnen, weten we als artsen dat we daar extra alert voor moeten zijn. We luisteren naar hun verhaal en als hun problemen buiten onze expertise vallen, signaleren we dat aan de verbindingscoach van het OCMW. Ook de huisartsen en apothekers kunnen dat doen. De verbindingscoach neemt dan contact op met de persoon in kwestie, gaat op huisbezoek en peilt naar wat er precies misloopt. Vervolgens helpt hij een oplossing zoeken, als een gids. Stel dat iemand bijvoorbeeld al jaren kampt met een kapotte boiler in zijn sociale woning. Dan zal de verbindingscoach de sociale verhuurmaatschappij contacteren. Ook als er andere diensten ingeschakeld moeten worden, gaat de verbindingscoach mee naar het eerste contact, bij wijze van ‘warme overdracht’. Zo krijgen mensen opnieuw vertrouwen.”

De belangrijkste uitdaging voor G-care? “Dat is het klassieke verhaal: meer middelen zouden welkom zijn. Op dit moment werkt het OCMW van Geel samen met de OCMW’s van Meerhout en Laakdal. Steeds meer huisartsen en apothekers vinden ook de weg naar G-care. Dat enthousiasme is fantastisch, maar voor één halftijdse verbindingscoach wordt de werkdruk te groot. Dat zouden we dus graag uitbreiden. Verder is het Belgische systeem heel moeilijk werkbaar. Gemeenten die een gelijkaardig project willen opstarten, staan voor een taaie klus. De OCMW’s worden door Vlaanderen gefinancierd en de ziekenhuizen door het federale niveau. Dat zijn twee totaal gescheiden werelden, helaas. Wij kregen aanvankelijk projectsteun van de provincie Antwerpen, maar vandaag zou dat niet meer mogelijk zijn. Financiering vinden is dus erg moeilijk geworden. Doodzonde, want in een ideale wereld zou heel België overstappen op G-care!”

GOOD PRACTICE GEÏNTEGREERDE ZORG: VZW WELGERUST

“We willen de kennis over slaapgezondheid vergroten”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Steeds meer mensen lijden aan slapeloosheid en grijpen naar slaapmedicatie. Nochtans zijn er heel wat alternatieven, te beginnen met goede slaaphygiëne. In de Kempen wil vzw Welgerust geïntegreerde zorg aanbieden rond slaapproblemen, vertelt dr. Mathias Peeters.

“Als huisarts krijg ik heel vaak patiënten over de vloer die klagen over slaapproblemen”, vertelt dr. Mathias Peeters. “Die kunnen allerlei oorzaken hebben: stress, onderliggende aandoeningen, slechte slaaphygiëne ... En het is niet onschuldig: slaapstoornissen komen voor bij één op de drie Belgen en geven een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes, obesitas, neurodegeneratieve aandoeningen, depressies, angst en verslavingsproblemen. Slecht slapen doet de levensverwachting dalen. De nood is dus hoog, en toch is er nog veel onwetendheid over slaap. Bij patiënten, maar ook bij huisartsen en andere hulpverleners.”

“Veel patiënten krijgen slaapmedicatie voorgeschreven, die verslavend kunnen werken. Terwijl er vaak alternatieven zijn”, zegt Peeters. “En in de slaapcentra van de ziekenhuizen worden ook zeer veel slaaptests afgenomen, om bijvoorbeeld te controleren op slaapapneu, terwijl dat niet altijd nodig is. Die gespecialiseerde artsen hebben vaak lange wachtlijsten, wat sociaal en maatschappelijk een ramp is. Want in bepaalde gevallen is een snelle doorverwijzing wél cruciaal. Denk bijvoorbeeld aan een vrachtwagenchauffeur die met slapeloosheid kampt: het is niet verantwoord om dan nog te rijden, waardoor die persoon arbeidsongeschikt wordt. Dan is acute hulp zeer belangrijk.”

“Als er minder zinloze doorverwijzingen zijn naar slaapcentra, kunnen de wachtlijsten daar ook afnemen en kunnen mensen er sneller terecht, wat soms levens kan redden

dr. Mathias Peeters

“Daarom besloten we in 2020 om een netwerk- en platformorganisatie op te richten: vzw Welgerust”, legt Peeters uit. “Het is een engagement tussen de eerste lijn (huisartsen, eerstelijnspsychologen, kinesisten, osteopaten ...) en de tweede lijn (ziekenhuizen). Maar we richten ons ook rechtstreeks tot de patiënten zelf, de zogenaamde nulde lijn. En eigenlijk tot iederéén die slaapgezondheid een warm hart toedraagt, denk bijvoorbeeld aan apothekers, diëtisten, sociale diensten, wetenschappelijke medewerkers, enzovoort. We willen de kennis over slaapgezondheid vergroten, preventief werken, slaapstoornissen vroeg opsporen, zorgpaden ontwikkelen en niet-medicamenteuze behandelingen of interventies ontwikkelen en ter beschikking stellen.”

Levens redden

Het zorgpad dat vzw Welgerust heeft uitgebouwd, wil iedereen toegang geven tot gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde hulp. En de huisartsen en specialisten tegelijk ontlasten, zodat zij tijd hebben voor patiënten met ernstige problemen. “Binnenkort zal op onze website een vragenlijst verschijnen rond slaapgezondheid. Als een patiënt slecht slaapt, kan hij die invullen en met de resultaten heel gericht naar de huisarts stappen. Die bekijkt dan welke hulp nodig is: volstaat advies rond betere slaaphygiëne? Is een doorverwijzing naar de psycholoog aangewezen? Of toch een doorverwijzing naar een gespecialiseerd slaapcentrum?”

“We ontwikkelen met Welgerust een online platform waar een eerste screening naar het type slaapstoornis wordt gedaan, en naar wie het best wordt verwezen. Dit om de artsen en paramedische specialisten te ontlasten en ondersteunen. Maar op termijn kunnen we hiermee veel gericht doorverwijzen naar slaapcentra. Als er minder zinloze doorverwijzingen zijn, kunnen de wachtlijsten daar ook afnemen en kunnen mensen er sneller terecht, wat soms levens kan redden. Het is de bedoeling dat de eerste lijn een bepaald mandaat krijgt om met thuiscreening aan de slag te gaan en mensen op te volgen, met de nodige vorming.”

Peeters is trots dat Welgerust het debat heeft kunnen openen en meer bewustzijn rond slaapgezondheid heeft gecreëerd, maar vooral dat het allerlei mensen met kennis van zaken bij elkaar heeft gebracht. “De grootste uitdaging nu is financiering. We botsen op hetzelfde als velen in deze sector: het gebrek aan politieke goodwill om meer met preventie bezig te zijn. In het ideale geval kunnen we Welgerust uitbouwen tot een breed gedragen project in de hele Kempen, met een manager die de touwtjes in handen neemt én met wetenschappelijk onderzoek, zodat we nog beter kunnen inspelen op de noden van de bevolking. Ook onze website zal nog meer worden uitgebouwd, waardoor mensen er terecht kunnen voor tips en eventuele doorverwijzing, wat de eerste en tweede lijn zal ontlasten, zodat zij tijd hebben voor wie echt hulp nodig heeft.”

GOOD PRACTICE GEÏNTEGREERDE ZORG: VZW DE BRON

“65 procent van de mensen die we begeleiden, keren nadien terug naar huis”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRYVER



“Dankzij de transitieperiode krijgen mensen nieuwe inzichten en handvaten om langer en comfortabeler thuis te kunnen blijven wonen”

Timothy Taerwe

In een ideale wereld blijven ouderen zo lang mogelijk thuis wonen, maar in de praktijk belanden ze vaak vroegtijdig in een woonzorgcentrum. Oriënterend kortverblijf kan dat voorkomen, vertelt Timothy Taerwe van vzw De Bron.

“Heel wat kwetsbare ouderen met gezondheidsproblemen of cognitieve problemen, zoals beginnende dementie, worden thuis opgevangen door een netwerk van mantelzorgers en professionals. Maar als er een crisissituatie ontstaat, belanden zij vaak in het ziekenhuis of een woonzorgcentrum”, vertelt Timothy Taerwe, verantwoordelijke zorg aan bewoners en cliënten van vzw De Bron in Zottegem. “Om dat te vermijden, bieden wij sinds twee jaar ‘oriënterend kortverblijf’ aan. Er zijn verschillende redenen waarom mensen daar tijdelijk terecht kunnen. Soms is de thuissituatie onhoudbaar geworden en zijn er bepaalde problemen die niet opgelost raken. Of het kan ook dat de mantelzorgers een adempauze nodig hebben, omdat ze bijvoorbeeld op hun limieten stoten. Maar we krijgen ook aanmeldingen vanuit ziekenhuizen: patiënten die geen acute zorg (meer) nodig hebben, maar die – door allerlei omstandigheden – niet onmiddellijk naar huis kunnen. Het kan gaan om ouderen met cognitieve problemen, zoals beginnende dementie, of gezondheidsproblemen. En er zijn ook af en toe ouderen bij die ongeneeslijk ziek zijn. Vaak zorgt hun partner voor hen, maar die botst ook op zijn limieten. In zulke gevallen kunnen ook koppels bij ons het traject volgen, en bekijken we samen hoe de situatie voor iedereen beter kan.”

Het oriënterend traject duurt 60 dagen, legt Taerwe uit. “De volledige situatie wordt eerst heel grondig in kaart gebracht: de gezondheidssituatie, het welzijn, de praktische problemen, de zaken die wél goed lopen. De zorgvraag en de wensen van de betrokkenen worden uitgebreid onderzocht. Op basis daarvan wordt een nieuw zorg- en ondersteuningsplan opgesteld. Dat gebeurt via multidisciplinair overleg: alle betrokkenen komen regelmatig samen om alles te bespreken. Enerzijds de persoon zelf – die altijd centraal staat – en zijn directe omgeving, de huisarts, externe partijen zoals de thuiszorg en de mutualiteiten. En anderzijds ons team met een coördinator, arts, psycholoog, ergotherapeut, kinesitherapeut, verpleegkundigen en zorgkundigen. Tweewekelijks is er overleg en tussendoor wordt aan vastgelegde doelstellingen gewerkt. De ergotherapeut gaat bijvoorbeeld ook op huisbezoek om de thuissituatie van naderbij te bekijken en nodige aanpassingen te voorzien. Het is een heel intensief traject: 60 dagen lijkt misschien lang, maar het gaat altijd heel snel voorbij.”

Hernieuwde moed

Het doel van deze trajecten is mensen opnieuw oriënteren naar hun thuisomgeving, en een vroegtijdige verhuizing naar een woonzorgcentrum of een onnodige ziekenhuisopname vermijden, vertelt Taerwe. “We boeken heel mooie resultaten: 65% van de mensen die we begeleiden, keren nadien terug naar huis. Maar door het traject is de situatie daar wel anders dan voordien: we bieden handvaten en ondersteuning aan, waardoor de draagkracht van mensen verhoogt en ze hernieuwde moed en energie krijgen. Maar er zijn natuurlijk ook gevallen waarbij het multidisciplinaire team vaststelt dat zo’n terugkeer niet verantwoord is. Dan wordt gezocht naar de meest gepaste woonvorm. Dat kan een woonzorgcentrum zijn, maar ook een assistentiewoning of meer ondersteuning thuis, eventueel in combinatie met een dagcentrum.”

Er zijn tien plaatsen voor het oriënterend kortverblijf bij vzw De Bron, en dat is helaas te weinig, aldus Taerwe. “We merken dat de vraag zeer groot is, vandaar dat we met een wachtlijst moeten werken. Een spijtige zaak, want het is zeker de bedoeling om ook acute situaties te kunnen opvangen. Het 60-dagen-traject inkorten is helaas geen optie: in een ideale wereld zou de periode zelfs 90 dagen duren, omdat het traject zo intensief is.” Doordat de vraag zo groot is en het aanbod in heel Vlaanderen zeer beperkt, komen er soms mensen van ver buiten Zottegem. “Dat maakt het voor bepaalde partners, zoals huisartsen, niet eenvoudig om deel te nemen aan onze overlegmomenten. Maar we merken wel zeer veel bereidheid om mee te werken, bij alle betrokkenen. Zelf vinden we deze trajecten ook een grote verrijking. Elk verhaal biedt weer nieuwe leer mogelijkheden voor ons team. En uiteraard is de meerwaarde voor de betrokkenen heel groot: dankzij de transitieperiode krijgen mensen nieuwe inzichten en handvaten om langer en comfortabeler thuis te kunnen blijven wonen, of ze worden toegeleid naar het best mogelijke alternatief.”

“Het is een heel intensief traject: 60 dagen lijkt misschien lang, maar het gaat altijd heel snel voorbij”

Timothy Taerwe

GOOD PRACTICE GEÏNTEGREERDE ZORG: VZW VERSLAVINGSKOEPEL

“Win-win-win-verhaal: voor artsen, ervaringsdragers én mensen met een verslaving”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Door samen te werken met ervaringsdragers, slaagt vzw Verslavingskoepel Kempen erin om betere hulp te bieden aan patiënten met een verslaving en het herval in te dijken. Neurologe Mineke Viaene en ervaringsdrager Patrick Nijsmans doen hun verhaal.

Hoe het allemaal begonnen is? “Doordat ik in mijn jonge jaren veel te veel heb gedronken”, grijnst Patrick Nijsmans. Hij was al lang lid van de AA, maar wilde meer betekenen voor mensen met een verslaving. “In 2012 hebben we een adviesraad opgericht met allerlei partners in de verslavingszorg. Zo ontmoette ik ook Mineke Viaene en ik vertelde haar dat ik graag iets voor haar wilde betekenen.” Pas enkele jaren later kwam het ook effectief tot een samenwerking, vertelt Viaene. “Ik was toen net diensthoofd ad interim van de afdeling neurologie van Ziekenhuis Geel en mijn mailbox zat altijd vol boze berichten. Wij zijn een ziekenhuis zonder PAAZ-afdeling, net als de meeste ziekenhuizen in de Kempen, een regio waar het helaas armoe troef is qua psychiatrie. We hebben ook geen verslavingsafdeling, dus wanneer patiënten met een verslaving arriveerden op onze spoedgevallendienst, was er altijd veel onenigheid tussen de afdelingen: niemand wilde hen opnemen. Meestal belandden ze dan op de dienst neurologie.



“Onze vrijwilligers zijn aangewezen ‘gidsen’ voor patiënten met een verslaving, omdat zij hun ervaring uit de eerste hand kunnen delen

Mineke Viaene

“Vroeger ging 5% van de verslaafde patiënten na een opname naar een zelfhulpgroep, nu is dat 60%”

Mineke Viaene

Maar omdat de patiënten daar niet altijd de juiste zorg kregen, vertrokken ze vaak boos. Waarop weer kwade telefoons van familie volgden. Er moest iets veranderen, en toen dacht ik dus terug aan die ontmoeting met Patrick. Als hij me wilde helpen, was dat het proberen waard.”

Na overleg besloten Viaene en Nijsmans de handen in elkaar te slaan en een vrijwilligerswerking uit te bouwen met ervaringsdragers die zelf ooit te maken kregen met een vorm van verslaving. “We noemen hen bewust geen ervaringsdeskundigen, omdat we hen niet opleiden tot (pseudo-)therapeuten. Maar zij zijn wel aangewezen ‘gidsen’ voor patiënten met een verslaving, omdat zij hun ervaring uit de eerste hand kunnen delen. Met de steun van het OCMW Geel hebben we een vrijwilligerswerking uitgebouwd – intussen zijn er al vijftig vrijwilligers – met twee coördinatoren: één professional en één ervaringsdrager. Dat duale verhaal is cruciaal: we vullen elkaar perfect aan, het is altijd tweerichtingsverkeer. Intussen zijn we uitgegroeid tot een groot netwerk van vier ziekenhuizen, 21 OCMW’s, talloze huisartsen uit 27 gemeenten, een residentieel drughulpverleningscentrum en 15 zelfhulpgroepen.”

Ervaringsdrager als gids

Wanneer een patiënt met verslavingsproblemen binnenkomt in een van de ziekenhuizen, krijgt die meteen een medische *detox*, legt Viaene uit. “Gemiddeld duurt zo’n opname 7 dagen. Nadien valt er weer goed met de patiënt te praten. Intussen gaat de sociale dienst op zoek naar een ervaringsdrager met een goede *match* qua leeftijd, geslacht en verslavend product. Die gaat met de patiënt in gesprek en wordt zijn gids.” Als ervaringsdrager weet je nu eenmaal wat zo’n patiënt doormaakt, vertelt Nijsmans. “We gaan op zoek naar alle hulp die nodig is en wijzen de weg. Zelfhulpgroepen zijn altijd een logische stap,

maar we kunnen ook meegaan naar de huisarts, naar het CAW voor slachtoffer-dader-bemiddeling, naar eerstelijnsdrughulp, enzovoort. En we verliezen de context niet uit het oog: als de omgeving van een verslaafde betrokken wordt, krijgt die meer begrip en kunnen zij na verloop van tijd onze rol overnemen.”

Het zorgpad Transmurale Verslavingszorg, zoals dit project officieel heet, is duidelijk een *win-win*-situatie voor alle partijen. “Voor ons is het een enorme ontzorging”, vertelt Viaene. “Wij kunnen doen waar we goed in zijn – medicinale *detox* – en we weten dat de patiënten uitstromen naar een pad zonder wachtlijsten dat levenslange zorg biedt. Ook de huisartsen, die een groot deel van de nazorg leveren, zijn heel enthousiast over dit verhaal.” Ook de vrijwilligers halen hier een groot voordeel uit, vertelt Nijsmans. “Voor ons is dit een vorm van therapie. Je moet natuurlijk je anonimiteit opgeven – iets wat bij de AA niet hoeft – maar je krijgt de kans om anderen te helpen. En omdat je telkens weer geconfronteerd wordt met verslaving, blijf je gemotiveerd om zelf nuchter te blijven.”

Het project bestaat nu vijf jaar en kan al mooie resultaten voorleggen, vertelt Viaene. “Vroeger ging 5% van de verslaafde patiënten na een opname naar een zelfhulpgroep, nu is dat 60%. En het aantal ongeplande heropnames rond verslaving is gehalveerd. Ter vergelijking: bij andere psychiatrische problemen is dat aantal heropnames verviervoudigd. Het loont dus echt om iets te ondernemen. De enige grote uitdaging blijft de financiering. De zelfhulpgroepen zijn een Vlaamse bevoegdheid, de ziekenhuizen vallen onder het federale niveau. Dat maakt het heel complex om middelen te verzamelen. Bovendien krijgen we vanuit de overheid maar drie dagen zorg voor de opname van een patiënt met verslaving, terwijl een goede *detox* een week duurt.”

10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Prof. dr. Marina Danckaerts gaf de fakkel door aan Stef Decoene, doctor in de psychologie. Decoene geeft les aan de VUB en is directeur Zorg & Organisatie in Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum Kompas in Genk. Daarnaast zat hij de werkgroep voor die de nota 'geblokkeerde ontwikkelingstrajecten bij jongeren' schreef. Daarmee werd de basis gelegd voor recente veranderingen in het Agentschap Opgroeien. Met 'Over stoute dingen doen' schreef Stef Decoene het eerste Nederlandstalige handboek criminologische psychologie dat vanuit de meest recente psychologische kennis beschrijft hoe een persoon zo ver kan komen dat hij (ernstig) normoverschrijdend gedrag stelt.

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Ik denk niet dat we heel vaak echt kunnen kiezen in het leven. Ik ben dus in de zorg gerold. Maar als je blijft proberen om wat je doet goed te doen - en daar door je opvoeding toe gestimuleerd bent - kom je uiteindelijk wel op de plaats waar je écht ten volle hoort.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

Dat ik niet moet vechten tegen dingen waarover ik geen controle heb, dat ik moet blijven kijken naar mezelf om niet altijd opnieuw dezelfde fouten te maken, en dat niet 'perfectie' maar 'goed genoeg' het betere doel is.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Dat ik vanop wat afstand kijk naar situaties vooraleer ik handel en me afvraag wat hier goed, of ten minste goed genoeg, zal werken. Ik denk dat het goed genoeg is dat ik weet wat er werkt, maar dat ik misschien niet genoeg investeer om anderen, op hun tempo, te tonen dat het zal werken.

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

Ophouden met anderen en de overheid de schuld geven voor wat fout loopt, maar kijken naar het eigen huishouden en zorgen dat het daar beter of voldoende goed gaat.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik ben al even gestopt met alcohol drinken, al snoep ik nu wel eens te veel. En ik denk er vaak aan om terug meer te sporten. Als psycholoog geloof ik in de kracht van gedachten.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Wanneer mijn kinderen weer eens dansend door het leven walsen. Of de collega die plots ontdekt dat hij het beter gedaan heeft, en merkt dat het ook gezien werd.

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Ik herlees regelmatig alles, écht alles, van Jane Austen. En ik word even stil telkens ik een schilderij van Turner zie. Voor een ADD-er als ik kan dat dan tellen.

8 Welke droom koestert u?


Dat de wereld voor mijn dochters minder vrouwonvriendelijk wordt, al zijn er heel wat tendensen waar te nemen die me niet bepaald gunstig stemmen.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Wat reizen en in de tuin werken met iemand die me graag ziet. Veel boeken lezen. Zien dat mijn kinderen het volgehouden beter doen dan ik het ooit heb gedaan - en me dan afvragen of ik er toch voor ietsje tussen zit.

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

An Coucke, directeur van gemeenschapsinstelling De Grubbe. Haar ken ik van donkerder dagen, maar het is An die me toonde wat ten goede gebeurt als je blijft zoeken om te zijn wie je wil zijn.

A close-up portrait of a middle-aged man with a grey beard and glasses, smiling warmly. He is wearing a dark red sweater over a blue collared shirt. The background is a plain, light-colored wall.

“Als je blijft proberen om wat je doet goed te doen - en daar door je opvoeding toe gestimuleerd bent - kom je uiteindelijk wel op de plaats waar je écht ten volle hoort”

“Slogans helpen ons niet vooruit. Maar onze kop in het zand steken evenmin”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

De vacatures voor verpleegkundigen krijgen we niet allemaal ingevuld. Vandaag niet en ook morgen niet. Het wordt tijd dat we dat erkennen en de organisatie van de zorg serieus veranderen. Dat zegt prof. dr. Dirk Ramaekers, voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid. Maar hij is optimistisch. “Met leiderschap en overleg kunnen we de grote werven in de gezondheidszorg aan. Tegelijk moeten we ons voorbereiden op de impact van de klimaatcrisis op de gezondheidszorg.”





Dirk Ramaekers heeft al een rijke loopbaan in de gezondheidszorg. Hij is professor *Evidence Based Healthcare* aan de KU Leuven, werkte als adviseur op diverse kabinetten, stond aan de wieg van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en was directeur gezondheidspolitiek bij de CM. Hij werkte als arts in het UZ Leuven, was algemeen medisch directeur in ZNA en sinds 2015 hoofdarts in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt. En toen brak de covidcrisis uit.

In december 2020 werd u hoofd van de taskforce Vaccinatiestrategie. Hebt u getwijfeld toen men u vroeg? U had op dat moment de handen vol als hoofdarts in het Jessa Ziekenhuis?

Dirk Ramaekers: “Het land zat in een zeer diepe crisis. De mortaliteit was hoog en tegelijk was er de sociaal-economische impact. Ik had ook mijn voorgeschiedenis mee. Ik werkte eerder al op kabinetten en voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Toen ik werd opgebeld voor deze opdracht, hoefde ik niet lang na te denken. Zoiets doe je gewoon. In een crisis help je waar je kan.”

We kunnen ondertussen met enige afstand terugblikken op de covidcrisis. Wat hebt u de afgelopen twee en een half jaar geleerd?

“Ik heb met verbazing en verwondering gezien hoeveel mensen boven zichzelf uitstijgen in een crisis. Een crisis confronteert je met de vraag: wat vinden we belangrijk in het leven? Wat is ons waardekader? We zijn doorgaans vrij materialistisch ingesteld, een gevolg van onze welvaart en een maatschappelijk stabiel systeem. In tijden van crisis gedragen mensen zich anders. Ik heb het van erg nabij meegemaakt, samen met de artsen en verpleegkundigen op de werkvloer. Bij veel zorgverleners leefde het gevoel: dit is wat wij moeten doen. Hiervoor zijn we opgeleid. Ik mocht er getuige van zijn hoe een crisis bij veel mensen, als het er echt op aankomt, het beste naar boven haalt. Er waren ook artsen en verpleegkundigen, op zich fantastische zorgverleners, die de stress niet aankonden. Zij bleven thuis en dat was goed. Maar nooit eerder zag ik zoveel verbondenheid, zoveel teamvorming van mensen die tweehonderd procent zichzelf gaven. Hetzelfde zag ik toen we de vaccinatiestrategie in de praktijk brachten. Die hele mobilisatie in de vaccinatiecentra, de ziekenhuizen, de woonzorgcentra, dat was ongelooflijk. We zijn tot veel meer in staat dan we denken. Ik heb leiderschap gezien, mensen die hun nek uitstaken, een visie ontwikkelden, knopen doorhakten en de handen uit de mouwen staken.

Het belang van leiderschap blijft me bij. Met alle uitdagingen en hervormingen waar we voor staan, hebben we dat soort leiderschap nodig. Management kan je leren. Leiderschap tot op zekere hoogte ook, maar je moet het toch in je hebben. Het heeft met je persoonlijkheid te maken. Leiderschap spreekt het beste in mensen aan en brengt dingen collectief in beweging.

De jongste decennia investeren zorgvoorzieningen in dat leiderschap. Het maakt deel uit van het kwaliteitsbeleid. Introspectie is belangrijk. Regelmatig naar jezelf en het eigen team durven kijken, elkaar ondersteunen, samen oplossingen zoeken en waar nodig ook moeilijke gesprekken aangaan. Die cultuur zit meer en meer ingebakken in de ziekenhuizen en de woonzorgcentra. De strakke, hiërarchische structuur van weleer werkt niet meer. Betrokkenheid, verbondenheid, er samen voor gaan. Dat is wat leiderschap vermag. Het heeft ook met veerkracht te maken, *resilience*.”

“Betrokkenheid, verbondenheid, er samen voor gaan. Dat is wat leiderschap vermag. Het heeft ook met veerkracht te maken, *resilience*”

Dirk Ramaekers

In oktober 2022 werd u voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid. Volgens de pers was het uw opdracht om de FOD uit het slop te halen. Was het zo erg gesteld?

“De covidcrisis had een enorme impact op de FOD Volksgezondheid. De crisis kwam snel en de FOD was niet klaar. Dat is geen kritiek en geen schande. Het gebeurde in alle landen. De *preparedness*, zoals we dat nu noemen, was er niet. Er waren wel enkele mensen bezig met crisisbeheer, maar te beperkt. Er was de jaren voordien onvoldoende in geïnvesteerd, omdat de urgentie ontbrak.

Toen de regering De Croo startte, werd het coronacommissariaat opgericht. Men heeft mij toen gevraagd om daarvan deel uit te maken. Een van mijn taken daarna was net het op punt stellen van dat crisisbeheer. Ik leerde toen veel nieuwe medewerkers kennen op de FOD. Mensen die tot de top behoren als het op expertise, opleiding en achtergrond aankomt. Mensen die bewust kiezen om voor een overheidsdienst te werken, waar ze maatschappelijk mee het verschil kunnen maken. Ik zag gedrevenheid en enthousiasme. Tegelijk, als FOD Volksgezondheid moet



A close-up portrait of a middle-aged man with short, light brown hair and blue eyes. He is wearing a dark grey suit jacket, a white dress shirt, and a dark tie. He is looking slightly to the left of the camera with a neutral expression. The background is a soft, out-of-focus brown.

“We willen het kwaliteitsbeleid nog versterken door ook de individuele zorgverlener te betrekken. Dat is nieuw en het is nodig”

Dirk Ramaekers



je zelf ook aanwezig willen zijn. Dat was vroeger meer uitgesproken het geval. Als er vroeger gepraat werd over de ziekenhuizen, de ziekenhuisfinanciering, de regelgeving, dan nam de FOD meer actief deel aan de debatten met adviezen en soms ook waarschuwingen. Dat samenspel tussen politiek, een sterke overheid én de sector, was vroeger zeer hecht. Ik geloof in die driehoeksrelatie, inclusief het medebeheer vanuit de sector. Je kan discussiëren over welk gezondheidsstelsel het beste is, maar die driehoek werkt. Op voorwaarde dat er sterk leiderschap is, ook bestuurlijk vanuit de FOD.

Zijn de assets in de FOD aanwezig? Ja! Daarom is er van meet af aan voor gekozen om het coronacommissariaat niet langer te laten bestaan dan nodig. Op de achtergrond hebben we de FOD versterkt en hebben we de interne processen samen met het RIZIV, het FAGG, en ook Sciensano en het KCE onder de loep genomen. Samen met Bart Raeymaekers, directeur-generaal van het Nationaal Crisiscentrum, ben ik toen ook aangesteld als *Covid-focal-point* voor België. Er is een heel hechte samenwerking gegroeid binnen de interfederale crisiscel, maar ook met de deelstaten, onder meer in de *Risk Management Group* (RMG). Die RMG heeft ondertussen zijn waarde bewezen met de aanpak van de apenpokkenuitbraak en de vluchtelingencrisis. Erg belangrijk is dat er tijdens de crisis een sterke band ontwikkeld is, ook met de leidend ambtenaren van de deelstaten. We steunen elkaar door dik en dun. Dat moet ook, want de bevoegdheden raken elkaar. De vaccins worden bijvoorbeeld federaal aangekocht, maar de boostercampagne komend najaar wordt door de deelstaten georganiseerd. Dat samenwerkingsmodel werkt, ondanks de complexe bestuurlijke toestand.

De FOD Volksgezondheid voert intern een reorganisatie door en creëert voor het crisisbeheer een apart Directoraat Paraatheid en Respons inzake Noodsituaties op Gezondheidsgebied, met een eigen directeur-generaal. De vacature verschijnt binnenkort om eind dit jaar van start te gaan. Het directoraat zal onder meer de RMG, een deel van B-FAST en de strategische stock coördineren, maar ook alles wat met dringende geneeskundige hulpverlening te maken heeft: de spoedgevallendiensten, kritische infrastructuur, 112 ... Het wordt een krachtig directoraat met de ambitie duidelijk visibel te zijn.”

Naast het crisisbeheer heeft de FOD allicht ook de handen vol met een aantal lang aanslepende dossiers: de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur ... Kan u het goed vinden met minister Frank Vandenbroucke?

“Frank Vandenbroucke is één van de ministers voor wie de FOD werkt. Vergeet niet dat we ook over voedingsbeleid, diergezondheid en leefmilieu gaan. Het is logisch dat we goed samenwerken. De FOD heeft naast zijn uitvoerende rol ook zijn expertise. Minister Vandenbroucke hecht belang aan transparantie en interactie met de sector en daar vinden we elkaar zeker.

Een aantal grote werven sleept inderdaad al meer dan twintig jaar aan. Het doel van deze regering was om forse stappen vooruit te zetten. Covid heeft daar anders over beslist. Je kan die grote hervormingen alleen in overleg realiseren. Dat vergt tijd. Deze regering wil zeker nog stappen zetten, maar de grote werven zullen ook in de volgende legislaturen aangepakt moeten worden. Wat me hoopvol stemt, is dat de geesten ondertussen gerijpt zijn. Iedereen



**“Overleg is belangrijk,
maar daadkracht
evenzeer. Wat er
gebeurd is met de
borstklinieken,
is niet om fier op
te zijn”**

Dirk Ramaekers

beseft dat structurele verandering nodig is. Op het terrein zien we trouwens al veel bewegen. In veel ziekenhuizen zoekt de medische raad bijvoorbeeld naar een betere balans in de artseninkomens door te differentiëren in opdrachten voor fondsen voor investeringen en innovatie. Dat is goed, maar het is beter om dat soort zaken structureel aan te pakken, via een herijking van de nomenclatuur. Maar dan moeten we ook de machtsposities in de ziekenhuizen bespreken. Het is een complexe kwestie, maar we moeten erdoor. Zo ook met de ziekenhuisfinanciering. Iedereen beseft dat de ziekenhuisnetwerken pas echt kunnen werken met een netwerkfinanciering. Zolang die niet rond is, blijven de netwerken toch wat een papieren tijger.”

Bij politieke waarnemers leeft het idee dat de partijen al zodanig in verkiezingsmodus verkeren dat er niet veel meer gerealiseerd zal worden deze legislatuur. U deelt dat gevoel niet?

“Helemaal niet. Minister Vandenbroucke wil nog serieuze stappen zetten. We werken harder dan ooit. Er is geen sprake van achteroverleunen. We werken tegen de tijd om zoveel mogelijk wetsaanpassingen, KB's en uitvoeringsbesluiten nog dit jaar klaar te hebben. We geven vol gas.

We werken ook aan de uitvoering van de nieuwe Kwaliteitswet, waarin we de Wet op de Patiëntenrechten op termijn willen integreren. Vlaanderen heeft de jongste tien jaar belangrijke stappen gezet op het gebied van kwaliteit van zorg in zorginstellingen. Voor een groot stuk is dat *bottom-up* gerealiseerd. Transparantie is de norm vandaag. Het principe om de kwaliteit door een externe partij te laten evalueren, is grotendeels verworven. Ook de rol

van de ombudspersonen is redelijk goed uitgeklaard. Dat alles zie ik als fase één. De nieuwe Kwaliteitswet luidt fase twee in. We willen het kwaliteitsbeleid nog versterken door ook de individuele zorgverlener te betrekken. Dat is nieuw en het is nodig. Als een arts of een zorgverlener disfunctioneert, heeft een ziekenhuis vandaag weinig middelen om te remediëren. Want dat moet altijd de eerste optie zijn: remediëren, coachen, begeleiden, oplossingen zoeken. Nu treedt de overheid pas op als het ernstig fout loopt. We mogen het zover niet laten komen. Daarom willen we bijvoorbeeld de hoofddarts een positief kader aanbieden met meer mogelijkheden om de individuele arts te ondersteunen, maar ook – als dat niet helpt – om kordaat in te grijpen.

Over de Kwaliteitswet gaan we in overleg met de ziekenhuizen, de woonzorgcentra en alle actoren. Het zal een *deal* vergen tussen de overheid, de sector en de deelstaten. Iedereen moet mee in bad. De wet zal ook van toepassing zijn op individuele praktijken, bijvoorbeeld van artsen in privéklinieken. Ook het Vlaams Patiëntenplatform gaan we uiteraard bij het overleg betrekken, net als de wetenschappelijke verenigingen.

Overleg is belangrijk, maar daadkracht evenzeer. Wat er is gebeurd met de borstklinieken, is niet om fier op te zijn. We kennen al twintig jaar het belang van een multidisciplinaire aanpak en voldoende expertise en





Laat ons net als Zweden de moed hebben om te erkennen:
we gaan niet voldoende verpleegkundigen vinden

Dirk Ramaekers

ervaring. Een borstkliniek moet hiervoor een zekere omvang hebben. De enige juiste conclusie is dan om te kleine borstklinieken op te geven en de expertise te centraliseren voor meer kwaliteit en een betere overlevingskans. Maar wat gebeurde er? De lobbymolen kwam op gang en ondanks alle wetenschappelijke studies bleven we voortdoen. Het beleid was op de hoogte, de sector was op de hoogte, maar er gebeurde te weinig. Daar moeten we uit leren. Zelfs binnen de netwerken is het niet altijd gelukt om afspraken te maken in het belang van de patiënt. Kleine borstklinieken werden omgedoopt tot satellieten. Het was wachten op een nieuwe studie van het Federaal Kenniscentrum voor de alarmbellen afgingen. Ik hoop dat we zoiets niet meer hoeven door te maken. Ook voor andere disciplines moeten we dat bekijken. In de oncologie, maar zeker ook in de cardiologie. Liefst met voorstellen vanuit de sector zelf. Er is geen enkele reden om te wachten tot een minister paal en perk stelt.”

Ondertussen hebben de ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen nog andere katten te geselen. De krapte op de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld.

“We moeten dat debat ten gronde durven voeren. De jongste jaren is er van alles geprobeerd: meer loon, beter arbeidsvoorwaarden, betere opleidingen, imagocampagnes ... Allemaal lovenswaardige initiatieven, maar ze volstaan niet. Laat ons net als Zweden de moed hebben om te erkennen: we gaan niet voldoende verpleegkundigen vinden. Dus zit er niets anders op dan te kijken hoe we met de beschikbare capaciteit het best de zorg organiseren. We weten dat een deel van de zorg vandaag niet doelmatig wordt georganiseerd of niet als essentiële zorg kan bestempeld worden. Bepaalde patiënten moeten bijvoorbeeld om de zoveel tijd ‘op controle’ terugkomen, terwijl dat anno 2023 eigenlijk niet meer nodig is. We kunnen ook nog verdere stappen zetten richting thuishospitalisatie en ook dagziekenhuis. Het voordeel van de dagkliniek is dat je avond- en weekendwerk vermijdt. We praten verder al jaren over taakdifferentiatie. Daar ligt nog veel winst te rapen. We moeten ons zorgmodel anders organiseren. Het kan. En het zal moeten. In sommige provincies is er ook een overaanbod aan bedden. Ook dat moeten we in het debat hardop durven te zeggen. Begrijp me niet verkeerd: ik heb niet alle antwoorden in pacht. Maar ik weet wel dat we het debat moeten openen.”

Ook de geestelijke gezondheid lijkt op zijn tandvlees te zitten. Daar wegen vooral de wachtlijsten zwaar door.

“Ik heb persoonlijk wat een haat-liefdeverhouding met de geestelijke gezondheidszorg. De liefde komt voort uit het besef dat een sterke en performante geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk is. Er zijn ernstige en acute problemen, onder meer bij jongeren, waar we snel op moeten inspelen. Ook preventief moeten we meer doen. Ik heb veel appreciatie voor wie in de geestelijke gezondheidszorg werkt. Tegelijk zitten we met de erfenis uit het verleden, toen de geestelijke gezondheidszorg werd uitgebouwd tot een imperium met zeer veel residentiële zorg. Er waren lange tijd nauwelijks of geen alternatieven. Met de vermaatschappelijking is een eerste stap naar meer ambulante en mobiele zorg gezet. Maar op diverse plaatsen doet men nog hetzelfde als vroeger, maar dan ambulant. Ik wil niet veralgemenen, want er bestaan zeker ook goede voorbeelden, maar de betrokkenheid van de eerste lijn is nog altijd te beperkt. De bijkomende investeringen in de eerstelijnspsychologie zijn toch wel substantieel. Dit zal voor een deel van de patiënten een alternatief bieden.

Waar blijft trouwens de transparantie in de geestelijke gezondheidszorg? Anders dan de algemene ziekenhuizen zie ik daar te weinig beweging. We hebben nochtans data: over het gebruik van *psychofarmaca*, het aantal heropnames enzovoort. Andere landen tonen dat het kan. Maar bij ons kan het blijkbaar nog niet. Weinigen durven hun nek uitsteken in de geestelijke gezondheidszorg. Meer transparantie over de kwaliteit zou de legitimiteit van de geestelijke gezondheidszorg nochtans een boost geven.

Een grote bezorgdheid heb ik verder over het overmatig medicatiegebruik. Waarom blijven we zoveel *benzodiazepines* voorschrijven? Waarom worden die überhaupt nog voorgeschreven als slaappmiddel? We weten dat ze verslavend zijn en bijwerkingen hebben. Ook het ongebreidelde gebruik van antipsychotica stoot me tegen de borst. Idem dito voor de jongste generatie antidepressiva. Natuurlijk zijn die voor sommige patiënten aangewezen. Opnieuw: ik wil niet veralgemenen. Vele zorgverstrekkers, ziekenhuizen en woonzorgcentra werken hier hard aan en bouwen medicatie af. Maar wie de cijfers ziet, kan er niet naast kijken.”

De FOD Volksgezondheid behartigt ook de federale bevoegdheden over leefmilieu. Dat thema ligt u ook nauw aan het hart?

“Zeker en vast. Als het over de klimaatcrisis ging, had je lange tijd believers en non-believers. Vandaag is er geen twijfel meer. We hebben het geluk in een gematigd klimaat te leven, maar het komt zeer dichtbij. Kijk naar de landbouwcrisis door de droogte in Spanje, naar de hevige overstromingen na de droogte in Italië, of naar wat in 2021 in Wallonië gebeurde. Er vallen doden en de impact van de klimaatcrisis wordt alleen maar groter. Dat heeft gevolgen voor de gezondheidszorg en de dringende hulpverlening. We bereiden ons daarop voor. Ik was trots toen we vanuit de FOD als een van de eersten een veldhospitaal konden inzetten na de aardbeving in Turkije. Maar besef dat we die veldhospitaal ook in eigen land nodig zullen hebben. Dat is geen doemdenken, dat is realiteit.

Daarnaast wordt ons leefmilieu geconfronteerd met een daling in biodiversiteit, luchtverontreiniging, PFOS en PFAS ... Over het gecumuleerde effect op de gezondheid weten we nog te weinig. Reken daarbij de nieuwe infectieziekten die eraan komen. In Frankrijk zijn er al exotische muggen gesignaleerd. Zowel de acute als de chronische gezondheidszorg wordt de komende decennia hierdoor op de proef gesteld. Voor covid heeft alles moeten wijken. Voor de klimaatcrisis zal dat nog meer zo zijn.”

Speelt het aspect gezondheidszorg voldoende mee in het debat over de klimaatcrisis, het verlies aan biodiversiteit en de urgentie om in te grijpen?

“Nog te weinig. Met de FOD Volksgezondheid wil ik daar meer de nadruk op leggen op publieke fora en in de pers. Op een rustige, *evidence based*, maar niet mis te verstane manier. Slogans helpen ons niet vooruit. Maar onze kop in het zand steken evenmin.”



**“Voor covid heeft
alles moeten wijken.
Voor de klimaatcrisis
zal dat nog meer
zo zijn”**

Dirk Ramaekers

“Méér geïntegreerde zorg vraagt keuzes in de geestelijke gezondheidszorg”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: JONATHAN RAMAEL

Met de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg is al een grote stap gezet richting geïntegreerde zorg. Die ontwikkeling moeten we nu verder doortrekken, stelt Gert Peeters, operationeel directeur bij UPC KU Leuven. Hij formuleert acht speerpunten om tot die verdere ontwikkeling te komen.

De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg startte in 2011. Waar kwam die noodzaak vandaan?

Gert Peeters: “De hele hervorming paste binnen een internationale ontwikkeling naar meer gemeenschapsgerichte zorg. Daarnaast was er de vaststelling dat we in België, in vergelijking met de internationale context, veel psychiatrische ziekenhuisbedden hadden, waarvan een groot deel bezet door chronisch zieke ‘langverblijvers. Een aantal daarvan bleek de facto in het ziekenhuis te wonen. De overheid wilde daar verandering in: deze groep van chronisch zieke patiënten maximaal toeleiden naar meer gemeenschapsgerichte zorg, met de nodige omkadering en expertise vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Zo ontstond de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, de samenwerking in zorgnetwerken, het buiten gebruik stellen van bedden in de ziekenhuizen om zo via mobiele teams zorg ‘aan huis’ te verlenen en maximaal (her)opnamevermijndend te werken ...”

Er zijn wel belangrijke neveneffecten: intensifiëring en indikking van de zorg.

“Vóór die hele hervorming had je op de meeste psychiatrische ziekenhuisafdelingen een mix van acute, post-acute en chronisch zieke patiënten. De werkdruk die uitging van patiënten was bijgevolg redelijk ‘gespreid’ in een ziekenhuis en zo dus ‘verdund’. Daar was de traditionele organisatie



“

Goede wetenschappelijke flankering bij proefprojecten ontbreekt vaak. Bovendien gaat onze sector soms te snel mee in hypes, zonder eerst naar de bestaande evidentie te kijken

Gert Peeters





“We kunnen elke euro maar één keer uitgeven, en misschien moet er dan gekozen worden in functie van de grootste gezondheidswinst?”

Gert Peeters

van de zorg in een ziekenhuis ook op afgestemd. Dankzij de hervorming werden chronisch zieke personen minder gehospitaliseerd en hun verblijf in het ziekenhuis duurde gemiddeld minder lang. Tegelijk bracht de hervorming met zich mee dat ziekenhuizen enkel nog patiënten opnamen die in diepe crisis verkeerden en voor wie een ‘acute’ opname in een ziekenhuissetting aangewezen was. Die ontwikkeling zorgde voor een hogere concentratie in het ziekenhuis van ernstig zieke personen met een hoog risicohoudend profiel op hetzelfde moment. We noemen dat de zogenaamde ‘indikking’ van zorg, met directe gevolgen voor de zorgzwaarte op de betrokken afdelingen. Daarnaast deed ook de herstelvisie haar intrede: patiënten en hun omgeving worden veel sterker betrokken bij het bepalen van hun eigen therapie en traject, met directe gevolgen voor de zorgintensiteit op diezelfde afdelingen, ‘*intensifiëring*’ dus.

Dat is géén negatieve evolutie, voor alle duidelijkheid, integendeel. Het is goed dat patiënten alleen als het echt nodig is naar het ziekenhuis gaan. We zien bovendien in de hele hervorming een professionalisering en modernisering van de psychiatrie, denk maar aan de werking op de *High Intensive Care*-afdelingen. Maar voor de sector en de professionals was het wel een intense evolutie, die veel fundamentele aanpassingen op korte termijn heeft gevraagd. En de evolutie loopt door ...”

Als we naar geïntegreerde zorg willen, is er volgens u meer nodig. Een eerste aspect is meer aandacht voor populatiemanagement.

“Er wordt veel gesproken over populatiedenken. Ik vind het belangrijk dat er gehandeld wordt en dat we beginnen bij het meest kwetsbare segment van de bevolking – personen die het meest vatbaar zijn voor ziekte en herval. Binnen de netwerken moeten we, mét partners in de eerste lijn en welzijn, afspraken maken om die meest kwetsbare populatie zo goed mogelijk te omkaderen met zorg en dienstverlening, met veel nadruk op preventie. En als er zich toch acute problemen voordoen, moet er snel geschakeld kunnen worden om (her)opname te vermijden. Dat kwetsbare segment is bovendien ook de groep met de hoogste, maar mogelijk vermijdbare, ziekenhuis-kost. Gezondheidseconomisch denken speelt immers ook een rol in geïntegreerde zorg: hoe zetten we de publieke middelen zo verstandig mogelijk in en voorkomen we bijkomende menselijke ‘schade’?”

U ijvert ook voor meer ‘datagedreven werken’. Gebeurt dat te weinig?

“Dat is toch de achilleshiel van onze sector, vrees ik. Historisch gezien bestaat er in de geestelijke gezondheidszorg veel aversie tegenover registratie en documentatie van bepaalde parameters: discretie staat hoog aangeschreven en er is veel angst voor stigmatisering. En als je binnen een netwerk data wil verzamelen,

speelt natuurlijk ook de hele GDPR-problematiek. In de gezondheidszorg zijn er nu oefeningen bezig om toch ‘GDPR-proof’ data uit te wisselen, en die boot mogen we zeker niet missen. Alleen al in het kwaliteitsbeleid en in het wetenschappelijk onderzoek zouden we hiermee belangrijke progressie kunnen maken.”

Een derde speerpunt is het belang van vroegdetectie en vroeginterventie.

“Dat is nog een aspect waarin veel groeipotentieel zit, als we naar een consistent beleid willen. Minister Vandenbroucke doet heel wat inspanningen om laagdrempelige toegang tot eerstelijnspsychologen te voorzien, zodat er vroegtijdig ingegrepen kan worden bij psychische problemen, vóór die ontsporen. Maar de toeleiding naar die eerstelijnspsychologen moet beter. Tijdens de levensloop van mensen zijn er vanuit contacten met allerlei partijen uit de hulp- en dienstverlening heel wat kansen op vroegdetectie en vroeginterventie: bij de gynaecoloog en de vroedvrouw, later Kind en Gezin, kinderopvang, het CLB, de studentenarts, de bedrijfsarts ... en bij de huisarts natuurlijk. Het is belangrijk dat vanuit een gemeenschappelijke taal voldoende gesensibiliseerd wordt én in vorming wordt voorzien.”

Verder pleit u ook voor meer gezondheidseconomisch denken.

Moeten we scherpere keuzes maken?

“We kunnen elke euro maar één keer uitgeven, en misschien moet er dan gekozen worden in functie van de grootste gezondheidswinst? Spontaan denk ik aan drie leeftijdscategorieën waarin we meer zouden moeten investeren. Ten eerste het prille begin, de eerste 1000 dagen. Daarnaast de puberteit en adolescentie. We weten dat de oorsprong voor geestelijke gezondheidsproblemen vaak in die leeftijdsfasen ligt. Door daarin te investeren, kunnen we op termijn veel gezondheidswinst boeken.

Maar er is nog een andere groep die vaak vergeten wordt: de 80-plussers. Tussen vandaag en 2035 zal die groep met 40% toenemen. Ouderenpsychiatrie wordt als expertise nog belangrijker, dat weten we. Maar in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is voor die oudere groep géén extra inspanning geleverd. Nochtans moeten we ook voor hen zoveel mogelijk vermaatschappelijken en ‘oudreachend’ werken, zoals wij dat in het ziekenhuis noemen. Zeker omdat we in de toekomst minder handen aan het bed zullen hebben, wat nog zo’n demografische zekerheid is: tussen vandaag en 2035 zullen we 20 tot 25% minder zorgpersoneel hebben. We kennen de leeftijdspiramides al lang, maar we hebben onze kop te lang in het zand gestoken.”

Hoe kunnen we dat tekort aan ‘manpower’ oplossen?

“Er bestaat niet één zaligmakende formule. We moeten uiteraard mensen warm blijven maken om

in de sector te starten én te blijven. En verder moeten we ook proberen om de ervaring die op 65 jaar vertrekt toch aan boord te houden. Zo denken we bijvoorbeeld aan een seniorenploeg die nieuwe medewerkers in het ziekenhuis kan coachen en begeleiden, en zo de uitstroom aan ervaring tracht te compenseren. Maar daarnaast moeten we ook goed nadenken over welke vormen van zorg we wel en niet (meer) aanbieden. Met personeelsintensieve zorgverlening moeten we zo spaarzaam mogelijk zijn en we moeten waar mogelijk kiezen voor (semi-)ambulante zorg, outreachende zorg, meer gemeenschapsgerichte zorg ... Burgers zullen (noodgedwongen) méér aangesproken worden om mee hun verantwoordelijkheid op te nemen. Veel mensen doen al aan buurt- of mantelzorg, maar dat zal in de volgende jaren nog meer ingebakken moeten raken in onze zorgcultuur.”

“*Veel mensen doen al aan buurt- of mantelzorg, maar dat zal in de volgende jaren nog meer ingebakken moeten raken in onze zorgcultuur*”

Gert Peeters

Naast de ouderen, dreigen ook mensen met een migratie-achtergrond uit de boot te vallen.

“In ons land, zeker rond de grootsteden, wonen grote groepen mensen met een migratie-achtergrond. Ook zij kunnen psychisch ziek worden, maar daar is onze zorg helaas onvoldoende op voorbereid. De taalbarrière is in onze sector bijvoorbeeld een groot probleem. Als ik naar het UPC KU Leuven kijk, dan hebben we courant te maken met een 15-tal verschillende nationaliteiten. Naast taal, is er ook een cultuurbarrière, met vaak een taboe rond psychische problemen dat nog veel groter is dan bij ons. Meer vorming en actie rond cultuursensitieve zorg is dus zeker belangrijk.”

U pleit er ook voor om meer onderzoek en innovatie om te zetten in de praktijk. Is dat geen evidentie?

“Ja en nee. Heel wat initiatieven rond geïntegreerde zorg starten als een proeftuin. Maar als ik even heel streng ben voor mijn eigen sector, vraag ik me toch af welke harde resultaten we op tafel kunnen leggen vanuit de hele hervorming. Is de zorg toegankelijker geworden? Bereiken we de meest kwetsbare groepen voldoende? Is er efficiëntiewinst of hogere effectiviteit? Goede wetenschappelijke flankering bij proefprojecten ontbreekt vaak. Bovendien gaat onze sector soms te snel mee in *hypes*, zonder eerst naar de bestaande evidentie te kijken. De wetenschap kan ons





“De sterkte van de netwerken wordt net bepaald door de samenwerking tussen autonome partners, die zich expliciet engageren, elk met hun eigen inbreng, identiteit, knowhow en achtergrond

Gert Peeters

vaak helpen om op een verstandigere manier om te gaan met publieke middelen.”

Tot slot is er uw achtste speerpunt: meer menswaardige zorg.

“Dat lijkt een evidentie, maar ook daar kunnen we zeker nog vooruitgang boeken. Je moet patiënten effectief partner maken in de zorg. Dat geldt overal, maar bij uitstek in de geestelijke gezondheidszorg, waar mensen op hun kwetsbaarst zijn. Daar is het heel makkelijk om als hulpverlener ‘over te nemen’ en verantwoordelijkheid en zelfbeschikking even te parkeren. Luisteren naar patiënten en hun omgeving, en samen aan herstel werken, maakt de zorg natuurlijk intensiever, maar zeker beter. Daar mag dus ook een investering – lees: ‘meer personele middelen’ – tegenover staan. Want we hebben dan misschien wel het hoogste aantal psychiatrische bedden, maar op het vlak van budget bungelen we achteraan, in vergelijking met de landen die we als referentie beschouwen.”

Voor echt geïntegreerde zorg ontwikkelen netwerken best tot ecosystemen.

Wat bedoelt u daarmee?

“Hierover bestaat veel discussie. Er zijn experts die vinden dat netwerken een klassieke

organisatiestructuur moeten krijgen, met een bestuursorgaan en een directie ... Maar persoonlijk vrees ik dat je zo de meerwaarde van netwerken doodknijpt. De sterkte van de netwerken wordt net bepaald door de samenwerking tussen autonome partners, die zich expliciet engageren, elk met hun eigen inbreng, identiteit, *knowhow* en achtergrond.

We moeten los durven te denken van formele structuren en evolueren naar ecosystemen waarin concreet wordt samengewerkt tussen partijen, over sectoren en over netwerken heen. Daarin zijn drie aspecten zeer belangrijk. Ten eerste is meer expliciete samenwerking in zogenaamde *shared care protocols* nodig tussen actoren in functie van de zorg voor een bepaalde populatie, waarbij iedere partij specifieke expertise inbrengt. Ten tweede is de beschikbaarheid van die zorgvormen voor het netwerk belangrijker dan het eigenaarschap ervan. En tot slot moet iedereen erop vertrouwen dat er over de tijd heen voldoende wederkerigheid is. In een bepaalde fase van de evolutie naar meer geïntegreerde zorg zal één partner in zo'n systeem soms wat meer inspanningen leveren dan een andere, wat zich over tijd zal uitvlakken. Het klinkt misschien naïef, maar voor mij ligt de sleutel voor duurzame geïntegreerde zorg bij die principes.”

Studiedag over integratie en samenwerken in de zorg

Zorgnet-Icuro organiseert op 13 september in het AZ Sint-Maarten in Mechelen de studiedag 'Zorgorganisaties navigeren door de integratiepuzzel'. Doorheen de dag staan we stil bij vier heikele punten rond integratie en samenwerking:

1. De vormkeuze van de samenwerking
2. Het personeel
3. De btw-kost
4. Een publieke partner

Juridische experts met uitgebreide praktijkervaring zullen deze topics toelichten in break-outsessies. Deze studiedag is erop gericht de samenwerking tussen

zorgorganisaties aan te moedigen en te faciliteren. De studiedag zal worden ingeleid en afgesloten met twee inspirerende plenaire sessies.

Doelgroep

De studiedag staat open voor bestuurders, directie en hoger kader van Zorgnet-Icuro-leden



Meer info en inschrijven

www.zorgneticuro.be/activiteiten

Hapklaar Beetgraag 2: lekkere maaltijden voor wie moeite heeft met kauwen

Woonzorgcentrum Maria Rustoord in Ingelmunster pakt uit met een vervolg op *Hapklaar beetgraag*. Dat is een boek vol tips voor mensen die problemen hebben met kauwen. Voor heel wat ouderen is het – door motorische of cognitieve problemen – niet langer mogelijk om bestek te hanteren, waardoor zij steeds aangewezen zijn op hulp van anderen. Met aangepaste 'soft fingerfood'-maaltijden leren ouderen opnieuw zelfstandig eten. Daardoor beleven ze opnieuw plezier aan de maaltijd.

Maar liefst 1500 exemplaren van *Hapklaar beetgraag* werden verkocht. Dat succes vroeg om een vervolg, aldus directeur van WZC Maria Rustoord, Geert Dujardin: "Vanuit verschillende hoeken kregen we de vraag om een tweede versie van het boek te schrijven. Aan de hand van workshops, die zowel intern als extern plaatsvonden, maakten we andere woonzorgcentra, thuiszorgwerkers, scholen en mantelzorgers warm om lekker en gezond te koken. Met deze editie willen we onze focus verruimen. We richten

ons op kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Voor wel meer mensen kan *fingerfood* echt een meerwaarde zijn. We leggen daarbij de nadruk op ontbijt, tussendoortjes, hoofd- en feestgerechten. De 'beslissingsboom' die in het boek staat, kan de zorgmedewerkers helpen om een beslissing te maken of *fingerfood* een meerwaarde kan zijn. Met dit boekje hopen wij anderen te inspireren om aan de slag te gaan en ons *fingerfood*concept mee te nemen in het dagelijkse leven."

Praktisch

- Verkoopprijs *Hapklaar Beetgraag 2*: €20 (excl. verzendingskosten)
- Verkoopprijs van de 2 boekjes samen: €30 (excl. verzendingskosten)
- Formaat: 21 x 14,8 cm (liggend formaat)
- Cover: softcover, ISBN: 978-94-9251-595-7



Verkooppunten

Bestellen via fingerfoodwzcingelmunster.be of mail naar info@wzcingelmunster.be

Of te koop aan het onthaal WZC Maria Rustoord Ingelmunster tijdens de kantooruren



“Zoals het beleid nu is, houdt het de schaarste mee in stand”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: JAN LOCUS

Iedere uitdaging in de gezondheidszorg heeft ook zijn impact op de thuisverpleegkunde. Van vergrijzing over informatisering tot opleiding en rekrutering, veel van die uitdagingen zag ook deze sector al enkele decennia aankomen. Hervormingen zijn ingezet en slaan aan, maar om euvels als financiering, personeelskrapte en commercialisering het hoofd te bieden, gaat het gewoon te traag. Het systeem is dan ook een kluwen dat historisch gegroeid is. Het zorgmodel moet anders en dan zou de overheid weleens een tandje mogen bijsteken, vinden Karin Van Mossevelde, algemeen directeur van i-mens en Hendrik Van Gansbeke, algemeen coördinator van Wit-Gele Kruis.

We ontmoeten beide bestuurslui in de hoofdzetel van i-mens, een indrukwekkend complex in Zwijnaarde. Geen neutrale grond, maar dat is geen bezwaar. De begroeting tussen Van Mossevelde en Van Gansbeke is hartelijk en ze gaan grappend met elkaar op de foto. Eens rond de tafel merken we op dat de tijd blijkbaar voorbij is dat concurrenten in de thuiszorg niet door dezelfde deur wilden. “Wij zijn maar tot op zekere hoogte concurrenten,” zegt Karin Van Mossevelde, “want i-mens is actief op vele zorgdomeinen, van kinderopvang tot woonzorgcentra, terwijl het Wit-Gele Kruis zich de grootste aanbieder van thuisverpleging in Vlaanderen mag noemen. Maar het klopt, de sector heeft – toch al op beleidsniveau – leren samenwerken. Dat is ook nodig. I-mens is een organisatie die geïntegreerde zorg aanbiedt. Dan móet je je wel inschakelen in meerdere trajecten en samenwerken. Dat lukt ook. Er is maatschappelijk gezien zoveel zorg nodig dat er van concurrentie eigenlijk geen sprake meer is, in de eerste lijn, noch in de tweede.”

Soepeler zorgmodel

Hendrik Van Gansbeke: “Het tekort aan mankracht is voor het eerst in vele jaren heel voelbaar geworden. We zagen het aankomen: door de generatiewissel na de *babyboomers* die nu op pensioen gaan, zijn er simpelweg niet voldoende handen. De discussie is ook bezig over de verschillende opleidingsniveaus: wie kan je waarvoor inzetten en hoe leiden we jonge mensen in die kwalificatiediversifiëring op? Verpleeg- en zorgkundigen zijn een schaars goed, en – simpel gezegd – als zij er niet zijn, kunnen we de vraag niet beantwoorden. Wij werken vooral met mensen in loondienst, met alle – vaak terechte – regelgeving die daarbij hoort. Maar een werkdag bestaat maar uit acht uur. We kunnen in de beschikbare uren geen thuisbezoeken blijven inplannen. Dat is voor de patiënt veilig noch kwalitatief, en voor onze werkrachten niet doenbaar.”

Daarmee verlegt Van Gansbeke het gesprek naar een onderliggende reden waarom het aanbod de vraag

niet meer kan volgen: het ligt niet alleen aan de vertrekkende *babyboomers*. “Door de manier waarop we verplicht zijn te werken en de modellen die we daarvoor in de markt zetten, draagt de overheid zelf bij tot de schaarste van verpleegkundigen”, zegt Karin Van Mossevelde. “Mogelijk hebben we zelfs voldoende mensen ter beschikking, mochten we ze op een andere manier kunnen inzetten.”

Soepeler en flexibeler dan? “Jazeker, maar ook beter afgestemd en met een duidelijker taakafbakening. Samenwerking tussen de uitvoerders van de verschillende zorgtaken zou verplicht moeten zijn. Het moet gedaan zijn met de silo’s en de verkokering in de zorg, maar helaas zijn we genoodzaakt te werken in een carcan dat samenwerking allesbehalve stimuleert.”



Door de manier waarop we verplicht zijn te werken en de modellen die we daarvoor in de markt zetten, draagt de overheid zelf bij tot de schaarste van verpleegkundigen

Karin Van Mossevelde



“Je merkt dat we stilaan de verzuiling en de schotten lossen, maar het zou overtuigender en massaler kunnen”

Karin Van Mossevelde

Hendrik Van Gansbeke: “Federaal minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke wil aan dat probleem wel iets doen via de wetgeving op de beroepsuitoefening. Hij wil meer flexibiliteit inbouwen. Dat geeft een sprankel hoop. Maar er zijn nog bouwstenen – onder meer via de nomenclatuur – die stimulerend kunnen zijn voor het flexibeler inzetten van de verschillende werkrachten. Want ja, wij moeten werk maken van subsidiariteit in de zorg en het passend inzetten van gezinszorg, meer zelfzorg en mantelzorg verwezenlijken, in toenemende mate samenwerken met huisartsen en ziekenhuizen. De schotten tussen die sectoren moeten eindelijk weg. Die beklagen we ons allang. De sectoren moeten eindelijk eens in elkaar klikken door een meer compatibele taakomschrijving.”

Dan zou volgens het duo ‘subsidiariteit’ – ooit een *buzzword* dat zelden een volwaardige invulling heeft gekregen – geen holle term blijven. “Als ik kijk naar de memoranda die we tegen de verkiezingen elke keer opnieuw schrijven, dan kan ik alleen maar vaststellen dat we telkens opnieuw duwen op het belang van samenwerking tussen eerste en tweede lijn”, merkt Van Mossevelde op. “We hebben die samenwerking leren kennen tijdens de coronapandemie. De manier van zorgverlenen kon toen plots wél anders, als antwoord op de acuut toegenomen zorgvraag en de overduidelijke risico’s in de zorgverstrekking. Maar zodra de pandemie ging liggen mochten we op die leest niet verder. Als pionier word je afgestraft. Ik ben ervan overtuigd dat het fusioneren van verschillende zorgvormen een stap is in de goede richting. Hopelijk kent die toch navolging in het zorglandschap.”

Het Wit-Gele Kruis houdt wel duidelijk zijn focus op de thuisverpleegkunde, wat het streven naar een geïntegreerd zorglandschap niet in de weg hoeft te staan. “Dat is een bewuste keuze”, zegt Van Gansbeke. “We blijven marktleider in de thuisverpleging, daar ligt nu eenmaal de expertise waarin we excelleren. Maar we doen dat meer en meer in afstemming met de concullega’s. Zo kunnen we meer bereiken in de totale gezondheidszorg die hoe langer hoe meer efficiëntie nastreeft en *evidence based* werkt. Keuzes rond innovatie maken we bijvoorbeeld veel meer samen. We zoeken naar hoe we bondgenoten kunnen zijn en respecteren elkaars verschillen.”

Open speelveld zonder schotten

“Toch blijven de zorgorganisaties in de keuzes die ze maken conservatief”, vindt Karin Van Mossevelde. “Als de markt toegankelijk en betaalbaar moet blijven, zullen ze er veel meer een open speelveld van moeten maken, zelfs al kost dat hun marktleiderschap. Daar ligt de toekomst. Neem nu zorg-op-afstand. De digitalisering en investeringen in IT kosten handenvol geld, wat ons noopt tot samenwerkingen. Ten dele is ons dat gelukt met zorgcentrale Z-plus, een coöperatieve organisatie die zorg-op-afstand aanbiedt, opgericht door i-mens samen met Familiehulp en enkele koepels van zelfstandige verpleegkundigen zoals Mederi. Je merkt dat we stilaan de verzuiling en verschotting lossen, maar het zou overtuigender en massaler kunnen.”

Van Gansbeke: “We weten elkaar al te vinden en zetten gezamenlijk goede stappen op vlak van remgeld, het verpleegdossier of de fiscaliteit rond professioneel autogebruik. Maar het klopt dat de hele sector inderdaad wat sneller van de noodzaak aan samenwerking doordrongen mag geraken. Eigenlijk hebben we in de coronacrisis met de cohortzorg door de consortia in de thuisverpleging laten zien hoe dat kan werken.”

Tijdens de pandemie konden patiënten die (vermoedelijk) besmet waren met COVID-19 en nood hadden aan thuisverpleging, hulp krijgen van een vaste equipe van verpleegkundigen en verzorgenden die zich tijdens de besmettingsperiode op die ene patiëntengroep toeleegde. Het opmerkelijke was dat elke equipe uit alle mogelijke organisaties en ondernemingen werd samengesteld, ongeacht waar de patiënten klant waren of tot welk ziekenfonds ze behoorden.

“*Covid-at-home* was toen het dichtst dat we ooit bij geïntegreerde zorg zijn geraakt”, zegt Van Mossevelde. “Om de ziekenhuizen van overbelasting te vrijwaren”, vult Van Gansbeke aan, “waren we er met de ganse sector op gericht om patiënten op tijd in of uit het hospitaal te krijgen. Dat is gelukt, met vereende krachten. Dat doet beseffen dat we de regie niet alleen van de overheid moeten laten komen. De sector zelf moet er klaar voor zijn natuurlijk. Stimulansen en regelgeving zullen altijd nodig zijn, maar wij moeten mee de richting bepalen. De *sense of urgency* wordt

wel aangevoeld, heb ik de indruk. De teksten voor een regeling rond het aanrekenen en innen van remgeld of over praktijkfinanciering en een nieuwe financiering voor de thuisverpleging staan al tien jaar ter discussie, maar blijken nu eindelijk bespreekbaar en geen onhaalbare kaart meer voor de politiek. Voor alvast één element is er geen weg terug: het financieren van individuele prestaties zal meer en meer verschuiven naar een vergoeding voor collectieve prestaties op basis van uitwisseling en samenwerking ...”

“...Tussen thuisverpleging en gezinszorg, *nota bene*”, valt Van Mossevelde in. “Het eerste is voor de patiënt gratis, het tweede moet deels door de gebruiker per uur betaald worden. Die ongelijke financieringsvorm in combinatie met een onaangepaste nomenclatuur verhindert ons om onze taken op elkaar af te stemmen.”

Transparante winst naar de zorg

Voor Van Gansbeke is veel gelegen aan het besef van patiënten en cliënten dat het niet evident is dat zorg gratis is, of die nu door verpleegkundigen of door gezinszorg wordt aangeboden. Ook in de thuisverpleegkunde een patiëntbijdrage vragen heeft echter gevolgen voor de manier waarop je de zorg organiseert. “Dus ja, ook aan de verpleegkundige taken zou een patiëntbijdrage vastgeklonken moeten worden. Een gelijke financiering maakt dat we met gezinszorg makkelijker kunnen afspreken welke taken zij opnemen en welke tijd wij waaraan besteden.” Dat moet er volgens beiden voor zorgen dat het personeel met de juiste competentie op de juiste plaats op het juiste moment terechtkomt. Anders is er van geïntegreerde zorg geen sprake. Van Mossevelde: “En dus moeten we de sector *ontschotten* en *onteconimiseren*.”

Als je die idee verder doordenkt, kom je uit bij één grote organisatie die de thuisverpleging en gezinszorg op één lijn brengt. Die zou wel onvermijdelijk een monopoliepositie bekleden. “Ook in de zorg is de vrije keuze van de patiënt belangrijk”, werpt Van Mossevelde tegen. “Dat betekent niet dat er aan die vrijheid geen limieten zijn. Kijk, wat zich nu voordoet, is vergelijkbaar met de situatie van de huisartsen enkele decennia geleden. Die reden in hun eentje af en aan naar zo veel mogelijk patiënten, de klok rond als het moest. Maar met de stijgende vraag gingen velen er onderdoor. De laatste jaren hebben we overal vervrouwelijkte groepspraktijken zien ontstaan waarvan de artsen met een aannemelijke *work-life balance* enkel voor de meest acute gevallen nog huisbezoeken leveren.”

Van Gansbeke: “Met thuisverpleging moet het ook die kant uit, wat overigens hier en daar al gebeurt. Denken we maar aan het meer aanbieden van thuisverpleegkundige zorg vanuit onze verpleegposten.”

“We weten elkaar al te vinden en zetten gezamenlijk goede stappen, op vlak van remgeld, het verpleegdossier of de fiscaliteit rond professioneel autogebruik”

Hendrik Van Gansbeke





“Ook aan de verpleegkundige taken zou een patiëntbijdrage vastgeklonken moeten worden. Een gelijke financiering maakt dat we met gezinszorg makkelijker kunnen afspreken welke taken zij opnemen en welke tijd wij waaraan besteden”

Hendrik Van Gansbeke

Van Mossevelde: “Onder meer door de toepassing van zorg-op-afstand. Niet elke patiënt heeft een verpleegkundige tot in de huiskamer nodig, bepaalde handelingen kunnen via videobellen uitgevoerd worden. We experimenteerden daar in 2016 al mee, maar we konden het pas in coronatijden introduceren.”

Van Gansbeke: “Je kan daarmee de patiënt thuis coachen, zowel in eenvoudige lichamelijke zorg als voor mentale ondersteuning. Helaas, de regelgeving noch de financiering volgen de evolutie. Ondertussen ontstaan er parallele commerciële circuits. Zolang het organisaties zijn die transparant de oriëntering van hun winst bekendmaken en er geen grote internationale investeringsgroepen achter schuilgaan, zoals bij een groot deel van de woonzorgcentra, lijkt het mij mee te vallen met winstgedreven activiteit.”

Bijkomend probleem in de thuisverpleging: bij individuele zorgverstrekkers die winstgedreven werken, is het moeilijk om een helder zicht te krijgen op de commerciële activiteit. “Wij werken veel samen met zelfstandige thuisverplegers,” zegt Van Mossevelde. “Dat gebeurt volgens een ethisch charter. Ook al is de regelgeving best strak, er zijn nog cowboys die erin slagen samen te werken met ziekenhuizen en het drievoudige door te rekenen.”

Van Gansbeke: “Eigenlijk zijn dergelijke situaties onhoudbaar. We draaien in deze sector verlies hoor. 2022 was door de inflatie een *annus horribilis*. Het RIZIV heeft onze precaire financiële toestand zelf aangekaart. De financiering van de thuisverpleegkundige activiteit via de nomenclatuur volgde niet helemaal de evolutie in de indexering van de lonen tijdens de recente periode van inflatie.”

Dat gezegd zijnde, opperen zowel Van Mossevelde als Van Gansbeke dat er weinig tegen winstgevendende zorgverlening is. “Ik ben er niet vies van”, vindt Van Mossevelde, “maar we moeten de winst dan wel opnieuw in de zorg investeren. Op een transparante manier, door aan te tonen wat we met die winst doen. Nu zijn er commerciële zorgondernemingen die hun winst uitkeren aan aandeelhouders, dat is *not done*. Trouwens, met meer geld alleen komen we er niet. Er is meer flexibiliteit nodig om te kunnen samenwerken, zowel intern tussen gezinszorg en thuisverpleging als tussen zorgorganisaties en eerste en tweede lijn. Vandaag staat het beleidskader dat in de weg. Op die nagel zal ik blijven kloppen.”



Heb jij een open geest? Laat het weten met een sleutelhanger!

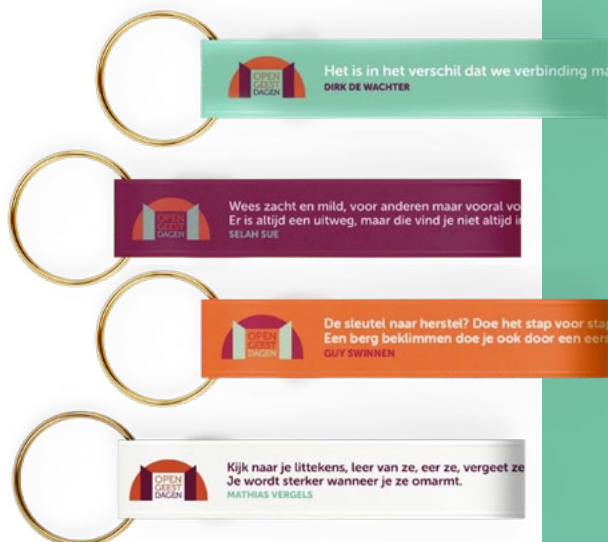
Op 7 en 8 oktober 2023 zet de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen de deuren wijd open, want dat weekend vinden de eerste Open Geestdagen plaats. Hiermee wil Te Gek!? het brede publiek laten kennismaken met en informeren over de verschillende zorgvormen in de geestelijke gezondheidszorg. Meer dan 70 voorzieningen nemen doorheen het weekend tal van boeiende initiatieven.

Ter gelegenheid van deze eerste Open Geestdagen zijn sleutelhangers gemaakt met quotes van Selah Sue, Dirk De Wachter, Guy Swinnen en Mathias Vergels. Ook jij kan er eentje bemachtigen!

De Open Geestdagen zijn de jaarcampagne van Te Gek!? voor 2023. Zorgnet- Icuro ondersteunt de campagne.

Sleutelhanger als symbool voor een Open Geest

Niet alleen de zorgorganisaties openen hun deuren tijdens de Open Geestdagen. We openen ook de deur van ons eigen hoofd. Te Gek!? geeft de boodschap om open te zijn over je geestelijke gezondheid en die van je naasten. Daarom lanceert te Gek!? vijf Open Geest-sleutelhangers met daarop een ondersteunende boodschap van een van de vier Open Geest-ambassadeurs: Mathias Vergels, Dirk De Wachter, Guy Swinnen en Selah Sue. Daarnaast is er een blanco sleutelhanger waarop je zelf een boodschap kan schrijven, voor jezelf of een dierbare die steun kan gebruiken. De sleutelhanger toont dat je er bent voor iemand en staat symbool voor zorg in de brede zin: zorg door professionals, zorg door familie en eigen omgeving, en zorg voor jezelf.



De sleutelhangers zijn te koop

bij een van de deelnemende organisaties of via www.opengeestdagen.be

Te
GEK!?

Alle info over de Open Geestdagen, de deelnemende organisaties en hun programma vind je op www.tegek.be

INTERVIEW MET PIETER KERREMANS,
ADMINISTRATEUR-GENERAAL SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VLAANDEREN

“Het overlegmodel staat onder druk. Maar wat is het alternatief?”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: TINI CLEEMPUT





De Sociaal-Economische Raad Vlaanderen (SERV) is een huis van overleg. Alle sociale partners ontmoeten er elkaar en bestuderen de grote beleidsthema's vanuit een sociaal-economisch perspectief. Ook over zorg- en welzijnsthema's spreekt de SERV zich geregeld uit. "De SERV-adviezen zijn altijd goed doorwrocht en komen democratisch tot stand," zegt administrateur-generaal Pieter Kerremans. "Alleen jammer dat de politiek er vaak weinig rekening mee houdt."

De SERV is dé ontmoetingsplaats van de Vlaamse werkgeversorganisaties (Voka, Unizo, Boerenbond en Verso, waar ook Zorgnet-Icuro deel van uitmaakt) en werknemersorganisaties (ACV, ABVV, ACLVB). Via hun vertegenwoordigers laten ze de stem horen van meer dan 150.000 ondernemers, bedrijven en organisaties en ongeveer 2 miljoen werknemers en werkzoekenden in Vlaanderen.

Wat zijn de grote werven waaraan de SERV op dit ogenblik werkt? Wat zijn de prioriteiten voor 2023?

"Als sociaal-economische raad zijn we met veel thema's bezig. We laten ons niet opsluiten in één bevoegdheidsdomein, maar bekijken alle domeinen met een sociaal-economische bril. Ook als het bijvoorbeeld gaat over onderwijs of de Vlaamse sociale bescherming. Vandaag zijn we erg begaan met het energiebeleid, een bij uitstek sociaal-economisch thema. Maar ook het arbeidsmarktbeleid is een prioriteit. In zowat alle sectoren zijn er knelpuntberoepen. Daarnaast zetten we met de SERV in op behoorlijk bestuur. Bedrijven en werknemers zijn gebaat bij een goed werkende overheid, met een goede publieke dienstverlening. Wij hebben een studiedienst met zestien medewerkers, elk met hun specialiteit. Met onze adviezen willen we impact hebben op het beleid."

"De SERV streeft naar een honderd procent consensus. We hebben het niet zo voor minderheidsadviezen of halfslachtige uitkomsten"

Pieter Kerremans





“*Werkbaar werk is een investering in de toekomst. Organisaties die niet investeren in vorming, werksfeer, open communicatie, een participatieve werkomgeving ... die gaan nog meer mensen verliezen en geen nieuwe meer vinden*”

Pieter Kerremans

Hoe moeilijk is het om met alle sociale partners tot een consensus te komen in de SERV?

“Consensus vinden is voor ons een dagelijkse praktijk. We noemen het niet graag een compromis, want dat klinkt zo grijs, terwijl we echt moeite doen om meerwaarde te bieden. De SERV streeft naar een honderd procent consensus. We hebben het niet zo voor minderheidsadviezen of halfslachtige uitkomsten. Als alle organisaties in de SERV met één stem spreken, dan wordt het moeilijk om ons advies te negeren.

Natuurlijk is het soms lastig om tot een consensus te komen. Uiteindelijk zitten we met erg verscheiden organisaties aan tafel: van Verso tot de Boerenbond, van Unizo tot VOKA én de drie grote vakbonden. We gaan niet over één nacht ijs. We bereiden elk thema grondig voor in commissies. In die commissies werken experts van de studiediensten van de SERV-organisaties samen. Onze adviezen zijn altijd goed onderbouwd.”

Als werkgevers en vakbonden het in de SERV eens geraken over netelige thema's, hoe komt het dan dat het politiek toch vaak erg moeilijk blijkt om tot een akkoord te komen?

“Tja, dat zou je aan de politici moeten vragen. Wij staan er ook soms verbaasd naar te kijken. En wij vinden dat dikwijls ook wel spijtig: dat wij zo hard gewerkt hebben aan een consensus, waar het beleid dan weinig mee aanvangt. Nochtans staan onze leden met beide voeten in de praktijk. Maar wij kunnen alleen advies geven. Het is aan de politici om beslissingen te nemen. Ik merk dat het beleid de jongste legislaturen minder en minder geneigd is om met onze adviezen rekening te houden. Ik wil genuanceerd blijven en ik keer me absoluut niet tegen de politiek, maar om nu te zeggen dat er geluisterd wordt naar wat er leeft bij werkgevers en werknemers ...”

U doet me denken aan de uitslag van De Stemming in mei. “De ontevredenheid over de democratie in ons land groeit,” schreef de VRT op haar website. Dat gevoel is herkenbaar binnen de SERV?

“Ik vind nog altijd dat we in een democratie leven en het is aan de politiek om te beslissen. Tegelijk stel ik vast dat adviesorganen zoals de SERV alsmear minder gehoord worden. Terwijl de SERV een belangrijke bouwsteen in onze democratie is. Onze adviezen komen op een zeer democratische manier tot stand, met een getrappt systeem waarin alle sociale partners *bottom-up* hun stem hebben. Die inbedding van de

SERV in de maatschappij gaat heel diep. Als je dat kapot laat gaan, dan is dat onherstelbaar. Dan wordt er alleen nog geluisterd naar wie het hardst roept. Dat is mijn persoonlijk standpunt. De SERV is geen fossiel uit de vorige eeuw. Het overlegmodel staat onder druk. Wat is het alternatief? De ene na de andere staking en betoging? De SERV vertegenwoordigt erg veel mensen, werkgevers en werknemers van alle sectoren. Als het een oproep mag zijn aan de politici: leg onze adviezen niet zomaar naast je neer.”

Laten we het nog even over de arbeidsmarkt en de knelpuntberoepen hebben. We zien de problemen van vandaag al 30 jaar aankomen. Waar hebben we gefaald?

“De hoofdoorzaak is de demografie en dat los je niet zomaar op. Er is de vergrijzing én de ontgroening en die worden de komende jaren nog prangender. Ook in de zorgsector. Het klopt dat we die problemen lang hebben zien aankomen. Maar er is geen toveroplossing. Vandaag proberen we er op allerlei manieren het beste van te maken. Door zoveel mogelijk mensen te activeren. Door mensen van over de taalgrens en zelfs uit andere landen aan te trekken. Maar het brengt allemaal nog niet voldoende zoden aan de dijk. We moeten ook blijven inzetten op bijscholing en omscholing. En op werkbaar werk, zodat de mensen die aan de slag zijn, het volhouden. En dan denk ik ook aan de ziekenhuizen en de woonzorgcentra, waar de medewerkers het niet onder de markt hebben vandaag.”

Een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg toont dat ziekenhuisdiensten met betrokken medewerkers en goed leiderschap er veel beter in slagen om de medewerkers te binden en gemotiveerd te houden. Ligt daar een belangrijke sleutel?

“Ongetwijfeld. Dat is exact wat we met de werkbaarheidsmonitor meten. Sommige mensen hebben zeer veel werk, maar lijden toch niet onder de stress, dankzij een goede, motiverende werkomgeving.”

Hier ligt een grote opdracht voor zorgvoorzieningen en ondernemingen?

“Zeker weten. Ook ruimte voor opleiding en vorming is een bepalende factor voor de werkbaarheid. En de afstemming tussen privé en werk. Dat is niet altijd een gemakkelijke balans, maar als je goede afspraken maakt met de medewerkers, dan is er veel mogelijk. Meer en meer bedrijven en organisaties maken daar werk van. Uit noodzaak én omdat het helpt. Werkbaar werk is een investering in de toekomst. →

“Ik merk dat het beleid de jongste legislaturen minder en minder geneigd is om met onze adviezen rekening te houden

Pieter Kerremans





“

Onze adviezen komen op een zeer democratische manier tot stand, met een getrappt systeem waarin alle sociale partners bottom-up hun stem hebben. Die inbedding van de SERV in de maatschappij gaat heel diep

Pieter Kerremans

Organisaties die niet investeren in vorming, werksfeer, open communicatie, een participatieve werkomgeving ... die gaan nog meer mensen verliezen en geen nieuwe meer vinden.”

De SERV lanceerde onlangs een campagne met de metafoor van de wandelbaan, de loopbaan en de sprintbaan.

“Daarmee pleiten we voor flexibele loopbanen, die mensen de mogelijkheid bieden om hun carrière beter af te stemmen op hun privé- en hun gezinsleven. Jonge mensen hebben vaak meer tijd en energie en kunnen wat harder werken en meer verdienen. Als ze enkele jaren later een gezin stichten, kunnen ze wat gas terugnemen. Eens de kinderen naar school gaan of nog later het huis uit zijn, kunnen ze weer wat meer werken. Er zijn momenten in je leven dat je meer aankunt, terwijl je op andere momenten meer met andere dingen bezig bent.”

In een recent advies pleit de SERV voor haalbare en toegankelijke zorg. Dat is ook vanuit sociaal-economisch perspectief?

“Ja, vanuit een brede consensus zeggen de sociale partners dat de zorg voor iedereen toegankelijk, bereikbaar en betaalbaar moet zijn. Als mensen zich goed in hun vel voelen, functioneren ze goed in de samenleving en op de arbeidsmarkt. Je hebt geen stabiele arbeidsmarkt als te veel mensen ziek worden. Hetzelfde geldt voor de kinderopvang. Zonder goede, voldoende en flexibele kinderopvang, draait de arbeidsmarkt vierkant.”

In het SERV-advies over Vroeg en Nabij sprak uit de inleiding duidelijk enige frustratie. Jullie willen ook meer gehoord worden als het gaat over Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

“Dat sluit aan bij het verhaal van daarnet. Ook het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin houdt naar ons aanvoelen vaak weinig rekening met het opbouwende werk van de SERV. Als we het hebben over gezinszorg of jeugdzorg, dan moeten we toch de samenleving en de arbeidsmarkt betrekken? We worden niet altijd om advies gevraagd, maar dan nemen we zelf het initiatief als we denken een positieve bijdrage tot het debat te kunnen doen.”

Begin 2023 deed de SERV ook een opvallende oproep aan de politiek en de verschillende overheden: dat ze beter moeten samenwerken. Die timing kan geen toeval zijn?

“Als er nieuwe verkiezingen aankomen, steekt altijd de mogelijkheid de kop op van een volgende stap in de staatsvorming. Wij nemen geen standpunt in – daarover zouden we zelfs binnen de SERV geen consensus vinden – maar we wijzen wel op mogelijke pijnpunten. Ik wil niet te technisch worden, maar als bijvoorbeeld de financieringswet verder uitgerold wordt, komen het Brusselse en het Waalse gewest in grote problemen. Ook los van een eventuele volgende staatsvorming vragen we de verschillende overheden om hun beleid beter op elkaar af te stemmen. De nodige instrumenten hiervoor bestaan, maar ze worden te weinig gebruikt.”

Hoe ziet u de economische toekomst tegemoet?

“Ik wil geen doemdenker zijn. Onze ondernemers en onze werknemers zijn voldoende flexibel en dynamisch om de problemen het hoofd te bieden. Maar ik wil ook niet de ogen sluiten voor de grote uitdagingen. Kijk naar de bouw. De orderboekjes liepen stilaan weer vol, maar klanten annuleren hun plannen omdat de kosten de pan uit swingen. Ook de energiekwestie baart me zorgen. Zelfs al zou de markt stabiliseren, dan nog blijven we met die hogere energieprijzen achter. Dat laat zich voelen in alle industrieën en sectoren en bij elke burger. En dan is er Europa dat steeds meer richtlijnen oplegt voor de uitstoot van koolstof, stikstof enzovoort.”

Terecht, toch?

“Akkoord, en ook de ondernemers en de vakbonden beseffen dat. Maar dat maakt de uitdaging er niet minder om. Alle sectoren hebben al enorme inspanningen geleverd. Er moeten nog zware investeringen gebeuren. Maar nogmaals, ik wil geen doembeeld schetsen.”

Wat zegt het over onze economie als jonge mensen nauwelijks nog een huis kunnen kopen? Zelfs niet op dertig jaar afbetaling.

“Ik vind dat zelf heel pijnlijk. Ik heb vier kinderen. Ook voor hen is het allesbehalve evident om een eigen huis te kopen. Dat zegt niet alleen niet iets over de economie, maar over de hele maatschappij. Er lijkt een collectieve verarming aan te komen.”

De jongste jaren zijn er pistes gelanceerd om jonge mensen meer loon te geven en oudere mensen wat minder. Als je jong bent, moet je immers nog investeren in je woning en in je gezin.

“Daarover heeft de SERV zich nooit uitgesproken, maar het ligt wel wat in de lijn van de wandelbaan, de loopbaan en de sprintbaan. Alles wat verloning betreft, is federale materie en daarover spreken we ons niet uit. Maar de piste van flexibele loopbanen, met dan ook een aangepaste verloning, lijkt me zeker het onderzoeken waard.”



“Mensen helpen hun gezondheid in eigen handen te nemen”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: TINI CLEEMPUT

Buurtzorg, de term dekt vele ladingen. Een rondje Google schotelt tientallen zeer uiteenlopende definities voor. Tijd om de vraag voor te leggen aan twee experts die met hun voeten middenin het werkveld staan, meer bepaald in dat van het wijkgezondheidscentrum (WGC) Nieuw Gent.

WGC Nieuw Gent bestaat al 23 jaar. Ze bedienen een zorgpopulatie van 4200 patiënten. An Van De Walle is algemeen coördinator van een 45-koppig team: “Buurtzorg stoelt op de overtuiging dat werken aan gezondheid begint in de buurt. De gemeenschap en de omgeving waar mensen wonen, werken en leven is een belangrijke factor in het bevorderen of belemmeren van gezondheid. Hier in WGC Nieuw Gent vullen we buurtzorg in als gemeenschapsgerichte zorg. Wij houden de gemeenschap en de noden daarbinnen heel erg in het vizier.”

“Onze opdracht is de gezondheidskloof in de wijk verkleinen”, vult gezondheidspromotor Katrien Van Leirberghe aan. “We doen dat door projecten en acties op te zetten, maar ook door signalen op te pikken en door te geven. Alles wat we doen, vertrekt vanuit het proportioneel universalisme. Wij richten ons niet specifiek tot een groep kwetsbare mensen, maar geloven dat sommige groepen meer hulp of ondersteuning nodig hebben om hun eigen gezondheid zelf in handen te nemen.”

Jullie zetten - naast curatieve zorg - zwaar in op preventieve zorg. Hoe vertaalt zich dat in de praktijk?

An Van De Walle: “Wij detecteren welke noden er leven bij de patiënten en breder in de wijk. Op basis daarvan organiseren we activiteiten die individuele vaardigheden versterken zoals fiets-, kook- of beweeglessen. Maar we gaan verder. De gezondheid van een persoon hangt niet alleen af van individuele keuzes. De leefomgeving, huisvesting en scholing spelen ook een grote rol.

Wij gaan als wijkgezondheidscentrum aan de slag met die factoren. Heel concreet betekent dit bijvoorbeeld dat we in actie schieten als we signalen krijgen van schimmel in woningen. Vangen we op dat er een plaag van bedwantsen heerst in de appartementsblokken, dan sensibiliseren we niet enkel op niveau van de patiënt maar brengen we ook de bevoegde instanties samen rond de tafel. Als we opvangen dat het park heraangelegd wordt, denken we graag mee hoe de nieuwe inrichting mensen kan stimuleren tot beweging. Horen we tijdens de lockdowns dat patiënten hun vakbond of ziekenfonds niet kunnen bereiken, dan trekken we aan de alarmbel. Merken we dat een groot percentage van onze populatie niet in staat is om itsme te installeren of een *CovidSafe*-ticket op te slaan, dan zetten we in op digitale vaardigheden. We *tackelen* alle mogelijke drempels op alle denkbare terreinen met één doel: mensen meer en meer hun gezondheid in eigen handen laten nemen.”

Katrien Van Leirberghe: “Gezondheids promotie gaat veel verder dan individuele preventiecampagnes zoals ‘eet elke dag een appel!’. Wanneer we opmerken dat er veel kinderen zijn met obesitas, werken we niet louter op het niveau van het kind. We kijken verder. Hoe zit het met de voedselvoorzieningen in de buurt? Hoe zit het met de bewegingsinitiatieven voor de kinderen? Wanneer we enkel inzetten op het responsabiliseren van individuen, dan raken we er niet. We moeten als maatschappij echt de structuren *tackelen* die aan de grondslag liggen: waarom slagen mensen er niet in hun gezondheid in handen te nemen?”



**“De gezondheid van een
persoon hangt niet
alleen af van individuele
keuzes. De leefomgeving,
huisvesting en scholing
spelen ook een grote rol”**

An Van De Walle

An Van De Walle

Katrien Van Leirberghe

Vanuit de gezondheidspromotie bieden jullie een aantal activiteiten aan, maar het waaiert veel breder uit dan dat?

Katrien Van Leirberghe: “Klopt, op onze site hebben we een aanbod voor onze buurt, maar wat we doen is veel breder dan in die activiteiten te vatten is. Buurtzorg zit op veel verschillende niveaus en het is niet altijd in te schatten van waaruit iets vertrekt en waar iets zal eindigen. Wat bijvoorbeeld startte als beleidsbeïnvloeding mondde uit in de beweegroute ‘Allez Bougez’. Wij sloten initieel aan bij het overleg van stadsvernieuwing hier in de buurt om de gezondheidsimpact van parken en pleinen mee in het oog te houden. Toen Stad Gent aangaf dat ze voor de heraanleg wilden experimenteren om de noden duidelijk in kaart te brengen, sloegen we met partnerorganisaties de handen in elkaar en trokken we met onze patiënten letterlijk door de buurt. Hoe kan je straatmeubilair gebruiken om te bewegen? Welke oefeningen kan je doen op een bank? Hoe ver kunnen mensen stappen? Zo ontstond een route door het hart van Nieuw Gent met twintig beweegopdrachten, die onze kinesist elke week doorloopt met wie wil aansluiten. Het toont hoe uit grootse plannen heel laagdrempelige initiatieven kunnen ontstaan.”

Hoe bepalen jullie op welke noden jullie al dan niet ingaan? Want zelfs een team van 45 mensen heeft maar zoveel handen en tijd?

An Van De Walle: “Vanuit onze brede visie en holistische aanpak lijken de mogelijkheden inderdaad eindeloos. We vertrekken altijd vanuit de noden die leven in de wijk. Dat is de eerste en belangrijkste toetssteen. Zijn de signalen die wij zien en capteren representatief voor de wijk? Wanneer we ons engageren is dat altijd een weloverwogen beslissing die het volledig team neemt. We willen geen brandjes blussen, maar proberen een toegevoegde waarde te creëren.

Onze aanpak is gebaseerd op twee theoretische kaders. Vooreerst het *Dahlgren and Whitehead* model dat stelt dat je gezondheid te maken heeft met je aangeboren individuele eigenschappen, je levensstijl en de invloed van je directe leefomgeving en de bredere samenleving. Vanuit de wijkgezondheidscentra zijn we ervan overtuigd dat we op al die factoren moeten werken. Daarnaast is het *WHO Ottawa Charter* een

“De projectsubsidies lopen altijd over een korte termijn, wat het moeilijk maakt om de inspanningen duurzaam te maken”

An Van De Walle

richtlijn voor onze werking. Wanneer je effectief wil zijn op het vlak van gezondheidspromotie, dan moet je op vijf domeinen werken. Je moet overheden en beleidsmakers beïnvloeden om structureel veranderingen te realiseren in de leefomgeving, zoals een park heraanleggen. Je probeert de directe leefomgeving te beïnvloeden door zelf acties op poten te zetten, door een parcours uit te tekenen met bewegwijzering zoals ‘Allez Bougez’. Je ondersteunt wijkbewoners die zelf hun gezondheid in handen willen nemen door een patiënt te ondersteunen in de opstart van een loopgroepje. We focussen op het individuele leefstijlverhaal met fietslessen en beweeglessen waar we de drempels zo laag mogelijk houden. Ten slotte proberen we ook de organisaties en wijkpartners in de buurt bij dit verhaal te betrekken en het thema gezondheid op hun agenda te zetten. Wij werken consequent op die vijf domeinen wanneer we iets oppakken. Het een kan niet zonder het andere.”

Katrien Van Leirberghe: “De reeks *Ratatouille* illustreert dat mooi. We brengen ouders van jonge kinderen samen in een praat- en kookgroep om over voeding en opvoeding te praten. Maar onder die eerste laag zit veel meer. Het inloopteam heeft het over zaken als ‘hoe schrijf ik mijn kind in voor de kinderopvang’, maar ook de diëtist en de mondhygiënist



komen langs om allerlei zaken rond gezondheid ter sprake te brengen. Mensen van een wijkorganisatie leggen de werking van de speeltheek uit. Kortom, voor we starten denken wij altijd na wat er op vlak van gezondheid kan samenhangen en hoe we dat kunnen integreren in een activiteit. Die kruisbestuiving is mooi om te zien en nemen wij allemaal terug mee naar onze eigen werking.”

An Van De Walle: “Het is schitterend om te zien hoe het preventieve terugkomt in het curatieve. Bijvoorbeeld wanneer de mondhygiëniste een informatieve sessie geeft in Ratatouille en ze mensen die ze daar ontmoet terugziet op haar stoel in de tandartspraktijk. Of wanneer de mondhygiëniste mensen die ze in haar praktijk ziet, kan doorverwijzen naar de groepssessies bij het inloopteam.”

Katrien Van Leirberghe: “Ik voel me bevoorrecht omdat ik het vaak zie gebeuren dat een zorgverstreker iets brengt op een wijkactiviteit en wat later mensen terugziet in de zorg. Of wanneer ik in een andere wijkactiviteit een patiënt iets hoor herhalen waarvan ik denk ‘Yes, dat heb jij geleerd van die zorgverstreker’. Dat lukt alleen omdat alle vormen van zorg elkaar kunnen ontmoeten in de preventieve activiteiten.”

Wat zijn de basisvoorwaarden om aan buurtzorg te doen?

Katrien Van Leirberghe: “De samenwerking met de partners binnen een afgebakende regio is van essentieel belang. Alle ogen die er zijn moeten uitkijken voor de mensen in de buurt. De buurtwerker, straathoekwerker, verpleegkundige, apotheker, kinesist, OCMW-consulent ... Allemaal moeten ze informatie uitwisselen en goede afspraken maken waardoor zorgverleners en welzijnswerkers niet los van elkaar werken, maar verbanden leggen en samenwerken.”

An Van De Walle: Je moet niet alleen instaan voor de zorg voor je patiënt, maar je moet ook denken op het niveau van een buurt en een gemeenschap. Dat aspect speelt bij heel wat zorgverstrekkers nog niet en daar is volgens ons nog werk aan de winkel. Wat helpend is om een gemeenschappelijke visie en taal te ontwikkelen rond doelgerichte zorg. Zo kom je tot gedeelde concepten en waarden en kan je de silo's van de verschillende disciplines overstijgen. We zijn er nog niet, maar het beweegt. De eerstelijnszones zijn zeker een ondersteunende structuur. →



“Buurtzorg zit op heel veel verschillende niveaus en het is niet altijd in te schatten van waaruit iets vertrekt en waar iets zal eindigen”

Katrien Van Leirberghe



“Gezondheids promotie gaat veel verder dan individuele preventiecampagnes zoals ‘eet elke dag een appel!’

Katrien Van Leirberghe

Daarnaast moeten we ons realiseren dat preventieve zorg niet zomaar in duidelijke aktes en handeling te vatten is. Er zijn veel meer trajecten en begeleidingen die makkelijker passen binnen een forfaitair systeem. In dat systeem krijgt een centrum een budget om de geïntegreerde zorg van de grond te krijgen. Het geeft beweegruimte om meer te kunnen werken op het kruispunt rond gezondheid en welzijn.

Onze werking draait op het forfaitair systeem en financiering voor lonen, aangevuld met financiering vanuit lokaal bestuur en projectsubsidies op lokaal en Vlaams niveau. Maar vooral de projectsubsidies lopen altijd over een korte termijn, wat het moeilijk maakt om de inspanningen duurzaam te maken. Laat dit een oproep zijn om meer structurele financiering voor gezondheids promotie te kunnen krijgen op wijk- en buurtniveau.”

Buurtzorg lijkt booming business in de wereld van zorg en welzijn. Hoe komt dat?

An Van De Walle: “Je voelt inderdaad dat het leeft in het politieke veld. Ik denk bijvoorbeeld aan de projectfinanciering vanuit de overheid en toonaangevende stemmen in het zorglandschap zoals Ri De Ridder die een lans breken voor buurtzorg. Op het terrein voel je het wel bewegen, maar er spelen ook remmende factoren zoals het financiële systeem, delen van informatie en het afspreken van spelregels met oog voor het belang en de privacy van de persoon met een zorgvraag. Daarbovenop komt de technische kwestie om een dossier op een goede manier te delen rekening houdend met bijvoorbeeld het beroepsgeheim. Kortom, het kost nog wat tijd om allemaal op dezelfde golflengte te komen.”

Nieuwe masterclasses van Zorgnet-Icuro

Als koepelorganisatie in de zorg is het de missie van Zorgnet-Icuro om directies en leidinggevenden te voeden met informatie en expertise. Dat doen we onder andere via de masterclasses. Een masterclass biedt een ruim pallet aan basisinformatie over de sector én je krijgt zicht op hoe Zorgnet-Icuro voor jou werkt. Daarnaast willen we verbinden om onderlinge kruisbestuiving en samenwerking te stimuleren.

Elke masterclass richt zich tot nieuwe directies (minder dan 3 jaar anciënniteit binnen hun functie), in woonzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen. Er is dit jaar ook een masterclass specifiek voor nieuwe HR-directies van ziekenhuizen. Het aanbod werd telkens uitgewerkt op maat van de sector en doelgroep.

Overzicht

De Masterclasses zijn enkel toegankelijk voor leden van Zorgnet-Icuro.

Masterclass Woonzorg

28 & 29 september

(Residentiële) tweedaagse
Recreatief Edegem

10 oktober

Webinar 1 Overheidsopdrachten – Online

7 november

Webinar 2 IF.IC – Online

21 november

Vervolgtag
Lokalen Zorgnet-Icuro (Brussel)

6 december

Webinar 3 Brandveiligheid – Online

11 januari

Vervolgtag – Online

Masterclass HR

4 & 5 oktober

(Residentiële) tweedaagse –
Lokalen Zorgnet-Icuro (Brussel)

Masterclass Geestelijke Gezondheidszorg

29 & 30 november

(Residentiële) tweedaagse
Novotel Gent Centrum

18 januari 2024

Vervolgtag – Lokalen Zorgnet-Icuro

Masterclass Ziekenhuizen

31 januari & 1 februari

(Residentiële) tweedaagse
Novotel Gent Centrum



Scan de QR code
voor meer informatie en inschrijven
www.zorgneticuro.be/activiteiten

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 110, juli 2023, p. 47). 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

