

# zorgwijzer 111

DOSSIER WONEN  
EN RUIMTELIJKE PLANNING

**“Met de klimaat-  
verandering en de  
stijgende zorgnoden is  
een slimme ruimtelijke  
ordening belangrijker  
dan ooit”**

**zorg net**

icuro



# IN DIT NUMMER

Editoriaal ..... 3

Interview An Rekkers van de Vlaamse Vereniging voor Ruimte en Planning ..... 4

Stedenbouwkundige Jens Aerts van Sweco ..... 10

De Korenbloem, waar zorg en wonen hand in hand gaan ..... 16

Vlaams Bouwmeester Erik Wieërs ..... 22

Interview met Sam Proesmans ..... 26

10 vragen aan de zorgwijze: An Coucke ..... 32

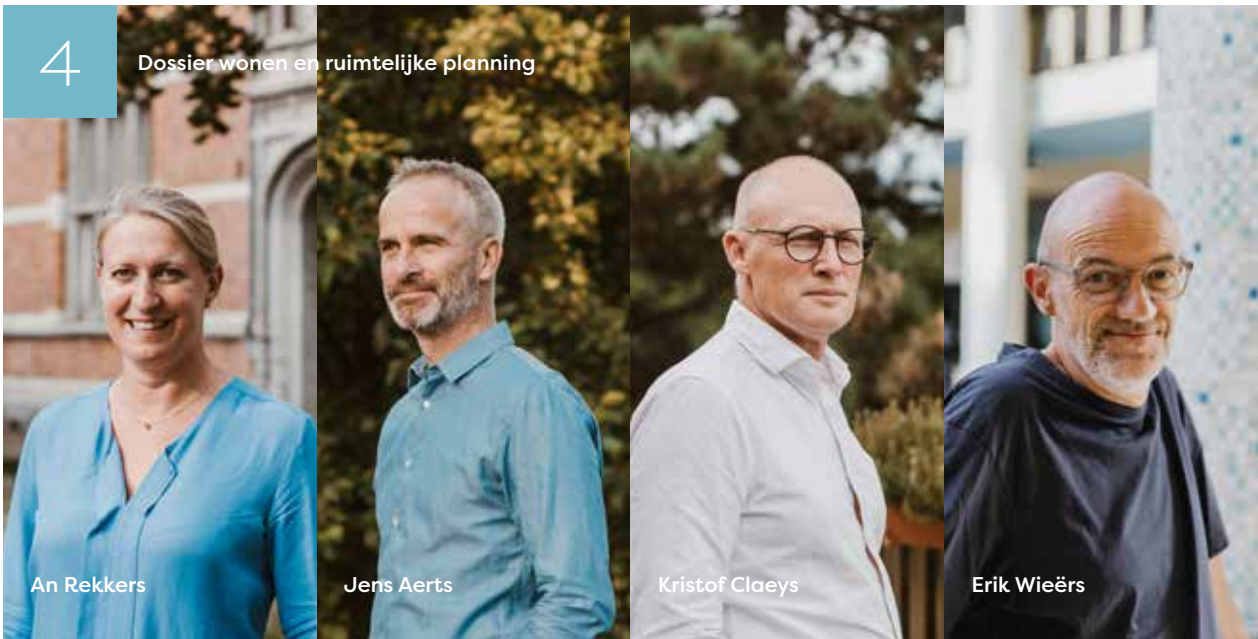
Topconsultant Lieve Creten over goed bestuur ..... 34

Isabelle François en Lode Lauwaert over AI in de zorg ..... 38

Onderwijs, zorg én overheid moeten hand in hand gaan ..... 45

Centra voor psychosociale revalidatie pleiten voor wijziging in erkenning en regelgeving ..... 50

Open Geestdagen in het weekend van 7 en 8 oktober ..... 54



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

## My home is my community



De demografische prognoses van het Planbureau zijn klaar en duidelijk. In de komende decennia rolt er een tsunami van vergrijzing en verzilvering over ons heen. Tegen 2070 zal een kwart van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 67 jaar; nu is dat iets meer dan 18%. Vanaf 2030 neemt vooral het aantal personen op heel hoge leeftijd razendsnel toe. Op een bevolking van ruim 7,5 miljoen zullen er in 2050 ongeveer een half miljoen Vlamingen de gezegende leeftijd van 85 of meer hebben bereikt, tegenover 220.000 in 2023. Dat is meer dan dubbel zoveel als nu. Veel meer ouderen betekent ook meer personen met dementie, en met chronische aandoeningen. Dus een grotere zorgvraag, terwijl er nu al handen te kort zijn in de zorg en er in de komende decennia een verdere daling is van het aantal mensen op arbeidsleeftijd.

Die ontvullende cijfers doen beetje bij beetje het besef doordringen dat ons huidig zorgmodel tegen die tsunami niet bestand zal zijn. Dat we het anders zullen moeten aanpakken, dat we niet elke vraag naar professionele zorg zullen kunnen beantwoorden. Dat we voor zorg meer op elkaar zullen aangewezen zijn. Het dringt ook stilaan door dat onze Vlaamse woonvoorkeuren – de vrijstaande woning met individuele tuin in een verspreide bebouwing – en de manier waarop we de openbare ruimte hebben opgedeeld en ingevuld, niet echt bijdraagt aan het spontaan “zorgen voor elkaar”.

Maar er tekent zich stilaan een kentering af. Getuige de diverse stemmen die aan het woord komen in het dossier over wonen en ruimtelijke ordening in deze Zorgwijzer. De geïnterviewden pleiten sterk voor een gestuurde ruimtelijke ordening en architectuurkeuzes die de gemeenschapsvorming stimuleren. Geen verspreide bebouwing, maar woonvormen die functies voor verschillende groepen en leeftijden samenbrengen (een woonzorgcentrum, een school, een buurtwinkel...) en zo de sociale cohesie en onderlinge hulp faciliteren. Op die manier kunnen we de thuiszorg op een menselijker manier organiseren. En geven we “community-building” een echte kans.

Nu houden te veel ouderen te lang vast aan het té grote afgelegen huis, waar de eenzaamheid weegt op het mentaal welzijn en de levenskwaliteit. De manier en de plaats waarop we wonen kan zo bepalend zijn voor het vrijwillige engagement dat andere generaties kunnen en willen opnemen in de zorg. We hebben plekken nodig waar ouderen zelfstandig wonen en zich verzekerd weten van het contact, de zorg en geborgenheid van andere mensen om zich heen. Opportuniteiten scheppen voor ontmoeting stimuleert het buurtleven en haalt mensen uit hun isolement. Bewuste keuzes maken en mensen sensibiliseren om zich tijdig voor te bereiden op hun oude dag zal het welzijn en het intergenerationeel contact ten goede komen. Alleen zo kunnen we van onze buurten echte gemeenschappen maken.



INTERVIEW AN REKKERS VAN DE VLAAMSE VERENIGING  
VOOR RUIMTE EN PLANNING

# “Slimme ruimtelijke ordening bevordert de gezondheid en stimuleert ontmoeting en nabije zorg”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT

Een slimme ruimtelijke ordening komt zowel onze fysieke als mentale gezondheid ten goede. Verstandige keuzes kunnen ook langer thuis wonen mogelijk maken. Maar dan niet volgens de huidige beleidsmantra *Aging in place*, maar veeleer volgens het principe *Moving in time*. Dat zegt An Rekkers, directeur van de Vlaamse Vereniging voor Ruimte en Planning.





De Vlaamse Vereniging voor Ruimte en Planning is een lerend netwerk van ruimtelijk planners en stedenbouwkundigen. Onder meer omgevingsambtenaren, ontwerpers, studiebureaus en overheden maken er deel van uit. “Het is een bont publiek,” zegt An Rekkers. “We zijn dan ook bezig met een breed spectrum aan uitdagingen.”

“Wie een woonzorgwijk plant, moet vandaag oog hebben voor de architectuur, maar ook voor de toegankelijkheid, mobiliteit, inclusief wonen, de aanwezigheid van buurtfuncties zoals een bakker, slager of apotheker. Ook klimaatverandering, waterbeheer, bodemonderzoek of de luchtkwaliteit zijn belangrijke aandachtspunten. Die vele perspectieven maken van ruimtelijke planning een complex geheel. Vooral omdat ruimte een schaars goed geworden is.”

### Zorgzame en duurzame buurten

“We zien gelukkig veel goede initiatieven die deze uiteenlopende invalshoeken in rekening brengen. Een voorbeeld is vzw Astor, die zorgzame en duurzame buurten bouwt. In Wijnegem is er Residentie Schoolstraat, een woonproject voor mensen met een zorgnood of dementie. Het ziet eruit als een gewone woonwijk, met aparte huisjes voor één of twee personen en met een gemeenschappelijke ruimte. Alle woningen zijn comfortabel en hebben toegang tot de tuin. De zorg is er ‘onzichtbaar aanwezig’, zoals vzw Astor het formuleert. Cruciaal is de kleinschaligheid. Die realiseert Astor ook in een hoogbouw in Geel, dicht bij het station. In die hoogbouw wordt gewerkt met kleine units van maximum acht bewoners en een inwonende huishoudster die kookt en boodschappen doet. De hoogbouw ligt naast een zorgvoorziening, die instaat voor de zorg. Omdat dit project gedragen wordt door een vzw, blijft het sociaal, inclusief én betaalbaar. In tegenstelling tot veel commerciële projecten.”

“*Zo lang mogelijk thuis wonen is in het sterk versnipperde Vlaanderen vaak problematisch*

An Rekkers

“Even belangrijk als de kleinschaligheid is de goede inbedding in de samenleving. In Geel is de hoogbouw met kleine units ingebed in een wijk met tal van andere functies. In het gebouw zelf is trouwens een restaurant, waar ook mensen uit de buurt komen eten. Dat samenbrengen van functies – bijvoorbeeld een woonzorgcentrum naast een school, een bibliotheek of een buurtwinkel – zorgt ervoor dat mensen niet geïsoleerd raken. Dat gebeurde vroeger weleens: in een mooie, landelijke omgeving werd een zorgvoorziening gebouwd, op vijf kilometer van een dorpskern, prachtig gelegen, maar totaal geïsoleerd, zeker voor mensen die niet meer mobiel zijn. Dat is niet meer van deze tijd.”

### Zo lang mogelijk thuis?

“Het beleid moet de juiste keuzes durven maken,” stelt An Rekkers. “Zo lang mogelijk thuis wonen is in het sterk versnipperde Vlaanderen vaak problematisch. Ook de diversiteit aan de zorgaanbieders draagt daar niet toe bij. In elke afgelegen verkaveling zie je dagelijks drie of meer verschillende organisaties met wagens van gezinshulpen en thuisverpleegkundigen. Hoeveel duizenden overbodige kilometers maken we op die manier voor zorg aan huis? Met de vergrijzing en de verzilvering is dat systeem onhoudbaar. Het is absoluut niet efficiënt.”

“Langer thuis wonen betekent vandaag ook dat oudere mensen dikwijls in te grote en onaangepaste huizen wonen. Die woningen zouden beter vrijkomen voor jonge gezinnen. *Aging in place* is niet de oplossing. *Moving in time* biedt meer perspectief. Het knelpunt vandaag is dat er nog maar weinig goede, waardevolle alternatieven zijn. Zoals De Living van vzw Symbiosis. Die vzw bouwt cohousing woonprojecten voor de tweede levenshelft: 55-plussers die nog mobiel zijn. De woonprojecten zijn goed gelegen, dicht bij een dorps- of stadskern. Het zijn degelijke, comfortabele woningen en wie op termijn zorg nodig heeft, kan er blijven wonen. Het cohousen stimuleert burenhulp, mensen die een oogje in het zeil houden voor elkaar.” →

A woman with short blonde hair, wearing a bright blue long-sleeved shirt and black pants, stands outdoors in front of a brick building. She is smiling and looking upwards. The background features a brick building with a white arched doorway and a tree. The ground is paved with cobblestones and has some fallen leaves. A pigeon is visible in the bottom right corner.

**“Even belangrijk als de kleinschaligheid is de goede inbedding in de samenleving”**

An Rekkers

“Want dat is het probleem met het credo ‘zo lang mogelijk thuis wonen’ vandaag: alle lasten komen op de schouders van de mantelzorgers. Hoe wil je dat mensen mantelzorg opnemen als iedereen tot zijn 67<sup>ste</sup> moet werken? Ik woon in Mechelen, mijn mama in Brugge. Moet ik als zij zorgbehoevend wordt elke dag na mijn werk van Mechelen naar Brugge voor mantelzorg? Dat is niet realistisch. Daarom moeten we betere alternatieven bouwen, met een slimme ruimtelijke ontwikkeling die de nodige zorg faciliteert.”

“In Brugge is er een innovatief initiatief: De Indruk. Het project telt twee appartementsblokken, enkele rijwoningen en een aantal verblijven voor jongeren onder begeleiding. Er is een binnentuin en een gemeenschappelijke buurtschuur. Alle eigenaars van een woning of een appartement zijn mede-eigenaar van de buurtschuur. De schuur wordt intensief gebruikt: voor feestjes, ontmoetingen, recepties... Er komt een gemengd publiek naartoe. Mensen ontmoeten er elkaar, leren elkaar kennen. Dat bevordert de sociale cohesie en de contacten. De mensen hebben er oog voor elkaar. Als ergens een gordijn dicht blijft, dan is er altijd wel iemand die even gaat kijken of alles goed gaat. Ik geloof in dat soort initiatieven. Omdat de

praktijk toont dat ze werken. Het zijn bestaande, maar goed doordachte vormen van samenleven, die langer thuis blijven wonen mogelijk maken.”

### **Gelegenheid tot ontmoeten scheppen**

Buren die voor elkaar zorgen. Zijn we dat ook niet wat verleerd? “Ja, misschien wel. We wonen erg individueel, met weinig contacten. Een slimme ruimtelijke ordening kan dat veranderen. Laat ons onmiddellijk stoppen met investeren in verkavelingen ver van een kern: dat heeft geen zin. Laat ons meer investeren in goed gelegen verkavelingen, waar ook een huisarts, een apotheek en een tandarts in de buurt zijn. Die staan niet alleen in voor zorg, ze brengen leven in een kern, ze creëren passage. Net als een buurtwinkel. Mensen kunnen er te voet naartoe: ze blijven in beweging, zijn zelfredzaam en voelen zich daardoor ook beter in hun hoofd,” zegt An Rekkers.

“Het zit in kleine dingen: een pleintje of parkje met een zitbank en een speeltuin, waar mensen van verschillende generaties elkaar ontmoeten in de publieke ruimte. We moeten de gelegenheid tot ontmoeten scheppen.



**“Laat ons onmiddellijk stoppen met investeren in verkavelingen ver van een kern: dat heeft geen zin”**

An Rekkers



Als mensen elkaar niet tegenkomen, leren ze elkaar niet kennen en weten ze het ook niet als er iets aan de hand is of als iemand hulp nodig heeft.”

“Ook hoe je een straat inricht, maakt een immens verschil. Is de straat helemaal afgestemd op auto-verkeer, dan krijg je alleen auto's en geen sociale contacten. Creëer je ruimte voor fietsers en voetgangers, dan stoppen mensen soms voor een praatje. Of ze knikken eens naar elkaar. Die kleine ontmoetingen stimuleren het buurtleven en halen mensen uit hun isolement. Pas dan kunnen mensen ook zorg dragen voor elkaar.”

“Het hangt allemaal samen. In afgelegen verkavelingen komt meer obesitas voor, omdat de mensen voor elke boodschap de wagen nemen. Stimuleer je door een slimme ruimtelijke ordening het fietsen en wandelen, dan bewegen we meer, dan is er minder luchtvervuiling, zijn er meer sociale contacten, blijven we gezonder en voelen we ons beter in ons vel. Hoe je een straat, een dorpskern of een wijk inricht, heeft dus indirect een grote impact op de fysieke en mentale gezondheid.”

### **Nabije zorg op kleine schaal**

“Wat de gezondheidsvoorzieningen betreft, pleiten we voor kleinschaligheid en nabijheid. Je ziet meer en meer initiatieven in die richting. Zelfs grootschalige woonzorgcentra zoeken oplossingen om kleinschaligheid binnen te brengen. In Maldegem zijn twee voormalige pastoriewoningen in de dorpskern ingericht als zorgunits voor zeven of acht bewoners. Elke bewoner heeft zijn private ruimte en er zijn daarnaast gemeenschappelijke voorzieningen. Er slaapt iemand in voor de nodige ondersteuning en er wordt samengewerkt met het OCMW. Kleinschaligheid van zes tot acht bewoners bevordert de contacten. Er zijn geen lange gangen, geen grote eetzaal, het is gewoon een groot huis. De bewoners worden ingeschakeld in het dagelijkse leven: ze schillen aardappelen, ze gaan mee op boodschappen... Ze voelen zich nuttig, wat hun zelfredzaamheid en hun zelfvertrouwen versterkt. Ze doen nog mee in de samenleving, ze functioneren in een huishouden.”

“Een minder goede ontwikkeling is de inplanting van grote ziekenhuizen aan de rand van een stad. We zien het in diverse steden. Wie in het centrum van de stad woont, moet soms tien minuten te voet naar een bushalte en dan nog eens twintig minuten op de bus. Of hij moet een taxi of een ambulance bellen. Vooral voor de meest kwetsbare en minder mobiele mensen is dat een ramp. Die grote ziekenhuizen zijn gebouwd in functie van bereikbaarheid voor ziekenwagens en logistiek, maar dat heeft niets meer te maken met zorg op maat van de patiënt.”

“Hoe je een evenwicht vindt tussen economische efficiëntie en nabije zorg? Een stad als New York heeft in kwetsbare buurten eerstelijnspraktijken, vergelijkbaar met wijkgezondheidscentra bij ons. Je vindt er een huisarts, een tandarts, een psycholoog, vaak ook



een buurtwinkeltje en een dienst die mensen helpt met hun administratie. Zulke wijkgezondheidscentra ontbreken bij ons nog te vaak. Ze zijn nochtans nodig voor kwetsbare mensen met de hoogste zorgnoden. Nabije zorg kan zware medische problemen sneller detecteren, wat kostenefficiënt is. Onze gezondheidszorg is vandaag nog te zeer gericht op het curatieve en veel te weinig op preventie en nabijheid.”

“Toch blijf ik optimistisch. Niet zozeer door het beleid en de keuzes van onze overheden, maar door de vele initiatieven van onderuit voor een hartelijker samenleving. We zijn het inderdaad wat verleerd om samen te leven, maar ik zie overal buurtcomités opleven die op kleine schaal het verschil proberen te maken. Maar het beleid moet ook mee, weg van de nadruk op het individualistische model. Ik geloof niet in langer thuis wonen zoals het beleid dat vandaag promoot. Ik zie de gevaren van een persoonsvolgende financiering. Ik zie veel te weinig nabije zorg. Ik huiver van privatiseringen in de zorg. Vermaatschappelijking mag geen afschuiven van verantwoordelijkheid zijn. De samenleving investeert veel geld in gezondheidszorg. Alleen moeten we betere keuzes maken. Meer investeren in preventie, in beweging, in een gezonde omgeving, in leefbare buurten ... Er is nog veel werk aan de winkel. Een slimme ruimtelijke ordening kan veel helpen. Maar het kan niet allemaal van onderuit blijven komen.”

STEDENBOUWKUNDIGE JENS AERTS VAN SWECO

# “Maak een gezondheidsstrategie op wijkniveau”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT

Ruimtelijke ordening als tool voor preventieve gezondheidszorg. Het is een van de stokpaardjes van architect-ingenieur en stedenbouwkundige Jens Aerts. Binnen de divisie BUUR van het ingenieurs- en architectenbureau Sweco werkt hij met diverse partners aan een duurzame ruimtelijke planning. “We hebben belangrijke hefboomen in handen,” zegt hij. “Met de klimaatverandering en de stijgende zorgnoden is een slimme ruimtelijke ordening belangrijker dan ooit.”

“Wist je dat de stedenbouwkunde als discipline voortkomt uit de gezondheidszorg?” vraagt Jens Aerts aan het begin van het gesprek. “Tijdens de cholera-epidemie in Londen midden 19<sup>de</sup> eeuw bracht dr. John Snow evidence based in kaart waar de slachtoffers woonden. Hij ontdekte haarden van infectie en kon zo de oorzaak achterhalen: de slechte waterkwaliteit. Tot dan legde de overheid de verantwoordelijkheid bij het individu: cholera was een kwestie van persoonlijke hygiëne. Wat dus niet bleek te kloppen. Het was een kwestie van slechte voorzieningen. In het zog hiervan gingen de eerste stadsplanners aan het werk. Ze benadrukten het belang van ventilatie in huizen, goede rioleringen en groen in de stad. Ook de grote branden in Londen dwongen de overheid om slimmer aan stadsplanning te doen en normen op te leggen.”

“Covid drukte ons opnieuw met de neus op de feiten. Er werd dan wel gesproken over *social distancing*, maar eigenlijk bedoelden we *physical distancing*: het was belangrijk dat we fysiek afstand hielden. Daarvoor heb je ruimte nodig. Zoals openbare ruimte en parken,

waar we sociale contacten kunnen onderhouden en tegelijk fysiek afstand bewaren.”

“Open ruimte is voor stedenbouwkundigen even belangrijk als de gebouwde omgeving,” zegt Jens Aerts. “Het bewaren en goed omgaan met de schaarse ruimte die ons nog rest, is een prioriteit. We werken vaak in opdracht van lokale overheden of gewesten, maar we zitten aan tafel met de meest uiteenlopende partners.”

“Maatschappelijke veranderingen hebben een grote impact op de ruimtelijke ordening. Vooral de klimaatverandering speelt vandaag een rol. Zowel wat mitigatie (het vertragen en verminderen van de klimaatverandering) als adaptatie (tijds aanpassing aan de klimaatverandering) betreft. De klimaatverandering is volop bezig en zal zich de komende jaren en decennia voortzetten. Ze heeft een invloed op onze gezondheid, onze manier van wonen en de wijze waarop we de ruimte vormgeven.”









**“Door de ruimte anders in te richten, werken we dus niet alleen aan een betere luchtkwaliteit, maar stimuleren we mensen ook om meer te wandelen, te fietsen, te bewegen. Bewegen is gezond, bewegen werkt preventief”**

Jens Aerts









*Elke sector heeft zijn beleidsplan, zijn structuur, zijn financiering.  
We moeten horizontaal en verticaal bruggen bouwen*

Jens Aerts

heeft zijn beleidsplan, zijn structuur, zijn financiering. We moeten horizontaal en verticaal bruggen bouwen. Ruimtelijke ordening speelt zich vooral in de gemeenten af, waar de vergunningen worden toegekend. Maar de gezondheidszorg is vooral federaal. Hoe kunnen we dit beter op elkaar afstemmen? Ook horizontaal. De discipline ruimtelijke ordening heeft het aspect gezondheidszorg wat uit het oog verloren. We focussten vooral op economische ontwikkeling en duurzaamheid. Maar sinds covid komt een gezonde omgeving weer meer onder de aandacht.”

“Het gezondheidsbeleid zelf is te veel gericht op het curatieve aspect. Positief is dan ook de oprichting van het Preventieplatform: een initiatief van verschillende sleutelfiguren uit de zorgsector en academische wereld, waaronder Margot Cloet van Zorgnet-Icuro. Ik ben daar als expert in ruimtelijke ordening ook bij betrokken. Het is een informeel netwerk met een memorandum dat pleit voor een sterk preventief gezondheidsbeleid. Niet alleen met screenings tegen darmkanker of campagnes tegen roken, maar ook met de vijf stedenbouwkundige hefboomen. We kunnen veel gezondheidsproblemen vermijden door een betere luchtkwaliteit, meer groen en meer beweging.”

#### **Gezondheidsstrategie op wijkniveau**

“Elke wijk zou een gezondheidsidentiteitskaart moeten hebben,” zegt Jens Aerts. “Hoe functioneert de wijk? Welke problemen komen erin voor? Welke faciliteiten zijn er aanwezig? Je zou met de geanonimiseerde

data van de ziekenfondsen een gezondheidsatlas per wijk kunnen maken. En op basis daarvan met diverse disciplines – gezondheidszorg, ruimtelijke ordening, lokaal bestuur, mobiliteit enzovoort – samen een strategie per wijk uittekenen. Wat ontbreekt er? Hoe kunnen we de problemen aanpakken? Is er meer groen nodig? Meer ontharding? Een wandelnetwerk? Een wijkgezondheidscentrum?”

“Er beweegt al een en ander. Denk aan de Green Deal Duurzame Zorg van de Vlaamse overheid, waar we met Sweco en vele partners aan meewerken. Tegelijk zien we dat de subsidiemechanismen vaak nog niet afgestemd zijn op de nieuwe noden. Zo worden zorgvoorzieningen gefinancierd voor de nieuwbouw of renovatie van gebouwen, maar niet voor de groene omgeving, voor een goede mobiliteit, voor initiatieven op wijkniveau... Die aandacht voor de buitenruimte moet nog doordringen in de financiering. Daar ligt nog een grote uitdaging.”

“Vlaanderen beschouwt ruimtelijke ordening nog te weinig als een sterke, sturende strategie voor preventieve gezondheidszorg. In concrete dossiers en projecten worden we dikwijls pas betrokken als de grote lijnen al vastliggen en er een bouwvergunning nodig is. Dat moet anders. Wij pleiten ervoor om in het begin van elk bouwproject aan tafel te zitten met een stedenbouwkundige voor een korte, slimme oefening vanuit diverse perspectieven. Het gaat immers nooit alleen om het gebouw, maar altijd ook om de omgeving en de kansen die daar liggen voor meer gezondheid en een hechtere samenleving.”





**“Vlaanderen beschouwt  
ruimtelijke ordening nog te  
weinig als een sterke, sturende  
strategie voor preventieve  
gezondheidszorg”**

Jens Aerts

DE KORENBLOEM, WAAR ZORG EN WONEN HAND IN HAND GAAN

# “Kleinschaligheid is een troef voor bewoners én medewerkers”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT

De Korenbloem in Kortrijk kiest voor kleinschaligheid. Zorg is er belangrijk, maar de kwaliteit van wonen evenzeer. “Tegenover 1 uur zorg staat namelijk elke dag 23 uur het wonen,” zegt algemeen directeur Kristof Claeys. De meest recente gebouwen het Portiek en de Pergola hebben woningen voor acht tot tien bewoners. Elke woning heeft haar vast team medewerkers, voor wie de grenzen tussen zorgverlening en woonbegeleiding vervagen. “Wie hier werkt, kiest voor het totaalpakket.”







**“We maken van onze visie een kracht. Onze medewerkers willen meer dan alleen zorg bieden aan mensen, ze willen ook instaan voor het wonen”**

Kristof Claeys



De Korenbloem is een woonzorgcentrum in Kortrijk. De voorbije jaren werd er duchtig bijgebouwd. In februari 2019 opende het Portiek, in oktober 2020 de Pergola. Beide realisaties liggen vlak naast het woonzorgcentrum maar toch apart ervan. Beide integreren een oude villa met een nieuwbouw. En in beide staan kleinschaligheid en wooncomfort centraal.

### Vernieuwende concepten

Het verhaal van het Portiek begint in 2012. Toenmalig minister Vandeuren en toenmalig Vlaams bouwmeester Peter Swinnen riepen zorgorganisaties op om vernieuwende zorgconcepten voor te stellen. “De Korenbloem diende een project in voor residentiële opvang voor jonge mensen met dementie,” vertelt Kristof Claeys. “We hadden al ervaring met jongdementie in het centrum voor dagverzorging en we kenden de noden. We wilden voor deze jongere doelgroep een gebouw los van het woonzorgcentrum, met een aparte voordeur. Uiteindelijk bouwden we twee nieuwe gebouwen: het Portiek en de Pergola.”

“Beide gebouwen zijn ingericht voor kleinschalig genormaliseerd wonen. Eerder al experimenteerden we met kleinschaligheid in het woonzorgcentrum. In 2010 splitsen we afdelingen op in kleinere leefgroepen. Het voordeel is dat personeel, bewoners en familie elkaar veel beter kennen. In de Pergola en het Portiek trokken we die lijn door. Er wonen ondertussen een 35-tal jonge mensen met dementie, de andere plaatsen worden ingenomen door oudere bewoners.”

“Het Portiek telt vier woningen voor tien bewoners, één woning per verdieping. De Pergola heeft vier woningen van acht bewoners, maar hier zijn per verdieping twee woningen aan elkaar gekoppeld. Zo kunnen we op rustige momenten, bijvoorbeeld tussen 20 en 21 uur ‘s avonds, de tussendeur openen en er één ruimte van maken. Dat geeft meer flexibiliteit voor de personeelsinzet. Als je verticaal bouwt, is dat moeilijker te realiseren.”

“Elke woning heeft haar karakter, met een andere inrichting, kleuren en meubilair. Dat benadrukt het persoonlijke. Mensen blijven hier wonen. Krijgt iemand na verloop van tijd dementie, dan verhuist hij niet naar een andere woning. Hij blijft in zijn vertrouwde omgeving, met het vertrouwde personeel.”

Naast het residentieel verblijf hebben het Portiek en de Pergola enkele kamers kortverblijf en een centrum voor dagverzorging. Met een en dezelfde personeels-equipe. “Zo garanderen we een optimale continuïteit,” legt Kristof Claeys uit. “Het gebeurt wel vaker dat iemand eerst een tijdje naar het centrum voor dagverzorging komt, daarna een tijdje op kortverblijf woont, om dan uiteindelijk, als ze helemaal vertrouwd zijn met de mensen en de omgeving, voor een residentieel verblijf te kiezen.”

### Zorg en wonen als totaalpakket

“Vooral het kleinschalige karakter maakt het verschil op het vlak van wonen. Elke woning heeft een keuken en een grote leefruimte. De maaltijden worden afgewerkt in de eigen keuken. De bewoners eten samen in de leefruimte. Als er familie op bezoek komt, gebeurt dat bijna altijd in de leefruimte. Op die manier leert de familie ook de andere bewoners en hun familie kennen en ontstaat er een band. Doordat ze elkaar leren kennen, delen ze op een bijna vanzelfsprekende manier de zorg voor elkaar. Een familielid op bezoek steekt bijvoorbeeld al snel een handje toe bij het avondeten van de hele groep.”

“Door familie en bezoekers te betrekken, ontstaat er een andere dynamiek in de woning. Als twee bewoners bezoek hebben, dan kunnen medewerkers met de zes andere bewoners rustig een taart bakken. Een taart bakken met zes is zowel voor de bewoners als voor het personeel veel leuker dan met een afdeling van 32 bewoners. Dat is het verschil.”

Vereist kleinschaligheid niet meer personeel? “We zitten boven de norm,” zegt Kristof Claeys. “Maar die keuze maakt ons op vele manieren sterker. Geheel in lijn met onze waarden en visie bieden we kwaliteit van zorg én aandacht voor het wonen. Die radicale keuze trekt medewerkers aan die gemotiveerd zijn om in zo’n context te werken. Mochten we het geweer plots van schouder veranderen, dan zouden we onze medewerkers teleurstellen. Vandaag hebben we geen enkele vacature en hier werken geen interims. We maken van onze visie een kracht. Onze medewerkers willen meer dan alleen zorg bieden aan mensen, ze willen ook instaan voor het wonen.”

“Dat betekent dat zorgkundigen en verpleegkundigen samen met de ergotherapeuten en de orthopedagogen



*Door familie en bezoekers te betrekken, ontstaat er een andere dynamiek in de woning*

Kristof Claeys



zowel voor de zorg als voor het wonen instaan. Verpleegkundigen en zorgkundigen organiseren mee activiteiten en gaan mee op uitstap, terwijl ergotherapeuten en orthopedagogen meehelpen in de zorg. Ik weet dat men op sommige scholen ergotherapeuten waarschuwt om niet als zorgmedewerker ingezet te worden. Bij ons is het omgekeerd: onze ergotherapeuten kiezen er bewust voor om hier te werken. Elke medewerker kiest voor het totaalpakket. Voor velen is dat juist een meerwaarde. Ze leven de hele dag samen met de acht of tien bewoners, die ze door en door kennen. Dat komt het wonen én de zorg ten goede. Want een ergotherapeut die ook helpt in de zorg, kent de bewoners nog beter en kan haar specifieke kennis maximaal inzetten.”

“Onze medewerkers kiezen voor dit model en zijn gemotiveerd. We hechten daar veel belang aan. Voor een nieuwe medewerker een contract tekent, laten we de kandidaat een dag meewerken. Zo ervaart hij of zij of het iets voor hem of haar is. En vermijden we dat mensen na een tijdje afhaken. Al gebeurt dat hier natuurlijk ook wel eens.”

**“Wij creëren geen gouden kooi voor ouderen. We streven ernaar dat ze deel blijven uitmaken van de samenleving. Ook in het dagelijkse leven”**

Kristof Claeys

### **Break-even**

“Een kleine groep bewoners en een kleine groep medewerkers is ideaal. Daarom spreiden we de medewerkers niet over verschillende afdelingen of woningen. Dat beperkt de flexibiliteit, wat een nadeel is. Anderzijds hebben we minder ziekteverzuim. Elke medewerker voelt zich namelijk mee verantwoordelijk. De cohesie in de groep is sterk. Natuurlijk duurt het tijdje eer je zoiets bereikt, maar het loont om daarin te investeren.”

“Financieel is het niet evident. Onze dagprijzen zijn niet hoger dan andere woonzorgcentra in de regio. We draaien break-even, maar winst zit er niet in. Toch biedt kleinschaligheid soms ook financiële voordelen, als je wat creatief bent. In een woning van acht bewoners heb je bijvoorbeeld nauwelijks beloproepen. En voor de administratie hebben we geen apart verpleeglokaal nodig: hiervoor hebben we een kleine hoek in de leefruimte ingericht.”

“Kleinschalig wonen heeft ook voordelen op het gebied van gezondheid. In ons woonzorgcentrum hadden we tijdens covid veel overlijdens. In het Portiek en de Pergola geen enkel. Allicht speelden meerdere factoren



mee, maar de kleinschaligheid was zeker een voordeel. Je kan mensen nu eenmaal beter afscheiden in een woning van acht dan op een afdeling van dertig.”

“Bewoners krijgen ook minder psychofarmaca,” zegt Kristof Claeys. “Gewoon omdat ze er minder om vragen. Mag ik er trouwens nog eens voor pleiten dat elk woonzorgcentrum met één huisarts of CRA kan werken? Nu beslist elke huisarts afzonderlijk wat hij een bewoner voorschrijft. Hoe kan je dan een goed psychofarmacabeleid voeren? De CRA heeft nauwelijks hefboomen om een beleid te voeren. ‘In woonzorgcentra worden te veel psychofarmaca voorgeschreven’ klinkt het dan. Maar het zijn niet de woonzorgcentra die voorschrijven, terwijl we wel het beleid moeten voeren. Dat is niet evident met zoveel verschillende huisartsen.”

### **Geen gouden kooi**

“Een ander aandachtspunt is de integratie in de wijk. We werken nauw samen met partners in de buurt. Zo komen kinderen van de Freinetschool voorlezen voor de bewoners. We hebben een grote tuin, waar de Gezinsbond regelmatig activiteiten organiseert. We hebben een samenwerking met de kinderboerderij en met welzijnsorganisatie Ubuntu. Wij creëren geen gouden kooi voor ouderen. We streven ernaar dat ze deel blijven uitmaken van de samenleving. Ook in het dagelijkse leven. We focussen bijvoorbeeld niet op

activiteiten om de mensen ‘ bezig te houden’, maar zoeken naar zinvolle dagbesteding. Bewoners bakken een cake, helpen boodschappen doen of de afwasmachine leegmaken. Dat zijn kleine dingen, maar het maakt een enorm verschil voor hun welbevinden en hun zelfrespect als bewoners zich nuttig kunnen maken.”

“We zijn erg blij dat we met de steun van de overheid en de Vlaams Bouwmeester dit project konden realiseren. Toch moet iets me van het hart. In de beginfase van het pilootproject volgde de overheid ons goed op. Jammer genoeg is dat met de jaren verminderd. We hebben uiteindelijk tien jaar aan de nieuwbouw gewerkt. Maar een eerste evaluatie met de overheid vond pas vorig jaar plaats. Het doel was nochtans om nieuwe concepten te testen en de geleerde lessen door te geven aan andere organisaties en sectoren. Maar de overheid toont weinig interesse voor het project. Vreemd is dat. We hebben de opeenvolgende ministers al verschillende keren uitgenodigd. Want we zijn trots op deze realisaties en het kan andere organisaties inspireren. De bekroning met de New European Bauhaus Prize vorig jaar toont dat zelfs in het buitenland appreciatie is voor wat we hier realiseerden. Het is een geslaagd project van de overheid, dat aantoont dat ouderenzorg ook anders kan. Het kan de ouderenzorg in een positief daglicht plaatsen. We kunnen daar niet genoeg ruchtbaarheid aan geven.”





VLAAMS BOUWMEESTER ERIK WIEËRS

**“Laat ons de vele mooie  
kansen zien in nieuwe  
vormen van samen wonen”**

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: PIETER GEERTS





**Willen we duurzaam en ecologisch verantwoord leven, dan moeten we een shift maken naar nieuwe vormen van samen wonen. “Dat hoeft niet te betekenen dat we met zijn allen naar woontorens moeten verhuizen en onze privacy moeten opgeven,” stelt Vlaams Bouwmeester Erik Wieërs gerust. “Laat ons vooral focussen op de kansen die de bouwshift creëert. Ook voor oudere en kwetsbare mensen.”**

Begin september stelde het Team Vlaams Bouwmeester het boek *Samen wonen ontwerpen* voor. Het boek wil een inspiratiegids zijn voor toekomstige ontwikkelingen op het vlak van architectuur, ruimtelijke ordening en de organisatie van een duurzame samenleving.

“Er doen veel misverstanden de ronde over de bouwshift,” zegt Erik Wieërs. “Ja, er is meer densiteit nodig. Ja, we moeten minder verspreid wonen. Maar er wordt mensen nodeloos angst aangejaagd. Het is niet zo dat iedereen nu zijn villa moet inruilen voor een woontoren vlakbij het station. Bovendien creëert dicht bij elkaar wonen vooral kansen. De kans om dingen te delen, bijvoorbeeld: een boormachine, een hogedrukreiniger en waarom ook niet een wagen of een tuin?”

“Tussen de twee wereldoorlogen had je her en der in Vlaanderen coöperatieven en tuinwijken. Na 1945 ontstond er een nieuw woonideaal: we moesten plots allemaal alleen wonen, in een vrijstaande woning, ver van onze burens, zodat we van niemand last hebben. Dat is vandaag nog altijd het overheersende discours.”

“Spreek je over de bouwshift, dan zijn mensen vooral bang om hun privacy te verliezen. Ik vind privacy ook belangrijk. Maar respect voor privacy valt perfect te combineren met een gemeenschappelijke tuin of een gedeelde ruimte. Dankzij die gedeelde plekken heb je tien keer meer kans om andere mensen te ontmoeten. En dan is de kans dat iemand over een probleem praat en hulp zoekt ook tien keer groter. Zo maak je een zorgzame samenleving.”

### **My home is my castle**

“Alles begint bij de footprint: waar ga je bouwen en waar niet? Die keuze is een politieke daad in de brede betekenis van het woord. Het is een keuze voor een samenlevingsmodel. Je kan kiezen om iedereen in een woontoren te steken. Of je kan kiezen om

woongelegenheden te bouwen rond een centraal plein of een gedeelde tuin. Dat is een ander maatschappelijk model.”

“Bouwen op een verkaveling buiten de stad is een vooruitgangsidee die moeilijk uit het hoofd te praten valt. ‘Ik heb het gemaakt, ik kan nu de stad verlaten en ergens op een verkaveling op mezelf gaan wonen in alle privacy.’ De bouwshift zet dat idee op de helling. Het jaagt mensen angst aan, omdat ze geen alternatieven zien. Als je tegen iemand zegt: ‘Ik ga je auto afpakken’, dan krijg je weerstand. Maar als je een woonomgeving schept waar alles nabij is en je geen auto meer nodig hebt, dan doen mensen gemakkelijker afstand van hun wagen. Want tenslotte kost die wagen handenvol geld!”

“Maar de switch maken is niet vanzelfsprekend. Je raakt aan een vrijheidsgedachte, een ontvoogdingsgedachte zelfs. De droom dat elke arbeider vandaag een eigen, vrijstaande woning kan kopen! Het is een diepgeworteld ideaal uit de 19<sup>de</sup> eeuw. *My home is my castle*. Als arbeider heb ik nu ook mijn kasteel: een vrijstaande woning met een tuin en een omheining eromheen, want het is *mijn* tuin en van niemand anders. Dat welvaartsidee moeten we kwijtraken. Dat lukt niet van de ene op de andere dag.”

“Maar de kansen zijn er. Bijvoorbeeld: cohousen voor ouderen. Het zit vandaag in de lift. Terecht! Het is de beste keuze die je kan maken. Veel ouderen zitten vandaag te verkommeren, alleen in hun villa, ver van alles. Met als enige alternatief het woonzorgcentrum. Breng zes van die mensen samen in een rijhuis in een dorpskern, dicht bij alles wat ze nodig hebben. Welke oudere zou daar niet voor kiezen als de keuze er was?”

“We moeten over zulke oplossingen nadenken. Dat vergt tijd, want de overheid heeft decennialang het omgekeerde gepropageerd. Ook wat mobiliteit



*Respect voor privacy valt perfect te combineren met een gemeenschappelijke tuin of een gedeelde ruimte. Dankzij die gedeelde plekken heb je tien keer meer kans om andere mensen te ontmoeten*

Erik Wieërs

betreft: we hebben eindeloos autowegen aangelegd, bedrijfswagens gepromoot enzovoort. Hoe meer kilometers we reden, hoe beter, zo leek het wel. De jongere generatie geeft me hoop. Cohousing is bij twintigers meer en meer ingeburgerd. Samen een huis delen, is veel goedkoper. Een eigen auto? Hoeft niet. Veel jongeren hebben zelfs geen rijbewijs meer.”

“Maar de overheid moet mee. Met halfslachtige maatregelen zoals alle bedrijfswagens elektrisch maken, komen we er niet. We moeten inzetten op de helft minder wagens tegen 2070. Dat is de shift die we nodig hebben. En het kan, als we ons leven en de manier waarop we samen wonen anders organiseren. Als we echt de shift willen maken, dan mag het geen taboe zijn om ook na te denken over de toekomst van afgelegen verkavelingen. Al hoeven we niet overal tabula rasa te maken. Een afgelegen vierkantshoeve kunnen we bijvoorbeeld herinrichten voor drie gezinnen die één auto delen en hun energie halen uit zonnepanelen en een warmtepomp. Dat kan een duurzaam model zijn, waarbij je tegelijk waardevol erfgoed beschermt. Er is nog veel winst te maken. We hoeven echt niet allemaal in woontorens te wonen.”

### Geïntegreerd wonen

Eén van de projecten in het boek *Samen wonen ontwerpen* is De Korenbloem in Kortrijk (zie ook pagina 16). “De kleinschaligheid, het zoeken naar nieuwe vormen van wonen... Je ziet de focus verschuiven van

een efficiënt zorgmodel naar aandacht voor kwaliteit van leven. Dat weerspiegelt zich in de architectuur,” zegt Erik Wieërs.

“Belangrijker nog dan kleinschaligheid vind ik de integratie in de samenleving. Een woonzorgcentrum én een kinderopvang in één gebouw. Of een speelplaats met aan de ene zijde een school, aan de andere een woonzorgcentrum. We moeten kansen zien, mogelijkheden scheppen, ontmoeting stimuleren. De zorg mag niet alleen in termen van zorg denken. We moeten het ruimer zien en kiezen voor geïntegreerd wonen.”

“Ook ontwikkelaars moeten dat geïntegreerde woonmodel omarmen. Met ons architectenbureau Collectief Noord werkten we mee aan het Groen Kwartier in Antwerpen. De stad had de grond aan een ontwikkelaar verkocht met duidelijke voorwaarden: maximum 500 woonentiteiten, minstens 50% betaalbare woningen, minstens 25% sociale woningen en 25% vrij te kiezen door de ontwikkelaar. En zo geschiedde. Het kan dus. De overheid kan veel meer sturen in de richting van nieuwe vormen van wonen en samenleven dan ze vandaag doet en ervoor zorgen dat er voldoende sociale woningen zijn.”

“Gelukkig zie je bottom-up mooie dingen ontstaan. Neven van mij werken bij Sant’Egidio, waar een project loopt dat alleenstaande ouderen in een villa koppelt aan gezinnen van Syrische vluchtelingen. Het



**“De jongere generatie geeft me hoop. Cohousing is bij twintigers meer en meer ingeburgerd. Samen een huis delen, is veel goedkoper. Een eigen auto? Hoeft niet”**

Erik Wieërs

is onwaarschijnlijk, maar dat lukt soms heel goed! De Syrische man helpt de alleenstaande dame in de tuin, zijn vrouw helpt in het huishouden en met de boodschappen en de oude dame heeft plots 'kleinkinderen'. Het is een win-winsituatie: de dame heeft gezelschap, het gezin heeft een dak boven het hoofd. Zo'n project is niet de oplossing voor alles, maar het toont dat er veel mogelijk is als we kansen zien."

"Het zit vaak in kleine dingen. Een zitbank aan de gevel van een rijwoning: dat is een niet-dwingende architecturale ingreep. Als een oudere heer passeert,

kan hij even uitrusten op het bankje. En voor je het weet houdt iemand anders even stil voor een praatje. Soms moet dat niet meer zijn. We hoeven echt niet allemaal onze badkamer te gaan delen met de hele straat."

Pieter T'Jonck, *Samen wonen ontwerpen*, BWMSTR. Gratis te downloaden of te bestellen op [www.vlaamsbouwmeester.be](http://www.vlaamsbouwmeester.be)

*“We moeten kansen zien, mogelijkheden scheppen, ontmoeting stimuleren. De zorg mag niet alleen in termen van zorg denken*

Erik Wieërs

## Goede zorg onder druk?

# Ethisch kompas voor keuzes bij schaarste en beperkingen in zorg en ondersteuning

Schaarste en beperkingen bepalen de context van zorg en ondersteuning en hebben een impact op onze beleving ervan. Het zit in een onevenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod en uit zich in een continu ervaren van tekort: tekort aan tijd, aan mensen, aan plaatsen, aan middelen, aan mogelijkheden, aan ademruimte, aan ontwikkeling, aan vooruitgang...

Het veroorzaakt ook heel wat morele stress bij alle belanghebbenden: medewerkers, leidinggevenden en directies, zorgvragers en hun naasten, bestuurders, beleidsadviseurs en -verantwoordelijken, burgers in de samenleving. We kunnen niet anders dan accepteren dat we niet alles kunnen doen wat we zouden willen doen of wat we vinden dat zou moeten gebeuren. We worden geconfronteerd met grenzen aan de zorg en ondersteuning.

Het is belangrijk dat we in deze context inzetten op ethisch verantwoorde keuzes en gepaste prioriteiten. Om zorgorganisaties te ondersteunen bij dit soort besluitvorming ontwikkelde de Commissie voor Ethiek van Zorgnet-Icuro een ethisch kompas. We bieden u een kader met ethische waarden, principes, argumentatielijnen en denkrichtingen, alsook de verschillende procesmatige voorwaarden voor ethische besluitvorming.

Het kompas en de bijhorende werkdocumenten, inclusief tutorial, ondersteunen u in de praktijk op maat van uw organisatie, om keuzes af te toetsen en ethisch gedragen evenwichten te vinden.



Download  
het ethisch kompas via  
[www.zorgnet-icuro.be/publicaties/ethisch-advies-24](http://www.zorgnet-icuro.be/publicaties/ethisch-advies-24)  
Of scan de QR code.







# “Zuivere lucht en gezonde voeding zijn zoveel belangrijker dan geneeskunde”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JONATHAN RAMAEL

**Met zijn boek *Wat maakt het uit?* wil spoedarts Sam Proesmans een lans breken voor public health. “Ban de rokerszones en cola-automaten bij ziekenhuizen en vervang ze door meer groen en grote fietsenstallingen!”**

## **Public Health blijft voor velen een vaag begrip: hoe definieert u het?**

Sam Proesmans: “Als ik destijds aan mensen uit mijn omgeving - al dan niet uit de gezondheidssector - vertelde dat ik in de Verenigde Staten een master Public Health ging volgen, kreeg ik altijd fronsende blikken. Heel weinig mensen weten wat dat inhoudt. Het wordt vaak op één lijn gezet met volksgezondheid, maar het is veel breder dan dat. Voor mij is public health de omgeving rondom ons, de lucht die we inademen, het water dat we drinken, de weg die we afleggen tussen thuis en werk. Maar het is ook een maatschappij die vrede waarborgt en zorgt voor degelijk onderwijs, afvalophaling, veilige fietspaden, zuiver water, propere lucht, gezondheids promotie, enzovoort. Het is de gezondheid van de samenleving.”

## **Begint het belang van public health stilaan door te dringen in ons land?**

“Covid heeft er ironisch genoeg wel toe bijgedragen: toen hebben mensen het belang ingezien van een goed public health-systeem dat snel reageert en overkoepelend is. En met de gezondheids crisissen waar we voor staan - met de klimaatverandering met stip op één - zal het wel moeten doordringen. Er worden wel stappen in de juiste richting gezet. Zo is het zeer goed dat bij

Sciensano de gezondheid van mens én dier wordt samengenomen. Als je bijvoorbeeld weet dat 70% van de antibiotica wereldwijd bij dieren wordt toegediend, kan je die twee niet los zien van elkaar.”

## **U schrijft dat de gezondheidszorg slechts voor 15% bijdraagt aan onze levensverwachting, en dat we er toch 10% van ons bruto binnenlands product aan spenderen.**

“Tja, we hebben allemaal een heel geromantiseerd beeld van geneeskunde, met dank aan Hollywoodfilms en Netflix-reeksen die artsen tot helden bombarderen. En begrijp me niet verkeerd: geneeskunde is zéér belangrijk. Het is duur, maar je hebt het ook wel nodig. Heel wat kankers en andere ziektes kun je nu eenmaal niet voorkomen. Als ik morgen wakker word met een hersentumor, wil ik ook graag de beste zorgen. Maar geneeskunde mag wel pas aan het einde van de keten staan. Het is zoveel belangrijker om te zorgen dat de lucht die we inademen zuiver is, zodat die geen inflammatie van onze cellen veroorzaakt. Of dat het eten dat we in de supermarkt kopen onze kransslagaders niet doet dichtslibben. Maar in zulke preventie wordt helaas veel minder geïnvesteerd.”



## **U zei ooit de geneeskunde vaarwel, maar daar bent u op teruggekeerd. Waarom?**

“Toen ik koos voor een specialisatie in public health, heeft men mij wel tien keer gezegd dat ik ‘moest kiezen’: ik zou niet én arts én beleidsmaker kunnen zijn. Ik geloofde dat ook. Vandaar dat ik - met het nodige tromgeroffel - in *Knack* aankondigde dat ik geen dokter meer wilde zijn. Au fond blijf ik achter mijn boodschap van toen staan: als artsen worden wij veel te weinig opgeleid om te zien waarom onze patiënt ziek is geworden en hoe we dat kunnen vermijden. Maar toen ik tijdens de covidcrisis als beleidsadviseur werkte, besepte ik dat mijn advies zo sterk was omdat ik wist hoe het er in een ziekenhuis aan toe gaat. Door elke dag patiënten te zien en in een ziekenhuis rond te lopen, word je een betere beleidsmaker. Vandaar mijn keuze voor spoedgevallen: weinig disciplines zitten zo centraal in het zorglandschap. Je zit aan de poort van het ziekenhuis en je bent een schakel tussen huisartsen en specialisten. Daarnaast zal ik bij het toekomstige Ziekenhuis Aan de Stroom ook mee het beleid uittekenen. We groeien uit tot een groot fusie-ziekenhuis dat hopelijk op termijn de hele metropool

Antwerpen zal omvatten: 1,2 miljoen mensen. Ik hoop dat we ook buiten de muren van het ziekenhuis zullen treden, naar scholen, woonzorgcentra, caw's, enzovoort. Zodat we de gezondheid van de Antwerpenaar kunnen managen, van wieg tot graf.”

## **Public Health is dus niet alleen een taak voor het beleid, maar ook voor ziekenhuizen en zorgprofessionals?**

“Absoluut. Elke zorgverlener zou een klimaatambassadeur moeten zijn. Denk bijvoorbeeld aan afval sorteren op het operatiekwartier. Of als anesthesist kiezen voor verdovende gassen met de minste impact op het klimaat - de verschillen daarin zijn gigantisch. Je eigen acties keer op keer in vraag stellen is cruciaal. Als arts zou je ook een meer coachende rol moeten opnemen: geef mensen tips rond meer beweging, gezondere voeding... Zo werk je aan de oorzaken van al die chronische ziektes. Al besef ik uiteraard dat deze sector al ernstig overbevroegd is. In een ideale wereld zetten we meer in op preventie en worden te voorkomen ziektes echt voorkomen, waardoor artsen tijd hebben voor patiënten

**“Als artsen worden wij veel te weinig opgeleid om te zien waarom onze patiënt ziek is geworden en hoe we dat kunnen vermijden”**

Sam Proesmans





die hun expertise écht nodig hebben. Op ziekenhuisniveau moeten we ook dringend in de spiegel kijken. Als je een ziekenhuis binnenstapt, is het eerste wat je ziet de rokerszone voor de ingang en de cola-automaat. Ban die alsjeblieft en zorg voor een ruime fietsstalling en meer groen! Waarom zijn ziekenhuizen nog steeds betonnen burchten? Het zou zoveel bijdragen tot de gezondheid van medewerkers als ze hun lunch kunnen opeten op een bankje bij wat bomen.”

**U hamert op het belang van de *vital four*: niet roken, voldoende bewegen, gezond eten en een BMI onder de 30. Hoe kan dat meer worden gestimuleerd bij de brede bevolking?**

“Ik merk dat de lezers van mijn boek toch al twee keer nadenken voor ze die ene ‘occasionele’ sigaret aansteken (*glimlacht*). Dat is natuurlijk waar je als auteur op hoopt: dat je werk effectief gedragsverandering teweegbrengt. Maar de overheid kan ook zeer veel doen. Roken zou bijvoorbeeld een marginaal fenomeen moeten worden. Een algemeen verbod lijkt me onhaalbaar en niet wenselijk, maar kijk bijvoorbeeld

naar de Verenigde Staten, waar in veel staten openbare parken, stranden, winkelstraten allemaal rookvrij zijn gemaakt. Laten we de sigaret zoveel mogelijk bannen uit de publieke ruimte. En over die ruimte gesproken: door meer te investeren in veilige, nette fietspaden, kun je die 30 minuten beweging per dag ook veel makkelijker faciliteren. Verplicht de fietshelm niet - dat heeft een averechts effect - maar verbeter de fietspaden! Op het vlak van gezonde voeding zijn er al mooie stappen gezet, denk maar aan de nutriscore. Maar men zou de btw op groenten en fruit ook kunnen afschaffen. En ongezonde voeding een stuk duurder maken, of strengere regels opleggen voor het gebruik van additieven en toegevoegde suikers. Die gezondere BMI vloeit dan vanzelf voort uit de vorige twee stappen.”

**Wat met mensen die al deze regels aan hun laars lappen? Moeten zij worden “gestraft”?**

“Ik ben ervan overtuigd dat we mensen vooral moeten ‘nudgen’ of aanmoedigen, in plaats van de spreekwoordelijke stok boven te halen. Want ik besef ook heel goed dat het een complex verhaal is. De ene persoon is bijvoorbeeld vatbaarder voor verslavingen, waardoor het moeilijker is om te stoppen met roken. Ook een ziekte als obesitas is multifactorieel en dus niet zo eenvoudig op te lossen. Veel mensen leven bovendien in moeilijke omstandigheden: als je elke maand moet vechten om rond te komen, snap ik dat je niet wakker ligt van die *vital four*. Dus nee, ik vind niet dat zulke mensen ‘gestraft’ moeten worden. Ook iemand die keer op keer hervalt met zijn alcoholverslaving, moeten we blijven helpen. Onze welvaartsstaat is iets om te koesteren: dat is een collectieve verantwoordelijkheid.”

**Wat met kostenefficiëntie: zullen we soms moeilijke keuzes moeten maken?**

“Laat ik beginnen met het goede nieuws: op dit moment is er geld genoeg. Alleen zouden we de huidige middelen veel doordachter moeten gebruiken. Het is goed dat minister Vandenbroucke sleutelt aan de ziekenhuisfinanciering, die uiteraard meer op outcome dan op prestaties gebaseerd moet zijn. Als je bijvoorbeeld ziet hoeveel scans, bloedonderzoeken en dergelijke in ons land worden aangevraagd, terwijl die vaak totaal irrelevant zijn... Met zulk ‘laaghangend’ fruit kun je al een paar miljard besparen.”

**De komende decennia wordt antimicrobiële resistentie dé grote uitdaging. Hoe pakken we die aan?**

“Vaccineren! Zo voorkom je dat mensen een virale infectie zoals mazelen, griep of covid krijgen. Wie zulke ziektes doormaakt, wordt zwakker en krijgt daardoor veel meer kans op bacteriële subinfecties. Want het is dááaraan dat de meeste patiënten overlijden. Al hebben we uiteraard een veel bredere aanpak nodig. Te beginnen bij onze veestapel, waar 70% van de antibiotica wordt gebruikt. Veeartsen schrijven die zeer vaak voor als groeistimulator: dat is bijna crimineel. Maar ook in de menselijke geneeskunde moet het antibioticagebruik fel worden ingeperkt. Elke dag zie ik patiënten die eisen dat ze antibiotica krijgen, soms zelfs tegen een



banale verkoudheid. Of tegen tandpijn, godbetert. Artsen dragen een grote verantwoordelijkheid, maar burgers moeten ook beter geïnformeerd worden.”

**“Hoe wijzer, hoe gezonder”, lezen we in uw boek. Wat kan er in het onderwijs nog beter?**

“De basisbeginselen van de wetenschap zijn te weinig gekend bij een groot deel van de bevolking. Neem nu het verschil tussen een associatie en een causaal verband, waar ik in mijn boek op hamer: veel te weinig mensen kennen dat. Ik weet dat leerkrachten nu al overbevraagd zijn, maar die wetenschappelijke basis zou toch in alle studierichtingen onderwezen moeten worden. Hoe beter opgeleid mensen zijn, hoe gezonder: ze vinden betere jobs, kunnen in betere omstandigheden leven, hebben meer budget voor gezonde voeding, kunnen kritischer oordelen, enzovoort.”

**Als we het toch over causale verbanden hebben: tussen racisme en chronische ziekten is er wel causaal verband, zo schrijft u.**

“Dat was een enorme eyeopener voor mij. Als student geneeskunde heb ik nog geleerd dat mensen met een zwarte huidskleur meer kans hebben op hoge bloeddruk, bijvoorbeeld. Terwijl dat totale onzin is. Die verhoogde kans op hypertensie, of bijvoorbeeld op borstkanker bij zwarte vrouwen, heeft niets met ‘ras’ te maken, maar alles met racisme! Dat levert chronische stress op, wat leidt tot epigenetische veranderingen. Daarbovenop zijn er nog de indirecte effecten van systemisch racisme: minder kans op werk, slechtere huisvesting, enzovoort. Daar mogen we als zorgverleners, en als hele maatschappij, niet de ogen voor sluiten.”



**Wat maakt het uit?  
Waarom jouw gedrag iedereen  
gezonder maakt**

Sam Proesmans



# Een greep uit het studieaanbod van Zorgnet-Icuro najaar 2023

## Netwerkdag P&O

### Duurzame loopbanen in de zorg: verbinden, leren en diversifiëren

15 november 2023, Mechelen

Het zijn de mensen die de zorg dragen. Schaarste op de arbeidsmarkt daagt elke werkgever uit om alle arbeidspotentieel aan te boren en ten volle te benutten, om nieuwe werknemers zo goed mogelijk op het spoor te helpen, om mensen die het even moeilijk hebben weer op pad te helpen én mensen die richting einde loopbaan gaan, nog zo goed mogelijk in te zetten.

Tijdens de voormiddag laten we wetenschappelijke kaders en doorleefde ervaringen hand in hand gaan. Tijdens de namiddag is er een pallet van workshops die zich richten op verschillende cruciale fasen van een loopbaan, telkens onder deskundige begeleiding, gedragen door onderzoek of goede praktijken.

## Studiedag financieel beleid woonzorg

29 november 2023, Duffel

Zowel de betaalbaarheid voor de bewoner als de financiële leefbaarheid van de woonzorgcentra komt steeds meer onder druk te staan. Op deze studiedag gaan we dieper in op verschillende topics rond de financieel-economische uitdagingen in de woonzorgsector.

## “Anders kijken, meer zien”

### Hoe een andere bril voor inspectie kan bijdragen tot een beter zicht op kwaliteit van zorg

7 december 2023, Brussel

Draag je kwaliteit van zorg hoog in het vaandel? Wil je die graag aantoonbaar maken op een manier die recht doet aan de dagelijkse praktijk? Ben je benieuwd op welke manier inspectie hieraan kan bijdragen? Hoe andere landen het aanpakken?

Op basis van bevraging van de leden, interviews met experts en literatuur definiëren we een aantal principes die richtinggevend zijn voor een toekomstig toezichts- en handavingsmodel. We stellen die graag aan jullie voor. Daarnaast nemen nationale en internationale sprekers jullie mee in hun kijk op en beleid van toezicht en handhaving in zorg en ondersteuning. Voldoende stof tot nadenken en voer voor een prikkelend debat met politici.

## Masterclasses

Enkel voor leden van Zorgnet-Icuro

De Masterclass Woonzorg en Masterclass HR Ziekenhuizen zijn intussen van start gegaan.

Er zijn nog plaatsen:

- **Masterclass Geestelijke Gezondheidszorg**  
29 en 30 november 2023, Gent + 18 januari 2024, Brussel
- **Masterclass Ziekenhuizen**  
31 januari en 1 februari 2024, Gent



Scan de QR code  
voor meer informatie en inschrijven  
[www.zorgneticuro.be/activiteiten](http://www.zorgneticuro.be/activiteiten)



# 10 vragen aan de zorgwijze

**“Zorg en de organisatie  
ervan is vooral een  
verhaal van mensen  
en samenwerken”**

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Stef Decoene gaf de fakkel door aan iemand die hem toonde wat er ten goede gebeurt als je blijft zoeken om te zijn wie je wil zijn. An Coucke is algemeen directeur van gemeenschapsinstelling De Grubbe.

### 1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Ik wist al op mijn vijftiende wat ik wilde doen: als psychologe werken met gedetineerden. De drijfveren waarom mensen grensoverschrijdend gedrag stellen en wat hen over de streep kan trekken om pro sociaal gedrag te stellen, hebben me altijd erg getriggerd. Ik ben mijn carrière gestart als psychologe in de gevangenis. Na 15 jaar had ik behoefte aan nieuwe lucht en dat heb ik volledig gevonden in de omkadering en hulpverlening aan jongeren die een jeugd delict gepleegd hebben of hiervan verdacht worden.

### 2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

Dat zorg en de organisatie ervan vooral een verhaal van mensen en samenwerken is. Eenzelfde plan, eenzelfde ambitie kunnen vallen of staan naargelang de samenstelling binnen een team. De bijdrage van elke medewerker waarderen, verschillen omarmen en investeren in ieders welbevinden op de werkvloer zijn voor mij basisingrediënten voor om het even welk plan in de zorg.

### 3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Ik ben een ongeduldig beestje dat wil dat zaken vooruitgaan. Dat heeft zeker het voordeel dat ik hierdoor wel wat gerealiseerd krijg op een dag. Maar door de jaren heen heb ik geleerd ervoor te zorgen dat mijn ongeduld niet de bovenhand neemt, en dat er soms nood is aan een trager tempo om succes te kunnen boeken. Tijd geven en nemen is soms een beter antwoord dan ongeduld.

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

De roep om professionele zorg lijkt te blijven toenemen in verschillende sectoren, terwijl we tegelijkertijd kampen met personeelskrapte om die zorg aan te bieden. Ik ben ervan overtuigd dat we ons vooral moeten inzetten om mensen ook te laten geloven in hun eigen krachten om voor zichzelf en anderen te zorgen en hen vooral daarin te ondersteunen. Daarnaast is de wereld van de zorg bijzonder complex georganiseerd. Ik denk dat we moeten inzetten op minder complexe organisatiestructuren en meer generalistische zorg waar cliënten makkelijker op de goede plaats terecht komen en er minder overhead nodig is.

### 5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik probeer iedere dag met onze hond een serieuze wandeling te doen. Dankzij mijn dochter is mijn oude passie om te paardrijden helemaal opnieuw tot leven gekomen. Het zijn mijn regelmatige zen-momenten

in een soms druk bestaan. Daarnaast probeer ik ook wel op mijn voeding te letten. Maar ik heb veel zoete zondes, dus dat lukt niet altijd even goed.

### 6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Ik geloof erin om zoveel mogelijk glimlachend door het leven te gaan. Een beetje humor en luchtigheid, is iets waar ik ook in spannende momenten makkelijk naar grijp. Veel zaken ontlocken me een glimlach: een geslaagde woordspeling waar ik even over moet nadenken, een discussie met mijn tienerzoon waarbij hij mij onder tafel kan praten, iemand zien stralen omdat hij/zij obstakels overwonnen heeft om een succes te boeken...

### 7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Ik kan heel erg geraakt worden door muziek. Zowel overweldigd worden door een symfonie als geraakt worden door een rauwe raptekst of zelfs een heel melig liedje. Maar het kunstwerk waarbij ik het langst stilgestaan heb, is de geboorte van Venus van Botticelli. Het contrast tussen enerzijds de drukte in het schilderij als de sereniteit van Venus, roept iets op bij mij waar ik weinig woorden op kan plakken.

### 8 Welke droom koestert u?

Ik heb gepassioneerde kinderen, ik droom ervan dat ze hun passie kunnen vasthouden en niet te veel concessies moeten maken in het leven om die verder te volgen. Maar ik droom evengoed van een wereld die wat minder haastig is en waarin er minder controledwang is. Leven en laten leven vanuit een vorm van basisrespect die veel regels overbodig maakt.

### 9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Een dag waarin er heel weinig dingen moeten, maar heel veel dingen mogen. Ik heb ergens tijdens mijn adolescentie een allergie ontwikkeld voor dingen die moeten zonder dat de zingeving - althans voor mij - duidelijk is. Ik heb er nog iedere dag een beetje last mee. En natuurlijk kunnen de mensen die dicht bij mij staan, in de ideale wereld, ook hun dromen nastreven en hebben we samen veel gelukkige momenten in welke vorm dan ook.

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

May Blockx. Ik heb het genoeg gehad enkele jaren met May samen te werken. May is een psychiatrisch verpleegkundige die heel veel professionele en levenswijsheid heeft en tegelijkertijd een groot relativiseringsvermogen. En dat gekoppeld aan een enorme levenslust, zorgt voor een bijzondere dame die de titel van zorgwijze ruimschoots verdient.



TOPCONSULTANT LIEVE CRETEN OVER GOED BESTUUR

## “Het moeilijkste aan de job is ook het leukste: de koppen in dezelfde richting krijgen”

TEKST: NICO KROLS • BEELD: PETER DE SCHRYVER

Bij Deloitte, een van de big 4 consulting firma's op deze planeet, was Lieve Creten meer dan dertig jaar consultant. Ze richtte er de poot M&A op, 'fusies en overnames'. Sinds twee jaar zetelt ze als onafhankelijk bestuurslid in diverse grote bedrijven. We hebben het met haar over goed bestuur en veranderingsmanagement. “Profit of social profit? Verandering zou voor geen enkele organisatie een bedreiging mogen zijn.”

Een lang leven is de carrière van consultants niet beschoren. Vanaf de magische leeftijd van 56 worden ze stilaan, met al hun ervaring, geacht plaats te ruimen voor nieuw bloed in de organisatie. “Beter dat”, zegt Creten, “dan dinosaurussen die tot hun zeventigste op dezelfde stoel blijven zitten, niets nieuws meer aanbrengen of alleen de verandering in vraag stellen. Dat is niet gezond. Je moet goede opvolging verzekeren, uiteraard. De organisatie weet dat die tijd eraan komt, en de consultant ook.”

**De zorgsector kent nog veel besturen en directies van wie de leden nog doorgegroeid zijn vanuit een zorgberoep. Ze zijn niet noodzakelijk in management onderlegd en runnen de organisatie zoals ze het altijd gewoon zijn geweest...**

Lieve Creten: “Als dat klopt, is dat niet gezond. Het zegt niets over die mensen en hun capaciteiten, maar vers bloed is nu eenmaal van belang, ook en zeker op dat niveau.”



### **Hoe is een goed bestuursorgaan samengesteld?**

“Zoals elk goed op elkaar inspelend team. Met leden die je op basis van hun capaciteiten selecteert. Zijn ze complementair? Zijn ze open minded? Niet eenzijdig met hun domein bezig? Is er voldoende rotatie en diversiteit, zoals in gender en leeftijd?”

### **Wat zijn de valkuilen?**

“Maak er geen praatbarak van. Voer open discussie in vertrouwen en vertrouwelijkheid en met respect. Zet je ego opzij en haal je gelijk op basis van argumenten. En kom tot een beslissing die door iedereen onderschreven is. Hou met zijn allen de strategie en visie op de lange termijn in de gaten. Maar ook het praktische is belangrijk. Organisээр je bestuursorgaan: met agenda's, *pre-reads*, voorbereide vergaderingen en draaiboeken. Anders heb je geen waardevolle discussie en kom je niet tot beslissingen. Het is geen *rocket science*, en het zorgt voor een betekenisvolle *governance*. Het verhindert dat je bestuursorgaan zich beperkt tot toezicht houden of zich op de duur overbodig maakt.”

### **Als een consultant voor *mergers en acquisitions* aan boord van een onderneming komt, moeten de werknemers dan beginnen te sidderen en beven?**

“Helemaal niet, je hebt daar een verkeerd beeld van. Consultancy is een mensenzaak. Een M&A hoeft voor een onderneming niet te betekenen dat er ontslagen op til zijn. Integendeel, vaak past een overname of fusie net in een groeistrategie of het verkennen van een nieuwe markt. Natuurlijk gaat dat gepaard met verandering en die wekt vaak angst. Of dat nu in de profit of de social profit is, verandering zou voor geen enkele organisatie een bedreiging mogen zijn.”

### **Verandering zoals ‘samenwerken tussen organisaties’? Het is maar dat zowat de hele zorgsector in hervorming is en aan het netwerken is geslagen.**

“Samenwerking in gang zetten is één ding, cruciaal is hoe nadien de integratie van de organisaties verloopt. Die werkelijke samensmelting is niet evident, want je moet bedrijfsculturen zien te verenigen. Zolang er in een onderneming van een ‘wij’ en een ‘zij’ sprake is, loopt de integratie niet goed. Je moet een nieuwe cultuur creëren die het beste van twee werelden samenbrengt. Dat is zeker één van de moeilijkste zaken bij een fusie of overname: het nieuwe, eenstemmige elan vinden. Dat is ook het leukste, de koppen in dezelfde richting krijgen. Veel ondernemingen verkijken zich daarop. Productieprocessen laten sporen, dat lukt nog, maar er is vaak te weinig oog voor de cultuur. Nochtans begint het hele proces daarmee, en dus – cliché op komst – hangt alles af van de houding van de top van de onderneming. Als de leidinggevenden niet unisono achter hun visie en strategie staan, volgt de werknemer niet.”

### **Hangt niet veel af van de juiste communicatie?**

“Enorm veel. Communiceer tijdig. Een duidelijke visie adequaat en prompt communiceren bespaart je onheil. Het traject zelf kan jaren vergen, dus wil je niet op verkeerde voet beginnen. Breng je personeel eerst op de hoogte: zeg waarom het veranderingstraject nodig is en hoe het een positief project is voor de onderneming.”

### **Hoe sturend ga je te werk als bestuurslid? En kom je dan al niet gauw hijgen in de nek van de directie?**

“Je kan zeker sturen zonder in de plaats van de directie te treden. Je zou al gauw *clashen* als je operationeel te betrokken zou zijn. Het is de taak van het bestuur om de directie uit te dagen en af en toe een spiegel



**“Samenwerking in gang zetten is één ding, cruciaal is hoe nadien de integratie van de organisaties verloopt”**

Lieve Creten



**“Waarom doen we wat we aan het doen zijn? Dat is de vraag die je als bestuurslid altijd in je achterhoofd hebt”**

Lieve Creten

voor te houden – noem het een klankbord. Waarom doen we wat we aan het doen zijn? Dat is de vraag die je als bestuurslid altijd in je achterhoofd hebt, omdat je vanuit je positie wat makkelijker aan de waan van de dag kan ontsnappen. Zo help je de directieleden de lange termijnvisie bij te stellen terwijl zij in het hier en nu opereren.”

**U hebt vooral voor de profitsector gewerkt. Wat kan de social profitsector leren van uw kijk op goed bestuur?**

“Of je het nu doet voor de profit- of de social profitsector, veel zou het bestuur niet mogen verschillen. We leven vandaag in een maatschappij waarin alles draait rond de stakeholders – en dat zijn allang niet meer alleen de aandeelhouders. Zeker niet sinds ESG is doorgedrongen, de laatste vijf jaar het buzzword in management: alles wat *environmental*, *social* en *governance* betreft, geraakt onder impuls van Europa gereguleerd. Dan zijn er voor deze of gene sector geen excuses meer om niet aan goed bestuur te doen. Een commercieel bedrijf heeft tegenwoordig rekenschap af te leggen voor de impact van zijn activiteiten op de bredere maatschappij, zowel op ecologisch en sociaal domein als op bestuursvlak. Je hebt rekening te houden met het hele ecosysteem van de onderneming – dat verschilt niet voor een bestuur in de welzijns- en gezondheidssector.”

**De manier van besturen in de social of in de for profitsector is dus naar elkaar toegegroeid, zegt u?**

“Ja hoor, ik mag het hopen. Je hebt als voorziening of bedrijf je waarden die je nastreeft waarbij uiteraard andere accenten worden gelegd in de social en de for profit sector. Bij Artsen Zonder Grenzen, waar ik ook in het bestuursorgaan zetel, kreeg ik een enkele keer de opmerking dat ik met een te commerciële blik naar hun sector keek. Maar ik deed de vertaalslag wel: of je nu menselijke dan wel financiële winstmaximalisatie nastreeft, je moet ervoor zorgen dat je het geld dat je binnenkrijgt op de meest optimale manier besteedt, om je doel zo efficiënt mogelijk te bereiken. ‘Winst’ heeft in de zorg een foute bijklank, maar ik ben ervan overtuigd dat als je duurzaam wil zijn, je winst moet maken. Met duurzaam bedoel ik dan levensvatbaar blijven. Je geeft je winst niet aan je aandeelhouders, maar investeert ze wel in de toekomst van je patiënten, cliënten, personeel.”

“De ziekenhuisnetwerken bestaan nu op papier, maar de operationalisering van die netwerken is het echte werk.

Dat is nog maar pas begonnen

Lieve Creten

**Bij Artsen zonder Grenzen beheert u als penningmeester-bestuurder ca. 450 miljoen euro aan (internationale) fondsen. Vragen potentiële donateurs zich bij dergelijke grote ngo's niet af of hun geld wel op zijn bestemming geraakt en niet allemaal aan overhead opgaat?**

“Terechte vraag. AZG is zich daar terdege van bewust en gaat er heel transparant mee om. Het duurzaam besteden van de middelen is een van de zaken die ik voor Artsen Zonder Grenzen in het oog hou. Ik ken natuurlijk niets van het operationeel inzetten van missies naar rampgebieden, maar ik weet wel dat AZG als ngo evengoed naar de wetten van de economie te luisteren heeft als ze hun voortbestaan willen verzekeren, hun doelen willen bereiken, hun mensen willen kunnen betalen. Hun ‘markt’ is minstens even volatiel als een commercieel bedrijf. Zij weten bijvoorbeeld niet hoeveel geld er elk jaar gedoneerd zal worden, maar hebben wel structurele verplichtingen in al hun missies en weten niet welke ramp of rampen er zich het komende jaar zullen voordoen. Dat is dus een van hun *challenges*, net zoals in de commerciële sector: die onberekenbaarheid van de inkomsten.

De zorgsector daarentegen heeft doorgaans het voordeel dat hij veel beter weet waar hij voor staat: voorzieningen kennen het bedrag van hun subsidies en hoeveel zorggebruikers ze gemiddeld over de vloer krijgen. Ze weten zelfs statistisch wat de toename van het aantal patiënten ongeveer zal zijn en hoeveel personeel ze zullen moeten werven. Met andere woorden, als de zorgsector één voordeel heeft, is het wel dat hij zekerheid van activiteit heeft, van groeiende activiteit zelfs. De zorg ként de uitdagingen, dus is het een kwestie van de ogen niet te sluiten en niet te lang vast te houden aan hoe het was. Ze kunnen best ook niet wachten op wat de overheid voor hen zal doen. Kijk, sectoren verschillen, kaders ook, beperkingen en opportuniteiten eveneens, contexten evenzeer, maar de constante is deugdelijk

besturen en de resultante zijn uw stakeholders. Je moet dus voor een goed bestuurlijk canvas zorgen dat de risico's en uitdagingen in kaart brengt en ze omzet in opportuniteiten. Voorts moet je zorgen dat je duurzaam blijft groeien of transformeren in een constant veranderende, complexe maatschappij. De boodschap? Neem het heft in handen.”

**Betekent dat ook: meer samengaan met andere voorzieningen?**

“Ik zou denken van wel. Als het uitmondt in een goede samenwerking. Het zal ten bate van iedereen de effectiviteit en de efficiëntie verhogen, alleen al door de schaalvergroting. Ik zou liever naar een ziekenhuis gaan waar ik weet dat er heel veel patiënten al voor mij behandeld zijn voor dezelfde diagnose en zodoende de noodzakelijke expertise is opgebouwd.”

**De zorgsector clustert zich in netwerken en er zijn fusies gaande, maar kunnen organisaties niet simpelweg té groot worden om nog de gewenste service te leveren?**

“Mogelijk, maar ik zeg niet dat je mastodonten moet creëren. Ik zie wel heil in het groeperen van expertise, dat is iets anders. Ik denk niet dat de schaal meteen een probleem hoeft te zijn. Anders is het gesteld met hoe de verdeling van middelen gebeurt. Er gaat veel geld om in de zorg, maar bepaalde subsectoren – wellicht is dat historisch gegroeid – krijgen te weinig en andere te veel. Het is blijkbaar moeilijk om aan die boom te schudden. Eens gegeven blijft gegeven? Ik vind dat een raar principe dat haaks staat op efficiënt werken. In veel van die scheefgetrokken situaties spelen ongetwijfeld machtsverhoudingen – zowel in als tussen subsectoren – een bepalende rol. Een voorbeeld? De ziekenhuisnetwerken bestaan nu op papier, maar de operationalisering van die netwerken is het echte werk. Dat is nog maar pas begonnen. Ik ben benieuwd.”



ISABELLE FRANÇOIS

# “Artificiële intelligentie zal de gezondheidszorg fundamenteel veranderen”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: JONATHAN RAMAEL



Artificiële intelligentie neemt een spectaculaire vlucht in de gezondheidszorg. De mogelijkheden zijn groot, zowel binnen als buiten de ziekenhuismuren. Isabelle François (Medvia) geeft een stand van zaken én blikt vooruit. “De voorspellende kracht en nauwkeurigheid van AI-systemen groeit met de dag.”

Sybil, een AI-model van Amerikaanse makelij, voorspelt met grote precisie iemands longkankerrisico. Het instrument ontleedt CT-scans op vreemde weefselgroei of andere onverklaarbare patronen. Die vroege alarmsignalen missen artsen vaak. In één onderzoek voor-spelde de tool met een nauwkeurigheid van 86 tot 94% of iemand het jaar erop longkanker zou krijgen. Dankzij Sybil weten artsen beter waar ze moeten kijken en kunnen ze vroeger ingrijpen.

**“AI is een wiskundige manier om patronen te herkennen die we als mens missen”**

Isabelle François

## Artificiële CT-scans

Ook in eigen land doen radiologen steeds vaker beroep op kunstmatige intelligentie. Gentse artsen ontwikkelden een algoritme dat synthetische CT-beelden uit MRI-scans haalt. In de zoektocht naar boterosie en -afwijkingen blijkt zo'n synthetisch gegenereerde scan even bruikbaar als een klassieke CT-scan. Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen laat AI-algoritmes routinematig lopen op bepaalde scans om sneller bloedklonters, bloedingen of breuken op te sporen. Als het systeem iets opmerkt, krijgen artsen daarvan bericht. Weten welk onderzoek prioritair is, kan levensreddende tijd uitsparen. Daarnaast gebruikt men AI om de beeldkwaliteit van CT-scans te verbeteren waardoor een lagere stralingsdosis gebruikt kan worden.

Isabelle François bevestigt dat de radiologie almaar vaker beroep doet op artificiële intelligentie. “AI onderscheidt onschuldig en gevaarlijk weefsel in sommige gevallen beter dan artsen”, vertelt ze. “Denk bijvoorbeeld aan de opsporing van melanomen. Maar ook andere kankers ontsnappen steeds minder goed aan het AI-oog.” François was tot eind augustus directeur bij vzw Health House, een belevingsplatform rond innovatieve gezondheidszorg. Health House informeert en verbindt mensen rond de toekomst van onze gezondheidszorg. Vandaag is ze directeur innovatie bij Medvia, een Vlaamse speerpuntcluster rond nieuwe technologie in de zorg. Volgens haar heeft AI enkele unieke troeven.

## 24/7 ondersteuning

“AI analyseert beelden op basis van grote datasets en kan dat 24/7 kan doen”, verklaart ze. “Een enorme ondersteuning voor de radioloog. Die laatste evalueert het computergestuurd resultaat want het menselijke oog blijft noodzakelijk. Maar de nauwkeurigheid van AI-systemen groeit met de dag, op voorwaarde dat men het systeem voedt met correcte en unbiased data.”

François gelooft dat artificiële intelligentie de gezondheidszorg fundamenteel zal veranderen. Ze spreekt zelf ook over *enhanced intelligence*. “Artificieel suggereert een kloof tussen gewone intelligentie en kunstmatige intelligentie, terwijl ze nooit volledig losstaan van elkaar. Je hebt altijd menselijke intelligentie nodig om AI-systemen te programmeren en implementeren. AI kan je zien als een wiskundige manier om patronen te herkennen die we als mens missen. In medische datasets met tienduizenden gegevens zien we die patronen zelf niet, de zee aan informatie is simpelweg te groot. Een getraind algoritme kan hier wel interessante info uithalen.”

Zo ontwikkelde Ingeborg Stalmans (RGO - KU Leuven) met de Onderzoeksgroep Oogziekten een algoritme dat met grote nauwkeurigheid glaucoom opspoot. Men trainde het algoritme op 24 000 netvliesbeelden





gemaakt in het UZ Leuven. Het Leuvense AI-model presteert ook goed op datasets uit andere landen en vormt een belangrijke stap in een kosteneffectieve en vroegtijdige glaucoomscreening in de brede bevolking. De Nederlandse Radbouduniversiteit ontwikkelde dan weer een AI-assistent die zeldzame ontwikkelingsstoornissen en -syndromen bij kinderen herkent. Men koppelde gezichtsherkenning aan het medische dossier van een groep kinderen met 40 syndromen. Het computermodel herkende 37 van de 40 syndromen. Volgens de onderzoekers kan deze doorbraak leiden tot een snellere diagnostisering en behandeling, zeker bij zeldzame syndromen.

### App meet voorkamerdefibrillatie

“AI ondersteunt gezondheidsprofessionals bij een snellere opsporing van problemen”, bevestigt François. “De medische app Fibricheck helpt bijvoorbeeld om via je gsm voorkamerfibrillatie op te sporen. Voorkamerfibrillatie kan wijzen op een hartprobleem. In tegenstelling tot een klassiek en in tijd afgebakend hartonderzoek, kies je dankzij de app zelf de opvolgingsperiode. Dat verkleint uiteraard de kans dat je afwijkingen mist.”

François: “De Mindstretch-app van BioRICS informeert je over je mentale weerbaarheid en detecteert vroegtijdig gezondheidsrisico’s zoals burn-out, bijvoorbeeld als gevolg van langdurige stress. Een Fitbit meet continu je hartslag en beweging. Op basis daarvan berekent de software hoeveel mentale en fysieke energie je verbruikt en opnieuw bijtankt. De AI-algoritmes achter deze software zijn zelflerend, ze passen zich voortdurend aan het individu aan. Als de app een hoog mentaal energieverbruik registreert, is er voldoende recuperatie nodig om op lange termijn een goede mentale balans te behouden. Op basis van iemands historische en nieuw geregistreerde data kan Mindstretch zo vrij nauwkeurig weergeven wie in de gevarezone komt.”

of hersenonderzoek dat vandaag kan. Of met andere woorden: AI helpt hulpverleners om sneller in de juiste richting te kijken.

“De voorspellende kracht van AI is een grote hulp”, aldus François, “al leidt het soms tot ethische dilemma’s. Zo staan we dankzij AI op het punt om de ziekte van Alzheimer in een zeer vroeg stadium te herkennen. Men bouwt vandaag een algoritme dat via oogscananalyse Alzheimer kan detecteren in een zeer vroeg stadium. Enerzijds erg nuttige informatie, want hoe vroeger je met gepaste medicatie start hoe beter je de ziekte kan afremmen. Anderzijds kan ik me voorstellen dat die informatie een zware mentale belasting vormt voor de patiënt. Hetzelfde geldt bij de opsporing van erfelijke aandoeningen en kanker. AI leidt ook daar tot doorbraken, maar het is de vraag hoe we daarmee omgaan. Wie krijgt welke informatie op welk tijdstip? En met welk doel? Op die kernvragen moeten we een antwoord formuleren.”

### Gepersonaliseerde behandeling

“Behalve in detectie helpt AI ook in de behandeling van ziektes en de praktische organisatie van de gezondheidszorg zelf”, vervolgt François. “Wat dat eerste betreft, verwijs ik naar de longkanker van mijn moeder. Een tijdje terug detecteerde men bij haar helaas een vergevorderde tumor. Het goede nieuws is dat er nu een gepersonaliseerde behandeling mogelijk is. Vroeger kwamen kankerbehandeling vaak neer op een *one size fits all*. Ook bij longkanker kreeg iedereen min of meer dezelfde soort chemo en bestraling. Vandaag weet men, dankzij AI, welke behandeling tot goede resultaten leidt bij welk type tumor en persoon. Zowel je individuele medische voorgeschiedenis, genetische profiel als het specifieke kankertype spelen daarin een rol. AI helpt artsen de juiste keuze te maken via de analyse van historische medische datasets. Hoe reageerden lotgenoten met een gelijkaardig profiel op behandeling y of x? AI-gegenereerde kennis draagt zo bij tot een optimalisering en individualisering van behandelingen.”

*Een systeem dat weet welke zorgverlener waar is, kan per oproep en verpleegkundige een ideaal traject uittekenen*

Isabelle François

Op een verwante manier monitoren professor Ronny Bruffaerts (UPC - KU Leuven) en zijn team de mentale gezondheid van enkele tienduizenden Leuvense studenten. Sinds 2012 peilt hij jaarlijks hun mentale gezondheid via een geautomatiseerde vragenlijst. Zo weet men met wie het goed of minder goed gaat en krijgt men na verloop van tijd ook zicht op de verklarende factoren. Dankzij die groeiende dataset en een slim algoritme kunnen Bruffaerts en co suicidaliteit, zelfverwondend gedrag, depressie en alcoholverslaving accuraat voorspellen. Veel beter dan genetisch

François: “En daar stopt het niet. Ook na een operatie of behandeling heeft AI het potentieel om zorgverleners de weg te wijzen. Soms letterlijk. Denk bijvoorbeeld aan de patiëntenflow in ziekenhuizen. Wanneer is een patiënt klaar om van intensieve zorgen naar een gewone ziekenhuiskamer te verhuizen? Ziekenhuizen zitten op een berg data gelinkt aan dergelijke beslissingen. Laat daarop een algoritme los en je krijgt zicht op het ‘ideale’ moment voor een overplaatsing. Of toch het moment waarop x-aantal patiënten met dezelfde parameters in het verleden van intensieve



zorgen naar een gewone afdeling verhuisden, met goede resultaten.”

“Tot slot kan AI ook assisteren bij een efficiënte personeelsorganisatie. Bijvoorbeeld via oproepsystemen. Stel dat een verpleegteam tegelijk meerdere oproepen uit verschillende ziekenhuiskamers ontvangt. Een systeem dat precies weet welke zorgverlener waar is, zou dan een ideaal traject per verpleegkundige kunnen uitzekken. Zo vermijd je dat iedereen naar dezelfde kamer snelt. AI kan moment per moment en zorgverlener per zorgverlener de meest logische route aangeven. In tijden van personeelstekort is dat geen overbodige luxe. In principe kan je je systeem zo complex maken als je wil. Rangschik je oproepen volgens dringendheid, snelste bereikbaarheid, expertise van de zorgverlener of een combinatie van al die factoren?”

### Ook buiten het ziekenhuis

Soms lijkt het alsof AI vooral rendeert in hoogtechnologische zorgomgevingen. “Dat klopt niet”, verduidelijkt François. “Ook relatief eenvoudige toepassingen buiten de ziekenhuiscontext zijn mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van *wearables* en sensoren in woonzorgcentra. In theorie zou je bewoners daarmee dag en nacht kunnen opvolgen en – bijvoorbeeld – hun verplaatsingsgedrag monitoren. Stel dat bewoner x plots zesmaal per nacht het toilet bezoekt in plaats van twee keer. Zoiets kan wijzen op een veranderende gezondheidstoestand. Dankzij sensoren, AI en een dataset met gegevens over historisch bewegingsgedrag kunnen hulpverleners in de toekomst meldingen krijgen van zaken die buiten het normale gedragspatroon vallen.”

“Een mooie aanvulling op wat medewerkers zelf opmerken en op het individuele verhaal van bewoners”, vindt François. “Het is immers onmogelijk om elke bewoner op elk moment te monitoren. Bovendien lijden sommige bewoners aan geheugenproblemen. Soms weten ze ‘s ochtends niets meer hoe vaak ze ‘s nachts naar het toilet gingen.”

Hoewel AI doorbreekt in verschillende zorgsettings, blijven veel toepassingen voorlopig toekomstmuziek. Dat ligt meer aan een versnipperde en ongestructureerde dataverzameling dan aan de mogelijkheden van AI zelf. François: “We zouden medische data over alle lijnen op een gestandaardiseerde manier moeten registreren en bijhouden. Huisartsen, kinesisten, psychologen, thuisverpleegkundigen en ziekenhuizen verzamelen allemaal waardevolle medische info. Daarnaast zijn er de socio-economische of individuele parameters die mensen zelf opslaan via een *wearable*. Als je al die info zou koppelen en vervolgens laat analyseren door een AI-tool, wordt een diepgaande individuele gezondheidsanalyse mogelijk. Uiteraard gaat zoiets niet van vandaag op morgen. Een oefening van dat formaat vergt forse investeringen, een waterdichte privacywetgeving en ethische reflectie. Het potentieel van AI is groot, maar er zijn nog een aantal hordes te nemen.”



## “In woonzorgcentra kunnen sensoren en AI bewegingsgedrag registreren én interpreteren”

Isabelle François



LODE LAUWAERT

# “Privacy is een pijnpunt”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: JONATHAN RAMAEL





**Artificiële intelligentie in de zorg werpt enkele ethische vragen op. Wat met privacy? Wie is verantwoordelijk als het misgaat? En hoe gaan we om met de toevloed aan AI-gegenereerde gezondheidskennis? Lode Lauwaert (KU Leuven): “Hoe sterk je AI moet controleren hangt af van de vraag waarvoor je het gebruikt.”**

Als techniekfilosoof verdiept Lauwaert zich in artificiële intelligentie en ethische uitdagingen. Die uitdagingen stellen zich ook in de gezondheidszorg. “AI-innovaties ontwikkelen sneller dan de regelgeving. We missen veiligheids-grendels”, aldus Lauwaert. “Nieuwe medische technologie doorloopt meestal een testfase”, legt hij uit. “Vóór ze op de markt komt, organiseert men een grondige kwaliteitscheck. Dat is



**“AI-innovaties ontwikkelen zich sneller dan de regelgeving. We missen veiligheids-grendels”**

Lode Lauwaert

logisch. Je wilt zeker zijn dat een medicijn of medisch apparaat goed werkt en veilig is. Bij artificiële intelligentie is die testfase er niet.”

Lauwaert: “Nu ontwikkelen bedrijven AI-toepassingen geschikt voor een medische context, waarna gezondheidsprofessionals of patiënten beslissen of ze ermee willen werken. Op die manier gaat belangrijke info verloren. We hebben nood aan een centraal platform waarop bedrijven aangeven welk systeem ze ontwikkelen, wie er precies betrokken is bij de ontwikkeling en hoe ze met risico’s omgaan.”

### **Waarom is die testfase bij AI zo belangrijk?**

Lauwaert: “Bijvoorbeeld om persoonlijke gegevens van toekomstige gebruikers te beschermen. Amerikaans onderzoek onthulde hoe 211 Android apps gericht op diabetespatiënten allesbehalve privacy-proof waren. De software kon in 31% van de gevallen iemands identiteit en in 27% van de gevallen iemands locatie achterhalen. Bij 11% van de gebruikers controleerde de software zelfs de camera van zijn of haar gsm-toestel. Het probleem stelde zich alleen in de VS, maar illustreert wel de uitdaging. AI *Machine Learning* werkt met de data van duizenden, soms miljoenen mensen. Ontwikkelaars moeten duidelijk aangeven hoe ze die data beschermen en wie verantwoordelijk is als er toch lekken ontstaan. Een onafhankelijke derde partij zou kunnen inschatten of alles goed doordacht is en vervolgens een kwaliteitslabel toekennen.”

### **Is de vraag naar verantwoordelijkheid ingewikkelder bij AI-systemen?**

Lauwaert: “Ik denk het wel. Stel dat AI foutief inschat dat een bepaald vlekje geen huidkanker is, en de arts gaat daarop door omdat het systeem bijna nooit mist. Een deel van de verantwoordelijkheid ligt zeker bij de betrokken arts, of de groep artsen die besliste om het systeem zoveel macht te geven. Daarnaast moet je je afvragen of de ontwikkelaar het systeem juist programmeerde. Werden alle afspraken daar gevolgd? En omgekeerd: was de instructie van de eventuele opdrachtgever duidelijk genoeg? De vraag wie wat (niet) deed op welk moment, is belangrijk. Dat achterhalen is moeilijker dan het lijkt. Bij een auto-ongeval kan je zoeken naar materiële sporen zoals camerabeelden, remsporen enz. In een online omgeving met veel betrokken partijen is die sporenzoechtocht moeilijker. Bovendien werkt AI vaak als een black box. Je weet niet hoe het systeem tot een bepaald resultaat kwam.”

### **Personeelstekort teistert de zorg. Schuilt daarin een gevaar dat we goedwerkende AI-systemen te veel ruimte geven?**

Lauwaert: “Absoluut. Een menselijke dubbelcheck blijft in veel gevallen cruciaal. Systemen werken vaak beter dan mensen, maar zijn niet feilloos. Bovendien kunnen medische fouten grote gevolgen hebben. Zeker bij screenings, diagnosestelling of tijdens operaties moet







je AI nauwkeurig superviseren. Bij de inroosting van zorgpersoneel is die noodzaak kleiner. Hoe sterk je AI moet controleren hangt af van de vraag waarvoor je het precies gebruikt.”

### **AI brengt gezondheidsrisico's steeds vroeger in kaart. Is dat altijd wenselijk?**

Lauwaert: “Vanuit een zorgstandpunt is meer kennis over (toekomstige) gezondheidsrisico's een goede zaak. Je kan sneller ingrijpen en biedt de patiënt een betere prognose. Maar ik kan me ook voorstellen dat niet elke patiënt zijn gezondheidsrisico's wil kennen. Naarmate AI-systemen accuratere voorspellingen maken in meer medische domeinen, rijst de vraag wat je met die info moet doen. Er bestaat zoets als het recht om niet te weten. Daarover moet je goede afspraken maken. Wil de patiënt toegang tot alle info? Zo niet luidt de vervolgvraag of hij wel een behandeling wenst na een screening met negatieve gezondheidsuitkomst. Soms kan je een behandeling starten zonder dat de patiënt de details kent. Bij een heelkundige ingreep lukt dat niet, want dan moet hij toestemming geven.”

Lauwaert: “Vanaf welk punt leidt extra kennis niet langer tot gezondheidswinsten? Misschien kunnen we binnenkort elk mogelijk gezondheidsrisico inschatten, maar wat doet dat met ons mentaal welzijn? Elke screening of controle hangt samen met de mogelijkheid van een slecht resultaat, ook al gaat het 'slechts' om toekomstige gezondheidsrisico's. Bovendien mogen mensen zich niet verplicht voelen om al die screenings te doen. We moeten goed de voordelen van AI duiden, voor zowel het individu als de samenleving. Anderzijds blijft het liberale principe van zelfbeschikking en keuzevrijheid heilig voor mij. Zelfs al dreigt de gezondheidszorg financieel te kapseizen.”

**“Naarmate AI-systemen accuratere voorspellingen maken, rijst de vraag wat je met die info moet doen”**

Lode Lauwaert



ONDERWIJS, ZORG ÉN OVERHEID  
MOETEN HAND IN HAND GAAN

# “Kwalitatief zorgpersoneel begint op de schoolbanken”

TEKST: SOPHIE BEYERS  
BEELD: SOPHIE NUYTTEN

De zorgsector kent vele uitdagingen, waarvan het blijven vinden van voldoende personeel wellicht de grootste is. Voldoende instroom van de juiste profielen is daarbij cruciaal. Daarvoor wordt onder meer gekeken naar het onderwijs. Dat kijkt op zijn beurt naar de sector om te weten wat toekomstige arbeidskrachten moeten kennen en kunnen. Het is een verhaal waaraan zorgsector, onderwijs én overheid samen moeten schrijven. Al moet het nog verder gaan. De hele maatschappij moet een positieve mindshift ondergaan. Daarvoor pleiten Inneke Fichfet, pedagogisch adviseur secundair onderwijs binnen GO!, en Bob Van Santbergen, stafmedewerker personeel en organisatie bij Zorgnet-Icuro.

## Om met de schoolpoort in huis te vallen: een “juist” profiel afleveren, hoe gaat dat in zijn werk?

**Fichfet:** “Sinds de modernisering, die voor de 3<sup>e</sup> graad start op 1 september 2023, zijn er in de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> graad van het secundair onderwijs acht studiedomeinen waaronder ‘Maatschappij en Welzijn’. Elk domein bevat verschillende studierichtingen, van veeleer abstract en theoretisch tot meer praktisch, en is onderverdeeld in drie finaliteiten. Leerlingen in de doorstroomfinaliteit worden voorbereid voor het hoger onderwijs. In de dubbele finaliteit wordt de leerling georiënteerd naar het hoger onderwijs én de arbeidsmarkt. In de arbeidsmarktgerichte finaliteit worden leerlingen klaargestoomd voor een instap op de arbeidsmarkt. Elke studierichting heeft een curriculum dat opgebouwd is uit algemene vorming met minimumdoelen, een specifiek gedeelte met specifieke minimumdoelen en/of beroepskwalificaties (BK’s) en vrije ruimte. Overheid en onderwijs stellen de minimumdoelen op, terwijl de overheid en de betrokken sector de BK’s opstellen.

Die komen in curriculumdossiers die goedgekeurd worden door overheid en sector. In dat curriculum ontmoeten onderwijs en sector elkaar dus. Wat je mag doen in je beroep, moet immers kwaliteitsvol worden aangeleerd. Daarom zitten wij met de sector zelf aan tafel zodat we ons leerplan op hun noden en verwachtingen kunnen afstemmen.”

**Van Santbergen:** “Bijkomend zijn er op federaal niveau ruime hervormingen bezig rond de zorgladder. Dat gaat over verschillende niveaus: van praktijkassistent over zorgkundige tot en met universitair geschoolde profielen. Doel is om de inzet van het zorgpersoneel te herbekijken.” →





## “Een transparante taakdifferentiatie en voldoende flexibiliteit zijn cruciaal”

Bob Van Santbergen

### Het leerplan is dus in dit geval de som van de verwachtingen van de zorgsector en onderwijs?

**Fichet:** “Absoluut. Het leerplan bepaalt wat leerlingen moeten kennen en kunnen. Hierin zitten een algemeen deel, dat wil inzetten op een brede vorming, en een specifiek gedeelte eigen aan een studierichting. Het secundair onderwijs zit momenteel in de uitrol van een modernisering die noodzakelijk was. Die kan maar succesvol zijn als je met alle partners rond de tafel zit en afstemt, als er een draagvlak gecreëerd wordt.”

**Van Santbergen:** “Die afstemming is cruciaal en kan nog beter. De huidige hervormingen bevatten heel wat positieve zaken, maar evengoed zijn er nog vragen en bezorgdheden vanuit de sector. Zullen de veranderingen wel voor meer en een kwalitatieve toestroom zorgen? Dat is de belangrijkste vraag. In de zorgsector is het qua personeelskrapte immers niet meer 5 voor 12, maar kwart na 12. De (onderwijs)hervormingen moeten dus efficiënt en bedachtzaam gebeuren willen we de klok terug juist kunnen zetten. Ze mogen niet leiden tot nog meer personeelskrapte.”

### Zijn de hervormingen al voelbaar op de arbeidsmarkt?

**Fichet:** “Het hervormen van het onderwijs doe je niet op 1-2-3. Al in 2009 kwam er een visie op de vernieuwing van het secundair onderwijs. Hieruit volgde in 2013 een masterplan waarop de hervorming gradueel is gestart vanaf 2019, te beginnen bij het eerste jaar. Nu zitten we aan het vijfde middelbaar. Uitstromers zijn er dus nog niet. De nieuwe driejarige opleiding basisverpleegkunde is dit schooljaar gestart. Voor de uitrol hiervan zijn we nog volop in overleg om het organisatorische en inhoudelijke luik vorm te geven. Het Koninklijk Besluit (KB) dat de technische handelingen bepaalt zit nog bij de Raad van State.

Nadien kan het beroepsprofiel worden opgesteld. Ik begrijp de bezorgdheid die leeft in het onderwijs en de zorgsector. Er is nood aan duidelijkheid.”

**Van Santbergen:** “We begrijpen dat zulke hervormingen gefragmenteerd lopen, maar alles hangt samen. De vraag wie wat zal mogen doen op de werkvloer is cruciaal om goed onderwijs te kunnen aanbieden, maar het is meer dan dat. Ook voor ons als werkgevers in de zorg is dat KB en de kennis van de rest van de hervorming fundamenteel. Het bepaalt welke zorg we kunnen geven met de mensen die er zijn. Hoe we ons moeten organiseren, zowel operationeel als financieel. Wie mag welke handeling autonoom doen en wanneer en aan wie kan er gedelegeerd worden? We hopen dat er voldoende flexibiliteit in de hervormingen zit zodat de gevraagde zorg nog kan worden geleverd. De sector is hiervoor vragende partij. Daarom is overleg met alle actoren zo belangrijk.”

### Is een hervormd onderwijs de sleutel voor het oplossen van het personeelstekort in de zorg?

**Van Santbergen:** “Onderwijs is belangrijk, maar niet voldoende voor meer instroom. Ook zij-instroom is belangrijk en daar zijn al goede voorbeelden van. Ook op arbeidsmigratie zetten we in, al lopen we daar tegen de regelgeving aan. We mogen echter niet alleen focussen op meer instroom. Het behoud van onze krachten is minstens zo belangrijk. Het gaat onder meer over waardering voor de job, welzijn op de werkvloer, administratieve ontlasting en tijd en ruimte krijgen om te doen waarvoor je gestudeerd hebt. Studenten kiezen voor de zorg en mensen. Technologie kan helpen hen te ontlasten van de vele administratie. Ook een transparante taakdifferentiatie is belangrijk, zodat je echt kan gaan voor datgene waarvoor je gekozen hebt.”







**“In de zorg werken kan heel uitdagend zijn: je hebt heel wat kennis nodig, er zijn groei- en carrièremogelijkheden en je job betekent een enorme meerwaarde voor de maatschappij”**

Bob Van Santbergen



**“Het onderwijs zit samen met de zorgsector zodat ons leerplan op hun noden kan worden afgestemd”**

Inneke Fichet

**Fichet:** “Onderwijs is maar één stukje van het verhaal. Naast een degelijke onderwijsloopbaanbegeleiding en een kwaliteitsvolle opleiding zijn de ervaringen op de werkplek cruciaal. Als een werkplek onder druk staat, heeft dat ook effect op de begeleiding van de leerling. Je kan dan geen kwalitatieve stage aanbieden waardoor de stagiair misschien minder geneigd is om in te stromen.”

**Van Santbergen:** “Het is een vicieuze cirkel. Als je steeds minder mensen hebt, wordt het voor de mensen die blijven zwaarder. Het aandeel stages en leren op de werkvloer neemt toe. Dit vraagt meer stagebegeleiding en tijd van de mentoren. We willen graag kwalitatief begeleiden, maar de tijd is op dit moment te beperkt. Dat ze hun werk niet meer zo goed kunnen doen als vroeger, weegt op onze mensen. Incentives om dit te verbeteren zijn absoluut nodig.”

### **Kiest onze jeugd nog voor zorgopleidingen?**

**Fichet:** “Voorlopig zien we geen daling in het aantal leerlingen dat kiest voor een zorgopleiding. Ze stromen echter minder in of blijven niet in de sector. Werken in de zorg kan zwaar zijn en we vinden het belangrijk dat leerlingen tijdens een stage een realistisch beeld krijgen. Evenzeer is het een mooi en waardevol beroep, dat verdient minstens zoveel aandacht. Helaas zitten we met een bepaalde perceptie in de samenleving die te negatief is. Ook moeten we ons durven afvragen of het beeld dat media vooropstelt van zorgberoepen wel het juiste is. Je kan echt niet op een weekje tijd verpleegkundige worden.”

**Van Santbergen:** “Steeds meer mensen hebben nood aan zorg, de zorgzwaarte stijgt en alles wordt complexer. Het kan dus effectief een zware job zijn. Maar er zijn ook veel pluspunten die nu te weinig in beeld worden gebracht. In de zorg werken kan heel uitdagend zijn: je hebt heel wat kennis nodig, er zijn groei- en carrièremogelijkheden en je job betekent een enorme meerwaarde voor de maatschappij. We hebben bovendien allerlei mogelijke disciplines en profielen nodig en dit op alle niveaus. Interdisciplinair werken is de toekomst.”

**Fichet:** “Het wordt dus nog belangrijker om de juiste profielen op de juiste plaats te krijgen. De zorgsector heeft alle handen nodig, maar we moeten wel de juiste handen geven. Niet iedereen is gemaakt en geschikt voor een job in de zorg.”

**Van Santbergen:** “Flexibiliteit is daarbij ook belangrijk. Op dit moment is de sector te rigide gereguleerd. Levenslang leren is cruciaal, maar dan moet je bijkomende competenties en bekwaamheden kunnen valoriseren. Via meer modulair onderwijs en tussen-tijdse opleidingen moet het mogelijk gemaakt worden om handelingen en vaardigheden aan te leren, ook handelingen die tot een ander beroep horen. We moeten daar, mits de nodige opleiding, flexibel mee kunnen omgaan. We streven naar een systeem waarin wie bekwaam is, ook bevoegd is.



Het is nog niet duidelijk of en hoe dat zal kunnen na de huidige hervormingen en dat is soms frustrerend omdat we ons willen organiseren.”

### **Om een goed zorgrapport te kunnen afleveren, moeten dus nog wat knopen doorgehakt worden?**

**Fichefet:** “Klopt. En nu is het momentum daar om het samen vorm te geven. Er is geen speelruimte meer, het moet nu gebeuren. We moeten samen het verhaal schrijven. Anders stel ik me vragen over de duurzaamheid.”

**Van Santbergen:** “Goed onderwijs is de basis voor goed personeel. Onze sectoren zijn gekoppeld aan elkaar. Wij hebben kennis over wat er nodig is op de arbeidsmarkt en dat moeten we meegeven aan het onderwijs. Tegelijkertijd moet de overheid ons daarvoor de nodige tijd, ruimte en dus middelen geven.”

**Fichefet:** “We praten vanuit het onderwijs met veel partners. Al die info verzamelen we zodat leerkrachten weten wat er van een beginnend beroepsbeoefenaar verwacht wordt. Doen we die doorgedreven afstemming tussen onderwijs en sector niet, dan hebben onze opleidingen minder effect. Het is belangrijk dat een overheid hierin investeert. Onderwijs en zorg zijn de fundamenteën van de samenleving.”

**Van Santbergen:** “Dat is de belangrijkste boodschap. Een maatschappij zoals die waarin wij willen leven zal ten onder gaan als zorg en onderwijs in elkaar stuiken. Wil je dat kwalitatief houden, moet je daarin investeren.”





# “We hebben meer bewegingsvrijheid nodig!”

TEKST: KIM MARLIER • BEELD: SOPHIE NUYTEN

Als een jas waar je in de loop der jaren uitgroeide. Zo voelt de conventie aan voor de centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches GGZ. Ze beperkt de beweging, de innovatie en de samenwerking. De werkgroep Revalidatie GGZ van Zorgnet-Icuro stelde een nota op om een signaal te geven aan de overheid. Op welke manier kunnen wij bestaan, met welke erkenning en welke regelgeving?

“Vanuit Zorgnet-Icuro faciliteerden wij dit traject waarin we de situatie van de revalidatiecentra GGZ, meer specifiek de centra voor psychosociale revalidatie, onder de loep namen en een toekomstvisie uittekenden”, zegt Marijse Bynens, stafmedewerker GGZ. “Met deze nota geven we input aan de beleidsmakers om aanpassingen in de regelgeving te bekomen.” “We merkten al snel dat de revalidatiesector een versnipperde sector is met grote verschillen tussen de verschillende typeconventies”, vertelt Bob Crombez, directeur van het Centrum voor Psychosociale Revalidatie Mirabello en voorzitter van de werkgroep Revalidatie GGZ van Zorgnet-Icuro.

## Wat is er specifiek aan centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches binnen het zorgaanbod?

**Bob Crombez:** “De kern van onze werking is herstelgericht werken, persoonlijk en maatschappelijk herstel proberen te bereiken samen met de mensen. We zetten de cliënten zelf aan het stuur en geven hen de regie over hun traject, ondersteund door teamleden die gespecialiseerd en gevormd zijn in herstelondersteunende zorg. Wanneer mensen na een klinische behandeling een stukje hersteld zijn, komen ze thuis vaak in een puinhoop terecht. We helpen hen hun leven opnieuw op te bouwen. Heroriëntatie en re-integratie zijn net de zaken die mensen vaak missen in het geheel van de geestelijke gezondheidszorg en wat de hervalsicisio's sterk doet stijgen.”

**Marijse Bynens:** “De nadruk ligt op het roer zelf in handen nemen. Iets overnemen creëert geen meerwaarde. Daarom worden er zoveel mogelijk activiteiten buiten het centrum gedaan, in de realiteit van het maatschappelijke leven. Dat kan gaan over werkervaringen, vrijetijdsbestedingen maar ook huishouden. Het is niet omdat je weet hoe je moet strijken, dat je ook effectief de berg strijk wegwerkt. We zetten niet in op het strijken zelf, maar kijken samen wat er nodig is om thuis effectief de wasmand vast te pakken en te beginnen met strijken.”

## Waarom ligt deze nota nu op tafel?

**Marijse Bynens:** “We merkten dat de verschillende typeconventies heel ver uit elkaar liggen. Ze richten zich naar uiteenlopende doelgroepen, denk maar aan centra voor verslavingszorg, moeder-baby-eenheden, centra voor psychosociale revalidatie of kinderpsychiatrische revalidatie. Deze nota spreekt vanuit de centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches. Vooral omdat ze vrij onbekend zijn voor de buitenwereld. Op dit moment zijn er vijftien centra voor psychosociale revalidatie in Vlaanderen. Wij onderzochten welke positie ze innemen binnen de GGZ. Met deze nota willen we onze uitdagingen, wensen naar de toekomst en aanbevelingen op een rij zetten.”

**Bob Crombez:** “De centra voor psychosociale revalidatie groeiden, net zoals de andere typeconventies, vanuit het RIZIV. De verbinding tussen al die conventies is de financieringstechniek, niet de inhoud. We voelen de nood om onze identiteit te versterken en zichtbaarder te worden voor de buitenwereld. We willen onze positie binnen het netwerk helder krijgen. Niet alleen in onze eigen regionale netwerken, maar ook in Vlaanderen. We willen vooral een signaal uitsturen: op welke manier kunnen wij bestaan, met welke erkenning en welke regelgeving?”

## Een nota om mee aan de alarmbel te trekken en de Vlaamse overheid wakker te schudden?

**Marijse Bynens:** “Ja, de huidige regelgeving en financiering werken beperkend en er is geen opening om hierover te communiceren of veel wijzigingen aan te brengen. We willen erkenningsnormen krijgen, zodat we meer ruimte hebben en de strikte regels van de conventie flexibeler kunnen invullen. Daarnaast worden de centra op dit moment puur gefinancierd op basis van prestaties. Dat staat haaks op onze opdracht om op maat te werken aan de hand van doelstellingen die de personen zelf opmaken. Het financieringssysteem bemoeilijkt die opdracht.”





**“Dit is een signaal naar Vlaanderen. Op welke manier kunnen wij bestaan, met welke erkenning en welke regelgeving?”**



**Bob Crombez:** “Er moet ruimte zijn om onze herstel expertise te delen. We willen graag meewerken aan projecten en proeftuinen, maar ook dat moet bestendig worden door een financieringssysteem dat deze samenwerking mogelijk maakt. Organisaties zoals bijvoorbeeld de HerstelAcademie stellen ons veel vragen over expertise- en kennisdeling en preventie. We staan te springen om dat te doen, maar nu is er daar slechts beperkt ruimte voor binnen onze werking.”

**Marijse Bynens:** “Ook wachttijden spelen een rol. Niet alleen voor de revalidatiecentra, maar ook voor de arbeidscoaches. Zij openen de deuren om de expertise van verschillende actoren samen te brengen. Op die manier wordt er niets apart ingericht of naast elkaar gewerkt. En dat komt echt ten goede van de personen met een psychische kwetsbaarheid die nood hebben aan specifieke trajecten rond arbeid. Maar op dit moment beschikken we slechts over 22 VTE's over heel Vlaanderen wat de arbeidscoaches GGZ betreft. Dat is heel beperkt voor de grote groep mensen die gebaat zijn met zo'n traject.”

### Wat zijn de belangrijkste werkpunten?

**Marijse Bynens:** “De noden van mensen worden gedetecteerd in de eerste lijn, maar we merken dat de doorstroom hapert. Het is belangrijk om sneller te schakelen van de eerste naar de tweede lijn, maar ook terug wanneer de gespecialiseerde zorg niet meer nodig is. Het is essentieel om die noden te bekijken, niet alleen binnen de GGZ maar ook naar de belendende actoren toe en zeker naar de eerste lijn. Zodat we meer op elkaar kunnen afstemmen.”



**“ Samenwerken met andere partners moet gemakkelijker worden ”**

Bob Crombez

**Bob Crombez:** “Het gaat inderdaad niet alleen om de GGZ, maar actoren zoals wonen, werken en vrije tijd. Wij zijn hierin gespecialiseerd, maar we voelen dat we nog niet zo bekend zijn en dat we ook weinig mogelijkheden hebben om daarvoor tijd en ruimte vrij te maken. Mensen moeten sneller kunnen inzetten op dat persoonlijke en maatschappelijk herstel, zonder eerst een lange residentiële weg te volgen voordat zij dan in revalidatie terechtkomen. Vaak is het meer opportuun om rechtstreeks vanuit een eerstelijnsvoorziening bij ons terecht te komen. Zo kunnen we ook opnamevoorkomend werken, kunnen mensen aan de slag in hun eigen omgeving en is er geen ruptuur met het leven.”

**Marijse Bynens:** “Zorgverleners horen heel vaak: ‘Had ik maar eerder geweten dat dit bestond, dan had mij dat enkele jaren behandeling kunnen besparen.’ Het is belangrijk om mensen zo snel mogelijk in het juiste traject te introduceren zodat ze sneller de zorg krijgen die ze nodig hebben.”

### Jullie schuiven een aantal aandachtspunten naar voren op vlak van doelgroepen, aanbod en positionering.

**Bob Crombez:** “Jongeren vanaf zestien jaar kunnen bij ons terecht, maar het is niet eenvoudig om hen te bereiken. Volgens de *Public Mental Health* monitor zullen we in de toekomst steeds meer externaliserende stoornissen zien. Het is een uitdaging om te kijken hoe we een programma kunnen opzetten dat ook aangepast is aan die groep jonge mensen.”

**Marijse Bynens:** “Daarnaast is er ook een groep langdurig zieken of personen met een psychische kwetsbaarheid die niet aan het werk zijn, maar dat wel willen of kunnen. Hoe sneller we die bereiken, hoe groter de kans op een succesvolle re-integratie. Nu kloppen die mensen pas bij het revalidatiecentrum of de arbeidscoach GGZ aan wanneer ze al een bepaald traject doorlopen hebben of vaak soms al jaren op ziekte staan, wat die re-integratie natuurlijk bemoeilijkt. We willen het aanbod flexibeler invullen om het maatschappelijk herstel meer op te nemen. Als we meer in de maatschappij willen werken, hoort daar *outreaching* werk bij. Maar de prestatiefinanciering maakt het niet evident om die functie uit te voeren of mensen thuis te ondersteunen. De realiteit is dat we werken vanuit veelal kleine centra met beperkte personeelscapaciteit. In dat geval is één-op-één begeleiding niet evident. Wanneer opdrachten los van die prestatiefinanciering staan, kunnen we die flexibeler invullen. Nu moeten de centra een bezettingsgraad van 90% halen om een break-even financiering te krijgen, veel hoger dan de meeste andere zorgvoorzieningen. Opdrachtenfinanciering zou ook op dat vlak meer bewegingsvrijheid kunnen geven.”

**Bob Crombez:** “Samenwerken met andere partners moet gemakkelijker worden. Er zijn nu tijdelijk wel mogelijkheden in het kader van het Vlaamse Relanceplan om samenwerkingen op te zetten, maar de wetgeving en financiering waarin we gebonden zijn, spoort niet altijd zo goed samen. Dus om dat mogelijk te maken is er nog meer flexibiliteit nodig.”



**Marijse Bynens:** “Elk type revalidatie heeft een eigen typeconventie. Wanneer we een aanpassing vragen aan de regelgeving voor de ene typeconventie, wordt bekeken wat dit betekent voor de andere typeconventies binnen de revalidatiesector. Maar net omdat de doelgroepen en het aanbod ook uiteenlopend zijn, is het niet logisch dat het altijd afgestemd moet worden met de andere typeconventies. Zo wilden we de duurtijd van een sessie specifiek voor de Centra voor Psychosociale Revalidatie verkorten om zo meer op maat van de zorggebruiker te kunnen werken, maar dat kon hoogstens gelijkgesteld worden met de andere typeconventies. Ook thema's zoals *outreaching* werken worden conventiebreed bekeken, terwijl de noden anders liggen.”

**Bob Crombez:** “Het is belangrijk om de ambulante poot van de GGZ, in samenwerking met de belendende actoren, te versterken. Net omdat de maatschappelijke kosten van ambulante zorg een stuk lager zijn. Mensen melden zich nu ook vaak aan op veel verschillende plekken. Vaak omdat niet duidelijk is wat de meest geschikte plek is. We mogen ook de arbeidscoaches niet vergeten in dit verhaal. Arbeidscoaches starten hun begeleiding vanuit een zorgperspectief en werken richting arbeid; vanuit hun onafhankelijke begeleidingspositie kunnen ze cliënten door hun werktraject loodsen en gaan ze samenwerkingsverbanden aan met werkactoren. Een interessante piste is daarbij de nakende nauwere samenwerking met het Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB).”

### **Jullie willen meer programmeren op basis van zorgnoden.**

**Marijse Bynens:** “Bij het ontstaan van de Centra voor Psychosociale Revalidatie waren er vier centra verspreid over Vlaanderen. Ondertussen werd er per netwerk GGZ minstens één centrum voor psychosociale revalidatie opgericht, met minimaal zeven VTE. Dit is echter niet gebonden aan de regio. Een centrum in hartje Antwerpen was bij oorsprong even groot als een centrum in Leper, terwijl de noden per regio wel verschillen.”

**Bob Crombez:** “Wat natuurlijk maakt dat in de meeste stedelijke regio's de wachttijden gigantisch hoog zijn. Het is belangrijk om te werken op basis van de zorgnoden die er zijn in de regio's om te kijken wat er nodig is naar psychosociale revalidatie toe.”

**Marijse Bynens:** “Ondertussen is er bij een voorgaande uitbreiding al een link gemaakt met de bevolkingsaantallen, maar daarin worden de kwetsbaarheid of de noden die er regionaal leven niet meegenomen.”

**Bob Crombez:** “Meer is op dit moment niet mogelijk, we kunnen wel een paar hiaten zien in het Vlaamse land, maar het ontbreekt ons aan gegevens en concrete cijfers. Daarom roepen we ook op om hier GGZ-breed onderzoek naar te doen. Hoe kunnen we zorgnood meten? Waar zitten de echte zorgnoden? Welk aanbod is er nodig en welke centra moeten we voorzien?”



**“Er moet geïnvesteerd worden in de groei van centra en het aantal arbeidscoaches”**

Marijse Bynens

### **Met welke aanbevelingen trekken jullie naar de Vlaamse overheid?**

**Bob Crombez:** “We pleiten voor structurele erkenning en een flexibel regelgevend kader dat ons toelaat om te experimenteren en samen te werken met partners. Op die manier kunnen we meer inzetten op preventie en expertisedeling.”

**Marijse Bynens:** “Er moet geïnvesteerd worden in de groei van centra en het aantal arbeidscoaches zodat ze nog meer hun rol kunnen opnemen in de verschillende netwerken. Naar geïntegreerde samenwerking toe leeft het idee om meer te werken met proeftuinen waarin het regelgevend en financieel kader een stuk kan losgelaten worden. Dat geeft ons opnieuw de kans om te experimenteren en te innoveren.”

**Bob Crombez:** “We willen betere verbindingen met de eerste lijn, ook daar kan de overheid een rol in spelen.”

### **Welk resultaat hebben jullie voor ogen?**

**Marijse Bynens:** “We willen de aandacht vestigen op het aanbod van de centra voor psychosociale revalidatie en de arbeidscoaches GGZ en hopelijk met de Vlaamse overheid in gesprek gaan over het regelgevend kader en de financiering. Samen onderzoeken of we een aantal voorstellen kunnen omzetten naar de praktijk.”

**Bob Crombez:** “Invloed kunnen hebben op de toekomstige uitbouw van onze sector, zodanig dat de ambulante zorg voor de mensen beter wordt en dat mensen de geïntegreerde zorg krijgen die ze verdienen.”

**De nota van de werkgroep revalidatie GGZ van Zorgnet-Icuro zal binnenkort beschikbaar zijn in de Bibliotheek op [www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be).**

# Open de deur naar je hoofd



Te Gek!?

*Te Gek!? organiseert in samenwerking met Zorgnet-Icuro op zaterdag 7 en zondag 8 oktober 2023 de eerste Open Geestdagen. De geestelijke gezondheidszorg zet dat weekend in Vlaanderen voor het eerst de deuren wijd open voor het publiek. De Open Geestdagen vallen binnen de 10-daagse van de Geestelijke Gezondheid, een periode waarin heel wat steden en gemeenten en organisaties acties ondernemen rond geestelijke gezondheid.*

Wist je dat het vaak lang duurt voordat iemand durft zeggen dat hij of zij psychische problemen ervaart? En dat het vaak nog langer duurt voordat iemand daarvoor hulp durft vragen? Eén op vier personen krijgt in zijn of haar leven ooit te maken met psychische problemen. Bijna 60% van wie psychische problemen heeft, zwijgt en zoekt geen hulp. Dat is problematisch, want vaak neemt de ernst van de problemen dan alleen maar toe en duurt het herstel langer.

Er is ook goed nieuws. Uit onderzoek blijkt dat we bereid zijn klaar te staan voor een ander en naar elkaar te luisteren als iemand het psychisch moeilijk heeft. Een essentiële eerste stap die al heel wat verlichting kan geven. Of om het met de woorden van Dirk De Wachter te zeggen: "Laten we een beetje meer elkaars psychiater zijn".

Maar niet iedereen kan binnen zijn of haar eigen netwerk bij iemand terecht. Soms is er ook gewoon méér nodig en heb je nood aan professionele hulp. Zo zorgt een gebrek aan kennis over de geestelijke gezondheidszorg er vaak voor dat de stap naar hulp groot is. Zo is bijlange niet iedereen op de hoogte dat de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen de laatste jaren sterk is geëvolueerd en anders georganiseerd wordt dan vroeger. Er bestaan veel verschillende vormen van hulp, wat ervoor zorgt dat er voor iedereen een gepaste vorm beschikbaar is. Je huisarts of de hulplijnen zijn een belangrijk aanspreekpunt die samen met jou kunnen kijken welke hulp je nodig hebt.

## Verschillende zorgvormen- en organisaties

Te Gek!? wil het taboe rond geestelijke gezondheidszorg aanpakken en de kennis hierover vergroten. Daarom organiseert Te Gek!?, in nauwe samenwerking met Zorgnet-Icuro, in het weekend van 7 en 8 oktober 2023 de Open Geestdagen. Tijdens dit weekend kan iedereen kennismaken met de verschillende zorgvormen en -organisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg. Meer dan 100 locaties in Vlaanderen zetten voor het eerst samen de deuren open voor het brede publiek. Maar de Open Geestdagen is meer dan enkel een opendeurdag, er worden boeiende initiatieven georganiseerd: de muziektheatervoorstelling 'Het komt voor in de beste families' met Mathias Vergels, rondleidingen, workshops, wandelingen, lezingen, muziekoptredens en nog veel meer.



MATHIAS VERGELS & MANU HUYLEBROECK

TE GEK!  
EN SIMILES

*Het komt voor  
in de beste families*

## Heel wat mediapartners werken mee

Onder andere VRT en De Standaard zullen in aanloop naar 7 en 8 oktober heel wat redactionele aandacht geven aan de Open Geestdagen. Denk aan de rubriek 'De Sleutelfiguur' in 'Iedereen beroemd', een artikelenreeks in De Standaard, interviews met de Open Geestdagen-ambassadeurs Dirk De Wachter, Mathias Vergels, Selah Sue en Guy Swinnen. Acteur Mathias Vergels zorgt voor het campagnelied.

## Radio Open Geest

Tijdens het weekend van de Open Geestdagen kan je twee dagen lang luisteren naar Radio Open Geest, een digitale radiozender die speciaal voor deze campagne in het leven wordt geroepen. Verwacht je aan Te Gek!?-liedjes en andere muziek die in het teken staat van geestelijke gezondheid, maar ook aan diepgaande gesprekken met de ambassadeurs, zorgverleners, cliënten en naasten.

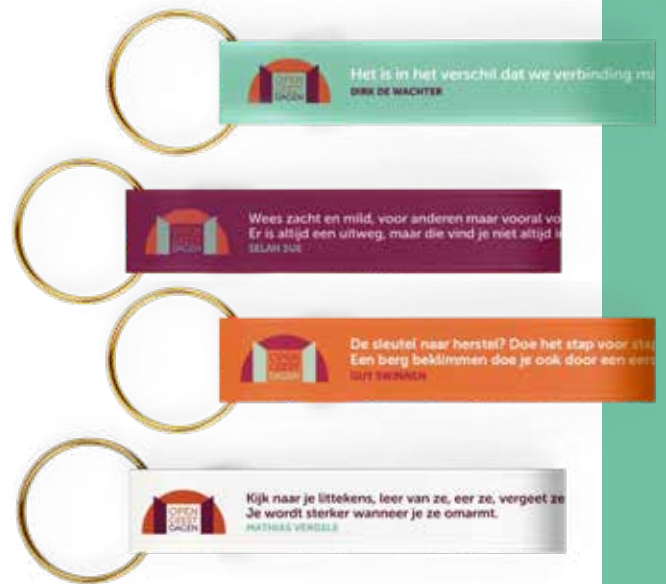
Met Radio Open Geest wil Te Gek!? een auditieve verbinding creëren tussen de verschillende deelnemende organisaties. Ook bezoekers of patiënten die niet fysiek aanwezig kunnen zijn, kunnen zo deel uitmaken van de Open Geestdagen.

Radio Open Geest wordt uitgezonden vanuit een grote rode bus en zal in het weekend van 7 en 8 oktober te vinden zijn op twee locaties in Vlaanderen. Zaterdag staat de bus op het Rerum Novarumplein in Gent en een dag later kan je de radiozender komen bezoeken aan het OverKophuis in Genk.

## 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. De 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, staan daarvoor symbool.

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.



Meer info op [opengeestdagen.be](https://opengeestdagen.be)

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

### Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

### Vormgeving:

[www.engage.studio](http://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](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 111, oktober 2023, p. 47). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto: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](http://www.zorgneticuro.be/nieuwsbrief)

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)





7 & 8 oktober 2023  
opengeestdagen.be

**Benieuwd wat er  
achter de deuren  
van de geestelijke  
gezondheidszorg  
gebeurt?**

Kom het ontdekken op 7 en 8 oktober tijdens de eerste Open Geestdagen, want dan zetten ruim honderd locaties de deuren voor jou open. Van psychiatrische ziekenhuizen tot zorgboerderijen, van centra geestelijke gezondheidszorg tot initiatieven beschut wonen...



Check welke boeiende initiatieven plaatsvinden in jouw buurt via [www.opengeestdagen.be](http://www.opengeestdagen.be)

