

# zorgwijzer 115



ARTSEN ELISABETH DE WAELE EN SIDDHARTA LIETEN

## Preventieve screenings van 65-plussers lonen





## IN DIT NUMMER

Editoriaal .....	3
Evoluties op de arbeidsmarkt .....	4
De blik vooruit: hoe zien hoofdartsen de ziekenhuiszorg van de toekomst? .....	8
Energiedelen in een energiegemeenschap .....	14
10 vragen aan de zorgwijze: Linus Vanlaere .....	18
Preventieve consultatie voor 65-plussers .....	20

Nieuw boek over de impact van de staatshervormingen .....	24
Projecten internationale solidariteit: Tapori in Ecuador .....	28
Traject thuishospitalisatie bij OLV Aalst .....	32
Blended hulpverlening in de CGG .....	38
Korte berichten .....	47

## EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

### Hospitals of the future

Wanneer dit nummer in de brievenbussen valt, staan we op luttele weken voor de verkiezingen. Zoals meestal is zorg niet echt een thema waarop partijen zich in de campagne profileren. Jammer, want de burger ligt er wel degelijk wakker van. Voor de kiezer bleef het ook vaag waarvoor de partijen precies staan wanneer het over zorg gaat. In de stemtesten was het speuren met een vergrootglas naar vragen over zorg. Laat staan dat partijen zich uitspreken over lange-termijnbeleid, of hoe ze een nakende zorgcrisis denken aan te pakken. De idee dat er met de wijzigende demografie voor zorg en welzijn wel degelijk iets op til is, verovert stilaan wel meer en meer een plaats in het publieke debat. De vergrijzingscijfers kennen we al jaren, maar dat de impact van de kantelende demografie ook ons vigerend zorgsysteem dreigt te doen imploderen, begint stilaan in te zinken.

We weten dat er fundamenteel iets moet gebeuren in de manier waarop we onze zorg organiseren. Ziekenhuizen zijn daarin één schakel. Dat ook zij voor ingrijpende veranderingen staan, is een open deur intrappen. Enkele artikels in deze Zorgwijzer zoomen daarop in. Er is de switch tijdens de afgelopen jaren naar veel meer dagziekenhuis en thuishospitalisatie. Over de mogelijkheden van die thuishospitalisatie bij antitumorale behandeling geeft oncologe Greet Huygh een heel concrete inkijk. We starten in deze Zorgwijzer ook met een nieuwe reeks: hoe zien hoofdartsen de toekomst van de ziekenhuiszorg?



Dr. Katrien De Ketelaere bijt de spits af en schetst hoe zij het ziekenhuis van de toekomst ziet, en de rollen die het opneemt in een continuüm van zorg.

Ziekenhuizen zullen meer en meer evolueren naar gespecialiseerde hubs, die ook en vooral outreachend en ondersteunend werken over de echelons heen. Naast de hoogtechnologische sites met zeer specifieke infrastructuur en expertise moet er ook altijd een basisaanbod dichtbij gegarandeerd kunnen worden. De concepten *focused clinic* en *community hospital* worden daarbij verder uitgewerkt. Over de nieuwe definitie van het ziekenhuis en de functionele rol van het ziekenhuis in de geïntegreerde zorg deed de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een grondige denkoefening. Het advies werd recent gepubliceerd, de nieuwe federale regering kan na haar aantreden meteen aan de slag om de ziekenhuiswet en de normeringen aan te passen.

Een prioritaire werf voor Zorgnet-Icuro voor de nieuwe regeringen is alvast een grondige reorganisatie van de spoedeisende hulp in een nauwe samenwerking met de eerste lijn. Door het huisartsentekort raakt de spoed overspoeld, ook met pathologie die daar niet thuishoort. We pleiten resoluut voor een fysieke integratie van huisartsenwachtposten en spoed, met één toegangspoort en één bindende triage. Zo kunnen ziekenhuizen een nieuwe plaats vinden in een zorgcontinuüm dat geen onderscheid maakt tussen eerste, tweede of derde lijn of tussen somatische of geestelijke gezondheidszorg.



Evoluties op de arbeidsmarkt



De blik vooruit: dr. Katrien De Ketelaere



Traject thuishospitalisatie bij OLV Aalst



Blended hulpverlening in de CGG



# “De maatschappelijke meerwaarde van zorgberoepen mag meer in de verf worden gezet”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JAN LOCUS

De werkzaamheidsgraad in Vlaanderen is fors gestegen, maar er is ook veel krapte op de arbeidsmarkt, zeker in de zorgsector. Daarom moeten meer mensen geactiveerd worden, maar de sector kan ook aantrekkelijker worden gemaakt, vindt professor Sarah Vansteenkiste, coördinator van het Steunpunt Werk (KU Leuven).

## Laten we beginnen met het goede nieuws: Vlaanderen is op weg naar een werkzaamheidsgraad van 80%.

“We hebben de voorbije jaren, ondanks de covid- en energiecrisis, toch nog een mooie groei gezien. In 2023 hadden we een werkzaamheidsgraad van 76,8% tegenover 59,6% in 1988, toen Vlaanderen voor het eerst een minister van Werk kreeg, dus het gaat de goede kant uit. Al zien we nu wel een zekere stabilisatie. Een belangrijke factor die meespeelt, is het eindeloopbaanbeleid dat de voorbije jaren strenger is geworden. De pensioenleeftijd is verhoogd en de regels voor het zogenaamde brugpensioen zijn veel strenger geworden. Dat verklaart mee waarom meer 55-plussers aan het werk zijn. Al heeft ook de krapte extra kansen geboden op de arbeidsmarkt: werkgevers worden een beetje gedwongen om meer open te staan voor profielen die ze vroeger misschien minder aantrekkelijk vonden. Een andere factor die meespeelt, is het feit dat vrouwen veel meer participeren dan vroeger, met dank aan de emancipatiegolf. En economisch zitten we ook in een vrij gunstige periode. Onze arbeidsmarkt heeft zelfs de corona- en energiecrisis vrij goed doorstaan.”

## Toch blijven bepaalde groepen achter, zoals personen - zeker vrouwen - met een migratieachtergrond. Hoe kunnen zij geactiveerd worden?

“Er is niet één knopje waaraan je kunt draaien om hen plots allemaal aan de slag te krijgen. Ook hier zijn er verschillende factoren waarop je tegelijk moet inspelen. Uit studies blijkt bijvoorbeeld dat vrouwen met een migratieachtergrond vaker een moeilijker schooltraject hebben: soms ontstaat al achterstand in de kleuterklas, door taalproblemen of minder aanwezigheid op school. Die groep wordt soms ook in bepaalde studierichtingen ‘geduwd’ vanuit vooroordelen, en haakt vaker af in het secundair onderwijs. Als ze toch doorstromen naar het hoger onderwijs, maken ze later - als er kinderen komen - vaker de keuze om thuis te blijven, toont ons recent onderzoek aan. Dat is deels cultureel bepaald, maar er is ook te weinig kennis over kansen op de arbeidsmarkt. Ze vinden niet altijd hun weg naar organisaties zoals de VDAB. Vandaar dat we meer op maat moeten werken en partnerorganisaties inschakelen. Ook kinderopvang, of liever het gebrek eraan, is vaak een drempel. Dat geldt ook voor andere doelgroepen.

Net als mobiliteit: zeker op het platteland heerst veel vervoersarmoede. Bovendien zijn veel vrouwen met een migratieachtergrond naar ons land gekomen via gezinshereniging. Zij zijn vaak wat ‘losgelaten’ op het vlak van arbeid. Ze zouden zeker meer gestimuleerd kunnen worden, maar altijd met oog voor hun persoonlijke situatie.”

## Onze arbeidsmarkt krijgt te maken met grote krapte. Hoe komt dat?

“Daar speelt vooral de vergrijzingsgolf een belangrijke rol. Uit onderzoek dat ik mee voer met het Steunpunt Werk blijkt dat de vervangingsvraag van 55-plussers vandaag beduidend hoger is dan enkele jaren geleden en nog verder zal groeien. We evolueren naar zo’n 80.000 nodige vervangingen per jaar in Vlaanderen, waar het twee decennia eerder bijvoorbeeld nog over 35.000 ging. Dat betekent dat er steeds meer 55-plussers zijn die de komende jaren de arbeidsmarkt zullen verlaten, door pensionering of ziekte, en vervangen moeten worden. Dat creëert een structurele druk op de arbeidsmarkt. Tegelijk zien we dat de bevolking op arbeidsleeftijd, mensen tussen 20 en 65 jaar, stabiliseert, terwijl die de voorbije decennia alsmat groeide.”

“De maatschappelijke waarde van mantelzorg en vrijwilligerswerk mogen we niet onderschatten. Als die onbetaalde zorg wegvalt, kan de druk op de zorgsector sterk toenemen”

Sarah Vansteenkiste





### Moet iederéén aan de slag, ook de huisvrouwen en -mannen, zoals bepaalde politici eerder suggereerden?

“We moeten vooral realistisch zijn en opletten met stigmatiserend taalgebruik bij hen en ook bij de ruimere groep van niet-beroepsactieven waartoe ze behoren. Je hoort vaak spreken over ‘inactieven’, maar ik heb het liever over niet-beroepsactieven. Omdat deze groep vaak wél actief is, in het vrijwilligerswerk bijvoorbeeld. Als we kijken naar die niet-beroepsactieven, dan zien we veel verschillende profielen. Zo heb je de groeiende groep van arbeidsongeschikten. Bij hen zien we veel drempels om opnieuw aan de slag te gaan, zowel qua begeleiding als administratief. De gesprekken tussen werkgevers en werknemers zijn soms nog moeizaam langs beide kanten. Daarnaast wordt te veel gekeken naar wat mensen niet meer kunnen, in plaats van naar wat wél nog mogelijk is. Al zal er ook altijd een percentage zijn van mensen die door ernstige ziekte of beperkingen niet meer kunnen werken.

En dan heb je inderdaad de groep van huisvrouwen en -mannen, waar ook nuance nodig is. Er zijn zeker nog manieren om hen versterkt toe te leiden naar de arbeidsmarkt, of hen tenminste te tonen wat de mogelijkheden zijn. En er kunnen nog drempels worden weggehaald, denk bijvoorbeeld aan de beleidskeuze om werkenden voorrang te geven in de kinderopvang. Zo creëer je een scheiding tussen wie wel of niet werkt, terwijl je toch een inclusieve samenleving wilt waarin mensen op elk moment van hun leven de kans moeten krijgen om opnieuw aan de slag te gaan. Daarnaast mogen we niet vergeten dat velen in die groep vrijwilligerswerk of mantelzorg opnemen. De maatschappelijke waarde daarvan mogen we zeker niet onderschatten. Als die onbetaalde zorg wegvalt, kan de druk op de zorgsector sterk toenemen. Ik vind dus absoluut dat er meer waardering moet komen voor alle niet-betaalde zorg en vrijwilligerswerk.”

## “Op het vlak van ergonomie kan robotisering zware taken verlichten”

Sarah Vansteenkiste

### In de zorgsector is de krapte een zeer groot probleem. Hoe komt dat?

“Uit recente analyses die we doen vanuit het Steunpunt blijkt dat de aanwervingsbehoefte in de zorgsector al groot was en dat die de komende jaren nog zal toenemen. De sector zit zelfs in de top-3 van sectoren met de grootste aantallen qua aanwervingsbehoefte. Ook daar spelen weer verschillende factoren. Enerzijds de vergrijzing: in de zorg is de uitstroom van 55-plussers nog iets groter dan gemiddeld. Bovendien is er een grote ‘uitbreidingsvraag’: steeds meer mensen hebben nood aan zorg en dat vraagt bijkomend personeel. Die sector verdient dus voldoende aandacht. Andere sectoren, zoals het onderwijs, krijgen - terecht - veel aandacht, maar zorgberoepen blijven daarin toch wat achter. Terwijl ze maatschappelijk een grote meerwaarde hebben. Dat mag meer in de verf worden gezet.”

### Wat kan het beleid doen om meer mensen naar de zorg te “lokken”?

“Een eerste belangrijk punt is arbeidsorganisatie. Uit nieuw eigen onderzoek, specifiek bij verpleegkundigen, blijkt dat zij wat minder autonomie in hun job ervaren dan gemiddeld in andere beroepen, terwijl dat net iets is wat werk aantrekkelijk maakt. Bovendien komen bij zorgberoepen gemiddeld meer procedures en administratie kijken, wat wordt beschouwd als taakbelasting. We zouden dus kunnen bekijken hoe het beroep geoptimaliseerd kan worden: minder papierwerk en overbodige procedures, zodat mensen meer bezig kunnen zijn met de ziel van hun beroep. We kunnen de maatschappelijke meerwaarde van dit werk niet genoeg benadrukken. Tijdens corona voelde je tijdelijk meer appreciatie, met het applaus voor de zorgverleners. Toen zagen we bij jongeren en zij-instromers ook meer interesse om in deze sector te werken.

Daarnaast is er in deze sector een relatief groot aandeel mensen die deeltijds werken, maar eigenlijk méér uren zouden willen werken. Dat zie je bijvoorbeeld bij zorgkundigen in woonzorgcentra. Daar zouden we kunnen zoeken naar flexibele oplossingen, door mensen bijvoorbeeld gespreid over verschillende woonzorgcentra te laten werken. Verder zou ook met een open blik mogen worden gekeken naar wie welke jobs kan uitvoeren, waarbij ook niet-beroepsactieven in het vizier genomen kunnen worden. Ook taken binnen jobs kunnen beter herverdeeld worden. Profielen die kort- of middengeschoold zijn, kunnen bijvoorbeeld versterkt ingezet worden voor bepaalde taken, wat andere gediplomeerde profielen dan weer meer ademruimte kan geven.

## “We zouden kunnen bekijken hoe het zorgberoep geoptimaliseerd kan worden: minder papierwerk en overbodige procedures, zodat mensen meer bezig kunnen zijn met de ziel van hun beroep”

Sarah Vansteenkiste

En tot slot is er natuurlijk het verhaal van uitval. Als enkele mensen in een team uitvallen en vacatures niet ingevuld raken, legt dat nog meer druk op het huidige team, waardoor je soms een sneeuwbaaleffect krijgt. Door de arbeidsvoorwaarden in de sector te verbeteren, kun je daar ook nog winst maken. Maar het is een én-én-verhaal, alleen met een hoger loon ga je er niet komen.”

### Kan er in de zorgsector ook nog efficiënter worden gewerkt?

“Ja, ik denk dat er toch nog wat kansen liggen bij technologie en artificiële intelligentie. In de radiologie wordt AI bijvoorbeeld al toegepast om eerste interpretaties te doen van scans, zodat radiologen meer scans op één dag kunnen doen. Operaties kunnen ook fijnmaziger gebeuren dankzij robotica. En ook patiëntenvoer kan bijvoorbeeld al met robots gebeuren. Dat geeft zuurstof voor andere taken, al moet er natuurlijk altijd goed worden nagedacht over welke je wil automatiseren en welke waardevol zijn om te doen door mensen. Maar ook op het vlak van ergonomie, wat toch een heikel punt is in de sector, kan robotisering zware taken verlichten.”

### Is arbeidsmigratie een oplossing voor de zorgsector?

“Dat kan een deel van de oplossing zijn, maar dan moet er wel goed worden nagedacht over de voorwaarden: hoe lang kunnen arbeidsmigranten hier blijven, bijvoorbeeld?”

Wat cruciaal blijft, ook bij zij-instromers, is dat deze beroepen vanuit een bepaalde roeping worden gekozen. Voor deze sector moet de match heel goed zitten: er moeten mensen worden geselecteerd die een hart hebben voor de zorg. Dit is geen job die je enkel met je verstand kiest.”

### Soms wordt gezegd dat er vandaag te veel “bullshit-jobs” zijn. Kun je mensen in zulke jobs niet “overplaatsen” naar de zorg?

“Die term werd geïntroduceerd door David Graeber in zijn gelijknamige boek. Ik wil niemand met de vinger wijzen, maar het is wel opvallend dat bepaalde jobs een duidelijke maatschappelijke meerwaarde hebben - zoals in de zorg en het onderwijs - terwijl andere jobs soms veeleer ‘tijdvulling’ lijken in de filosofie van Graeber. Organisaties kunnen zelf de oefening maken: is elke nieuwe vacature of invulling van taken echt wel nodig? Zijn er misschien taken die geautomatiseerd kunnen worden? Zo zou je meer zuurstof creëren op de arbeidsmarkt, waarop het beleid de keuze kan maken om meer mensen voor te bereiden op jobs in de zorg, bijvoorbeeld. Voorlopig is het nog koffiedik kijken welke partijen straks aan de macht zullen komen, maar arbeidsmarktbeleid mag van mij zeker verder een belangrijk beleidsthema zijn, want de uitdagingen zijn groot.”





DE BLIK VOORUIT: HOE ZIEN HOOFDARTSEN DE ZIEKENHUIZORG VAN DE TOEKOMST?

## “Artsen hebben vandaag andere skills nodig dan vroeger”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT

In een nieuwe reeks laten we hoofdartsen reflecteren over de toekomst van de zorg. Dr. Katrien De Ketelaere, gynaecologe en hoofdarts van AZ Sint-Lucas in Gent, bijt de spits af. “Ik heb altijd graag als gynaecologe gewerkt, maar het geeft me veel voldoening om mee de toekomst van het ziekenhuis en de gezondheidszorg te kunnen uittekenen,” zegt ze.





**“Artsen, directie, bestuur – uiteindelijk zitten we allemaal op dezelfde boot. Hoe beter we varen, hoe beter voor elk van ons. Toch is er dikwijls die schijn van tegengestelde belangen”**

Katrien De Ketelaere



Acht jaar wakte dr. De Ketelaere als gynaecologe in AZ Sint-Vincentius in Deinze, toen ze in 2009 naar AZ Sint-Lucas verhuisde. Ze voelde zich er meteen thuis. Ze engageerde zich in de medische raad, werd overkoepelend diensthoofd voor alle chirurgische disciplines en toen de functie hoofddarts vacant werd, aarzelde ze niet. “Ik begon op 1 mei 2020, midden in de eerste coronagolf, en werd direct in het bad gegooid”.

Wie graag meeschrijft aan de toekomst van een ziekenhuis en van de gezondheidszorg, moet er wel een uitgesproken mening over hebben? “Absoluut,” antwoordt Katrien De Ketelaere. “Ik ben overtuigd van de noodzaak tot schaalvergroting, gecombineerd met zorg die *patient centered* of *patient empowered* is. De zorg van de toekomst vertrekt vanuit de patiënt en een ziekenhuis maakt deel uit van een zorgcontinuüm. Dat continuüm maakt geen onderscheid tussen eerste, tweede of derde lijn of tussen somatische of geestelijke gezondheidszorg.”

“We moeten de zorg drastisch anders organiseren. Hebben we meer mensen nodig? Natuurlijk. Maar die zijn er niet. Dus moeten we andere oplossingen zoeken. Meer zorg in de thuissetting is één antwoord. Het ziekenhuis van de toekomst zal een hoogtechnologische hub zijn waar de patiënt slechts af en toe kort verblijft. Ziekenhuizen zullen niet meer groeien, maar kleiner en meer gespecialiseerd worden. We worden *focused factories* of expertisecentra. Aan die evolutie wil ik graag mijn steentje bijdragen.”

#### **De angst voor verandering**

“Het lijkt snel te gaan, maar al in 2013 beschreef Michael Porter in zijn paper *The Strategy that will fix Healthcare* de noodzaak van *patient centered care*. Anno 2024 zijn we toch nog altijd bezig dat concept te verwerken. Het is tijd voor actie. Maar verandering brengt altijd onzekerheid en soms angst met zich mee. Het is niet evident om iedereen mee te krijgen.”

“Als hoofddarts sta ik in de driehoek directie, bestuur en artsenkorps. De artsen verwachten dat ik hun belangen behartig binnen het directieteam en het bestuur. Terwijl het bestuur en de directie verwachten dat ik beleidsbeslissingen uitdraag bij de artsen. Ik wil het vooral samen doen. Ik probeer te faciliteren om

die drie niveaus op één lijn te krijgen in het belang van de organisatie. En vervolgens trek ik die lijn door naar het fusieverhaal dat we onlangs startten met het AZ Jan-Palfijn Gent en naar het ziekenhuisnetwerk waarvan we deel uitmaken. Dat zijn veel verschillende niveaus en er spelen verschillende belangen. Maar die hoeven niet per se tegenstrijdig te zijn.”

“Wat het moeilijkste is in die complexe puzzel? De angst voor verandering op het individuele niveau. Het artsenberoep is de jongste jaren enorm veranderd. Van solopraktijken evolueerden we naar grote associaties, soms al ziekenhuisoverschrijdend. Artsen hebben vandaag bijkomende skills nodig om de grote associaties te kunnen runnen en strategisch mee te denken met de organisatie, skills die ze niet meekregen in hun opleiding. Voor veel artsen is beleidsmatig denken nog altijd bijzaak, iets wat ze liever aan het ziekenhuis overlaten. Maar een ziekenhuisstrategie en -beleid in co-governance met de artsen zorgt voor een grotere gedragenheid. Als een ziekenhuis(campus) kiest voor het concept van doorgedreven specialisatie of een *focused factory*, betekent het dat we in bepaalde disciplines gaan superspecialiseren, terwijl we misschien andere minder uitgebouwde disciplines loslaten. Het spreekt vanzelf dat artsen bij dat beleid en die keuzes betrokken moeten worden. Het gaat om strategische keuzes en om een visie op de toekomst die ook hún toekomst is.”

“Een probleem is dat artsen alleen vergoed worden voor medische prestaties. Niet voor beleidswerk. De overheid moet hier dringend iets aan doen.”

#### **Weten wat er leeft**

Dr. De Ketelaere zette haar werk als gynaecologe on hold toen ze hoofddarts werd. Gedragen haar collega-artsen zich nu anders tegenover haar, nu ze deel uitmaakt van de directie? “Toch wel,” zegt ze. “Het is een andere relatie. Ook al waak ik erover om zoveel als mogelijk tussen de artsen te blijven staan. Ik wil weten wat er leeft, graag tot op het individuele niveau. De veranderingen waar we voor staan, voelen voor sommige individuele artsen als een bedreiging. Er zijn duidelijk meer burn-outs bij de artsen in vergelijking met vroeger. Het is dus belangrijk om mijn voelsprieten open te houden.”





“Een probleem is dat artsen alleen vergoed worden voor medische prestaties. Niet voor beleidswerk. De overheid moet hier dringend iets aan doen

Katrien De Ketelaere

“Artsen, directie, bestuur – uiteindelijk zitten we allemaal op dezelfde boot. Hoe beter we varen, hoe beter voor elk van ons. Toch is er dikwijls die schijn van tegengestelde belangen. Ik probeer dat te counteren door permanent in dialoog te gaan.”

Dat het artsenberoep de jongste decennia sterk vervrouwelijkt is, maakt volgens dr. De Ketelaere weinig verschil. “Wat wel meespeelt, is dat een arts, net als veel professionals, niet langer de enige kostwinner is thuis. Artsen maken vaak deel uit van een gezin van tweeverdieners. Wat betekent dat ze een deel van de gezinstaken op zich nemen en dus niet langer honderd procent beschikbaar zijn voor hun job. Ook het belang van vrijetijdsbesteding is groter geworden. Ik vind dat een goede evolutie. Een evenwichtige work-lifebalans is belangrijk. Die is er vandaag meer dan vroeger.”

Een verschil is er ook tussen de generaties, al is dat zeker geen zwart-witverhaal. “Je mag er niet zomaar van uitgaan dat oudere artsen per definitie conservatiever zijn dan jongere. Ik ben zelf ook niet meer van de jongste. Veel collega’s beseffen terdege dat verandering nodig is: schaalvergroting, concentratie van specialisatie... Ook de oudere artsen zien dat in, maar voor de jongere generaties is het meer een evidentie.”

### Strategie en change management

AZ Sint-Lucas is een fusieziekenhuis van wat oorspronkelijk drie ziekenhuizen waren: AZ Sint-Vincentius, AZ Heilige Familie en AZ Volkskliniek. Die fusiegolf vond plaats net voor en net na de eeuwwisseling. Staan de artsen 25 jaar later te springen voor alweer een nieuwe fusie? “Toch wel,” zegt dr. De Ketelaere. “De artsen zijn enthousiast over de op til staande fusie met AZ Jan-Palfijn. Er wordt al jaren over gepraat. Het is een logische beslissing voor patiënten en verwijzers. Beide medische raden liggen mee aan de basis van deze intentieverklaring tot fusie. En natuurlijk zal ook dit veranderingsproces een hobbelig parcours worden. Er is altijd een spanning tussen waar de organisatie naartoe wil en de realisatie daarvan op individueel niveau met alle betrokkenen. Maar iedereen op één lijn krijgen, is erg boeiend. Ik haal daar voldoening uit. Voor de master bedrijfskunde die ik vorig jaar

behaalde aan de Vlerick Business School maakte ik mijn masterproef over strategie en change management. Veel van wat ik er leerde, kan ik als hoofdarts in de praktijk brengen.”

Het zorgcontinuüm rond de patiënt vormgeven blijft de grootste uitdaging. Het is een complexe evolutie met velerlei aspecten en actoren. Wat te zeggen over de rol van de overheid, bijvoorbeeld? “We moeten allemaal mee in de verandering. Daar zijn de juiste hefboomen voor nodig,” zegt dr. De Ketelaere. “De versnippering van het Budget Financiële Middelen voor de ziekenhuizen is een oud zeer. De overheid wil dat we samenwerken in netwerken, dat we bepaalde activiteiten afbouwen, dat we logistieke processen bundelen. Maar de overheidsfinanciering werkt op al die punten tegen. Er wordt veel gepraat, maar ik zie nog altijd weinig resultaat. Bij de ziekenhuizen voel ik een grote bereidheid tot samenwerken. Binnen de netwerken, maar vaak ook daarbuiten.”

Ook met de eerste lijn moeten de banden nauwer aangehaald worden in het belang van het zorgcontinuüm van de toekomst. “Daar wordt aan gewerkt,” zegt dr. De Ketelaere. “De ziekenhuizen hebben het voordeel van een stevige overlegcultuur en een goede organisatorische ondersteuning. Die is nog minder sterk uitgebouwd in de eerste lijn met zijn verscheidenheid van huisartsen, thuisverpleegkundigen en paramedici. Ziekenhuizen kunnen ook daarin hun expertise ter beschikking stellen en zo het zorgcontinuüm waarmaken. Dat zal veel overleg vergen. Met hoe meer je aan tafel zit, hoe complexer. Er staat nog veel in de kinderschoenen.”

Is de kracht van een ziekenhuis ook niet zijn zwakte? Kijken de partners uit de eerste lijn niet met argwaan naar de grote mastodonten die zich ook nu opwerpen als draaischijf? “Dat klopt en dat is niet altijd onterecht,” zegt dr. De Ketelaere. “Zelf ben ik erg gekant tegen het hospitalocentrisme. Ik geloof daar niet in. De muren van het ziekenhuis moeten weg. We moeten minder activiteiten in het ziekenhuis concentreren en meer outreachend gaan werken over de echelons heen naar de thuissetting van een patiënt. Maar op alle niveaus spelen ook financiële belangen.”

## “Voor veel artsen is beleidsmatig denken nog altijd bijzaak, iets wat ze liever aan het ziekenhuis overlaten”

Katrien De Ketelaere

Niet alleen in het debat tussen eerste, tweede en derde lijn, ook in de samenwerking tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. Die tweedeling is jammerlijk en komt de patiënt niet ten goede. Ook hier weer: er wordt al over gepraat en er zijn soms hele mooie lokale initiatieven, maar we hebben nog een weg te gaan.”

“Waar ik over tien jaar wil staan? Ik droom van een gezondheidssysteem waarin een patiënt met een probleem zich bij voorkeur digitaal aanmeldt, een intakegesprek krijgt en in functie van zijn probleem het juiste traject krijgt. Of dat traject binnen of buiten het ziekenhuis plaatsvindt, is van ondergeschikt belang.”

Dat lijkt sterk op de rol van de huisarts vandaag? “Ja, idealiter is de huisarts de spelverdeler bij wie de patiënt zich eerst aanmeldt. In de praktijk zien we evenwel dat de huisartsen helemaal overbevraagd zijn. Dat patiënten niet systematisch bij een huisarts terecht kunnen. We moeten hier allemaal samen een oplossing voor vinden.”


### Het juiste evenwicht

Aan ideeën en gedrevenheid ontbreekt het Katrien De Ketelaere niet. Mist ze dan nooit haar werk als gynaecologe? “Neen,” klinkt het resoluut. “Hoofdarts worden was een positieve keuze. Ik heb er nog geen seconde spijt van gehad. Al is het leven van een hoofdarts niet altijd evident. Ik heb erg veel vergaderingen, dikwijls ’s morgens vroeg of ’s avonds laat en niet zelden met last minute afspraken of wijzigingen in de agenda. Dat weegt weleens. Thuis heb ik mijn partner en drie kinderen, waarvan er twee nog studeren. Ik wil er zijn als partner en als mama. Eerlijk, ik kan me niet voorstellen dat ik hoofdarts zou zijn met kleine kinderen thuis. Dat zou niet lukken.”

“Of ik de functie van hoofdarts onderschat heb? Neen, ik heb die juist ingeschat. Maar dat verandert niets aan het feit dat je als hoofdarts vaak de enige bent die een bepaalde verantwoordelijkheid kan opnemen, ook wettelijk. Je moet quasi permanent beschikbaar zijn. Op zich kan ik daar wel mee om, maar ik geniet ook graag van het leven. En van mijn gezin. Het is een kwestie van het juiste evenwicht te vinden.”







ENERGIEDELEN IN EEN ENERGIEGEMEENSCHAP

**“Groen, efficiënt en sociaal: wie doet er mee?”**

TEKST: NICO KROLS  
BEELD: JONATHAN RAMAEL

Ronny Neckebroeck werd in 2021 directeur bij Belfus Public & Social Banking in Vlaanderen. Sinds een tweetal jaar heeft hij zich op een nieuw product gestort, dat van het energiedelen in energiegemeenschappen. Nieuw, nuttig en nodig, zegt hij met een aanstekelijk enthousiasme waarmee hij ook zijn team en zijn pionierende klanten aanspoort. “Energiedelen kan het energiedilemma duurzaam, groen, economisch en op een maatschappelijk verantwoorde manier het hoofd bieden.”

Neckebroeck heeft al vele waters doorzwommen, “maar deze post is veruit degene die me het meest bevalt, omdat hij een waardevol perspectief op de toekomst biedt en economische, ecologische en maatschappelijke belangen in overeenstemming brengt.”

De investeringen van Belfus in energiegemeenschappen en energiedelen motiveert Neckebroeck door een combinatie van collectieve verantwoordelijkheid voor duurzaamheid, overheidsmaatregelen, financiële overwegingen en expertise op het gebied van duurzame initiatieven. Hij wijst ook op het belang van milieu-, sociale en governance-initiatieven (ESG). “Belfus heeft zich zelf aan zijn ESG-doelstellingen te houden, en beoordeelt zijn klanten op hun ESG-voetafdruk. Organisaties die krediet ontvangen ondersteunen we ook om die te verbeteren.”

De markt voor energiedelen zit volgens Neckebroeck nog in de beginfase, maar hij voegt er meteen aan toe dat het potentieel enorm is. De mogelijkheden voor energiegemeenschappen zijn nu al legio, zoals die tussen scholen en woonzorgcentra of ziekenhuizen. Het team van Neckebroeck heeft decennialange ervaring in het opzetten van omvangrijke bouw- en renovatieprojecten. De stap naar het inrichten van energiegemeenschappen en het delen van energie tussen verschillende klanten is daarop een niet onlogisch vervolgstuk. “Het Aster-project dat in de sociale huisvesting werd gelanceerd in 2022 is een goed voorbeeld van het potentieel van dergelijke initiatieven in andere sectoren, bijvoorbeeld ook in het onderwijs (zie kader). Ook voor de zorgsector liggen hier grote opportuniteiten.

Als je het mij vraagt staan we aan de vooravond van een revolutie. Nu zijn er nog maar een 100-tal energiegemeenschappen in België, maar er is een duidelijke versnelling merkbaar.”

#### **Inclusieve energietransitie**

“De verantwoordelijkheid voor duurzaamheid heeft een collectieve drijfveer,” zegt Neckebroeck, “wereldwijd zowel als binnen Europa, België en Vlaanderen, en zelfs op persoonlijk niveau. Dat verantwoordelijkheidsgevoel kwam er niet vanzelf. In eerste instantie zijn er de Sustainable Development Goals (SDG's) van de Verenigde Naties, die een basis geweest zijn om deze gemeenschappelijke verantwoordelijkheid langzaamaan ook een dwingend karakter geven.

En nog andere overheidsmaatregelen verplichten ons om duurzame stappen te zetten, zoals bijvoorbeeld de – toekomstige – Vlaamse verplichtingen op het plaatsen van zonnepanelen en laadpalen. Energiedelen binnen energiegemeenschappen biedt daarbij de kans om de energietransitie op een inclusieve – lees, betaalbare – manier door te voeren, waarbij alle lagen van de bevolking kunnen profiteren. Burgers kunnen bij een energiegemeenschap betrokken worden via een energiecoöperatieve.”

#### **Investeringen op lange termijn**

Zelfs als een instelling zelfvoorzienend is, blijven er vaste kosten zoals netkosten en distributiekosten die betaald moeten worden vanwege de verbinding met het elektriciteitsnet. Bovendien moet, in sommige regio's zoals Vlaanderen, het delen van energie binnen energiegemeenschappen volgens de wetgeving kosteloos gebeuren.





“Op welke schaal je een energiegemeenschap ook bekijkt, het hebben van zonnepanelen en een eventuele batterij betekent niet automatisch dat de energiefactuur nul wordt. Het is een langetermijninvestering die economisch heel sterk steek houdt. Energiedelen is een complexe materie die een aanzienlijke tijds- en financiële investering vergt, reden te meer om een goede bemiddelaar onder de arm te nemen met wie een vertrouwensband en langetermijnrelatie aangegaan kan worden”.

Neckebroeck wijst nog op de bereidheid van klassieke energiespelers om energiedelen te ondersteunen, omdat dit ook voor hen op lange termijn voordelen kan opleveren, zoals een verminderde vraag naar energiecapaciteit. Het benadrukt het belang van samenwerking tussen verschillende partijen om het energiedelen te bevorderen. De regelgeving rond energiedelen is sinds 2023 geconcretiseerd. Overheden zullen zich in de toekomst wellicht in toenemende mate toespitsen op energiedelen en de algemene kaders verder uitbouwen.

**“Als je het mij vraagt staan we aan de vooravond van een revolutie”**

Ronny Neckebroeck



### Maatschappelijke en groene duurzaamheid

Door deel te nemen aan energiedelen en energiegemeenschappen kunnen instellingen en voorzieningen niet alleen bijdragen aan een duurzamere toekomst, maar ook profiteren van kostenbesparingen, samenwerkingen en maatschappelijke betrokkenheid.

#### Voordelen:

- **Energie-efficiëntie:** verbeterde energie-efficiëntie door het delen van duurzaam opgewekte energie met andere deelnemers. Dit kan leiden tot lagere energiekosten en een verminderde ecologische voetafdruk.
- **Duurzame energieproductie:** duurzamere eigen energieproductie door bijvoorbeeld installatie van zonnepanelen op gebouwen. Overtollige energie delen met andere deelnemers en zo bijdragen aan de lokale energievoorziening. Vermindering CO<sub>2</sub>-uitstoot, wat ten goede komt aan het milieu en de leefomgeving van de gemeenschap.
- **Kostenbesparing:** lagere energiekosten, vooral op momenten dat geen energie nodig is en ze deelbaar is met anderen in de gemeenschap.
- **Samenwerking en synergie:** samenwerking met andere deelnemers, zoals lokale scholen, bedrijven en burgers, om gezamenlijk te werken aan duurzame energieprojecten en synergiën te creëren.
- **Maatschappelijke betrokkenheid:** bijdragen aan de lokale gemeenschap door te investeren in duurzame energie en het delen van kennis en middelen. Lokale betrokkenheid doordat bewoners meer zeggenschap krijgen over hun energievoorziening en kunnen participeren in duurzame energieprojecten.
- **Duurzaam imago** versterken en voldoen aan de groeiende vraag naar duurzame bedrijfspraktijk.
- **Risico's diversifiëren** en profiteren van de groeiende markt voor duurzame energie.



### Aster in Roeselare, uniek in Europa

In de sociale woonwijk Het Verzonken Kasteel werd in Roeselare in 2022 gestart met een initiatief voor de activering van het zonnepotentieel in de Vlaamse sociale huisvestingssector. De collectieve vennootschap Aster, opgericht door sociale huisvestingsmaatschappijen, zal over een periode van vier jaar 395.000 zonnepanelen op en voor 52.500 sociale woningen installeren. Doel: de jaarlijkse productie van 130 GWh groene stroom als een extra stap in de strijd tegen energiearmoede en richting klimaatdoelstellingen.

### Actief samenwerken

Energiedelen en energiegemeenschappen zijn belangrijke concepten voor de transitie naar duurzame energie. Ze dragen bij aan een meer gedecentraliseerd en duurzaam energiesysteem, waarbij actieve deelname en samenwerking centraal staan.

**Energiedelen:** Bij energiedelen deelt een actieve afnemer zelfgeproduceerde energie direct met zichzelf of met anderen binnen een groep, zoals burens, vrienden, familie, overheden of bedrijven. Dit kan op verschillende niveaus plaatsvinden, binnen een gebouw of binnen een energiegemeenschap.

Doel: opgewekte energie efficiënt en economisch benutten.

**Energiegemeenschappen:** Energiegemeenschappen zijn groepen van individuen, huishoudens, bedrijven of organisaties die gezamenlijk duurzame energie produceren, consumeren en delen.

Er zijn verschillende vormen van energiegemeenschappen, waaronder Energiegemeenschappen van Burgers (EGB) en Hernieuwbare Energiegemeenschappen (HEG). Zij bevorderen lokale energieproductie, het verminderen van de afhankelijkheid van fossiele brandstoffen en het stimuleren van de energietransitie naar een duurzamere toekomst.

Doel: realiseren van duurzame energiedoelstellingen en creëren van een veerkrachtiger en groener energiesysteem.





# 10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Linus Vanlaere is als zorgethicus verbonden aan de vzw Bermhertigheid Jesu (voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg) en aan de onderzoeksgroep 'Care Ethics' en het zorgethisch lab sTimul van VIVES. Hij is ook vrijwillig wetenschappelijk medewerker aan KU Leuven en bestuurder van Dominiek Savio vzw. Hij werd getipt door Philip Vanneste voor zijn bijzondere inbreng.

**“Zorg is betrokkenheid vanuit een geraakt-zijn”**



## 1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

In elk van de laatste drie jaren in het middelbaar was er een zelfdoding van een jaargenoot. Dat trof me erg. Mijn scriptie in godsdienstwetenschappen moest wel daarover gaan. Zo leerde ik zorgethiek kennen, waarover ik een proefschrift schreef en die ook toepaste op zelfdoding bij ouderen. Zo ben ik in ouderenzorg terechtgekomen, als ethicus die vertrekt van zorgzaamheid. Vandaag werk ik in de psychiatrie.

## 2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

De kracht van menselijke verbinding. Van presentie: iemand die 'er is', onvoorwaardelijk en met aandacht. De onwezenlijke (stille) kracht van datgene wat Levinas *la petite bonté* (de kleine goedheid) noemt.

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

Voelen. Dat is mijn grootste sterkte én tegelijk mijn grootste zwakte. Maar als ik zwak ben, ben ik sterk...

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

Ont-ferm-u. Zorg is betrokkenheid vanuit een geraakt-zijn. Dat betekent dat zorgverleners kwetsbaar moeten kunnen zijn: raakbaar. Daar hoort ook feilbaarheid of faalbaarheid bij, de andere kant van kwetsbaarheid. Ik ben er sterk van overtuigd dat de kwaliteit van zorg verbetert wanneer we meer aandacht besteden aan de zorgverleners en hun menselijke kwetsbaarheid, inclusief hun emoties en kleine haperingen (of ondeugden). Momenteel worden emoties vaak getolereerd, maar zelden erkend als een belangrijk aspect van professionele zorg. Ze worden veeleer gezien als onprofessioneel en zwak.

## 5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik probeer me te oefenen in mildheid. En als ik 's nachts toch nog wakker lig van iets waarvan ik denk dat het niet goed was, probeer ik de aandacht te richten op wie ik heb doen (glim)lachen of op wie mij deed (glim)lachen. Ik probeer ook elke dag minstens een uur te wandelen in de natuur.

## 6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Spontane zorgverleners die elke ander met een open hart benaderen. Vaak zijn dat mensen die kleine ondeugden koesteren en veel gevoel voor humor hebben.

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

'De Schreeuw', het schilderij van Munch dat ik in de les esthetica voor het eerst zag. Dat raakt me nog steeds. Het beeld van de woordeloze schreeuw van de mens in nood.

## 8 Welke droom koestert u?

Ik droom van een onderwijs dat jongeren leert om hun gevoelens en pijn uit te drukken. Van een samenleving waar niet de luidste roepers, maar wel degenen met de stilste stem worden gehoord. Van stilte en aandacht in een wereld van schreeuwerige opinies, opdringerige oordelen en goedkope retoriek gericht op 'likes' en 'zie mij'.

## 9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Omringd door mensen die ik graag zie en die mij graag zien. Mensen om me heen die de moeite doen om echt te luisteren.

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

Aan Ruth Piers, geriater verbonden aan het UZ Gent. Omdat ik haar ontzettend waardeer voor wie zij is en hoe zij op haar manier de bakens in ouderenzorg probeert te verzetten.

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER





**“Met de informatie die ze hier krijgen, kunnen mensen meer zelf in handen nemen”**

PREVENTIEVE CONSULTATIE VOOR 65-PLUSERS

**“Nooit te laat om te investeren in de toekomst”**

TEKST: KIM MARLIER  
BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Voorkomen is beter dan genezen. Een spreekwoord zo oud als de straat, maar dat nog altijd klopt als een bus. De professoren Siddhartha Lieten en Elisabeth De Waele van UZ Brussel startten met dit adagium in hun achterhoofd de raadpleging Gezond Ouder Worden. 65-plussers kunnen er zich preventief laten screenen om eventuele gezondheidsproblemen vroeg te detecteren, vaak vóór er effectief symptomen zijn.

“Als geriater is het vaak frustrerend dat mensen pas in een later stadium aankloppen terwijl in veel gevallen heel wat leed had kunnen voorkomen of uitgesteld worden”, zegt diensthoofd geriatrie Siddhartha Lieten. “Vanuit die wetenschap kregen we het idee om onze krachten te bundelen en ons te richten op andere en jongere patiënten. Niet alleen de 75-plussers, maar preventief jongere mensen te benaderen waarvoor we vanuit de discipline geriatrie nog veel kunnen betekenen.”

“We merkten al meermaals dat geen klachten niet altijd gelijkstaat met geen gezondheidsproblemen”, vertelt Elisabeth De Waele, diensthoofd klinische nutritie. “Het basisidee achter Gezond Ouder Worden is preventie. Hoe vroeger je aandoeningen opspoor, hoe beter de uitkomst is. Dat geldt ook voor klassieke ouderdomskwalen en -ziekten. Door aandoeningen vroegtijdig op te sporen is bijzonder veel winst te boeken, niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor de gezondheidseconomie.”

#### **Wat is er nodig?**

“Aan de universiteit doen we alles grondig. We puzzelden zes maanden aan het ontwikkelen van dit concept”, lacht prof. De Waele. “Het lichaam en de geest zijn essentieel als we spreken over gezondheid en zowel beweging als voeding spelen hierin een grote rol. Wat heeft een ouder persoon nodig om gezond ouder te kunnen worden? Welke hulpverleners spreken we daarbij aan? Zo kwamen we tot een kernteam van een geriater, een arts met specialisatie in nutritie, een diëtiste, een kinesist en een psycholoog. Die vijf mensen gingen in de literatuur op zoek naar de hoogste kwaliteit van testen die je kan doen, vragen die je kan stellen en informatie die je kan bekomen. Met dat huiswerk stelden we een consultatie samen waarmee we de mensen nuttige en kwalitatieve informatie kunnen geven. Vorig jaar begonnen we met de raadplegingen, die een schot in de roos blijken te zijn, want er zijn nu al wachtlijsten.”

“De aanpak is holistisch rond vier pijlers: voeding, fysieke conditie, cognitie en mentaal welzijn, en medicatie en evaluatie”, vult prof. Lieten aan. “Een diëtiste overloopt de voedingsgewoonten en vergelijkt die met de lichaamssamenstelling en metabolisme. De kinesitherapeut meet spierkracht, evenwicht, reactievermogen en conditie. Bij de psycholoog volgen cognitieve en geheugentesten en gesprekken waarin we peilen naar veerkracht, eenzaamheid →



## “Door met dergelijke zaken bezig te zijn, kan je de geriatrie niet alleen ontlasten, maar ook tonen als een positieve discipline”

Siddhartha Lieten



en depressieve gevoelens. De geriater bekijkt naast een bloeddrukmeting, een hartfilmpje en eventuele bloedafname ook het medicijngebruik. Alles wordt in één pakket bekeken en kan in verband met elkaar gebracht worden. Net die combinatie is vrij uniek.”

“Mensen stappen hier buiten met een echt rapport. Daarin scoren ze groen, geel of rood op elk van de vier disciplines: voeding, psycholoog, kine en dokter”, zegt Elisabeth De Waele. “Bij een groene bol is alles in orde. Zodra iemand oranje scoort, is het raadzaam om actie te ondernemen. Een rode bol kan duiden op een vermoeden van kanker, zware diagnose, een hoog valrisico of nood aan psychologische bijstand. In dat geval bevelen wij dringend verdere opvolging aan. ‘Normaal komen de kleinkinderen met hun rapport naar mij, maar nu kan ik zelf ook mijn rapport gaan tonen’, grapte een deelnemer onlangs.”

### Wat kan ik zelf doen?

“Mensen die 65 jaar en ouder zijn vragen zich af wat ze zelf kunnen doen”, zegt Siddhartha Lieten. “Ze zijn nog mobiel, hebben geen chronische ziekte of doorlopen geen zwaar ziekte-traject. Met de informatie die ze hier krijgen, kunnen ze zelf meer in handen nemen. We moeten die verantwoordelijkheid ook aan de mensen durven geven. Uit studies blijkt dat de levensverwachting voor 75% afhangt van beïnvloedende factoren zoals dieet en levensstijl. Slechts 25% van de levensverwachting wordt genetisch bepaald. De deelnemer heeft dus een heel groot stuk zelf in de hand.”

“De metingen zijn objectief en daardoor confronterend, maar samen met die cijfers hanteren wij mildheid”, zegt prof. De Waele. “Het is bijzonder moeilijk om gewoontes te veranderen, zeker op latere leeftijd. Daarom stellen wij aanpassingen voor van 10 à 20%. ‘Het heeft vaak decennia geduurd om te raken in de situatie waar u nu bent, we verwachten niet dat u dit op 6 maanden volledig omkeert.’ Kleine ingrepen - zoals suiker in de koffie - kan je zachtjes bijsturen. Wanneer je empathie meeneemt aan de tafel en kleine stapjes voorstelt, is het minder angstaanjagend. Wij willen niet de pretbedervers zijn die het feestje helemaal opblazen.”

“We kijken standaard naar diabetes omdat 1 op 3 mensen niet weten dat ze dit hebben. Het medicatiegebruik nemen we onder de loep. Een derde van de mensen stopt met het nemen van een bepaalde soort medicatie na de consultatie”, zegt prof. Lieten. “Ik denk bijvoorbeeld aan maagbeschermers of antidepressiva die ooit werden voorgeschreven en te goeder trouw werden verlengd door de huisarts. Wanneer die oefening niet gemaakt wordt, zou die medicatie nog tien jaar lang verder genomen zijn uit gewoonte. En dan spreken we ook over tien jaar mogelijke bijwerkingen of interacties met andere geneesmiddelen. Heel wat geneesmiddelen zijn verantwoordelijk voor botontkalking.”

“Wij doen een test van de lichaamssamenstelling en dan krijgen de mensen een verslag waar bijvoorbeeld staat: ‘U bestaat voor 50% uit vet.’

Ik zeg dat dan ook zo en mensen schrikken daarvan, maar na het shockeffect gaan ze wel naar de diëtiste en kan die relatief makkelijk voorstellen voor bijsturing doen. Het is soms een wake-up call, met informatie die shockerend of confronterend kan zijn, maar het is evengoed een moment om een nieuwe start te nemen”, zegt Elisabeth De Waele. “Net door mensen met de neus op de feiten te drukken, nemen ze actiever het heft in handen. Het is nooit te laat om aan iets goeds te beginnen.”

“Veel deelnemers komen naar de raadpleging zonder grote klachten, maar worden soms geconfronteerd met bevindingen waar ze zich deels van bewust waren, maar die ze ergens diep weggestopt hadden”, zegt Siddhartha Lieten. “Zo was er een man die wel wist dat zijn geheugen niet meer optimaal was, maar hij verdrong dat naar de achtergrond. Door het gesprek bij de psycholoog kon hij dat erkennen. Hij is nu in opvolging om andere ziektebeelden uit te sluiten. Een andere patiënt veranderde van medicatie waardoor hij veel minder moet opstaan ‘s nachts. Het zijn die zaken die ook bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Het is een moedige stap om deze consultatie te doen, want soms lopen mensen met een vermoeden dat bevestigd wordt of leggen we iets bloot wat niet verwacht werd. We hebben al hevige emoties gezien, maar dat is zeker normaal. Het is essentieel om ervoor open te staan en het onder ogen te zien. Opnieuw is het een voordeel dat er een psycholoog in het team zit, die deze patiënten kan begeleiden. En het omgekeerde is ook waar. We zien ook veel geruststelling en opluchting.”

### Pijnlijk hiaat

“Een pijnlijk hiaat is het gebrek aan financiering”, zegt prof. De Waele. “Het is een investering om dit te doen, zowel van de deelnemers als het ziekenhuis. We werken op hoog niveau en gebruiken technologieën die niet terugbetaald worden. Daardoor kunnen we onze consultatie niet aanbieden aan volledig terugbetalingstarief en moeten we een surplus vragen aan de deelnemers. Er bestaat op dit moment geen terugbetaling in België, noch van het ziekenfonds, noch van het RIZIV, voor deze preventieve vorm van geneeskunde. Gevolg is dat we vooral de hogere socio-economische klasse bereiken, vitale en gezonde mensen die het belang van preventie oppikken. We doen veel goede dingen, maar dit concept zou voor veel meer mensen iets kunnen betekenen en daar zit onze achillespees. Om kwetsbare mensen te bereiken moet deze vorm van preventie financieel ondersteund worden.”

“Binnen het zorglandschap is er een acuut tekort aan geriateren, terwijl we wel te maken hebben met een vergrijzing van de bevolking”, zegt prof. Lieten. “Door met dergelijke zaken bezig te zijn, kan je de specialisatie geriatrie niet alleen ontlasten, maar



## “De metingen zijn objectief en daardoor confronterend. Maar samen met die cijfers hanteren wij mildheid”

Elisabeth De Waele

ook tonen als een positieve discipline. Dit is een wetenschappelijk project waar jonge artsen bij betrokken zijn die alle data analyseren. Zo kunnen we de return on investment zwart op wit bewijzen. ‘Moeten jullie dit nu doen’, is soms een terechte vraag. Maar ook dit is onze universitaire rol: het ontwikkelen, op punt stellen, laten rollen en effectiviteit bewijzen. Het is een investering in moderne geneeskunde waar preventie en holistische benaderingen zeer belangrijk zijn. We kunnen alleen maar hopen dat het concept geïmplementeerd wordt in andere centra. Er kwamen al mensen van 90 jaar op consultatie, wat onderstreept: het is nooit te laat om te investeren in de toekomst. Er is altijd een winstmarge die heel relevant kan zijn voor de laatste oude dagen.”

*De raadpleging kost maximaal 160 euro. Op dit moment is er geen terugbetaling door de ziekteverzekering, tenzij voor bepaalde onderdelen in specifieke gevallen.*





**“Versnippering van bevoegdheden zorgt voor een gebrek aan duidelijke verantwoordelijkheid en transparantie”**

Nicolas Bouteca

NIEUW BOEK OVER DE IMPACT VAN DE STAATSHERVORMINGEN

## “De zoektocht naar efficiëntie in het zorglabyrint”

TEKST: NICO KROLS

Politicoog Nicolas Bouteca beschrijft in zijn boek *Only in Belgium* de impact van de staats Hervormingen op de politiek en de samenleving in ons land. We wilden van hem horen welke invloed ze ook hadden en hebben op de gezondheidszorg, en of we na de verkiezingen toe zijn aan een zevende staats Hervorming.

Wat we al wisten, is dat de gezondheidszorg in België door de staats Hervormingen versnipperd is geraakt over verschillende beleidsniveaus. Tijdens de coronapandemie, schrijft prof. dr. Bouteca (UGent), werd dat nog duidelijker, met negen ministers die verantwoordelijk waren voor de volksgezondheid.

### Tandpasta

Staan we voor een zevende staats Hervorming die dergelijke aberraties kan oplossen, gesteld dat alle partijen zich achter die idee kunnen scharen? En zouden we niet beter – willen of niet – voor elke nieuwe legislatuur telkens weer een volgende staats Hervorming mee in overweging nemen? “We zijn koele minnaars van staats Hervormingen in onze nog jonge federale staat”, zegt Bouteca. “Het moeilijke aan het debat is de opvatting dat Vlaanderen uit een staats Hervorming het meeste voordeel zou halen. Zeker als het gaat om volksgezondheid en sociale zekerheid. Mijn indruk is hoe dan ook dat er aan Vlaamse kant – in de politiek noch in de sector zelf – veel voorstanders zijn om de gezondheidszorg weer volledig Belgisch te maken. Iedereen voelt aan dat het zeer moeilijk is om volksgezondheid en welzijn terug volledig naar het federale niveau te brengen. Het cliché wil dat eens de tandpasta uit de tube is, hij er niet meer terug in kan. Een aantal partijen staat

daar uit ideologische overtuiging ook onmiddellijk voor op zijn achterste poten.”

### Staats Hervorming in het kwadraat

Bouteca volgde de debatten in het Vlaams parlement waar ook een aantal professionals uit de gezondheidszorg werden gehoord. Onder andere de toenmalige administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid deelde zijn visie over het al dan niet regionaliseren van de zorg. “Uit zijn discours leid ik toch af dat ook hij een verdere decentralisering genegen was, veeleer dan een herfederalisering. Ik kan dat standpunt eveneens volgen omdat herfederaliseren een veel moeilijker, zo niet onhaalbaar, proces is. Of je daar nu ideologisch voor of tegen bent. Inzake besluitvorming en puur praktisch gezien is herfederaliseren een soort staats Hervorming in het kwadraat. Je moet namelijk niet alleen beslissen welke bevoegdheden terug naar het federale niveau gebracht worden. Maar je moet nog een bijkomende discussie voeren: welk nieuw federaal beleid ga je voeren, en hoe? Want dat federale beleid bestaat niet of niet meer. Het is immers jaren geleden naar de deelstaten overgeheveld. Vandaar dat het makkelijker lijkt om op het niveau van de deelstaten bepaalde domeinen opnieuw samen te brengen of te homogeniseren.” →



## Gezelschapsspel

De huidige versnippering van bevoegdheden zorgt intussen wel voor een gebrek aan duidelijke verantwoordelijkheid en transparantie, wat het concept van *accountability* in gevaar brengt, schrijft Bouteca ook. Hij wijst daarbij op het feit dat politici tijdens verkiezingscampagnes vaak de federale en deelstaatsniveaus vermengen, wat het probleem van bevoegdheidsvervlechting verergert en leidt tot een democratisch tekort.

“Politici hebben het tijdens verkiezingscampagnes liever helemaal niet over staatsvorming”, zegt Bouteca. “Ze denken: te moeilijk en de Belg ligt er niet van wakker. Dat is jammer. Meestal draaien campagnes rond sociaal-economische thema’s en over de begroting. De begroting is nu eenmaal van alles de essentie, waarin alle beleidskeuzes samenkomen. Maar ik denk hetzelfde over de staatsvorming. Want die bepaalt hoe we onze politiek organiseren, hoe de regels in elkaar zitten. Ze schept net duidelijkheid in de spelregels over de verdeling van budgetten. Vergelijk het met een gezelschapsspel. Eigenlijk wil iedereen het nieuwe gezelschapsspel onmiddellijk beginnen te spelen zonder eerst de saaiere spelregels te lezen. Maar je komt er al gauw op uit dat, als je het spel goed en eerlijk wil spelen, je de regels er dan toch moet op naslaan. Net zo kan je de Belgische politiek niet begrijpen als je niet weet hoe de staatsstructuur in elkaar zit. Vandaar mijn boek. Na de verkiezingen zal een nieuwe staatsvorming wellicht weer op tafel komen.”

## Zelfde thema’s, andere prioriteiten

De dynamiek van de debatten in België over een staatsvorming wordt sterk bepaald door de politieke partijen, die het gesprek tussen burgers sturen en beïnvloeden. Ondanks de perceptie van verschillen tussen Vlamingen en Franstaligen, blijkt uit onderzoek dat hun opvattingen over belangrijke kwesties zoals migratie, sociale zekerheid en vermogensbelastingen grotendeels overeenkomen. De prioriteiten verschillen echter, waarbij bepaalde onderwerpen in de ene regio meer aandacht krijgen dan in de andere, voornamelijk vanwege de focus die de politieke partijen leggen.

**Bouteca:** “Het klopt dat Vlamingen en Walen op concrete thema’s niet erg veel met elkaar van mening verschillen. Zoals over migratiekwesties. Maar migratie weegt bij Vlamingen wel veel meer door voor het bepalen van hun stem. De programma’s van de partijen liggen daardoor wel ver uit elkaar. Dat maakt het moeilijk om samen te besturen en daar ligt de basis voor de vraag naar meer autonomie. Autonomie moet een einde maken aan de onbestuurbaarheid van het land. Het voortbestaan van België wordt dan ook niet bedreigd door een brede romantische, nationalistische beweging zoals in Catalonië of Schotland, maar door de overtuiging bij heel wat burgers dat België niet meer werkt.”

## Autonomie versus samenwerking

Bouteca drukt tijdens ons gesprek op het belang van een balans tussen regionale autonomie enerzijds en samenwerking anderzijds, zeker als het gaat om de efficiëntie, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te waarborgen. “De gezondheidszorg is een kluwen geworden, een enorm labyrint. Het is nu misschien wel het moeilijkste bevoegdheidsdomein van allemaal, omdat het zo ondoorzichtig is en met veel andere domeinen samenhangt, zoals bijvoorbeeld met welzijn. Een staatsvorming dringt zich op, maar zit gevangen in een politiek strategisch spel. Nochtans zullen we moeten investeren in samenwerking. Een gezond federalisme betekent niet alleen meer autonomie, maar ook goed gestructureerde samenwerking.”

“Een gezond federalisme betekent niet alleen meer autonomie, maar ook goed gestructureerde samenwerking”

Nicolas Bouteca



Misschien biedt zich daar wel een politieke deal aan: langs de ene kant meer autonomie, langs de andere kant meer samenwerking, zeker in tijden van crisis. De coronapandemie heeft aangetoond dat we beter hadden kunnen samenwerken. Ik wil niet gezegd hebben dat onze federale structuur ervoor gezorgd heeft dat we in ons land meer coronadoden hadden dan in andere landen. Dat is niet zo. Wetenschappelijk onderzoek toont dat aan. Er zijn federale staten die het heel goed hebben gedaan, zoals Canada en Australië. En er zijn federale staten die het zeer slecht hebben gedaan, zoals de Verenigde Staten. Er zijn ook unitaire staten die het goed hebben gedaan en unitaire staten die het slecht hebben gedaan.”

## Wollig leiderschap versus rationele efficiëntie

Samenwerking en structurering maakt een systeem doorgaans ook efficiënter, dus lijkt het geen gek idee het beleid voor gezondheidszorg meer samen te brengen. In de geestelijke gezondheidszorg was de algemene verzuchting van de recentste Staten-Generaal: “Ministers, spreek met één stem. Wat uw antwoord op onze vraag ook is, laat het één antwoord zijn, en verwijst niet naar elkaar.”

“Dat verwijzen naar elkaar is simpelweg paraplu-politiek en slecht bestuur”, vindt Bouteca. “Dat zou je kunnen oplossen door alles weer in één hand samen te brengen, maar dat is niet evident. Politici moeten zich er vooral van bewust zijn dat ze zich nog meer dan in een unitaire staat verantwoordelijk moeten opstellen. Een federale staat vereist – en ik weet dat het wollig klinkt – leiderschap.”

Bouteca maakt wel de bijkomende bedenking dat de complexiteit van een federale staat dan wel méér samenwerking én ook sterke leiders vereist om effectief te besturen, maar dat die samenwerking in ons ‘centrifugaal federalisme’ ook moeilijk ligt omdat het federalisme bij ons er niet is gekomen vanuit de wens om dingen samen te doen, maar om te verhinderen dat België uit elkaar zou vallen. In een dergelijke situatie wordt het moeilijker voor de federale overheid om deelstaten te dwingen tot naleving van federale beleidslijnen. Dat staat in contrast met het ‘centripetale federalisme’ van landen als de Verenigde Staten en Zwitserland, waar federale samenwerking historisch gezien meer op vrijwillige basis plaatsvond. Bouteca: “Het Belgische federale systeem lijkt zich niet te lenen voor verplichte samenwerking, maar het is toch essentieel dat er samenwerking is en het bestuur effectief verbetert.”

## Sociale zekerheid als politieke hefboom

Wat doen we dan met het opportunistische fenomeen dat de sociale zekerheid het instrument bij uitstek is geworden om aan identiteitspolitiek te doen? “Sociale politiek is inderdaad een manier om aan natievorming te doen”, zegt Bouteca. “De sociale zekerheid kan zowel ingezet worden om vorm te geven aan een Vlaamse, maar evengoed aan een Belgische identiteit. Vooral in de regering Peeters II, toen de socialisten samen met de Vlaams-nationalisten in de regering zaten, werd in sociale politiek geïnvesteerd om meer Vlaams zelfbewustzijn te creëren en een Vlaamse welvaartsstaat uit te bouwen. De deelstaten kunnen wel degelijk labo’s van goed bestuur zijn. Als we elkaars goede voorbeelden en geslaagde experimenten overnemen, vind ik dat een goede zaak. Al blijft er altijd de vraag van de haalbaarheid. Denk aan de zorgverzekering. Die werkt goed in Vlaanderen, maar in Wallonië blijkt die niet betaalbaar.”

## Levensvatbaarheid van de welvaartsstaat

Het debat over de financiële levensvatbaarheid van onze welvaartsstaat draait voornamelijk om de toenemende kosten van gezondheidszorg, verergerd door de vergrijzing. Door de deelstaten meer verantwoordelijk te maken voor de uitgaven in de gezondheidszorg zal er misschien zorgvuldiger met het geld worden omgesprongen, denkt Bouteca. Het federale geld wordt dan op basis van objectieve parameters – zoals het aantal ouderen in de bevolking – verdeeld en wie meer nodig heeft dan het uit de federale pot krijgt, moet zelf instaan voor de financiering. Bouteca: “Nu worden deelstaten die zich risicovoller opstellen, door bijvoorbeeld weinig in ziektepreventie te investeren, niet afgestraft. De kosten zijn toch voor het federale niveau. Omgekeerd wordt wie investeert in preventie niet beloond. Door een financieringssysteem op te zetten waarbij de deelstaten zelf de vruchten plukken van hun preventie-inspanningen kunnen de ziektekosten misschien naar beneden. Dergelijke responsabilisering zou de druk op de gezondheidszorgkosten kunnen verminderen en de verlieslatende federale begroting kunnen helpen stutten.”



*Only in Belgium*. Een geschiedenis van de Belgische staatsvormingen, Ertsberg, 2024, 464 p.

Uitgever Ertsberg biedt onze lezers 10% korting én gratis verzending bij aankoop van het boek. Gebruik code KG5XKK5Q.

Je kan hier het boek bestellen:



Scan de QR-code.



## “Wij zorgen ervoor dat jongeren met een lichte beperking niet tussen wal en schip vallen”

TEKST: JENS DE WULF

Zorgnet-Icuro stelt jaarlijks 50.000 euro ter beschikking van gezondheidszorgprojecten in de derde wereld. De komende twee jaar gaat die financiële steun naar drie projecten. Zij krijgen verspreid over twee jaar 33.200 euro. In de vorige editie van Zorgwijzer kon u lezen dat ze in het Congolese Bokonzi dat bedrag zullen gebruiken om de lokale gezondheidscentra verder uit te bouwen. Hier stellen we de Fundación Tapori Paladines de la Felicidad – kortweg Tapori – voor. Dat is een wijkgezondheidscentrum in Ecuador waar iedereen welkom is, maar waar een uitgebreid revalidatieluik ervoor zorgt dat kinderen en jongeren met een lichte verstandelijke beperking er de beste zorgen krijgen. Helaas is dat een doelgroep die al te vaak over het hoofd wordt gezien.

De bezieler van Tapori is Inge Debrouwere. De West-Vlaamse huisarts trok ruim 30 jaar geleden naar Ecuador, stapte er in het huwelijksbootje en vestigde zich in Pomasqui, een plaats enkele kilometers ten noorden van hoofdstad Quito. “Door de jaren heen heb ik Pomasqui zien veranderen. Quito wordt jaar na jaar groter en intussen loopt de verstedelijking al door tot bij ons. 30 jaar geleden was het hier landelijker. Je ziet hier echter zo goed als dagelijks mensen uit de landelijke gebieden naar de stad verhuizen om er hun boterham te verdienen.”



### Grijze zone

Des te meer mensen er zijn, des te meer nood is er aan gezondheidszorg. Tapori is dan ook een uit de kluiten gewassen organisatie: “Er werken 24 mensen bij ons, wel niet allemaal voltijds. Voor kinderen en jongeren met een milde of matige verstandelijke beperking, die bovendien uit gezinnen komen met een heel laag inkomen, is Tapori zowat de enige mogelijke plaats waar ze zorg kunnen krijgen. Voor wie geen beperking heeft, is er gratis zorg en onderwijs. Hetzelfde geldt voor wie een ernstige beperking heeft. Wij zijn er voor kinderen en jongeren in de grijze zone. Vaak hebben zij geen duidelijke diagnose, of lijkt het alsof zij op het eerste gezicht geen beperking hebben. En voor hen is er geen aangepaste openbare zorg of onderwijs. In een ‘gewone school’ worden zij aanzien als luiერი of deugniet.”

### Geen terugbetaling door de mutualiteit

Debrouwere vindt er geen doekjes om: “De financiële steun die we nu van Zorgnet-Icuro de komende twee jaar krijgen, komt voor ons uit de hemel gevallen. Je moet weten dat het budget van Tapori voor ruim de helft bestaat uit steun uit België. Zo is er nog altijd een goede band met mijn geboortestreek.

**“Wij zijn er voor kinderen en jongeren in de grijze zone. Vaak hebben zij geen duidelijke diagnose, of lijkt het alsof zij op het eerste gezicht geen beperking hebben”**

Inge Debrouwere





De provincie West-Vlaanderen, de gemeente Wevelgem, scholen ... stuk voor stuk doen zij financiële inspanningen voor Tapori. Een andere levensader voor ons is de samenwerking met AZ Voorkempen in Malle: het is dankzij dat ziekenhuis dat we bij Zorgnet-Icuro terecht kunnen. Wie ik ook niet onvermeld kan laten is John Nuyttens, de gewezen algemeen directeur van Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus in Sint-Niklaas. Door zijn tussenkomst ontvingen we onze eerste ondersteuning van Zorgnet-Icuro toen Tapori nog in de kinderschoenen stond.”

De andere (kleine) helft van de middelen komt uit Ecuador zelf. “Voor een consultatie bij ons betalen de mensen 10 dollar (ongeveer 9,2 euro), dat is gemiddeld de helft van wat een consultatie of opvang in een leefgroep of revalidatie ons echt kost. De volledige kostprijs betalen is echter onmogelijk, want in tegenstelling tot in België kunnen de Ecuadoranen niet rekenen op terugbetaling door het ziekenfonds. En geloof mij, het is niet zo dat onze medewerkers hoge lonen krijgen uitgekeerd. Verre van. De mensen werken hier uit overtuiging. Of de overheid bijspringt? We hebben een periode gehengeld naar subsidies én die ook effectief gekregen.

Het resultaat was echter dat de administratieve druk om die subsidies aan te vragen en te rechtvaardigen zo hoog was dat we ervan afstapten en kostenefficiënter kunnen werken zonder.”

### Aanklampende zorg

Debrouwere zit gebeiteld in Ecuador, maar houdt toch de ogen open voor de evoluties in de Belgische gezondheidszorg: “Dan lees ik bijvoorbeeld over ‘aanklampende zorg’ en dat is eigenlijk ook wat wij hier doen. Ook wij blijven mensen ondersteunen die anders uit de boot vallen: mensen die acute gezondheidsproblemen overleefden. Want je moet weten dat de acute zorg er ook hier zeker is op vooruitgegaan. Maar eenmaal een prematuur kindje of iemand die een zwaar ongeval overleefde uit het ziekenhuis ontslagen wordt, is er geen aandacht meer voor de chronische nazorg. Ook omdat de middelen er niet zijn. Wij maken het verschil voor die mensen. De steun van Zorgnet-Icuro zal ons helpen om hun medische diagnoses te stellen. Daardoor maken we hun problemen duidelijk en geven we hen de kans om waardig deel uit te maken van de maatschappij.”



Meer weten over Tapori?  
Surf dan naar [vogelvanpapier.be](http://vogelvanpapier.be)

Inge Debrouwere schrijft op de website driemaandelijks een uitgebreide nieuwsbrief over het reilen en zeilen in Pomasqui.







TRAJECT THUISSHOSPITALISATIE BIJ OLV AALST

## “Mensen kunnen hun patiëntenrol afschudden”

TEKST: KIM MARLIER  
BEELD: TINNE VANWEZEL

Sinds 1 juli 2023 kunnen sommige patiënten thuis zorg krijgen die tot nu toe enkel mogelijk was in het ziekenhuis. Diensthoofd medische oncologie in het OLV Ziekenhuis Aalst Greet Huygh zette het traject thuishospitalisatie op poten om curatief behandelde patiënten thuis hun antitumorale behandeling te geven. “Ik heb gewoon gezegd: ‘Nu gaan we het doen’ en we zijn gesprongen.”



**“Door thuishospitalisatie win je aan verpleegkundige capaciteit. De bedden kunnen gebruikt worden voor pure chemo en infusen, waardoor de efficiëntie stijgt”**

Greet Huygh



“Thuishospitalisatie is een zorgpad voor patiënten die in de thuissetting antitumorale behandeling toegediend krijgen”, vertelt Greet Huygh. “Binnen deze oncologische behandeling is er één soort antistof die zowel in baxter kan gegeven worden, maar die ook bestaat in een subcutane injectie. En met dit traject kunnen we die ook thuis laten geven door de thuisverpleging.”

#### Rol afschudden

“De grootste motivatie om dit traject van thuishospitalisatie op te starten zijn de patiënten. Dit project is vooral voor de curatief behandelde patiënten, mensen die eraan denken om hun dagelijkse routine en werk opnieuw op te nemen. De patiënt krijgt in dit traject minstens twee toedieningen in het ziekenhuis en daarna worden de toedieningen deels thuis gegeven door de thuisverpleging en deels via het dagziekenhuis.”

“Een patiënt vertelde dat het in de beleving het grootste verschil maakt. Na de chemokuur moeten

curatieve patiënten nog 8 maanden lang elke drie weken een antistof toegediend krijgen, maar het is een groot verschil tussen elke drie weken naar het ziekenhuis komen of die spuit thuis toegediend krijgen. Zeker wanneer je genezen bent en je terug je taken wil opnemen. Wanneer je zo vaak naar het ziekenhuis moet, word je terug in die patiëntenrol geduwd, een rol die je net van je wil afschudden. Nu verwachten we de patiënten binnen dit traject maar om de drie maanden in het ziekenhuis. De thuisverpleging zet de drie injecties tussenin.”

#### Pionier

“We zijn op dit vlak een van de pioniers. In Leuven en Kortrijk loopt er ook een proefproject met verpleegkundigen die van hun ziekenhuis uitgestuurd worden. OLV Aalst koos er bewust voor om samen te werken met externe verpleging, om zo het tekort aan verpleegkundigen binnen het ziekenhuis wat op te vangen. Er gebeurt al vrij veel onder transmurale zorg. Als voorbereiding voor een chemo laten wij bij mensen thuis door een privélabo bloed prikken,

maar voor thuishospitalisatie moesten we een paar obstakels overwinnen. Ik heb gewoon gezegd: ‘Nu gaan we het doen’ en we zijn gesprongen. (lacht) Anders komt het er niet van. OLV Aalst is een groot centrum met meer dan 300 toedieningen per jaar van antistoffen, waarvan er momenteel een 100-tal via thuishospitalisatie worden gegeven. Dat is al de moeite om dit traject volledig uit te werken.”

#### Patiëntenpopulatie

“We schreven een traject uit en definieerden drie patiëntengroepen die in aanmerking komen. De eerste zijn de patiënten die antistoffen krijgen in een curatieve setting. Dat gaat over mensen die genezen zijn en nog 8 maanden de thuistoedieningen krijgen. De tweede groep zijn patiënten met uitzaaiingen. Zij krijgen dezelfde antistof, ook zij kunnen ervoor kiezen om die in het ziekenhuis te krijgen of thuis. In de frequentie nemen we de prognose van de patiënt mee en de houvast die de patiënt nodig heeft. De ene patiënt kiest voor alternerende toedieningen thuis en in het ziekenhuis, de andere verkiest 3 opeenvolgende toedieningen thuis, waardoor het ziekenhuisbezoek

tot driemaandelijks kan worden teruggebracht. De derde groep krijgt een intramusculaire injectie. Dat zijn ook patiënten met uitzaaiingen die een hormoontherapie krijgen. Die laatste groep dienden we voordien ook al hun injectie thuis toe, maar nu dit mee in het traject is opgenomen gebeurt de bevoorrading van de medicatie via de ziekenhuisapothek.”

#### Goede samenwerking

“In heel dit verhaal is een goede samenwerking met de apotheek essentieel, want de grootste inspanning ligt op hun bord op vlak van organisatie, administratie en facturatie. Je moet kunnen samenwerken met een ambitieuze apotheker die er tijd in wil steken.” “Wij kiezen ervoor om per regio samen te werken met vaste thuisverpleging. We zijn gestart met een verpleegkundige die halftijds op het oncologisch dagziekenhuis van het OLV Aalst werkt en halftijds thuisverpleging doet. Zo konden we de flow van het traject uittesten met enkele patiënten uit haar regio. Loopt het goed? Waar zitten de aandachtspunten? Maakt de apotheek op tijd de bereidingen klaar? →



In een latere fase rolden we het traject uit naar een vast team per regio, dat betrouwbaar is, altijd klaarstaat en bereikbaar is. Op dit moment werken we met vier vaste teams die allemaal opgeleid zijn om deze behandeling toe te dienen.

We maakten ook een filmpje dat toont hoe de subcutane spuit moet gegeven worden qua injectiesnelheid en injectiehoek. Uiteraard moet de omgeving waar de spuit gegeven wordt veilig zijn. Soms wordt het afgeraden bij mensen die veel huisdieren hebben omdat die plots kunnen opspringen wanneer de spuit gezet wordt. Maar het belangrijkste is dat de patiënt betrouwbaar is. Zij krijgen de spuit op voorhand mee naar huis, dus we moeten erop kunnen vertrouwen dat zij er verantwoord mee omgaan en goed bewaren.”

#### Een simpel containertje

“Daarnaast was ook de afvalverwerking een breinbreker, want dat blijft de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. In eerste instantie overwogen we om een bedrijf te laten langsgaan bij de patiënten om het toxisch materiaal op te halen, tot we op de piste van een containertje voor de thuisverpleging landden. Nu hebben we een gestroomlijnde flow van taken en verantwoordelijkheden. Dat vergt veel denkwerk en een goede communicatie tussen de oncoloog en de apotheek. Maar nu alles op punt staat en terdege is uitgetekend, is het traject eigenlijk vrij eenvoudig te kopiëren en over te nemen.”

#### Winnen aan capaciteit

“Door thuishospitalisatie win je aan verpleegkundige capaciteit. De bedden kunnen gebruikt worden voor pure chemo's en infusen, waardoor de efficiëntie stijgt. We voelen dat de thuisverpleegkundigen ook meer interesse krijgen om mee te stappen in dit traject. Er zijn meer en meer oncologische patiënten waardoor thuisverpleegkundigen al maar meer betrokken zijn in de zorg voor deze specifieke patiëntenpopulatie. De beleving voor de patiënt is ook helemaal anders omdat de patiënt niet naar het ziekenhuis moet, maar de verpleging gewoon thuis komt. Dat zorgt ervoor dat het bijna iets terloops is, een spuitje van vijf minuten in plaats van de rit naar het ziekenhuis en terug in die setting zijn. Zeker iemand die genezen is en zijn leven terug wil opnemen kan zo makkelijker de patiëntenrol van zich afschudden.”

#### Nog heel wat kansen

“Nu dit traject vlot rolt, zien we op langere termijn nog kansen voor thuishospitalisatie. Wij werken al met de antistof Herceptine en er bestaat ook een combinatie met een tweede antistof Perjeta, maar die wordt in België nog niet terugbetaald. Wij hopen dat dat er volgend jaar wel zal komen. Dat wil zeggen dat alle patiënten die de combinatie van die twee

antistoffen krijgen, nu intraveneus in het ziekenhuis moeten behandeld worden. Dat gaat om vijfmaal zoveel patiënten als zij die enkel Herceptine krijgen. Als die spuit terugbetaald kan worden, spreken we over 500 patiënten per jaar voor mogelijke thuishospitalisatie.”



**“Om in dit traject te stappen moet je als arts de controle wat durven loslaten. Je moet de thuisverpleegkundigen en de patiënten vertrouwen”**

Greet Huygh

“We hebben een schrijnend tekort aan verpleegkundigen, dus dit is zeker een oplossing voor de druk op de zorg. Vroeger kwamen er twee tot drie patiënten per dag voor een subcutane of intramusculaire injectie, dat zijn evenveel bedden waar nu andere patiënten opgevangen worden. Wanneer in de toekomst extra behandelingen terugbetaald kunnen worden, kunnen we de capaciteit in thuishospitalisatie nog vergroten. Zo winnen we op alle vlakken, zowel voor het ziekenhuis als voor het welbevinden van de patiënt.”

“Op vlak van schaal zou het voor veel oncologen de moeite zijn om het te organiseren, ook voor de kleinere centra. Chemotherapie thuis geven zal volgens mij nooit van de grond geraken. Het is te tijdsintensief, je hebt het bijkomend probleem van prikproblemen: aanprikken via poortcatheter, gevaar van extravasatie bij perifere infusen en het is te omslachtig op vlak van materiaalverwerking.”

#### Aarzeling

“De meeste oncologen weten niet waar ze moeten beginnen om thuishospitalisatie te organiseren, waardoor de drive ontbreekt. Het is logisch dat een klein centrum geen winst ziet om deze ingewikkelde procedure uit te denken, zeker voor een klein aantal patiënten. Dat verandert natuurlijk wanneer er een geteste procedure klaarligt die makkelijk kan geïmplementeerd worden. Er zijn al veel problemen opgelost, zoals het vraagstuk van de afvalverwerking of het vervoer van de spuit. Om in dit traject te stappen moet je als arts de controle wat durven loslaten. Je moet de thuisverpleegkundigen en de patiënten vertrouwen. Maar wat ik vooral zie is dat elke patiënt die deze mogelijkheid krijgt, enorm enthousiast is.”





v.l.n.r.: boven: Annelien Mees en Melissa Soffers  
onder: Annelies Minne en Ellen De Wolf

BLENDED HULPVERLENING IN DE CGG

## “Ook het digitaal profiel en het vertrouwen van de hulpverleners opbouwen is belangrijk”

TEKST: EVA DE WAL  
BEELD: TINNE VANWEZEL



**“De cliënt kan thuis zelfstandig programma’s doen en zo zijn therapeutisch traject versterken”**

Lien Faelens

Hoe integreer je een online en fysiek zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg? Zorgnet-Icuro zette de voorbije twee jaar met een actieplan in op blended helpen in de CGG. Een lerend netwerk, inspiratie- en beleidsdagen, coaching en intervisie, een impactmeting en belevingsonderzoek bij cliënten: alle lessons learned werden samengebracht op de studiedag ‘Zorg in transitie’ op 18 april 2024. Heel wat CGG-medewerkers trokken mee aan de kar. Annelies Minne (CGG Brussel) heeft als kwaliteitscoördinator van begin af aan het lerend netwerk en de impactmeting mee gevolgd. Lien Faelens (CGG Schelde Dender Waas) verkent volop de mogelijkheden van online hulpverlening in haar werk als klinisch psycholoog bij het jongvolwassen team. Ellen De Wolf (CGG Andante) en Melissa Soffers (CGG VAGGA) zijn specifiek als stafmedewerkers blended hulpverlening aan de slag en delen hun ervaring in coaching- en intervisietrajecten.



“Blended hulp is een manier van zorg op maat bieden

“Wij lopen al sinds 2016 een traject blended, aanvankelijk aarzelend,” gaat Annelies Minne van start. “Corona deed ons massaal overschakelen naar begeleiding op afstand via beeldbellen en chat. Een huzarenstukje. In de meeste CGG is zo het contact met patiënten behouden. Nu zien we terug een voorkeur voor face-to-face contacten met de cliënten. Beeldbellen doen we nog in specifieke situaties, bijvoorbeeld wanneer iemand niet mobiel of ziek is. Daarnaast zijn we meer overgeschakeld op YouTube filmpjes, apps, tools en dergelijke. We zijn nog zoekende om alles te integreren maar we hebben al grote stappen vooruit gezet.”

#### **Blended?**

Melissa Soffers legt uit: “Naast beeldbellen komt er stilaan een grote waaier aan andere online mogelijkheden. Blended hulpverlening betekent dat er een combinatie is van online en fysiek, een integratie van digitale tools in de zorg voor cliënten. We zijn het concept nog volop aan het vormgeven in het werkveld.” Lien Faelens vult aan: “Blended hulp kan asynchroon verlopen: de cliënt kan thuis zelfstandig programma’s doen en zo zijn therapeutisch traject versterken. Het maakt deel uit van zorg op maat bieden, wat de CGG al jaren doen.” Ellen De Wolf bevestigt: “In de covidperiode hebben we geleerd hoe technologie voor verbinding kan zorgen en hebben we een noodzakelijke stroomversnelling kunnen maken. Wat een groei in vertrouwen heeft meegebracht, ook bij hulpverleners die niet per se iets hadden met technologie. Tegelijkertijd staat de wereld niet stil, cliënten zijn vaak zelf al online bezig. We hebben een maatschappelijke rol om mee te zijn in de mogelijkheden.”

#### **@home**

Op dit moment focussen de CGG op mogelijkheden tijdens het zorgtraject, licht Lien Faelens toe: “Dat gebeurt in de vorm van online psycho-educatie via YouTube filmpjes, informatieve websites, e-healthprogramma’s. Online vragenlijsten kunnen



“Je gaat nadenken: wat doe de cliënt al online? Hoe kan ik iets aanbieden als hulpverlener dat daarbij aansluit?”

Annelies Minne

diagnostiek makkelijker maken. En er zijn online oefeningen, bijvoorbeeld mindfulness, die je meegeeft zodat mensen thuis kunnen oefenen.”

Daarnaast verkennen drie CGG samen - Schelde Dender Waas, Andante en Prisma - in een pilootproject of ze een wachttijd in geestelijke gezondheidszorg kunnen verkorten of overbruggen. “Bijvoorbeeld een online e-healthmodule inzetten in de wachttijd en de cliënten bevragen hoe zij dat ervaren. Want dat is natuurlijk zoeken. Hoe bied je daar zorg op maat? We willen vooral durven proberen en op basis van de feedback aanpassen. Na een intakegesprek en een gesprek bij de maatschappelijk werker maak je een inschatting van de vragen waarmee de cliënt op dat moment zit; samen met de cliënt verken je dan of het aanbod *blended care* hen iets lijkt.”

#### **Leren doen**

Een aantal CGG creëerden de functie stafmedewerker blended hulpverlening vanuit een nood om dit alles te integreren in de organisatie, zegt Ellen De Wolf: “Je moet een overzicht krijgen van de bestaande tools en hoe je ze kan inzetten voor welke werking.



Daarin ga je opleidingen opzetten, inspiratiesessies en uitwisselmomenten. Daarnaast is er het praktische: je moet hulpverleners helpen met logins, tweefactorauthenticatie..., snel kunnen reageren op vragen die ze hebben. Ook het digitaal profiel van de hulpverleners speelt een rol. De kans geven om al doende te leren en het vertrouwen bij hen opbouwen is belangrijk.”

“Er zijn heel veel mogelijkheden, maar hoe begin je eraan?” Melissa Soffers legt uit dat iedereen heel erg zoekende was, en dat ze de intervisie en coaching zo zijn gestart: “Waar lopen medewerkers tegenaan? Hoe matchen we de behoeften met wat we al weten, met wat er al is? Eigenlijk gaat het over een heel grote cultuurverandering. Het is inzoomen op praktische zaken: hoe werk ik met die app of hoe stem ik met die cliënt af? Maar ook helemaal uitzoomen: hoe gaan we een kader neerzetten op organisatieniveau en dat vertalen naar het gedragsniveau van elke medewerker? Daar komt heel veel bij kijken. Dat overstijgt de visie van blended als een project.”

#### **Regie in handen van de patiënt**

“Die cultuurverandering heeft ook een stuk te maken met de regie in handen van de patiënt geven,” zegt Annelies Minne. “Je gaat mee nadenken: wat doe jij al online? Hoe kan ik iets aanbieden als hulpverlener dat daarbij aansluit? Vroeger keek men hoe de patiënt paste in een methodisch model, terwijl je nu veel meer kijkt hoe de patiënt leeft, wat die nodig heeft en wat kan helpen om te herstellen. Ook dat is het proces waarin wij een hele organisatie en hulpverleners willen meenemen. Een aantal mensen zijn daarin heel enthousiast. Zij delen hun positieve verhalen en nemen zo de teams mee in die cultuurverandering.”

Ellen De Wolf vult aan: “Daarnaast is het ook een leercultuur opzetten. Hoe zijn we zorg aan het verlenen? Wat gaat goed, waar kunnen we bijsturen? Kunnen we naast individuele trajecten, ook op groepen inzetten? Hoe kunnen we een wachttijd of andere problemen oplossen? Wie hebben we in het team en wat hebben we hiervoor nodig? Je bepaalt als organisatie de richting en geeft ondersteuning, terwijl de dagelijkse werking ook blijft lopen.”







**“Het is inzoomen op praktische zaken: hoe werk ik met die app of hoe stem ik met die cliënt af? Maar ook helemaal uitzoomen: hoe gaan we een kader neerzetten op organisatieniveau en dat vertalen naar het gedragsniveau van elke medewerker?”**

Melissa Soffers

### Bottom up en top down

Lien Faelens benadrukt het belang van gedragenheid. “De rol van een trekker is stimuleren, inspireren, voorbeelden geven die collega’s aan het denken zetten, of goesting doen krijgen. Beleid is belangrijk om de boodschap te faciliteren, te ondersteunen, keuzes te maken.” Dat bevestigt Melissa Soffers: “Vanuit mijn rol als stafmedewerker help ik mee aan visieontwikkeling, aan beleidsmatige keuzes maken. Tegelijk bekijk ik wat leeft binnen dat specifiek team en wat zij nodig hebben om zich blended hulp eigen te maken. Vanuit beide richtingen kan je er een mooi geheel van maken.”

“Dat de leidinggevende dit proces ondersteunt en eraan bijdraagt, is heel belangrijk. Dat kan in teambesprekingen: samen zeggen “oké, waarop gaan we focussen?” zegt Ellen De Wolf. “We maken duidelijk dat we dat thema vasthouden, proactief nadenken, net zoals we dat rond inclusie of cultuursensitiviteit doen. Zo kun je duurzame bewegingen creëren.”

Dat het soms zoeken is, geeft Annelies Minne toe: “In het begin hadden wij een tool opgelegd aan de medewerkers, maar daarop is negatief gereageerd. Hulpverleners vragen: “laat ons kiezen, maar tegelijkertijd: baken ook af. Wees duidelijk in wat je verwacht van ons en laat het niet te moeilijk zijn om het te integreren in ons werk.” Een van de eerste vragen is altijd of er een technische hulplijn is: bij wie kan ik terecht als ik vastloop? Hiervoor iemand in de organisatie hebben kan heel veel opvangen. Daarnaast werken we nu op een andere manier: elk team maakt een prioritering per jaar uit alle kwaliteits- en andere thema’s. Door mee te helpen kiezen, help je als leidinggevende de visie mee uitdragen.”

### Mensen bereiken waar ze staan

Er zijn mensen die uit de blended boot vallen, zegt Annelies Minne: “Mensen die anderstalig zijn, mensen die geen middelen hebben... En sommigen zijn niet online. Bij hen gaan we blended niet als eerste inzetten. Je werkt met de mensen die ervoor open staan, die in een online wereld ook hun weg vinden. Gaandeweg zullen dat meer en meer patiënten worden. Je kan niet één methodiek voor alle patiënten ontwikkelen.”

**“Door goede praktijken en leerprocessen te delen heb je snel een vuurtje dat anderen kan aanwakkeren”**

Ellen De Wolf



“Het gaat er bij digitale inclusie om dat we oog hebben voor elke cliënt, binnen hun mogelijkheden. Dat we drempels verlagen waar nodig,” bevestigt Ellen De Wolf. “Blended helpen is niet de oplossing voor alles, het biedt andere mogelijkheden voor getrapte zorgverbreding. Een blended aanpak kan soms net de verbinding behouden. Mensen die nog niet naar een fysieke sessie komen maar wel online aansluiten. De hulpverlener blijft hierin cruciaal als procesondersteuner. Dat hebben we nu al ondervonden in verschillende teams.”

Lien Faelens: “We willen allemaal bijleren om zoveel mogelijk zorg op maat te bieden voor onze cliënten. En dan is het goed af en toe een voorbeeld te horen.” Dat helpt ook om het vertrouwen te laten groeien bij de medewerkers, zegt Melissa Soffers: “We hebben binnen de CGG vaak een behoorlijk pittige problematiek bij onze cliënten. Maar wanneer we kleine nudges blijven geven, gaan medewerkers overhellen naar de mogelijkheden die er wel zijn, gaan ze alsnog afstemmen met hun cliënt en ontdekken ze iets waaraan ze niet gedacht hadden. Of ze durven loskomen van hun overtuiging dat je met bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld in een forensische werking, niet op een digitale manier kan werken.”

“We hoeven niet bij iedere cliënt een tool in te zetten, maar er moet een aanbod zijn voor wie dat wel wil en kan,” zegt Ellen De Wolf. “Dat geeft ons ook ruimte voor andere opvolging van meer langdurige en complexe problematieken.”

### De trein is vertrokken

Melissa Soffers ziet de kracht van de sector als belangrijke hefboom. Het actieplan vanuit Zorgnet-Icuro heeft daarbij veel betekend. “Bij CGG waar er nog geen tractie was, is het als een trein beginnen bollen, voor anderen is er een wagon aangezet of is er een hogere snelheid gekomen. Je krijgt zoveel terug als je samen aan iets werkt.” Dat vindt ook Annelies Minne: “De samenwerking tussen de CGG heeft een enorme meerwaarde en daarin speelt Zorgnet-Icuro een grote rol. Met elkaar kunnen uitwisselen is echt fantastisch. Daardoor krijgen we heel veel in beweging. We voelen dat de neuzen allemaal in dezelfde richting staan, het is niet zomaar iets van de overheid.”

Lien Faelens vult aan dat de structurele financiële ondersteuning het proces heeft versneld en hoopt op verlenging van dit soort initiatieven. “Er is gigantisch veel veranderd de voorbije twee jaar. We proberen, testen, sturen bij, inspireren elkaar.” Ellen De Wolf: “Door goede praktijken en leerprocessen te delen heb je snel een vuurtje dat anderen kan aanwakkeren. In gesprek gaan met andere organisaties, ook buiten je eigen sector, is van onschatbare waarde. Net als verbinding maken met de hogescholen. Die zijn ook vragende partij voor zorg- en welzijnsorganisaties.” Dat bevestigt Melissa Soffers: “Met de hogescholen hebben we een heel mooie uitwisseling, zo zijn er zijn opleidingen gevormd op basis van wat wij hebben aangereikt. Het is waardevol uit te reiken in het bredere werkveld. We zijn meer uit onze sector gekomen en daar zijn echt boeiende samenwerkingen uitgekomen.”



## “Blended is geen doel op zich, maar een hulpmiddel om dingen te doen die we belangrijk vinden in onze hulpverlening”

Annelien Mees



Online en blended hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg zijn in evolutie. Aan het woord is Annelien Mees, klinisch psycholoog en lector & onderzoeker toegepaste psychologie bij hogeschool Howest. “We zoeken naar hoe we allerlei digitale mogelijkheden op een doordachte manier kunnen inzetten. Waar kan het iets betekenen voor het proces, voor de cliënt, voor de organisatie?” Samen met Onlinehulp Vlaanderen engageerde ze zich ook om de CGG hierin te ondersteunen.

“Om onzekerheid bij de hulpverleners aan te pakken zetten wij de meerwaarde sterk centraal. Zo kan blended hulpverlening voor meer verbinding zorgen met het dagelijkse leven, waar cliënten ook tussen de sessies door aan de slag gaan met vaardigheden, of met topics die in de gesprekken aan bod komen. De meerwaarde kan praktisch zijn, zoals herinneringen aan afspraken of aan opdrachten via een app, een website of een digitaal platform. Als het nodig is kunnen we een nauwere opvolging voorzien, bijvoorbeeld via beeldbellen of mail tussendoor.

Een methodiek om op zoek te gaan naar deze meerwaarde is het opmaken van een cliëntreis: bekijken welke stappen een cliënt typisch moet doorlopen vanaf de aanmelding voor een traject. Daarbij komen soms pijnpunten naar boven - wachttijd is een bekend voorbeeld - waarbij we kijken of blendend hulpverlening iets kan betekenen. Of we merken dat we in de eerste gesprekken bepaalde informatie altijd opnieuw geven. Dan kunnen we mensen op een blended manier op voorhand al informatie doorgeven, waardoor we meer tijd hebben om echt in gesprek te gaan. Dat zijn mogelijkheden die ook vanuit hulpverlenings- en organisatieperspectief meerwaarde bieden.”

### Flowchart digitale inclusie

Onlinehulp Vlaanderen bundelt expertise en kennis voor professionals in online en blended welzijnswerk en gezondheidszorg in Vlaanderen. Naast Howest zijn ook de hogescholen Thomas More en Arteveldehogeschool hierbij betrokken, en de werkveldorganisaties Psyche en SAM.

“Binnen een van de projecten die we gelopen hebben met de CGG, de impactmeting, kwam naar voren dat onze hulpverleners nood hebben aan handvatten om in te schatten voor wie we blended kunnen inzetten en voor welke cliënten het minder van toepassing of geïndiceerd is. Hiervoor baseerden we ons op *Fit for Blended Care*, een vragenlijst van de Universiteit van Twente die rekening houdt met e-inclusie en digitale inclusie. De betrokken CGG maakten een vertaal oefening naar hun CGG en bundelden alle belangrijke stappen in een flowchart met extra tips. Met Onlinehulp Vlaanderen hebben we hiervoor instrumenten aangebracht.”

### Opleiding

“Met Onlinehulp Vlaanderen brachten we al onze expertise samen in een vierdaagse vorming blended hulpverlening in de ggz. Daar belichten we heel veel verschillende aspecten, zowel de praktijk (de soorten apps en het uitproberen ervan), als de manier waarop je een blended traject op maat van je cliënt maakt. Hoe ga je met cliënten daarover in gesprek? Hoe kan je ze motiveren? En ook op organisatieniveau: hoe kan je collega's of medewerkers meekrijgen in dat proces?”

### Actieonderzoek

“Howest is als hogeschool gericht op praktijkgericht onderzoek. Hoe kunnen we de theorie of wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de praktijk, wat is er nodig om dat echt in een organisatie geïmplementeerd te krijgen. Het is actieonderzoek, waarbij we met organisaties aan de slag gaan in trajecten.

Op die manier leren we bij over wat werkt, en proberen we daar dan ondersteunende instrumenten of werkvormen rond te ontwikkelen. In een traject van meer dan een jaar met de CGG en Zorgnet-Icuro hebben we heel wat kunnen bijleren. Aan de hand van modellen en ervaringen uit andere projecten proberen we een schakel te zijn. Onze sterkte als hogeschool ligt daar.”

### Coaching en intervisie

“Het idee om met intervisie aan de slag te gaan kwam vanuit het lerend netwerk zelf. Niet iedereen moet op zijn eigen eilandje alles zitten uitzoeken;

Ben je op zoek naar een vorming rond online of blended hulpverlening in je organisatie, heb je graag hulp bij de implementatie van blended werken onder de vorm van procesbegeleiding, of ben je op zoek naar handige instrumenten, inspirerende artikels, of andere handvaten om zelf aan de slag te gaan? Neem dan een kijkje op [www.onlinehulp-vlaanderen.be](http://www.onlinehulp-vlaanderen.be).



er kan gedeeld en samengewerkt worden. Wij hebben daarin ondersteund via intervisie voor een groepje coaches/intervisors, waarin ik kapstokken meegaf. In de bijeenkomsten vertrokken we van vragen in hun eigen organisatie of bij de andere CGG die zij ondersteunen. Zo merkten ze dat het heel snel heel veel wordt wanneer men blended meteen wil implementeren in de volledige organisatie met alle cliënten. Durven keuzes maken - voor wie eerst, met welke teams, welke tools, welke minimumverwachtingen - heeft rust gebracht tijdens de intervisies. Ook de samenwerking tussen het beleid en de medewerkers was een thema.”

### Next steps

“Binnenkort loopt het actieplan af. Ik wens de CGG toe dat ze hun lerend netwerk kunnen voortzetten, want het heeft heel veel meerwaarde. Ik hoop dat de overheid het voldoende blijft op de kaart zetten, dat ze er tijd en middelen voor genereren, dat het niet als vanzelfsprekend wordt gezien. Het is een lang proces dat zeker nog niet afgerond is. Door het actieplan zijn de geesten gerijpt, maar er is nog een lange weg te gaan om het echt onderdeel te maken van de standaard mogelijkheden binnen een behandeling.

Blended en online hulpverlening zullen meer en meer ingang vinden in de ggz. De aanvragen die we binnenkrijgen bij Howest en Onlinehulp Vlaanderen naar vorming of procesbegeleiding zitten duidelijk in de lift. We kunnen het zien als iets dat naast de klassieke hulp komt. Bij hulpverleners die het niet zo goed kennen, zit er wel wat angst dat zij minder aan bod zullen komen. Ook AI zal in de toekomst een grotere rol spelen. Ook daar zal het zoeken zijn hoe het een hulpmiddel kan zijn voor de hulpverlener, en niet iets waarvoor we bang moeten zijn. We moeten zeker kritisch blijven kijken naar die evoluties, maar het kan onderdeel worden van elke organisatie binnen de ggz. Daarom niet per se voor elke cliënt, maar wel voor elke hulpverlener.”





## Tips voor organisaties in de praktijk

- **Start vanuit een bepaalde visie. Waar zit voor ons die meerwaarde?** Breng via een cliëntreis in kaart wat pijnpunten zijn, en waarop je wil inzetten. Hoe kan blended hulpverlening voor ons iets betekenen? Welke vormen willen wij inzetten? Wat past er bij ons als organisatie, hoe kijken wij naar hulpverlening? Voor wie willen we dat wel en niet doen? Leg op beleidsniveau een aantal krijtlijnen vast, met input van de mensen die in de praktijk staan.
- **En dan werk je een plan uit. Hoe gaan we die krijtlijnen in de praktijk implementeren?** Ga daarbij eerst na wie werkt in de organisatie. Welke teams? Welke doelgroepen? Hoe staan de hulpverleners er tegenover? Hoe competent zijn ze of voelen ze zich hierin? Er bestaan een aantal instrumenten om dat in kaart te brengen. Van daaruit open je het gesprek op teamniveau, en kan je keuzes maken waar je start. Sommige CGG kiezen ervoor om eerst met de enthousiaste personen uit elk team een aantal zaken uit te proberen om nadien uit te breiden. Het kan ook zijn dat ze focussen op één team, bijvoorbeeld het jongerenteam.
- **In de derde stap ga je op zoek naar hefboomen.** Een vorming geven, bijvoorbeeld over welke apps er bestaan, is niet genoeg is om alles vanzelf te laten verlopen. Het 7E-model stelt 7 hefboomen voor. Naast vorming is ook het faciliteren (enable) een hefboom. Dat is zoeken naar tools, zoals de flowchart, die de therapeuten of de psychologen kunnen ondersteunen. Maar even goed zorgen voor het juiste materiaal. Als je met apps gaat werken heeft de hulpverlener ook een smartphone nodig, voor beeldbellen is er een laptop nodig met een webcam, maar ook een rustige ruimte. Een ander voorbeeld van een hefboom is enthousiasme creëren, door verhalen en good practices te delen, door hulpverleners samen te zetten.
- **Dan kan je evalueren, en uitbreiden,** met een nieuw team of met meer mensen. Zorg voor een mooi samenspel tussen het beleidsniveau en het niveau van de hulpverleners. Dat er goed naar elkaar geluisterd wordt, maar het tegelijk duidelijk is waar de organisatie naartoe wil. En dat er aan de kant van de hulpverleners openheid is om dingen uit te proberen. Er is experimenteeruimte. Misschien kan je wel overdonderd worden door wat er allemaal is, maar dan kunnen krijtlijnen van het beleid helpen om dat af te bakken.
- **Het vraagt een andere manier van werken, die tijd vraagt om te leren en in te werken,** net zoals bij andere werkvormen of een nieuw soort behandeling. Het is belangrijk dat de organisatie er niet zomaar vanuit gaat dat hulpverleners er automatisch mee aan de slag kunnen. Het is een mindshift om niet enkel bovenop de gewone therapie ook een app of een interessante website mee te geven, maar die ook echt onderdeel van het proces te laten zijn. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld een tijdje haar stemming bijhoudt in een app, is het belangrijk om nadien samen in de sessie te kijken wat zij eraan heeft gehad, te analyseren en eruit te leren.
- **Voor digitale vaardigheden is een hulplijn belangrijk,** om hulpverleners voldoende vertrouwen te geven. Ze moeten zich zoveel nieuwe vaardigheden eigen maken. Als het dan fout loopt op inlogproblemen of zo, kan de motivatie ook wel snel dalen. Begrijpelijk: er is weinig tijd, en heel veel werk.
- **Het is een andere manier om te kijken naar therapie, waarbij cliënten het heft meer in eigen handen krijgen en zelf aan het werk gezet worden.** Dat werkt niet voor alle cliënten. Blended hulpverlening is zeker niet iets wat we standaard bij iedereen moeten doen, maar afhankelijk van de meerwaarde waarop je inzet.
- **Eens hulpverleners de klik hebben gemaakt dat het geen doel is op zich, maar een hulpmiddel** om dingen te doen die zij belangrijk vinden in hun manier van hulpverlening, zien ze veel mogelijkheden en kan weerstand die er initieel soms is, omgedraaid worden.



## Hoe informeer je de patiënt over de kostprijs in het ziekenhuis?

Wat kost een verblijf of een consultatie in het ziekenhuis? Wie betaalt wat? Patiënten verliezen makkelijk hun weg in het kluwen van de ziekenhuisfinanciering, maar ook voor de zorgprofessionals is dat helemaal niet evident. Als we de zorg toegankelijk willen houden voor iedereen, is het belangrijk hier extra aandacht aan te schenken. Heldere info kan bijdragen aan een vlottere betaling van de ziekenhuisfactuur en een verlaging van financiële klachten of juridische verwikkelingen.

Zorgnet-Icuro boog zich over de complexiteit van het geven van financiële informatie aan de patiënt in het ziekenhuis. Samen met de werkgroep Info aan

de patiënt, met juristen-ethici, financieel-administratieve experts en communicatie- en kwaliteitsmedewerkers, willen we de verschillende diensten in het ziekenhuis die hierbij betrokken zijn een overzicht bieden.

We geven informatie over wat wettelijk vereist is en geven goede praktijken als inspiratie voor het uitstippelen van het intern beleid hierover in het ziekenhuis.



Je kan de publicatie downloaden via [www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)



### MEMORANDUM ZORGNET-ICURO FEDERALE EN VLAAMSE VERKIEZINGEN 2024

## Naar een nieuw zorgsysteem

Zorgnet-Icuro pleit voor een solidaire samenleving met een duurzame en toegankelijke gezondheids- en welzijnszorg voor iedereen. Dit solidaire model komt steeds verder onder druk te staan, door

uitdagingen zoals de aanstormende vergrijzing met tegelijk een krimpend arbeidspotentieel, en dat in een budgettair moeilijke situatie.

In het memorandum van Zorgnet-Icuro schetsen we die uitdagende context aan de hand van cijfers en trends. Vervolgens geven we een aantal pistes aan als basis voor systeemveranderingen die er

ons voor behoeden dat de zorg volledig vastloopt. We formuleren specifieke aanbevelingen voor de geestelijke gezondheidszorg, de woonzorg en de algemene en revalidatieziekenhuizen.

Daarnaast zal je ook terugvinden wat de verschillende partijen zeggen over zorg en gezondheid. We lichten de partijprogramma's door en laten de kopstukken zelf aan het woord.



Neem een kijkje op [www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be) voor meer informatie

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 artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 115, mei 2024, p. 32). 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)



