

zorgwijzer 112

DOSSIER TOEZICHT
EN HANDHAVING IN DE ZORG

“Anders kijken,
meer zien”



IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	10 vragen aan de zorgwijze: May Blockx.....	26
Toezicht en Handhaving in de zorg: 11 leidende principes voor een nieuw model	4	Wegwijzer voor LGBTQI+ sensitieve zorg	28
Toezicht en Handhaving in de zorg: Professor sociaal- en jeugdrecht Johan Put	10	GGZ-projecten sociale huisvesting.....	34
Toezicht en Handhaving in de zorg: Anne Margriet Pot en Josje Kok	14	Agressie in de zorg: Hoofdverpleegkundige Geert Berden	40
Toezicht en Handhaving in de zorg: Karine Moykens	18	Agressie in de zorg: Bewakingsagent David Adriaenssens	44
Toezicht en Handhaving in de zorg: Chris Day.....	22	Agressie in de zorg: Michel Deneyer	49
		Korte berichten	50



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

De intrinsieke wil om werk te maken van goede zorg

Ruim tien jaar geleden zette de sector van de algemene ziekenhuizen samen met de overheid een heel traject op om systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering. Het model met de drie pijlers – systeemtoezicht via externe accreditatie, nalevingstoezicht en het gebruik van indicatoren – bleek een heel succesvolle motor die veel in beweging bracht. Het kwaliteitsdenken en -streven kreeg een stevige boost, en andere sectoren volgden in de professionalisering met eisenkaders, certificering, klachtenprocedures, gebruikersbevragingen... De afgelopen jaren nam ook de externe druk recht evenredig toe. Een aantal pijnlijke incidenten, het personeelstekort en rechtszaken brachten toezicht en handhaving in zorg & welzijn in het middelpunt van de publieke belangstelling. Met een steeds luider roep om tijdig en streng op te treden en vergunningen in te trekken.

Toezicht en handhaving raakten op die manier willens nillens vervlochten met negativiteit en zenuwachtigheid. Iedereen weet dat er in zorg & welzijn geen nulrisico bestaat. Incidenten kan je niet voor honderd procent uitschakelen. Hoe goed de procedures, de omkadering en het kwaliteitsstreven ook zijn. Maar de incidenten bij een kleine minderheid bepaalden de afgelopen maanden helaas het debat in parlement en media, met een negatieve beeldvorming die afstraalt op de hele sector.

Dit jaar werd het nieuwe kwaliteitsdecreet goedgekeurd, dat praktisch nog zijn invulling moet krijgen. Kwaliteit en inspectie is een gespreksonderwerp aan veel tafels. Hoe kunnen we kwaliteit en veiligheid



kwantificeren, beoordelen en waarderen? Niet alleen om incidenten te vermijden maar omdat zorgverleners en zorgaanbieders intrinsiek gedreven zijn om goede zorg te geven. Hoe kunnen we dat vormgeven in een nieuw model? Met die vragen ging Zorgnet-Icuro aan de slag in geanimeerde discussietafels met de leden en gesprekken met binnen- en buitenlandse experts.

Al die informatie bundelden we in elf leidende principes die Zorgnet-Icuro presenteert in de brochure “Anders kijken, meer zien”. Het zijn elf handvaten waarmee we samen met de overheid willen komen tot een model waarvan zorggebruikers, hulpverleners én overheid beter worden. En het is fijn te merken dat ook de overheid ervan overtuigd is dat we de dynamiek die er op het terrein is, moeten versterken en valoriseren. We kunnen nu samen aan de slag om in cocreatie en onderling overleg de principes te vertalen in realiteit.

Onze sectoren dragen kwaliteit hoog in het vaandel en iedereen beseft dat toezicht en handhaving zeer belangrijk zijn om die kwaliteit te garanderen. Zorgverleners willen boven alles goede zorg verlenen. En die ook aantoonbaar maken, het liefst op een manier waardoor ze kunnen leren en een verbeterproces starten. Dat is de kern van wat we willen doen: samen met overheid en gebruikers streven naar een zo goed mogelijke kwaliteit en veiligheid door te kwalificeren en te kwantificeren. Niet alleen om incidenten te vermijden maar omdat we intrinsiek werk willen maken van goede zorg. Op die manier wordt het zonder twijfel een win-win-win-verhaal voor de hele samenleving.

11 LEIDENDE PRINCIPES VOOR EEN NIEUW MODEL

“Cocreatie, dialoog en vertrouwen: dat zijn de sleutelwoorden”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINNE VANWEZEL



Met een publicatie over toezicht en handhaving wil Zorgnet-Icuro inspiratie bieden voor een nieuw beleid. Zorgnet-Icuro-adviseurs Vera De Troyer (algemene ziekenhuizen), Lien Van Malderen (woonzorg) en Karen De Vuyst (geestelijke gezondheidszorg) werkten elf principes uit.

Toezicht en handhaving is een thema dat Zorgnet-Icuro nauw aan het hart ligt. “Zowat een jaar geleden werd het op tafel gelegd tijdens de verschillende overlegorganen van de drie sectoren”, vertelt Vera De Troyer. “We wilden vooral goed luisteren naar onze leden: wat beschouwen zij als positieve punten, wat als uitdagingen? Op basis van alle reacties merkten we dat het huidige model voorbij zijn houdbaarheidsdatum is. Zo hoorden we bij veel leden dat de focus te zeer op controle ligt en te weinig op vertrouwen. En dat ze ook transparantie missen, tijdens het hele proces van inspectie tot verslag en opvolging.”

Een andere verzuchting was dat vooral de ‘meetbare’ aspecten van zorg worden bekeken, vult Karen De Vuyst aan. “Zorgkwaliteit is nochtans veel breder dan wat je kunt meten en checken. De ervaring van de zorggebruikers speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol, net als het relationele aspect. Veel leden beschouwen het als een gemis dat die zaken tijdens toezicht en handhaving quasi onzichtbaar blijven.”

Al hoeft dit zeker geen negatief verhaal te zijn, benadrukt Lien Van Malderen. “Begin dit jaar lanceerde de Vlaamse overheid het nieuwe kwaliteitsdecreet zorg, waarin ook staat dat men naar een nieuw toezichts- en handhavingsbeleid wil evolueren. We wisten dat de overheid hier ambities rond had, dus we vonden het belangrijk om handvaten te bieden, vanuit een zeer breed geconsulteerde expertise. We willen vanuit een positieve insteek aanmoedigen geven om in samenwerking tot een model te komen waar zorggebruikers, hulpverleners én overheid beter van worden.”

Intrinsieke motivatie

Na de gesprekken met de verschillende leden volgden een literatuuronderzoek en flink wat interviews met professoren en zorgprofessionals uit andere landen om hun aanpak te ontdekken en do’s en don’ts mee te nemen. “Ook in andere landen is men de voorbije jaren zoekende geweest, maar we zien overal een evolutie in dezelfde richting: toezicht en handhaving vanuit cocreatie, dialoog en vertrouwen, met respect voor elkaars expertise. En bovendien is er een sterk geloof



“Op basis van alle reacties merkten we dat het huidige model voorbij zijn houdbaarheidsdatum is. Zo hoorden we bij veel leden dat de focus te zeer op controle ligt en te weinig op vertrouwen”

Vera De Troyer

in de intrinsieke motivatie van zorgverleners. Wat zij boven alles willen, is goede zorg verlenen. En die ook aantoonbaar maken, het liefst op een manier die voor hen meerwaarde genereert, waardoor ze kunnen leren en een verbeterproces starten.”

In Nederland werd bijvoorbeeld een leerstoel opgericht rond reflexief toezicht, vertelt Van Malderen. “Daar wordt in het toezichtmodel niet alleen gekeken naar wat je kunt meten, maar ook naar relationele en procesgerichte aspecten. Tijdens inspectiebezoeken wordt daar procesmatig samen bekeken hoe de kwaliteit geborgd en verbeterd kan worden.”

In het Verenigd Koninkrijk viel vooral de idee van cocreatie op, vult De Troyer aan. “Tot vijf jaar geleden had je daar ook een vrij traditionele manier van toezicht en handhaving, maar ze hebben beslist om dat fundamenteel te herzien, *from scratch*. Niet alleen de overheid en de sectoren werden daarbij betrokken, maar ook de burgers. Zo kwamen ze tot een heldere visie op toezicht waarin alle stakeholders zich konden vinden.”

Kwaliteit stimuleren

Alle verzamelde informatie mondde uit in elf principes. We nemen er enkele onder de loep. Eén ervan luidt:

“Verbreed de inhoud van een inspectie”. Uit alle internationale definities blijkt dat zorgkwaliteit uit veel dimensies bestaat, zegt De Troyer. “Dan moet dat ook zijn weerslag krijgen in het toezicht. Nu zijn inspecties nogal afgebakend tot zaken die makkelijk te vervatten zijn in binaire beoordelingen en ligt de focus op veiligheid: zijn alle insulinepennen gelabeld, bijvoorbeeld. Dat werkt natuurlijk erg efficiënt, maar zo belicht je slechts een deel van de zorgkwaliteit. Terwijl er ook andere methoden zijn om een veilige omgang met hoogrisicomedicatie te garanderen.”

Andere dimensies, zoals het relationele aspect van zorg, kun je minder makkelijk meten, vult De Vuyst aan. “Maar het is wél mogelijk, op voorwaarde dat je andere methodieken gebruikt. Diepte-interviews met zorgverleners en zorggebruikers, bijvoorbeeld. Dat vraagt natuurlijk andere competenties die meer aanleunen bij audit-skills. Een uitdaging, maar wat ons betreft is het zeker de moeite waard.”

Een ander principe luidt als volgt: “Het handhavingmodel is een continuüm van stimuleren tot sanctioneren”. Op dit moment ligt de focus bij handhaving te zeer op sanctioneren, vertelt De Troyer. “Als een ziekenhuis of voorziening in de fout gaat, zijn



“Zorgkwaliteit is veel breder dan wat je kunt meten en checken. De ervaring van de zorggebruikers speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol, net als het relationele aspect”

Karen De Vuyst

er heel veel mogelijke gevolgen: verhoogd toezicht, bijkomende inspecties, schorsing, intrekking van de erkenning... Dat zijn allemaal straffen, terwijl er veel meer is wat je kunt doen om samen tot verbetering te komen. Door een voorziening te ondersteunen in haar eigen specifieke kwaliteitsproces, kan je die een heuse boost geven. Ik denk bijvoorbeeld aan vorming op maat, of een tool waarmee ze verder aan de slag kunnen. Of veel simpeler: óók benoemen wat goed loopt. In de huidige inspectieverslagen lees je vooral over inbreuken, terwijl positieve zaken zelden expliciet benoemd worden. We hopen vooral dat toezicht en inspectie organisaties meer ondersteunen om te groeien.”

Eén team

Een ander principe luidt: “Het traject van toezicht tot en met handhaving zit binnen één team”. In Vlaanderen worden toezicht en handhaving traditioneel strikt gescheiden, maar het kan ook anders, vertelt De Troyer. “Dat zagen we voor het eerst in Nederland. Daar worden toezicht en handhaving heel expliciet in dezelfde handen gelegd. En ze konden daar ook goed uitleggen waarom. Een inspecteur komt ter plaatse, ziet wat er gebeurt, voelt een bepaalde cultuur. Die persoon ziet ook waar er verbeterpotentieel is en kan de zaken daardoor heel goed in een context plaatsen. Dat missen we bij ons soms: hier maakt een inspecteur een verslag op, waarin onvermijdelijk bepaalde nuances verloren gaan. Dat verslag wordt dan beoordeeld door een ander team, dat vooral oog heeft voor bepaalde inbreuken. Maar dan loop je sowieso het risico dat zaken verkeerd geïnterpreteerd worden.”

Nu de elf principes op papier staan, stopt het verhaal uiteraard niet. “Ook wij willen nu graag ‘cocreatief’ aan de slag”, zegt Van Malderen. “Dit proces is vanuit onze leden gestart en we hebben hun mening altijd meegenomen. Nu willen we verder de dialoog aangaan met het beleid en andere betrokken partners. Het zou fijn zijn als onze publicatie een voedingsbodem kan zijn voor die dialoog. We hebben handvaten aangereikt waarmee we nu hopelijk samen aan de slag kunnen. Dit is onze visie als sector. Uiteraard moet dit nu verder afgestemd worden met de overheid, maar zeker ook met zorggebruikers.”

Regeerakkoord

“We hopen vooral dat onze ideeën nu ‘handen en voeten krijgen’”, gaat De Vuyst verder. “Het zou jammer zijn als de elf principes nu ergens in een lade belanden en er niets mee gebeurt. We hebben die aanbevelingen geformuleerd om vervolgens samen aan de slag te gaan.”

Als ze écht hardop mag dromen, dan zou ze verschillende van de principes graag zien opduiken in het volgende Vlaamse regeerakkoord, glimlacht De Troyer. “Dat zou betekenen dat onze ideeën in de praktijk worden omgezet en niet in vage plannen op

lange termijn. Want wij en al onze leden zijn er echt van overtuigd dat we hier in de nabije toekomst mee aan de slag willen. Dat gevoel is unaniem. Nogmaals: onze sector draagt kwaliteit hoog in het vaandel en iedereen beseft dat toezicht en handhaving zeer belangrijk zijn om die kwaliteit te garanderen. Zolang alles gebeurt in transparantie en vanuit vertrouwen. Dan kunnen alle partners daar ook mee aan de slag in hun beleid en hun dagelijkse werking. Op die manier wordt het zonder twijfel een win-win-win-verhaal voor de hele samenleving.”



“ Dit proces is vanuit onze leden gestart en we hebben hun mening altijd meegenomen. Nu willen we verder de dialoog aangaan met het beleid en andere betrokken partners”

Lien Van Malderen



Download de publicatie via
www.zorgnetcuro.be/publicaties/anders-kijken-meer-zien-elf-leidende-principes-voor-een-nieuw-model-voor-toezicht-en
Of scan de QR-code.



PROFESSOR SOCIAAL- EN JEUGDRECHT JOHAN PUT (KU LEUVEN)

“Voor goede handhaving heb je ook goede wetten en communicatie nodig”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Om op een doordachte manier aan toezicht en handhaving te doen, moet je de volledige “handhavingsketen” bekijken. “Er is nood aan kwalitatieve wetten, heldere communicatie én een waaier aan interventies”, zegt professor sociaal- en jeugdrecht Johan Put (KU Leuven).

Professor Johan Put kijkt vooral met een juridische bril naar toezicht en handhaving. Zo schreef hij destijds een doctoraat over administratieve sancties in het sociale-zekerheidsrecht. Maar hij is ook voorzitter van de adviescommissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). “Als een bepaalde organisatie, zoals een woonzorgcentrum of een kinderdagverblijf, een negatieve beslissing krijgt - bijvoorbeeld het intrekken van haar vergunning - dan kan die bij ons bezwaar indienen. Als wij dat bezwaar gegrond verklaren, moet de minister een nieuwe beslissing nemen. Zoniet, wordt de beslissing bevestigd. Al kan de organisatie dan wel nog naar de Raad van State trekken. We zijn dus een soort ‘tussenorgaan’ in de handhavingsketen.”

En het is net die ‘handhavingsketen’ die volgens Put cruciaal is. “Bij het woord handhaving denken mensen vaak aan bestraffing. Maar dat is een heel ‘smalle’ benadering. Hoe je inbreuken aanpakt, heeft alles te maken met eerdere beleidskeuzes. Gebruik je bijvoorbeeld wetten of niet? Hoe worden die gecommuniceerd en opgevolgd? Op welke manieren houd je toezicht en welke mogelijkheden zijn er als een inbreuk wordt vastgesteld? Dat zijn allemaal onderdelen van een keten die elkaar sterk beïnvloeden. Bovendien mogen we ook de rechtsbescherming niet uit het oog verliezen. Handhaving betekent niet alleen dat je inbreuken bestraft, maar ook dat je controleert of iedereen krijgt waar hij recht op heeft. Als het bijvoorbeeld gaat over personen met een beperking, moet je controleren of de voorzieningen goed werk leveren, maar ook of de personen in kwestie toegang krijgen tot hulp, een persoonsgebonden budget, enzovoort.”

Kwalitatieve wetten

Als we de handhavingsketen onder de loep nemen, moeten we beginnen bij het begin. “De eerste stap is dat je als beleidsmaker goed nadenkt over wat je wil bereiken. Eenmaal dat duidelijk is, moet je meteen al een keuze maken: giet je dat in een wet, of kies je voor een ander instrument? Stel dat je wilt bereiken dat artsen minder antibiotica voorschrijven. Dan kun je dat wettelijk beperken, maar je kunt ook andere methodes gebruiken: een sensibiliseringscampagne,

rondetafelgesprekken met verschillende betrokkenen, enzovoort. Je hoeft niet altijd voor juridische handhaving te kiezen, er zijn veel opties.”

Als er toch voor een juridische aanpak wordt gekozen, is het cruciaal dat die wetgeving goed onderbouwd is. “Het kan niet de bedoeling zijn dat een minister een bepaald idee heeft en dan snel-snel een wetsontwerp opstelt en door het parlement laat goedkeuren. Zo’n wet moet goed worden voorbereid, in samenspraak met de betrokken actoren. Zo kom je ook tot een draagvlak voor die nieuwe wetgeving, wat heel belangrijk zal zijn voor de realisering ervan. Het is nooit een goed idee om bepaalde nieuwe regels op te dringen waarin niemand

“Controleren of je iets naleeft
wat niet helder is, da’s niet de
beste aanpak

Johan Put

zich kan vinden. Daarnaast moeten wetten natuurlijk ook technisch in orde zijn, en in overeenstemming met allerlei normen, zoals de mensenrechten. Als je daar op voorhand te weinig rekening mee houdt, dan loop je het risico dat zo’n regelgeving aangevochten wordt bij het Grondwettelijk Hof of de Raad van State, en riskeert vernietigd te worden. Dat zijn procedures die jaren kunnen aanslepen en het veel moeilijker maken om goed beleid te voeren.”

Slechte wetten kunnen ook tot onduidelijkheid leiden, legt Put uit. “Stel bijvoorbeeld - puur hypothetisch - dat in de wetgeving voor ziekenhuizen staat dat die ‘kwalitatief voedsel’ moeten aanbieden aan patiënten. Over zo’n vage term kunnen ziekenhuizen en inspecteurs natuurlijk een heel andere mening hebben, wat ook weer goede handhaving in de weg staat.” Tot slot is het belangrijk om nieuwe wetten tijdig te evalueren, benadrukt Put. “Bekijk kritisch of de nieuwe wetgeving



wel haar doel bereikt. Als dat niet het geval is, moet je ze ook weer bijsturen.”

Belang van communicatie

Een tweede schakel in de handavingsketen is communicatie. “Het is niet omdat een wet in het Staatsblad is gepubliceerd, dat iedereen hem ook vanzelf kent. De inhoud van zo’n nieuwe wet moet zeer goed gecommuniceerd worden, via de juiste kanalen. Daar speelt dat draagvlak weer een rol: als bij het begin van de keten genoeg mensen mee nagedacht hebben over het beleid en daar ook achter staan, zullen ze veel sneller bereid zijn om te helpen bij de communicatie en verspreiding. Communicatie is overigens ook zinvol bij de handhaving van bestaande wetgeving. Als er in een bepaalde sector bijvoorbeeld problemen zijn, kun je daar ook over communiceren. Dat hebben we recent in de kinderopvang gezien: daar waren enkele ernstige incidenten, waarna hoogdringende schorsingen werden uitgesproken. Daarover is breed gecommuniceerd. Zo weten mensen - binnen en buiten die sector - dat er regels zijn en dat die nageleefd moeten worden. Dat heeft een preventief effect.”

Die stappen rond wet- of regelgeving en communicatie verlopen niet altijd vlekkeloos, vertelt Put. “Neem bijvoorbeeld het beleid rond vrijheidsbepalende maatregelen in de zorg, zoals isolatie en fixatie. Daar was tot voor kort nauwelijks regelgeving rond. En als er al regels waren, verschilden die sterk tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra, jeugdvoorzieningen, enzovoort. Op een bepaald moment besloot Zorginspectie een toezichtronde te houden in de verschillende sectoren. Maar omdat er geen duidelijke normen waren, heeft Zorginspectie zelf een evaluatiekader gecreëerd, op basis van wetenschappelijke inzichten en internationale richtlijnen. Daarmee trokken ze dan naar organisaties, maar die hadden nooit op voorhand de boodschap gekregen dat dat hun handelingskader moest zijn. Tja, en controleren of je iets naleeft wat niet helder is, da’s niet de beste aanpak. Nadien is het roer wel omgegooid: het Steunpunt WVG heeft een interdisciplinaire richtlijn ontwikkeld, op basis van wetenschappelijk onderzoek en mensenrechten. Over die richtlijn is nadien heel helder gecommuniceerd, via verschillende kanalen. Nu wordt die regel uitgevoerd en kan daarop ook toezicht worden gehouden en eventueel gesanctioneerd.”

Heldere aanpak

Dat brengt ons bij de derde schakel in de keten: toezicht. “Dat is in Vlaanderen een algemene bevoegdheid van Zorginspectie. Ze doen dat op verschillende manieren: volgens een vast schema of nadat er een klacht is gekomen. De inspecteur gaat na of een organisatie voldoet aan de voorwaarden, maakt een verslag op en geeft dat door aan het bevoegde agentschap. Dat is vrij helder. Alleen is niet echt geregeld wat Zorginspectie moet doen wanneer het echt ‘criminele’ vaststellingen doet, zoals grensoverschrijdend gedrag of fraude. In het sociaal recht is daar een duidelijke regeling voor. Sociale inspecteurs hebben bepaalde

“Bij het woord handhaving denken mensen vaak aan bestraffing. Maar dat is een heel ‘smalle’ benadering”

Johan Put



bevoegdheden om zélf acties te ondernemen, zoals informeren, waarschuwen of een termijn geven waarbinnen een tekort moet zijn hersteld. Maar als zij een proces-verbaal opmaken, wordt dat niet alleen overgemaakt aan de bevoegde dienst, maar ook automatisch aan het Arbeidsauditoraat. Dat beslist of er al dan niet strafrechtelijk vervolgd wordt. Bij zorg en welzijn is dat niet echt geregeld: het lijkt logisch dat een misdrijf wordt gemeld aan het parket, maar helemaal helder is dat niet.”

Over naar de laatste stap: wat als er een inbreuk is vastgesteld in een zorgvoorziening? “Dan zijn er verschillende pistes. Ten eerste: niet reageren. Dat is doorgaans niet de beste optie, tenzij je bijvoorbeeld weet dat die specifieke norm volgende week afgeschaft wordt. Een andere mogelijkheid is een tuchtrechtelijke reactie. Als een arts een inbreuk heeft gepleegd, kan de Orde der Artsen bijvoorbeeld nagaan of de deontologische regels zijn overtreden. Vanuit de overheid is het vooral belangrijk om een keuze te maken tussen administratieve en strafrechtelijke beantwoording van inbreuken. Het is cruciaal om vooraf na te denken over het meest geschikte antwoord



op een bepaalde inbreuk. Daarbij moet je rekening houden met het “non bis in idem”-beginsel: als er al een straf is opgelegd, kan dat geen tweede keer gebeuren. Ik ben er wel van overtuigd dat strafrecht pas de ultieme stap mag zijn, die enkel zinvol is als andere opties niets opleveren. Bij strafrecht wordt ook pas een beslissing genomen na een uitgebreid onderzoek, dat vaak lang aansleept. Maar bij echt zware fouten, zoals grensoverschrijdend gedrag, is dat natuurlijk wel aan de orde.”

Interventiemix

Als wordt gekozen voor administratieve handhaving, zijn er ook verschillende mogelijkheden, legt Put uit. “Een voorziening kan bijvoorbeeld een tijdelijke schorsing krijgen, of een financiële maatregel. Er zijn al vrij veel mogelijkheden, maar ik durf toch te pleiten voor een nog rijker palet, zodat je heel gericht kunt ingrijpen. Denk bijvoorbeeld aan een proactieve aanpak: een waarschuwing, de vraag om een plan van aanpak op te maken, ondersteuning door iemand met meer leidinggevende capaciteiten, een vorming... Dan kan je spreken van een ‘interventiemix’, waarvan ik absoluut voorstander ben. In het domein van zorg en

welzijn is er eigenlijk geen coherente aanpak, en zijn er veel verschillen tussen sectoren, wat dat betreft. Bij de sociale inspectie hebben inspecteurs bijvoorbeeld zelf de bevoegdheid om aan de slag te gaan met een werkgever die in de fout is gegaan: een waarschuwing geven, een termijn bieden om de problemen op te lossen, informatie op maat aanbieden... Slechts bij de helft van alle inbreuken wordt een proces-verbaal opgemaakt. Dat is heel helpend. Een inbreuk gebeurt zeker niet altijd uit onwil, vaak spelen er andere factoren mee, zoals onduidelijkheid van de wetgeving.”

Bij elke nieuwe maatregel moet je wel kijken of die efficiënt is, benadrukt Put. “Het mag natuurlijk niet nog meer bureaucratie opleveren. Maar het zou heel boeiend zijn om in diverse sectoren te kijken wat de beschikbare handhavingsmechanismen zijn, hoe die beleefd worden en wat de resultaten zijn. Geen eenvoudige oefening, maar het zou tenminste empirische data opleveren. Nu wordt te vaak op het gevoel gewerkt: wat lijkt ons hier de beste manier van reageren? Onderling overleg tussen sectoren én empirisch onderzoek zou ons zeker nog veel kunnen leren.”

ANNE MARGRIET POT EN JOSJE KOK, ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

**“Reflexief toezicht
doet recht aan de
complexiteit van zorg”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK

“De burger krijgt steeds meer een plek binnen het toezicht”

Anne Margriet Pot

In Nederland loopt een uitgebreid onderzoek naar toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg. Er wordt volop gewerkt aan een nieuw model van reflexief toezicht, vertellen professor Anne Margriet Pot en onderzoekster Josje Kok, beiden verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Zouden jullie eerst jullie eigen achtergrond even kunnen schetsen?

Anne Margriet Pot: “Eigenlijk ben ik al heel mijn carrière bezig met de verbetering van de kwaliteit van ouderenzorg, vanuit verschillende perspectieven: eerst in de praktijk, later als onderzoeker. Ik heb een tijdlang bij de Wereldgezondheidsorganisatie gewerkt en toen ik terugkwam, besepte ik dat toezicht me heel erg interesseert. Dat leek me een thema waarop ik het verschil kon maken, dus ik besloot me er verder in te verdiepen. Intussen ben ik strategisch adviseur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Daarnaast heb ik een bijzonder hoogleraarschap bij de Erasmus School of Health Policy & Management, om het onderzoek naar het toezicht op de langdurige zorg verder vorm te geven.”

Josje Kok: “Ik ben medisch antropoloog en intussen werk ik ook al zo’n zes jaar voor de Rotterdamse Erasmus Universiteit. Vraagstukken rond kwaliteit en veiligheid hebben me altijd geïnteresseerd: hoe geef je dat vorm en betekenis, hoe stuur je het aan, op welke manieren houd je daar toezicht op?”

Hoe werkt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, die in Nederland verantwoordelijk is voor toezicht en handhaving in de zorg?

Kok: “Er zijn grote verschillen tussen de diverse zorgdomeinen. Neem bijvoorbeeld de ziekenhuizen, dat zijn er in Nederland een 80-tal. Op zich is dat dus een ‘beheerbare club’ die je ieder jaar wel kunt bezoeken voor een inspectie. Maar andere zorgdomeinen, met veel meer aanbieders, worden niet jaarlijks bezocht.



“Tijdens de lunch ziet een inspecteur dat de cliënten de keuze krijgen tussen hagelslag en pindakaas. Bingo: mensen hebben autonomie! Maar dat is natuurlijk niet wat we verstaan onder persoonsgerichte zorg

Anne Margriet Pot

Dan zijn er bijvoorbeeld inspecties na een klacht, of bij aanbieders waar je risico's verwacht. Naast inspectiebezoeken zijn er ook nog andere strategieën van toezicht, zoals informatiebijeenkomsten."

Pot: "Tot voor kort was het toezicht op de ouderenzorg vooral gericht op verpleeghuizen (*vergelijkbaar met woonzorgcentra in Vlaanderen, red*). Enkele jaren geleden werd besloten om eenmalig alle organisaties te bezoeken, wat ook gebeurd is. Maar verder ligt de focus in dit domein vooral op risicogestuurd- en incidententoezicht: als burgers of zorgverleners een klacht indienen, wordt die onderzocht. Als IGJ zien wij erop toe dat dit grondig gebeurt. En soms vindt er ook thematisch toezicht plaats of projecten. Zo bezochten we een paar jaar geleden een aantal verpleeghuizen in verschillende regio's met het oog op de krimpende arbeidsmarkt, om te zien hoe zij hier in hun personeelsbeleid rekening mee houden.

Nadien werd een bijeenkomst georganiseerd voor deze aanbieders. Bestuurders bleken het vaak moeilijk te vinden om hun medewerkers waardering en erkenning te bieden. Een van hen vond het bijvoorbeeld een prima idee om in de zomer ijsjes uit te delen aan het personeel. Goed bedoeld, maar ik hoef je niet uit te leggen dat dat niet voldoende is om mensen een gevoel van erkenning te geven. Dus besloten we een groter onderzoek te voeren naar hoe je je personeel wél erkenning en waardering kunt bieden en hoe je als toezichthouder de juiste impulsen aan aanbieders kunt geven om dat te stimuleren."

Hoe zouden jullie het beleid van toezicht en handhaving in Nederland typeren?

Kok: "Er heeft toch een verschuiving plaatsgevonden. De focus ligt nog steeds op onafhankelijkheid en rechtvaardigheid. Maar wat burgers belangrijk vinden, staat nu veel centraler dan pakweg 15 jaar geleden."

Pot: "Absoluut. Bij het incidententoezicht hebben we nu bijvoorbeeld 'familie-inspecteurs' die cliënten, familie of nabestaanden informeren over wat de IGJ wel en niet doet en ervoor zorgen dat zij voldoende worden gehoord en hun rechten worden gerespecteerd. Dat wordt erg geapprecieerd. De burger krijgt steeds meer een plek binnen het toezicht."

Jullie werken beiden mee aan een grootschalig onderzoek naar toezicht op persoonsgerichte langdurige zorg. Wat hebben jullie daar al uit geleerd?

Pot: "Dat onderzoek loopt nog, en het bestaat uit meerdere deelonderzoeken. Eén deel focust bijvoorbeeld op hoe de IGJ omgaat met normen in verpleeghuizen. Dat zijn 'open normen' waarin de context wordt meegenomen, wat een goede zaak is. Maar je ziet dat inspecteurs toch op zoek gaan naar zaken die ze kunnen observeren en aantonen. Bijvoorbeeld: tijdens de lunch ziet een inspecteur dat de cliënten de keuze



De toezichthouder zou

dienstverleners moeten aanjagen

om telkens weer het gesprek aan te

gaan met elkaar én met patiënten of

cliënten: maken ze de juiste keuzes?

Waarom niet? Hoe kan het beter?

Josje Kok

krijgen tussen hagelslag en pindakaas. Bingo: mensen hebben autonomie! Het is inderdaad fijn dat mensen kunnen kiezen, maar dat is natuurlijk niet wat we verstaan onder persoonsgerichte zorg. Dit is misschien een flauw voorbeeld, maar het laat zien dat inspecteurs vaak klem zitten. Zij worden geacht een uitspraak te doen over bepaalde normen én met bewijsmateriaal te komen. Dan is het niet gek dat ze soms krampachtig op zoek gaan naar observeerbare zaken."

Bij kwetsbare doelgroepen zie je vaak domeinoverschrijdende zorg. Hoe kun je die inspecteren?

Pot: "Het klopt inderdaad dat mensen vaak hulp krijgen van verschillende dienstverleners, binnen en buiten het brede zorglandschap. Maar de toezichtspartijen zijn opgedeeld in silo's. Terwijl we willen dat zij zelf samenwerken en tegelijk de samenwerking tussen dienstverleners aanjagen en stimuleren. In Nederland is er wel al een mooi voorbeeld: Toezicht Sociaal Domein. Dat is een programma waarbij verschillende toezichthouders met elkaar samenwerken rond complexe vraagstukken, zoals schuldenproblematiek bij jongvolwassenen."

Jullie creëren nu een model van reflexief toezicht. Wat houdt dat in?

Pot: "Dat is gericht op problemen waarbij je geen heldere standaard of norm hebt. Als je dan op de klassieke manier aan toezicht doet, met een 'afvinklijstje', kom je in de problemen. Bij persoonsgerichte zorg bijvoorbeeld is het zeer belangrijk dat je gaat kijken naar de behoeften van mensen zelf. Die verschillen per individu, over de tijd heen en binnen verschillende contexten. Persoonsgerichte zorg gaat dus gepaard met onzekerheid. Dan is een reflexieve benadering veel zinvoller."

Kok: "Hoe die benadering er precies moet uitzien, zijn we nog volop aan het onderzoeken. We zien het als een nieuwe manier van toezicht houden, waarbij goed wordt geluisterd naar cliënten of patiënten. Je hebt hun visie en input nodig om te kijken of het goed

loopt in de praktijk. De toezichthouder zou dienstverleners moeten aanjagen om telkens weer het gesprek aan te gaan met elkaar én met patiënten of cliënten: maken ze de juiste keuzes? Waarom niet? Hoe kan het beter? Als het ergens schuurt, moet je samen naar oplossingen zoeken en daarmee aan de slag gaan. Verder moet de toezichthouder daarbij vooral zorgen dat de juiste partijen aan tafel zitten en die dialoog goed wordt gevoerd. Bij complexe problemen werkt dat beter dan vaste normen die geen ruimte laten voor creativiteit.”

Pot: “Nu zie je vaak dat een zorgaanbieder erg zijn best doet om goede zorg te bieden. Vervolgens komt de inspectie langs met een bepaald checklistje en nadien volgt een rapport. Maar dat blijkt dan geen weergave van waar ze écht mee bezig zijn, waardoor het ook niet veel voor zorgaanbieders oplevert. Ook al is de intentie van alle partijen prima, toch komen ze niet tot de kern. Ons nieuwe model is een poging om wél tot goede gesprekken te komen. Als we hier met zorgverleners over praten, reageren die doorgaans erg enthousiast. Ze hebben het gevoel dat reflexief toezicht meer recht zal doen aan hun inspanningen om kwalitatief goede zorg te leveren.”

Kok: “Op dit moment probeert de inspectie natuurlijk ook al een open gesprek te voeren en te observeren. We mogen niet de indruk wekken dat zij zich enkel bezighouden met afvinklijstjes. Maar het zou fijn zijn als het toezicht aansluit bij de werkervaring in de zorg en die is heel complex en dynamisch. De traditionele

manier van toezicht, op basis van vaste kaders, doet daar geen recht aan.”

Welke positieve evoluties zien jullie al in Nederland? En waar is nog verdere groei mogelijk?

Pot: “De afgelopen jaren is er binnen het toezicht al meer ruimte gekomen voor reflexiviteit. Wij proberen nu ook te kijken naar de maatschappelijke waarden die we als toezichthouder willen nastreven. En gegeven een bepaalde maatschappelijke waarde: wat is dan het doel van het toezicht, op wie richt je je, welke standaard is daarbij van belang, en welke interventie kies je? Als die interventie niet bijdraagt aan die maatschappelijke waarde moet je ermee stoppen en nadenken over hoe je wél de gewenste effecten bereikt. Die interne reflectie is ook heel belangrijk, en zie je al duidelijk bij de IGJ.”

Kok: “Ook bijzonder bij de IGJ is de lange traditie van wetenschappelijk onderzoek, vaak in samenwerking met andere partners en universiteiten, zoals bij het onderzoek waar wij aan meewerken. Maar er is binnen de IGJ ook een team dat zich bezighoudt met onderzoek naar vragen die zich in de toezichtspraktijk voordoen. Door te reflecteren en steeds opnieuw na te denken over zaken waar men tegenaan loopt, kun je ook bijsturen. Dat is heel belangrijk. Het kan altijd meer en beter, maar de IGJ biedt veel ruimte om te experimenteren met andere vormen van toezicht en dat vraagt best wat lef.”

“Het zou fijn zijn als het toezicht aansluit bij de werkervaring in de zorg en die is heel complex en dynamisch. De traditionele manier van toezicht, op basis van vaste kaders, doet daar geen recht aan”

Josje Kok



TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: PETER DE SCHRYVER

KARINE MOYKENS,
SECRETARIS-GENERAAL DEPARTEMENT ZORG

**“De principes van
Zorgnet-Icuro zijn een
stevige basis voor een
constructief gesprek”**

Welke plannen heeft de Vlaamse overheid met het inspectie- en handhavingsbeleid? En hoe kijken zij naar de elf principes die Zorgnet-Icuro naar voren schuift? Karine Moykens, secretaris-generaal van het Departement Zorg, geeft tekst en uitleg.

Welke plannen hebben jullie met het inspectie- en handhavingsbeleid?

“Om te komen tot een voldragen visie op toezicht en handhaving, moet je focussen op de volledige handhavingketen. Voor ons bestaat die uit drie belangrijke pijlers. Ten eerste moet het nieuwe kwaliteitsdecreet geïmplementeerd worden. Daarnaast bouwen wij volop aan de ‘Zorginspectie 3.0’. En tot slot is er het aspect handhaving.”

Laten we eerst even inzoomen op dat nieuwe kwaliteitsdecreet.

“Het grote verschil met het vorige decreet is dat het belangrijke principes en verwachtingen ten aanzien van voorzieningen formuleert, maar dat binnen die uitgangspunten nog veel ingevuld kan worden, in cocreatie en in een proces van overleg. Bovendien vertrekken we nu vanuit een heel ander verhaal. Vroeger moesten we in onze sectoren echt nog uitleggen hoe belangrijk het is om te werken aan zorgkwaliteit. Vandaag is dat algemeen bekend. Dus moeten we als overheid een andere pet opzetten. De dynamiek die al op het terrein aanwezig is, moeten we versterken en valoriseren. Maar we vinden het wél cruciaal om met de belanghebbenden rond de tafel te zitten, de zogenaamde ‘kwaliteitstafels’, zodat we samen met hen adviezen kunnen opstellen rond die kwaliteit van zorg. Over welke thema’s dat zal gaan, willen we ook in overleg beslissen. Een concreet voorbeeld zijn vrijheidsbeperkende maatregelen, die relevant zijn voor zowat alle sectoren.

We merken dat er vanuit de sector wat argwaan en terughoudendheid bestaan tegenover het nieuwe decreet. Daarom wil ik toch even terugblikken. Tien jaar geleden hebben we met de algemene ziekenhuizen een heel traject doorlopen om te bekijken welke instrumenten we konden inzetten om de kwaliteit in die ziekenhuizen te verhogen. Als overheid hebben we toen niets opgelegd, alles is in overleg gebeurd. Zo zijn we gekomen tot het model met drie pijlers: systeemtoezicht via externe accreditatie, nalevingstoezicht en het gebruik van indicatoren. Dat is een robuust model voor kwaliteitsstimulering en -kwaliteitsbewaking gebleken. En eigenlijk is dat tot stand gekomen aan een ‘kwaliteitstafel’ avant la lettre: we hebben samen een doel bepaald, de instrumenten gekozen en die ontwikkeld. Dat was een heel succesvol traject. Die oefening willen we nu doen met al onze sectoren.”

Een ander aspect van het kwaliteitsbeleid is de behandeling van klachten. Hoe kijken jullie daarnaar?

“In eerste instantie behandelen de voorzieningen zelf klachten over de eigen dienstverlening. Zij gaan daarmee aan de slag. Als overheid behandelen wij

de tweedelijnsklachten. Bij de creatie van het nieuwe Departement Zorg, hebben we besloten om de interne behandeling van klachten te stroomlijnen. Samen met de collega’s van de verschillende agentschappen zijn we nu aan het onderzoeken hoe we dat kunnen aanpakken, zodat we veel meer van elkaar kunnen leren. Vanuit de overheid vinden wij het ook wel belangrijk om op de hoogte te worden gesteld van klachten of incidenten. Niet om de klachtbehandeling over te nemen, of over te doen. Maar wel – en daar moeten we als overheid en sector naar evolueren – om samen met de voorziening te bekijken wat uit die klacht, uit dat incident werd geleerd, en hoe dat leidde tot verbeteringen in de processen.”

U had het over de Zorginspectie 3.0. Wat moeten we ons daarbij voorstellen?

“De sector is enorm geëvolueerd als het gaat over kwaliteit, dus de Zorginspectie moet uiteraard mee evolueren. We zien vijf belangrijke taken voor Zorginspectie. Ten eerste is er de controlerende opdracht, een expliciete kerntaak. We kiezen bewust voor risicogestuurd inspecteren. Dat heeft veel met efficiëntie te maken: hoe kun je met de beschikbare middelen zo goed mogelijk controleren?”

“

Eén team voor toezicht en handhaving, daar zijn we geen voorstander van. We willen de absolute objectiviteit van onze Zorginspectie blijven garanderen

Karine Moykens

Daarvoor moeten we ook risico-analyses maken per sector: welke voorzieningen hebben een hoger risicopotentieel en moeten dus vaker, of met een andere methodiek, geïnspecteerd worden? Een belangrijke uitdaging voor ons is transparantie: hoe vertalen we de regelgeving bijvoorbeeld in onze inspectie-instrumenten?

Een tweede opdracht is de regierol in het toezichtscap. Dat gaat bijvoorbeeld over de nauwe samenwerking met de functionele entiteiten, zoals Opgroeien en het VAPH. Ook extern toezicht door derden kan nog worden geoptimaliseerd. Maar we moeten ook extra aandacht geven aan de samenwerking met parketten.



We merken namelijk dat steeds meer cases rond gebrekkige zorg deel uitmaken van strafrechtelijke dossiers.

Ten derde is de Zorginspectie een schakel in de handhavingsketen. Dat is vooral een verhaal van een transparant, realistisch en consequent handhavingsbeleid. Wanneer vraag je bijvoorbeeld een inspectie-opdracht aan en wanneer koppel je terug naar de functionele entiteiten? Ook dat moet gestroomlijnd worden.

Een vierde is de beleidsondersteunende opdracht. Onze inspecties zijn vaak een bron van waardevolle informatie en we maken nu al beleidsrapporten op basis van onze vaststellingen. Maar ik denk dat we daar nog meer op moeten inzetten, ook met thematische rapporten. Denk bijvoorbeeld aan het recente rapport over het medicatieproces in de woonzorgcentra.

Tot slot is er de informerende opdracht. Het is onze rol om te informeren, motiveren en stimuleren, zodat de zorgkwaliteit verbetert. Maar ik wil toch nog even aanstippen dat wij nooit een coachende rol hebben. We gaan voorzieningen niet bij de hand nemen om te zeggen hoe ze het moeten aanpakken,

want dan bestaat de kans op rolverwarring en foute verwachtingen.”

Kunt u nog wat meer vertellen over de stroomlijning van het handhavingsproces?

“De handhaving moet versterkt worden. Dat betekent niet dat we sowieso strenger moeten optreden, wel dat er meer instrumenten moeten komen. Diversifiëring is cruciaal. Daarnaast willen we zeker bekijken hoe we de handhaving kunnen stroomlijnen binnen de verschillende sectoren. Ze moeten uiteraard niet allemaal dezelfde instrumenten hebben - de kinderopvang kun je niet vergelijken met ziekenhuizen - maar er zijn wel gemeenschappelijke afspraken mogelijk. Zijn we bijvoorbeeld in alle sectoren even transparant over genomen maatregelen? Denk aan wat we doen in de woonzorgcentra die onder verhoogd toezicht worden geplaatst. Vandaag zijn de regels daarvoor anders voor woonzorgcentra en psychiatrische verzorgingstehuizen, terwijl het in beide gevallen gaat om residentiële voorzieningen voor kwetsbare mensen. Neem daar nog de residentiële voorzieningen bij voor personen met een handicap en jeugdhulp, en je hebt vier sectoren die zeer nauw bij elkaar aansluiten. Dan is het logisch dat we die ook meer stroomlijnen.”

“Als je ‘wederzijds vertrouwen’ als vertrekpunt neemt, wordt elke vraag van de overheid beschouwd als een gebrek aan vertrouwen. Ik spreek liever over betrouwbaarheid”

Karine Moykens



“*Het is nu vooral belangrijk om in gesprek te gaan en de principes te vertalen naar realiteit. Er zijn zeker 7 of 8 principes waarmee we snel aan de slag kunnen*

Karine Moykens

Zorgnet-Icuro heeft elf principes klaar voor de toekomst van toezicht en handhaving. Hoe kijkt u daarnaar?

“Het werkstuk van Zorgnet-Icuro is wat mij betreft een heel stevige basis om een constructief gesprek aan te gaan. Ik zie bijvoorbeeld dat er een centrale taak voor de overheid is weggelegd, iets waar wij het volledig mee eens zijn. Wij moeten toezicht houden op de basisvoorwaarden, om veilige en kwaliteitsvolle zorg te garanderen voor kwetsbare mensen. Maar wat ik een beetje mis, zijn de engagementen van de sector zelf.

Er worden - vaak terecht - veel vragen gesteld aan de overheid, waarover we zeker in gesprek willen gaan. Maar welke engagementen kan de sector nemen in een nieuw model voor het garanderen van kwaliteit van zorg? Al wil ik toch benadrukken dat we elkaar voor het overgrote deel wel zullen vinden. Het is nu vooral belangrijk om in gesprek te gaan en de principes te vertalen naar realiteit. Er zijn zeker 7 of 8 principes waarmee we snel aan de slag kunnen. Daarmee zijn we al een heel eind op weg.”

Maar er zijn ook principes waar u het moeilijk mee hebt?

“Ja, er zijn wel wat elementen die bij mij vragen oproepen. Neem nu de nadruk die wordt gelegd op de dialoog tussen evenwaardige partners. Dan vraag ik me af: partnerschap uiteraard, maar moeten we überhaupt wel gelijkwaardigheid beogen? Je mag niet vergeten dat wij als overheid de eindverantwoordelijkheid dragen om in te staan voor het algemeen belang. Dat kan soms haaks staan op wat voor een sector of voorzieningen van belang is. En als er tegenstrijdige belangen zijn, is er geen gelijkwaardigheid. Dan moeten wij kiezen voor het algemene belang, voor de samenleving.

Een ander voorbeeld is het principe van wederzijds vertrouwen. Als je dat als vertrekpunt neemt, wordt elke vraag van de overheid beschouwd als een gebrek aan vertrouwen. Maar vragen stellen is inherent aan onze opdracht, want wij dragen nu eenmaal de eindverantwoordelijkheid. Ik spreek liever over betrouwbaarheid.

Als de overheid en de sector zich betrouwbaar gedragen, is vertrouwen een logische reactie. Een betrouwbare overheid is rechtvaardig, onpartijdig en open over wat ze doet. En een betrouwbare sector is bijvoorbeeld open over klachten en incidenten.”

Een ander principe is dat toezicht en handhaving door één team gebeuren. Hoe kijkt u daarnaar?

“Daar zijn we geen voorstander van, we blijven de functiescheiding tussen toezicht en handhaving héél belangrijk vinden. Dat kan wel binnen één entiteit zitten, zoals vandaag het geval is, maar er blijft een strikte scheiding tussen de afdelingen. We willen de absolute objectiviteit van onze Zorginspectie blijven garanderen. Daarom geloven we rotsvast in het vier ogen-principe, met enerzijds de inspecteur die zijn vaststellingen doet en anderzijds degene die handhaaft en erkent. Dat neemt uiteraard niet weg dat alles moet ingebed zijn in een hechte samenwerking, er een goede informatie-uitwisseling moet zijn, en overleg en afstemming, vertrekkende vanuit ieders verantwoordelijkheid.”

Er zijn ook andere departementen in transitie rond toezicht en handhaving, denk aan de Onderwijsinspectie. Werken jullie aan één overkoepelende visie?

“Een aantal jaar geleden is het idee verkend om alle inspectiediensten samen te voegen. Voor een aantal diensten is dat ook effectief gebeurd. Maar voor domeinen met een duidelijke functiescheiding tussen toezicht en handhaving - denk aan zorg en onderwijs - besloot de Vlaamse regering om aparte inspectiediensten te behouden. Terecht, vind ik. Maar dat betekent niet dat we niet overleggen.

Een goed voorbeeld is onderwijs. Soms gaan we zelfs samen op inspectie, in de jeugdhulp bijvoorbeeld. Dat heeft er toe geleid dat sommige voorzieningen - de internaten - overgeheveld zijn van onderwijs naar welzijn. Maar ook met andere sectoren, zoals wonen of milieu, zijn er vaak overlappingen. Door te overleggen, kunnen we nog veel leren van elkaar.”



CHRIS DAY (CARE QUALITY COMMISSION) TOONT HOE ZE HET OVER DE PLAS AANPAKKEN

**“Onze focus ligt op
verbeteren, niet op
beschuldigen”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINI CLEEMPUT

In Engeland reguleert de Care Quality Commission de gezondheids- en sociale zorg. Recent hervormden zij hun aanpak, op basis van een breed draagvlak bij gebruikers, beleidsmakers en zorgorganisaties, vertelt Chris Day, director of engagement.

Hoe zou u de zorginspectie in het Verenigd Koninkrijk omschrijven?

“De Care Quality Commission, die helemaal onafhankelijk werkt, reguleert zo’n 35.000 zorgorganisaties. Voor ons staan de mensen die zorg gebruiken altijd centraal. We focussen dus niet op processen of methodes, maar op de resultaten voor die mensen. Daarvoor hebben we het vertrouwen van drie partijen nodig: zorggebruikers, beleidsmakers en zorgorganisaties. We moeten met al die partijen goede relaties uitbouwen. Toezicht en handhaving en niet vanuit een vacuüm. Als je betekenisvolle verandering teweeg wilt brengen, moet je eerlijk en transparant zijn. Tegenover gebruikers, zodat zij weten hoe goed organisaties presteren. Maar ook tegenover die organisaties, zodat zij zichzelf kunnen verbeteren. Dat is uiteraard wat beleidsmakers verwachten. Mensen staan dus centraal, maar onze blik is ook altijd gericht op de toekomst: hoe kunnen we verandering op gang brengen?”

Recent werd het systeem grondig hervormd. De focus ligt niet langer op beschuldigen, wel op verbeteren.

“Traditioneel ligt de focus van toezicht en handhaving op het vinden van inbreuken. Maar wij wilden vooral onderzoeken hoe we betekenisvolle verandering op gang konden brengen. Daarvoor onderzochten we het lot van ziekenhuizen die onze laagste score hadden gekregen: inadequaat. Als zij benaderd waren vanuit een schuldidee, duurde het langer voor ze aan de slag gingen met het inspectieverslag. Het bleek veel effectiever om de nadruk te leggen op verbeterpunten en een mogelijk actieplan. We proberen nu vooral duidelijk te maken aan organisaties welke problemen zorggebruikers ondervinden en hoe ze die ervaring kunnen verbeteren.

Een ander aspect dat we hebben aangepast, is dat we nu veel meer proberen te anticiperen. Als we weten dat er ergens een probleem zit, zullen we de

organisatie veel sneller dan vroeger op de hoogte brengen. Daarnaast maken we ook meer gebruik van ‘soft power’: we laten het management van organisaties zelf nadenken over wat ze anders kunnen doen. In plaats van hen te ‘betrappen’ op fouten, willen we hen stimuleren om zelf verbetering aan te brengen. Daarnaast gaan we ook in gesprek met andere organisaties in de regio: we merken dat probleem X zich voordoet bij ziekenhuis Y, terwijl dat bij jullie wél goed loopt. Kunnen jullie hen misschien wat ondersteuning bieden?”

Hoe hebben jullie die hervorming aangepakt?

“Het is echt een proces van cocreatie geweest. Vanaf het prille begin hebben we zorggebruikers, zorgorganisaties en beleidsmakers samengebracht. Eerst werd er gepraat over wat zij van ons verwachtten. Interessant genoeg hadden ze allemaal andere verwachtingen. Beleidsmakers legden vooral de focus op het aanpakken van inbreuken, zorgorganisaties wilden in de eerste plaats ondersteuning en zorggebruikers pleitten voor actie. Door dat overleg kwamen we tot een missie waarin iedereen zich kon vinden, in een gemeenschappelijke taal. Uiteindelijk is dat een statement van 23 woorden geworden, maar daar hebben we wel zes maanden aan gewerkt. *(lacht)* We wilden dat iedereen echt begrijpt wat we zouden doen en waarom, en er ook 100% achter staat. Zo werden in overleg vijf sleutelvragen opgesteld die bij elke inspectie gebruikt kunnen worden en waarin alle partijen zich kunnen vinden: 1. Is de dienst veilig? 2. Is de dienst doeltreffend? 3. Is het een zorgzame dienst? 4. Reageert de dienst op wat gebruikers zeggen? 5. Wordt de dienst goed geleid?”

Hoe werkt de inspectie vandaag?

“Om te beslissen welke organisaties we gaan inspecteren, maken we risicoprofielen op. Dat doen we op basis van data, zoals klinische resultaten van ziekenhuizen.



Toezicht en handhaving werken niet vanuit een vacuüm. Als je betekenisvolle verandering teweeg wilt brengen, moet je eerlijk en transparant zijn

Chris Day

“Het gaat niet om de hoeveelheid klachten die een organisatie krijgt, maar om hoe ze daarmee omgaan”

Chris Day

Maar doordat we zoveel vertrouwen winnen bij de bevolking, krijgen we veel feedback over organisaties. En we beginnen ook sociale media te onderzoeken, om te zien waarover mensen praten. Als we besluiten om een organisatie te bezoeken - omdat die een risico-profiel heeft of omdat die net heel snel vooruitgang boekt - dan focussen we op verschillende categorieën. Maar de belangrijkste zijn de ervaringen van gebruikers én de feedback van het management. Het gaat niet om de hoeveelheid klachten die een organisatie krijgt, maar om hoe ze daarmee omgaan.”

Hoe proberen jullie verbetering in de zorg aan te wakkeren?

“Wij proberen vooral te begrijpen wat organisaties drijft om te veranderen. In onze nieuwsbrieven schrijven we vaak over goede praktijken, zoals organisaties die van een inadequate naar een uitstekende beoordeling evolueerden bijvoorbeeld. Zo toon je dat het mogelijk is om te verbeteren. We bieden ook veel informatie over boeiende nieuwe technologieën of werkmethodes die interessant kunnen zijn voor zorgaanbieders. En tot slot lanceren we geregeld themapublicaties. Zo was er onlangs een publicatie over spoedgevallen zorg en hoe artsen en verpleegkundigen daar nog efficiënter aan de slag kunnen, met een soort checklist. Doordat we zoveel inspecties doen, krijgen we een goed beeld van problemen in de verschillende sectoren, maar ook van mogelijke oplossingen. Dat is een groot voordeel.”

Hoe gaan jullie om met ernstige inbreuken?

“We zijn een onafhankelijke organisatie en we kunnen gelukkig ook actie ondernemen, zoals een boete opleggen of een voorziening sluiten. Als de veiligheid van gebruikers in het gedrang komt, moeten we uiteraard ingrijpen. De voorbije jaren hebben we bijvoorbeeld enkele voorzieningen voor personen met een beperking moeten sluiten. Daar heerste nog een heel gesloten cultuur, waar bewoners eigenlijk opgesloten werden, zoals in de instellingen uit de jaren 1950.

Daarnaast hebben we ook problemen gehad in de ouderenzorg: veel ouderen willen graag thuis blijven wonen, maar krijgen daarvoor niet altijd de juiste ondersteuning. Om dat te verbeteren, werken we nu samen met verschillende partners.

En tot slot zijn de materniteiten een heel moeilijke sector. Dat zijn traditioneel afdelingen die sterk geïsoleerd werken van de rest van het ziekenhuis, tenminste in het Verenigd Koninkrijk. Er zijn enkele tragische overlijdens van baby's geweest, omdat artsen verkeerde inschattingen hadden gemaakt en verpleegkundigen daar niet tegenin durfden te gaan. Daar is dus ook werk aan de winkel.”

Jullie houden ook sociale media in de gaten om signalen op te pikken.

“Daar zijn we inderdaad mee aan het experimenteren, zeker als het over die materniteiten gaat. We hebben hier bijvoorbeeld een erg populaire website, *Mumsnet*, waarop ouders hun ervaringen delen, ook over het ziekenhuis waar ze hun kind kregen. We merken dat we daar vaak signalen kunnen oppikken, vier tot zes maanden vóór er in die ziekenhuizen problemen worden gesignaleerd. Dat is niet onlogisch: meestal bespreken mensen hun bezorgdheden eerst met vrienden of familie en durven ze pas maanden later een klacht in te dienen. Maar zo krijgen wij dus wel met een zekere voorsprong interessante informatie. Even terzijde: ook over onze eigen diensten zien we soms klachten opduiken, die we uiteraard met eenzelfde openheid onderzoeken.”

Op welke domeinen ziet u nog de grootste uitdagingen?

“De gezondheidszorg in ons land staat erg onder druk, onder meer door de nasleep van de covidcrisis. We moeten er dus voor zorgen dat organisaties zichzelf proberen te verbeteren, terwijl ze sowieso al in heel precaire omstandigheden moeten werken: dat is een

grote uitdaging. Daarnaast proberen we steeds meer rekening te houden met de context waarin organisaties werken en de invloed van die context op hun prestaties. Neem nu bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Liverpool, een deel van Engeland met veel kansarmoede en gezondheidsproblemen: obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, kanker... Bovendien is de sociale zorg daar minder goed uitgebouwd dan in de rest van het land. De ziekenhuizen in die regio hebben het dus ook veel moeilijker. Je kunt hen niet zomaar vergelijken met ziekenhuizen in veel rijkere regio's, maar je moet vooral kijken naar de relatieve vooruitgang die ze boeken, kijkend naar de context waarin ze werken. We mogen niet alleen kijken naar wat er binnen de vier muren van een organisatie gebeurt, maar ook naar de gemeenschap waarin die organisatie werkt en hoe die daarop inspeelt.”

“Aan ons missie-statement van 23 woorden hebben we zes maanden gewerkt. We wilden dat alle partijen er 100% achter staan

Chris Day

Is jouw patiënt slachtoffer van mensenhandel?

Studies tonen aan dat minstens 25% van de slachtoffers van mensenhandel in Europa in contact komt met gezondheidszorgmedewerkers. Ze worden echter amper of niet als dusdanig herkend of doorverwezen. In België werd de afgelopen jaren slechts 2% van de gevallen van mensenhandel ontdekt in de gezondheidszorg. Veel gezondheidswerkers zijn waarschijnlijk al in contact gekomen met slachtoffers van mensenhandel, maar ze weten vaak niet met wie ze contact moeten opnemen en hoe ze de patiënt moeten benaderen. Daarom lanceert het door de EU gefinancierde project Amelie de campagne “Is jouw patiënt slachtoffer van mensenhandel?” Naast sensibilisering zijn er infographics en gratis e-learning voor gezondheidswerkers om mensenhandel te leren herkennen en erop te reageren.

“Toen ik eindelijk naar de dokter mocht, was mijn baas er altijd bij. Hij vertelde de dokter dat hij mijn buurman was en dat hij voor mij zou vertalen. Hij liet me niet praten. Hij beantwoordde elke vraag.”

Uw patiënt zou een slachtoffer van mensenhandel kunnen zijn.

[LEER MEER](#)

Partners: AMELIE, SOLWODI, AM, COC, KMO, SORJA, INEVA, etc.

Avec le soutien de: AM, COC, KMO, SORJA, INEVA, etc.

Decision van de Europese Commissie met steun van het Europees Parlement voor de uitwerking van de campagne. De tekst geeft de voorkeur aan de andere taal in de Europese Unie met voorkeursrechtelijke rechten. Het is niet bedoeld om te worden gebruikt voor andere commerciële doeleinden.

Co-funded by the European Union



Scan de QR-code en leer mensenhandel te herkennen en erop te reageren

Wil je de e-cursus integreren in het eigen leerplatform, of campagnematerialen aanvragen om in jouw organisatie mee het bewustzijn te verspreiden, contacteer ons dan via communicatie@zorgneticuro.be.

10 vragen aan de zorgwijze

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Op 18-jarige leeftijd wist ik eigenlijk niet wat zorg inhield. Maar ik was de oudste van vijf kinderen, met alleen maar broers. Ik vermoed dat ik toen spontaan besloot om voor anderen te zorgen.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

In geen enkele opleiding kan je echt leren hoe je met moeilijke momenten moet omgaan in de zorg. Op school krijg je te horen dat je jezelf moet wegcijferen en dat je de emotionele last die de zorgvrager op je legt, moet laten binnensijpelen. De fysieke aspecten van zorg kan je wel technisch leren.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Ik heb geleerd dat als je je kwetsbaar opstelt, je misbruikt kunt worden. Als je daarvan leert, wordt dat je sterkte.

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

Natuurlijk, de zorg kan altijd verbeterd worden. Maar zorg verbeteren betekent ook dat je je kwetsbaarheid onder controle moet houden. Pas dan kun je op een betrokken manier de zorg verbeteren, en niet vanuit empathie.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik zorg ervoor dat ik niet over mijn grenzen ga, omdat ik heb geleerd dat dit zowel mijn lichaam als geest beïnvloedt. En dat gaat dan ten koste van de zorg die ik kan bieden.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Veel dingen bezorgen me een glimlach. Van chagrijnige mensen tot betrokken mensen. Ook de manier waarop sommige patiënten met hun ziekte omgaan: met humor en realiteit.

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Ik lees geen boeken die met zorg te maken hebben. Ik hou van kunst, maar dat heeft niets met mijn beroep te maken.

8 Welke droom koestert u?

Wanneer u dit leest, ben ik normaal gesproken net met pensioen. Toch wil ook op mijn 69ste blijven werken, maar dan op het tempo dat ik wil. Verder wil ik vooral avontuurlijke reizen maken, iets wat ik al een tijdje niet meer heb kunnen doen vanwege de coronapandemie.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Thuisverpleging Blockx, mijn praktijk, heb ik begin oktober doorgegeven aan een organisatie die na veertig jaar de visie en passie van mij overneemt. Zo heb ik mijn oude dag al wat voorbereid. Let op: ik blijf nog verder werken, maar dan zonder de verantwoordelijkheid te moeten nemen over 22 verpleegkundigen. Ik maak graag wat extra tijd voor enkele avontuurlijke reizen.

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

May Blockx duidde geen volgende Zorgwijze aan. De Zorgwijzerredactie gaf dus zelf de zorgfakkel door. De volgende zorgwijze wordt Mia Decaestecker. Zij is voorzitter van vzw Zilvervogel, een groep van woonzorgcentra en assistentiewoningen in West-Vlaanderen.

“Veel dingen bezorgen me een glimlach. Van chagrijnige mensen tot betrokken mensen. Ook de manier waarop sommige patiënten met hun ziekte omgaan: met humor en realiteit”

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. An Coucke gaf de fakkel door aan May Blockx. Zij startte in 1984 'Thuisverpleging Blockx', een organisatie die uitgroeide van een eenmanszaak tot een groepspraktijk met 22 verpleegkundigen. May Blockx combineert haar praktijk met haar werk in de jeugdgevangenis van Everberg. Bovendien geeft ze regelmatig les aan verschillende groepen, waaronder gezinshulpen en OCMW-medewerkers.





“Vertrek vanuit een onderzoekende, nieuwsgierige houding”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: JAN LOCUS

Wat is LGBTQI+? Wat is gender en seksuele diversiteit? Het zijn vragen die niet alleen relevant zijn voor het dagelijkse leven, maar ook voor wie in de zorg werkt. Hoe kan je dat in je handelen omzetten? Hoe kan een huisarts op een inclusieve manier te werk gaan? Domus Medica werkte samen met çavaria, Transgender Infopunt UGent en Faculteit Seksuele Reproductieve Gezondheid UGent een project uit rond LGBTQI+ inclusieve huisartsenpraktijk. Het is een houvast en wegwijzer voor iedereen in het zorglandschap dat tot stand kwam dankzij het Instituut voor de Gelijkheid van Mannen en Vrouwen.



“ Het is niet erg om fouten te maken, het gaat niet om correctheid tot op de letter, het gaat om erkenning”

Anna Paeshuyse

“Wij zien dat er heel wat drempels zijn binnen de hulpverlening voor LGBTQI+ personen en daarnaast geven hulpverleners zelf aan dat ze een gebrek aan kennis hebben”, vertelt Helena Broekaert, expertisedomeinverantwoordelijke Preventie & Gezondheids promotie bij Domus Medica. “Wij contacteerden huisartsen die al expertise hadden in deze materie of zij hun dagelijkse praktijkervaring mee in het project wilden steken.”

Anna Paeshuyse is KLIQ-trainer bij çavaria en gaf vormingen aan de LOKgroepen van huisartsen. “LGBTQI+ sensitief handelen gaat over rekening houden met de specifieke noden van de doelgroep, die breed uiteen lopen. Je moet je er als zorgverlener bewust van zijn dat er veel diversiteit is op vlak van genderidentiteit, seksuele oriëntatie en seksekenmerken”





Waar sta ik hierin? Hoe denk ik er zelf over? Vind ik het moeilijk om erover te praten? Gewoon al die oefening doen in zelfbewustzijn is zo waardevol”

Helena Broekaert

Waarom richten jullie zich specifiek naar huisartspraktijken?

Helena Broekaert: “Huisartsen zijn nog steeds de spilfiguren binnen de eerste lijn. Tel daarbij dat het eerste contact van essentieel belang is voor de continuïteit in de zorg. Huisartsen en zorgverleners moeten weten op welke manieren ze kunnen reageren en in gesprek gaan. Het is niet erg om fouten te maken, het gaat niet om correctheid tot op de letter, het gaat om erkenning. ‘Sorry dat ik daarnet op die manier reageerde. Misschien was dat niet correct, kan jij mij helpen?’”

Anna Paeshuysse: “Niet enkel dat eerste contact is belangrijk, eerstelijnsverleners moeten beseffen dat het niet werkt om iedereen op dezelfde manier zorg te verlenen. Er zijn specifieke noden, ook bij LGBTQI+ personen. Daarom moet je niet elk detail van de doelgroep kennen, maar een basiskennis over het thema helpt om rekening te houden met verschillende identiteiten. Bijvoorbeeld het besef dat niet iedereen zich man of vrouw voelt, maar dat er mensen zijn die zich op een andere manier identificeren. We willen ook vermijden dat huisartsen de patiënt gebruiken als enige informatiebron. Zorgverleners stellen de patiënt vaak veel vragen over een thema waar ze niet thuis in zijn, terwijl die persoon bij de hulpverlener komt vanuit een hulpvraag en dat de relatie hierdoor omgedraaid kan worden.”

Stoten LGBTQI+ personen op veel negatieve ervaringen?

Anna Paeshuysse: “Er heerst vooral veel onwetendheid over alles wat te maken heeft met genderidentiteit en niet binnen de norm valt van cisgender mannen en vrouwen. Denk maar aan artsen die de officiële naam van transpersonen blijven gebruiken of niet de juiste voornaamwoorden gebruiken. Ik heb het niet over een foutje, dat kan gebeuren en dat is oké. Als huisartsen actief proberen de nieuwe naam en de voornaamwoorden te gebruiken, wordt dat als heel positief ervaren, want het getuigt van respect. Het gaat over

kwetsende gevallen waarbij hulpverleners zich niet willen of kunnen inleven en de oude naam en voor-naamwoorden blijven gebruiken.

Ook holebi personen moeten vaak opboksen tegen ingebakken vooroordelen en stereotypen. Zo worden er aan homoseksuele personen vaak veel meer vragen gesteld over hun seksuele relaties vanuit het idee dat ze meer wisselende partners en vaker onveilige seks hebben. Diezelfde vragen worden vaak bij hetero-personen niet gesteld. Die denkbeelden zijn schadelijk en verhogen de drempel naar de hulpverlening alleen maar.”

Helena Broekaert: “Het werkt ook in omgekeerde richting. Een slechte ervaring kan bij een patiënt lang doorwegen, maar dat geldt ook voor de hulpverlener. Wanneer een huisarts geconfronteerd wordt met een boze patiënt omdat er niet gehandeld werd zoals die voor ogen had, kan dat ook resulteren in een terughoudendheid bij de huisarts zelf. Daarom is die informatieve kennis broodnodig.”

Wat maakt dat de zorg niet altijd toegankelijk of sensitief is?

Anna Paeshuysse: “Veel vloeit voort uit schrik en de ervaring om niet begrepen, anders bekeken of soms ook gediscrimineerd te worden. LGBTQI+ zijn is nog steeds niet de norm. Wat betekent dat je steeds een coming-out moet doen tegenover je hulpverlener en je weet nooit op voorhand hoe die zal reageren. De schrik die daarmee gepaard gaat en de negatieve ervaringen die personen al hadden binnen de hulpverlening zorgen ervoor dat de drempels enkel groter worden. Ons zorgsysteem is nog niet afgestemd op genderdiverse personen. Trans mannen kunnen bijvoorbeeld op moeilijkheden stuiten bij het uitbetalen van hun uitstrijkje.”

Helena Broekaert: “De expertise van toegankelijke zorg moet ook niet enkel bij de huisartsen liggen. Het is perfect om aan te geven dat je bekend bent met het

zorglandschap en door te verwijzen. Gewoon al weten naar waar je mensen kan doorverwijzen is ook al heel helpend.”

Anna Paeshuysse: “Het is essentieel om je bewust te zijn van het feit dat er veel diversiteit is rond gender, seksualiteit en seksekenmerken. Veel mensen halen aspecten van gender- en seksuele diversiteit door elkaar. In een vorming starten we altijd met het onderscheid te maken tussen geslacht, genderidentiteit, genderexpressie en seksuele oriëntatie. Dat zijn de vier grote bouwstenen, die we expliciet uit elkaar halen. Op die manier is het helder dat genderidentiteit niets te maken heeft met je sekse kenmerken.

De info- en luisterlijn ‘Lumi’ van çavaria heeft een website waar alle informatie helder is samengevat, ook specifiek voor hulpverleners. çavaria publiceert jaarlijks een woordenlijst waarin alle termen over en uit de community worden opgelijst en uitgelegd. Ook het instrument Genderkoek legt helder het verschil uit tussen de vier grote bouwstenen. Wanneer het specifiek gaat over trans- en non-binaire personen vind je bij Transgender Infopunt heel veel informatie, zowel op vlak van woordenschat als praktische tips bij bijvoorbeeld de aanmaak van een registratieformulier.”

Wat kan een zorgverlener heel concreet doen?

Anna Paeshuysse: “Hulpverleners moeten beseffen dat een bepaalde basiskennis nodig is. Het is niet de bedoeling om alle mogelijke labels voor genderidentiteiten uit het hoofd te kennen, maar een zekere kennis van gender en seksuele diversiteit is heel waardevol. Signaleer dat je openstaat voor diversiteit en gesprekken over dit thema. Je hoeft daarvoor niet alles te kennen, maar vertrek vanuit een onderzoekende houding.

Stel dat je een nieuwe patiënt over de vloer krijgt, dan kan je die op een inclusieve manier registreren. Gebruik de roepnaam van de persoon in plaats van



enkel de officiële naam. Voorzie een vakje om voornaamwoorden aan te duiden en ga na of er meer dan twee opties zijn als het gaat over geslacht of gender. Spreek patiënten die je nog niet kent niet onmiddellijk aan met meneer of mevrouw. Het zijn kleine aandachtspuntjes, die soms wat oefening vergen, maar veel kunnen betekenen.”

Helena Broekaert: “Een open en empathische attitude en een nieuwsgierige, onderzoekende houding worden geapprecieerd door patiënten. Niet enkel bij LGBTQI+ personen, maar bijvoorbeeld ook bij cultuurdiversiteit. Kunnen begrijpen waarom er iets gevoelig ligt.”

Anna Paeshuysse: “Probeer niet uit te gaan van de labels die je zelf op iemand plakt. En geen zorgen, we doen dat allemaal. Je ziet iemand en onbewust heb je al een aantal inschattingen gemaakt over die persoon. Gender is daarbij een van de eerste hokjes die we invullen. Dat gaat vaak onbewust, tot we een persoon ontmoeten die zich kleedt of gedraagt op een manier waardoor je het niet kan uitmaken.

Ga ervan uit dat je het niet kan weten. Je kan aan mensen niet zien of ze hetero zijn of niet, of ze cisgender zijn of niet. Vertrek vanuit een onderzoekende houding waarbij je je bewust bent van je eigen stereotypen en vooroordelen. Het is niet dramatisch dat die er zijn, maar je er bewust van zijn helpt je om op een respectvolle manier met patiënten om te gaan.”

Helena Broekaert: “Heb geen schrik om het gesprek te voeren, en maak thema’s bespreekbaar. Signaleer met een sticker of affiche dat de praktijk op een LGBTQI+ inclusieve manier werkt, wat de drempel voor de patiënt aanzienlijk verlaagt om iets over hun identiteit te delen. Maar denk ook na over praktische zaken zoals inclusieve administratie en communicatie. Hoe spreek je mensen per mail of via de telefoon aan? Doe je dit gegenderd of niet? Hoe deel je de sanitaire voorzieningen in? Moet er echt een mannetje of een vrouwtje op de toiletdeur hangen?”

Anna Paeshuysse: “Spijker je kennis bij en weet waar je terecht kan om iemand door te verwijzen, maar ook wanneer je zelf nood hebt aan meer achtergrond. Wees je er ook bewust van dat een medisch onderzoek

“Het is essentieel om je bewust te zijn van het feit dat er veel diversiteit is rond gender, seksualiteit en seksekenmerken”

Anna Paeshuysse

bij bepaalde personen voor veel stress kan zorgen. Ook daar kan opnieuw die geruststellende en open houding heel fijn zijn. Bijvoorbeeld door te vragen ‘is het oké als ik deze regio als uw borst benoem?’

Oefen je in de genderneutrale voornaamwoorden. Het voelt wat vreemd, want het is een aanpassing in onze taal. Probeer bijvoorbeeld in een overleg enkel met de genderneutrale voornaamwoorden te spreken. Zo ervaar je hoe het voelt, krijg je het wat in je vingers en is het een veilig experiment in plaats van een bedreiging.”



Helena Broekaert: “Vermijd de eventuele confrontatie niet. Durf je te verontschuldigen wanneer je een fout maakte. Fouten maken kan gebeuren, niemand neemt je dat kwalijk. Het gaat vooral over hoe je omgaat en open communicatie om nadien in gesprek te gaan.

Het is een heel breed thema en er is nog zoveel dat we nog beter kunnen doen, maar dit project plantte al veel zaadjes. Door het onder de aandacht te brengen hoop ik dat hulpverleners zelfinzicht krijgen. Waar sta ik hierin? Hoe denk ik er zelf over? Vind ik het moeilijk om erover te praten? Gewoon al die oefening doen in zelfbewustzijn is zo waardevol.”



**Dossier LGBTQI+ sensitief
handelen in de huisartsenpraktijk**

Scan de QR-code.

Meer info:

www.lumi.be

www.cavaria.be/woordenlijst

www.cavaria.be/genderkoek

www.transgenderinfo.be


GGZ-PROJECTEN SOCIALE HUISVESTING

“Aanklampende zorg om de meest kwetsbaren te bereiken”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: SOPHIE NUYTEN

Meer mensen dan we denken, kampen met psychische problemen. Niet iedereen vindt of zoekt daarbij gepaste hulp. Soms is er zelfs sprake van actieve vermijding van zorg. Dat hoeft niet altijd een probleem te zijn, maar soms kan het leiden tot zorgwekkende situaties zoals een dreigende uithuiszetting. Om dat te ondervangen en te voorkomen dat mensen door psychische problemen op straat komen te staan, ondernam de Vlaamse overheid actie. Via aanklampende zorg wordt actief op zoek gegaan naar de groep van 'zorgmijders'. Diane Geerts, directeur beschut wonen Kempen, en Anne de Vries, teamcoördinator Eigen Kracht Wonen (EKWo) – het project aanklampende zorg in netwerk RELING (Limburg) – geven meer uitleg.





318 SOCIALE DIENST

“Wij nemen de tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Vanuit dat vertrouwen lukt het vaak om tot de kern van het probleem te komen en eventuele psychische kwetsuren aan te raken”

Anne de Vries

Aanklappende zorg aanbieden bij zorgmijders, wat is dat precies?

Anne de Vries: “Met ons project komen we als hulpverleners tot bij de mensen thuis, zelfs als de persoon daar niet om vraagt. Soms kan je niet blijven wachten tot iemand zichzelf meldt met een hulpvraag. De meest kwetsbaren komen niet naar een zorgverlener. Dat wil niet zeggen dat we geen verantwoordelijkheid hebben om die mensen te helpen. Het is trouwens niet altijd zo dat ze bewust geen zorg willen. Ik heb het dan ook lastig met het woord ‘zorgmijders’, dat de ‘schuld’ legt bij de persoon zelf, terwijl onze zorgsector heel wat drempels kent. We scharen ons te vaak achter een zogenaamd tekort aan motivatie bij de zorgvrager. Je moet best sterk zijn om de juiste hulpverlening te vinden.

Mensen moeten in een onoverzichtelijk aanbod zelf hun weg zoeken en hun vraag goed kennen. Daarnaast werken we nog dikwijls in hokjes waardoor heel wat mensen met complexe problemen nergens meer thuis horen. Die geven hun zoektocht dan weleens op, met soms desastreuze gevolgen. Ook hebben zogenaamde zorgmijders vaak negatieve ervaringen met hulpverlening. In dat geval hebben we iets goed te maken. We zien ook mensen die zogenaamd ‘uitbehandeld’ zijn, maar waar de omgeving wel in die mate last van heeft dat er iets moet gebeuren.”

Diane Geerts: “Waar vroeger het CAW bij woningvervuiling aan preventieve woonbegeleiding deed met de toestemming van de cliënt, gaan we met dit project verder. We doen aan bemoeizorg bij huurders met psychische problemen, ook zonder directe toestemming. In de manier om ze toch aan boord te krijgen, zijn we bijzonder creatief.”

Anne de Vries: “Van een persoon die voldoende bekwaam is, verwachten we dat hij zijn zorgvraag zelf ergens stelt. De mensen die wij zien, hebben echter vaak meerdere en complexe psychische problemen waardoor dat minder goed lukt. Het kan ook zijn dat ze minder goed kunnen inschatten dat er hulp nodig is. We spreken dan over een verminderde beslissingsbekwaamheid. In dat geval



gaan we in ‘aanklampen’. Dat kan gaan van ‘verleiden met een zorgaanbod’ tot ons echt ‘moeien’, wanneer we voelen dat iemand niet meer helder kan denken. We empoweren. Enkel in de meest extreme gevallen nemen we over. Ons doel is om gedwongen opnames te voorkomen.”

Hoe gaat het aanklampend werken precies in zijn werk?

Anne de Vries: “Het sociaal verhuurkantoor of de woonmaatschappij meldt de huurders aan bij ons. Zij sturen een huurbegeleider voor een huisbezoek en wij gaan mee. Dat moet een transparant gesprek zijn. De huurbegeleider legt het probleem op tafel, zodat ook wij de nodige informatie hebben. Het is dan aan ons om te motiveren om een verder traject aan te gaan. In 9 op de 10 gevallen lukt dat. Hiervan stroomt 60% door naar de reguliere zorg.”

Diane Geerts: “Onze medewerkers moeten *out of the box* kunnen denken om contacten te leggen met de mensen die een sociale verhuurder ons signaleert. Als ze de deur niet open doen, kunnen we ze misschien elders treffen, bijvoorbeeld bij het ocmw. Soms kan het werken om brood en beleg bij te hebben om een band op te bouwen. De nood die de sociale verhuurder aankaart, is immers meestal niet de echte nood. Vaak zitten er heel andere problemen achter, zoals armoede. Dat brood kan dan voor een eerste contact

zorgen. De dreiging van uithuiszetting kan voor iemand ook meespelen. Een boodschap die wij niet geven, maar die een hefboom kan zijn om met ons verder te gaan. Onze taak is om vertrouwen op te bouwen.”

Hoe bouwen jullie dat vertrouwen op?

Anne de Vries: “De sociale verhuurder neemt de ‘strengere rol’ op zich en de hulpverlener krijgt de ruimte om naast de huurder te gaan staan en samen te zoeken hoe de ‘lastige’ huisbaas weg te houden. Wij nemen de tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Vanuit dat vertrouwen lukt het vaak om tot de kern van het probleem te komen en eventuele psychische kwetsuren aan te raken.”

Diane Geerts: “Vaak bouwen we die vertrouwensband op vanuit heel praktische dingen, zoals meerijden naar het containerpark of mee boodschappen doen. Wijzen op slingerend huisvuil of andere overlast, werkt niet. We proberen eerst in te gaan op wat er echt speelt. Enkel dan kunnen we de problemen van overlast bespreken en aanpakken.”

Anne de Vries: “Wij wijzen niet met het vingertje. Als iemand bijvoorbeeld een alcoholprobleem heeft, zullen wij daar niet meteen op gaan hameren als dat voor hem geen issue is. We proberen eerst verbinding te maken door te luisteren naar wat er voor hen wél belangrijk is. We werken heel vraaggestuurd en dringen



“95% van de zorgwekkende zorgmijders die wij actief begeleid hebben, konden hun woning behouden”

Diane Geerts



geen zaken op, maar gaan in op wat mensen zelf aanbrengen. Dat kan totaal iets anders zijn dan het probleem dat ons gemeld is. Eens er vertrouwen is, heb je een basis om over minder leuke dingen te spreken zoals de verslaving. Vanuit een goede band lukt het vaak om te reflecteren over het gestelde gedrag en te motiveren tot verandering. Dan kan je bruggen leggen naar helpende instanties. We sturen de mensen daarbij niet alleen op pad. Wij gaan in het begin mee als dit drempelverlagend is. Overdracht naar reguliere zorg kan immers moeilijk zijn. Als mensen met ons in contact komen in een erbarmelijke situatie, is het niet evident om elkaar nadien weer los te laten. Bovendien komen wij aan huis, zijn we kosteloos en kijken we niet op van een vergeten afspraak of dichte deur. In de reguliere zorg liggen de verwachtingen vaak hoger. We zorgen daarom voor een warme overdracht.”

Hoe bepaal je of iemand zorg nodig heeft? Is dat niet subjectief?

Anne de Vries: “We hebben heel wat tools die ons helpen om te bepalen of iemand zorg nodig heeft. Het is dus zeker niet subjectief. Zo vertrekken we vanuit concepten als beslissingsbekwaamheid en zelfredzaamheid. We kijken naar de mate waarin iemand verantwoordelijkheid kan opnemen. Iemand die erg psychotisch is, kan bijvoorbeeld minder verantwoordelijkheid opnemen dan iemand die omwille van zijn

persoonlijkheid lak heeft aan alles. Die laatste zullen we niet intensief begeleiden, maar wel adviseren als die daar zelf voor openstaat. Zo iemand moet je niet aanklappen. Soms komen we bij mensen waarvan blijkt dat ze toch al in begeleiding zijn bij een GGZ-partner. Dan vragen we of we contact mogen opnemen met de betrokken dienst. Wij laten het dan los. Het is zeker niet zo dat we eender wie aanspreken. Een interdisciplinair team maakt die beslissingen, eventueel in overleg met een psychiater.”

Waarom focust het project op sociale huisvesting?

Diane Geerts: “Wanneer er overlast is bij sociale huisvesting, waren er vroeger weinig opties en werd er al snel naar de vrederechter gegaan om die persoon uit huis te zetten. Nochtans zit er achter overlast weleens een ander probleem. Een vervuilde woning kan ontstaan vanuit geestelijke gezondheidsproblemen en kan met een juiste behandeling worden opgelost.”

Anne de Vries: “Uithuiszettingen moeten we voorkomen, zeker bij de meest kwetsbaren. Iemand zonder woning kan niet meer deelnemen aan de maatschappij. Een woning is de basis voor herstel zoals het Housing first-principe onderstreept. Als je enkel bezig bent met het vinden van een veilige slaapplek, heb je weinig mentale ruimte voor sociale contacten,

“We doen aan bemoeizorg bij huurders met psychische problemen, ook zonder directe toestemming”

Diane Geerts

medische behandelingen enz. Wij vertrekken van het menselijke aspect, al is er ook een economisch aspect. Volgens een onderzoek van de ULB kost een dakloze in Brussel de stad 41.000 euro per jaar. Als die dakloze ook nog eens een middelenverslaving heeft, kan dat oplopen tot meer dan 80.000 euro.”

Werken jullie met veel organisaties samen?

Diane Geerts: “De projecten zijn gestart vanuit dreigende uithuiszettingen die kunnen leiden tot dakloosheid. Daarom werken we samen met de preventieve woonbegeleiding van het CAW. Die dienst heeft als opdracht tussen te komen bij huurachterstal of verwaarlozing van de sociale woning. Een dienst die al lang bestaat, maar expertise rond psychische aandoeningen miste. In dit project brengen we elkaars expertise samen. Afhankelijk van de situatie gaat het CAW langs of wij vanuit GGZ. Soms gaan we in duo. Ook onze eigen samenwerking is belangrijk. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een psychiater mee aan huis gaat. Daarnaast zijn er ook federale middelen om via mobiele teams aanklampende zorg te verlenen. Helaas gelden hier heel andere regels waardoor er in sommige regio's naast elkaar wordt gewerkt. Het is echt belangrijk dat de federale en Vlaamse regelgeving op elkaar worden afgestemd.”

Hebben jullie zicht op het effect van jullie werking?

Anne de Vries: “Het is niet altijd meetbaar of het onze interventie is die een uithuiszetting heeft vermeden, of dat er andere factoren meespeelden. Maar 95% van de zorgwekkende zorgmijders die wij actief begeleiden hebben, konden hun woning behouden.”

Diane Geerts: “Ondanks onze financiering van maar 2 VTE's, boeken we mooie resultaten. We hebben geen specifieke zorgopdracht. We moeten verleiden en toeleiden. Het vraagt tijd om vertrouwen op te bouwen. Daarvoor moeten we vaak meermaals aan de deur staan.”

Anne de Vries: “Onze gemiddelde begeleidingstijd is 9 maanden. Nadat er vertrouwen is, moeten we ook mee verbinden naar andere organisaties en dat kan veel

tijd kosten. Niet elke organisatie zit op hen te wachten. Onze doelgroep heeft geen hoge aanbaarheidsfactor en wordt soms ervaren als ‘lastig.’”

Hebben jullie zicht op de toekomst van jullie projecten?

Diane Geerts: “Nee. We zijn nu zo'n vijf jaar bezig met dit project en het is nog altijd niet duidelijk of het wordt gecontinueerd. Het wordt tijd dat dit een structurele werking wordt. De onzekerheid voor onze medewerkers duurt voort, terwijl we hen net willen motiveren om te blijven. Maar weinig mensen willen dit werk doen. We hebben echt heel specifieke profielen nodig. Dak- en thuisloosheid is trouwens een groeiend probleem, niet enkel in de stad. Ook op het platteland zijn de cijfers schrijnend. Het gaat bij dak- en thuislozen trouwens niet alleen over mensen die op straat wonen. Ook mensen die in een opvangsetting verblijven omdat ze geen thuis hebben, de zogenaamde sofaslapers ... 23,5% van deze groep is trouwens tussen de 16 en 25 jaar. Helaas hebben ze de projecten voor jongvolwassenen binnen GGZ stopgezet.”

Anne de Vries: “De verkokering van de zorg maakt dat heel veel mensen uit de boot vallen. De afbouw van psychiatrische bedden ging sneller dan de komst van mobiele alternatieven. Heel wat mensen blijven omkadering nodig hebben en die volgt niet in dezelfde mate. Daarnaast is er minder tolerantie in de maatschappij. Waar we vroeger ‘de dorpsgek’ hadden die we aanvaardden, wordt nu al snel een wijkagent afgestuurd op iemand met ‘afwijkend’ gedrag. Dus ja, in het licht van de verharding van de samenleving is onze werking nodig om mensen een laatste reddingsboei te kunnen toewerpen.”

Diane Geerts: “Op dit moment kan enkel een sociale verhuurder een zorgwekkende situatie melden bij ons. Het is daarbij belangrijk dat ze dat tijdig doen zodat we nog ruimte hebben om de persoon te begeleiden en de problemen aan te pakken. We hopen dat we dit kunnen uitbreiden. Zorgmijders zijn er uiteraard ook buiten de sociale verhuur en daarom moeten we aanklampende zorg verder uitbreiden.”

HOOFDVERPLEEGKUNDIGE GEERT BERDEN

“Agressie staat niet los van ons overbelaste zorgsysteem”

TEKST: THOMAS DETOMBE
BEELD: TINI CLEEMPUT



“*In bepaalde ziekenhuizen heerst nog altijd een zwijgcultuur. Medewerkers worden te weinig aangemoedigd om incidenten te melden. Of erger: men raadt rapportering af*”

Geert Berden

Geert Berden, hoofdverpleegkundige op een spoedgevallendienst, ijvert al ruim 28 jaar voor een beter agressiebeleid in de Belgische zorg. Communicatie met de patiënt, vorming en technologische ondersteuning zijn volgens hem cruciaal, net zoals een meldcultuur én een overkoepelend meldpunt. “De overtuiging dat agressie *erbij hoort*, is problematisch.”

De voorbije tijd was Geert Berden initiatiefnemer van de werkgroep Agressie in de Zorg en opleider in (onder meer) veiligheid en agressiebeheersing. Hij werkte zijn hele carrière als spoedverpleegkundige. Daarvoor ook als ambulancier. “Twee contexten waar verbaal en fysiek geweld dagelijkse kost zijn”, begint hij. “Ik maakte al wat mee: vuurwapens, messen, buitensporige verbale agressie enz. Dat ik er vandaag anders mee om ga dan vroeger, is vooral een gevolg van ervaring en opleiding. Op de duur handel je veel voorzichtiger in risicovolle situaties. Al went het nooit helemaal. Je moet altijd alert blijven.”

Samen met andere sectorvertegenwoordigers bezocht hij federale, Vlaamse en Franstalige kabinetten. Vanuit die bezoeken ontstonden de werkgroep Agressie in de Zorg en enkele concrete verbeterpunten. De werkgroep bepleit een overkoepelend meldbeleid, meer wetenschappelijk onderzoek & vorming en een lik-op-stukaanpak. “Er ligt veel werk op de plank”, beseft Berden. “Gelukkig voel je dat agressie hoog op de agenda staat. Dat gevoel van urgentie is een eerste, noodzakelijke stap.”

Was agressie vroeger dan geen prioriteit?

“Wel woordelijk, maar niet altijd in de praktijk. In bepaalde ziekenhuizen heerst trouwens nog altijd een zwijgcultuur. Medewerkers worden te weinig aangemoedigd om incidenten te melden. Of erger: men raadt rapportering af. Zo groeit de overtuiging dat agressie *erbij hoort*, als *part of the job*. Dat is problematisch. Ik begrijp dat directies bang zijn voor slechte reclame, maar doodzwijgen heeft geen zin, integendeel. Op termijn leidt het tot een uitstroom van ontevreden hulpverleners. Niemand wint daarbij.”

Is agressie vandaag een groter probleem dan enkele jaren terug?

“Alles wijst in die richting. Een bevraging van Nursing uit 2021 wees uit dat 9 op 10 verpleegkundigen in het afgelopen jaar verbaal belaagd werd. Bijna 6 op 10 onder hen sprak over fysieke agressie. Een herhalingsonderzoek van de Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen kwam tot vergelijkbare cijfers. België volgt de internationale trend. En die trend is negatief, leert een ICN-bevraging uit 2022: deelnemende hulpverleners ervoeren een stijging van 58% sinds de start van corona.”

Toch moet je opletten met cijfers. In Vlaamse ziekenhuizen stelt de politie meer PV's op dan in Waalse. Wil dat zeggen dat het probleem in Vlaanderen groter is of zijn er andere verklaringen? Misschien contacteren Vlaamse ziekenhuizen sneller de politie, of gaan Vlaamse agenten sneller over tot de opmaak van een PV? Hetzelfde geldt voor het toenemend aantal meldingen door artsen. Weerspiegelt die groei meer agressie of melden artsen sneller dan vroeger? Je moet elk cijfer kritisch tegen het licht houden.”



Welke zorgberoepen worden het meest getroffen?

“Jonge zorgverleners zijn kwetsbaar. We weten dat dementie en een psychische kwetsbaarheid de kans op gedragsproblemen en risicovolle situaties verhogen. Dat is meestal onbedoelde agressie, passend in een bepaald ziektebeeld. Op spoedafdelingen zie je vaker instrumentele agressie. Schreeuwen, dreigen of gewelddadig gedrag als pogingen om sneller aan de beurt te komen, bijvoorbeeld. Die toenemende *hufferigheid*, zoals de Nederlandse onderzoeker Caroline Koetsenruijter het noemt, weerspiegelt een breder maatschappelijk probleem. Want ook politie, buschauffeurs, ambtenaren en andere contactberoepen liggen in de vuurlinie. Wie alleen werkt, denk aan thuisverpleegkundigen of huisartsen op ronde, moet extra waakzaam zijn. In een ziekenhuis of groepspraktijk is er meestal snel hulp. Maar wat als je bedreigd wordt op huisbezoek? Voor die hulpverleners is een personaalalarm een must.

Helaas staat agressie niet los van ons zorgsysteem. Hulpverleners staan overall onder druk, wachttijden groeien. Wie een somatisch of psychologisch probleem heeft, wil snel geholpen worden. Die belofte kan ons systeem minder goed waarmaken. Vandaag ligt de drempel tot hulp onmiskenbaar hoger dan vroeger. Dat leidt tot frustratie. Pijn, onmacht of radeloosheid bij zorgvragers vormen mee de voedingsbodem van agressie en incidenten. Zo dreigt een vicieuze cirkel te ontstaan. Daarin leidt agressie tegen zorgverleners tot een hogere uitstroom, wat het systeem nog meer overbelast.”

Hoe ga je best om met agressie?

“Alles begint bij het tijdig herkennen van stresssituaties. Een volle, gefrustreerde wachtzaal kan je moeilijk negeren. Communiceer open en helder over eventuele



**“Een ontspannen
lichaamstaal
ontmijnt, terwijl
een geïrriteerde
houding tot
confrontaties
leidt”**

Geert Berden



vertragingen en geef - in de mate van het mogelijke - tussentijdse updates. Als een patiënt verbaal protest aantekent, ga je in gesprek. Je toon en lichaamsstaal zijn cruciaal. Een ontspannen, rustige houding ontmijnt, terwijl een geïrriteerde houding sneller tot confrontaties leidt. Zowel wat je zegt als hoe je het zegt, doen ertoe. Erken dat de lange wachttijd niet fijn is, maar begrens ook. Zeker personen onder invloed hebben die grens vaak nodig. Geef aan dat je onmogelijk hulp zal kunnen bieden als hij of zij niet kalmeert. Als dat niet helpt, pleit ik voor een lik-op-stukbeleid. Dan weiger je iemand te helpen omwille van verbale of fysieke belaging. Dat geldt uiteraard alleen bij niet-dringende hulp waarvoor de patiënt ook elders terecht kan.

Op organisatieniveau kan je investeren in communicatie met de patiënt, vorming en technologische ondersteuning zoals personalarmon en camera's. Ook een gezonde meldcultuur is belangrijk. Weten hoe vaak agressie voorvalt, wat de aanleidingen en contexten zijn, helpen je een effectief preventiebeleid opzetten. Meer en meer ziekenhuizen investeren daarnaast ook in bewakingsagenten. In 2012 werkte de helft van de ziekenhuizen met bewakingsagenten. Vandaag tellen minstens twee op drie ziekenhuizen in drie van de vijf Vlaamse provincies bewakingsagenten.

Op sector- en samenlevingsniveau hebben we nood aan één overkoepelend meldpunt dat alle cijfers verzamelt en onderzoekt. En waarom zouden we niet over het muurtje kijken? Ervaringen en kennis uitwisselen met andere sectoren zoals politie of openbare vervoersmaatschappijen is een win-win. Hoe pakken zij het aan? Kunnen we samen opleiding volgen? Zijn er mogelijkheden voor structurele samenwerking? Agressie is een samenlevingsprobleem. We moeten het ook op dat niveau begrijpen én aanpakken.”

“Moet er een dode vallen om beleidsmakers wakker te schudden?”

“Bewakingsagenten spelen een cruciale rol in ons veiligheidsbeleid”, vertelt David Adriaenssens. Sinds 2008 coördineert hij de veiligheidsdienst van een grote ziekenhuisgroep. Hij is ook kernlid bij de beroepsvereniging van veiligheidsagenten in België (PSA). “Hoe sneller je tussenkomt, hoe kleiner de kans dat er slachtoffers vallen.”

TEKST: THOMAS DETOMBE
BEELD: TINI CLEEMPUT



“Op spoed belanden geregeld mensen onder invloed. Die groep gedraagt zich vaak impulsief en onredelijk

David Adriaenssens

Adriaenssens werkte vroeger bij het Amerikaanse Departement of State als anti-terreur beveiligings-specialist. Die ervaring nam hij mee naar de zorg. “In 2008 waren er op de spoedafdeling van ons ziekenhuis veel agressie-incidenten. Enkele daarvan kwamen uitgebreid in de media. We stelden vast dat een preventiebeleid niet langer volstond. De nood aan bewakingsagenten groeide. Momenteel hebben we er 21 in dienst. Voor een groot ziekenhuis is dat geen overbodige luxe.”

Wat doet een bewakingsagent precies?

“Verschillende zaken. Soms alleen sensibiliseren, denk bijvoorbeeld aan de deur van de apotheek die openstaat. Het is niet altijd spectaculair werk. Als agent ben je in eerste instantie aanwezig in het ziekenhuis. Agenten stappen makkelijk 20 kilometer per dag. Hun aanwezigheid werkt vaak ontradend. Onlangs vertelde een collega hoe twee agenten een gevaarlijke situatie ontmijnden door simpelweg te verschijnen. Aan een ziekenhuisloket stonden enkele mannen te schreeuwen en op het glas te bonken. Toen onze agenten ter plaatse kwamen, was het tumult vrijwel onmiddellijk voorbij. Een zekere autoriteit helpt om sommige mensen tot inkeer te laten komen.

Ook de juiste uitstraling helpt. Tien jaar geleden droegen onze agenten een grijze broek en zwarte polo. Zo vielen ze niet echt op. Vandaag herken je hen onmiddellijk aan de steekwerende vesten en een opvallende outfit. Die uitstraling overtuigt ook de politie. Zij zien ons veel meer als een professionele veiligheids-partner dan vroeger.”

Bellen zorgverleners niet beter de politie? Veiligheid is toch hun job?

Ja, en dat gebeurt ook bij zware incidenten. De politie heeft meer middelen om met agressie om te gaan. Alleen duurt het vaak 10 tot 20 minuten vóór ze ter



plaatse zijn. Als iemand de boel kort en klein slaat, telt elke seconde. Onze bewakingsagenten zijn meestal binnen de twee minuten op de afdeling. Dat voorkomt veel problemen. Soms zijn ze zo snel dat er nog niets gebeurde, soms moeten ze wel fysiek ingrijpen. Maar ook in dat laatste geval geldt: hoe sneller je inter-venieert, hoe kleiner de kans dat de situatie verder escaleert of dat er slachtoffers vallen.”

Hoe word je bewakingsagent in een ziekenhuis?

“Elke bewakingsagent doorloopt een training van zes weken. Wie bij ons solliciteert, volgt aanvullend een tweejarige opleiding. Daarin simuleren we verschillende scenario's met acteurs en toeschouwers. Iemand zwaait met een steekwapen, iemand verwenst je tot in de ergste graad of bedreigt een verpleegkundige of patiënt. Enzovoort. We observeren hoe agenten reageren. Dat is vaak confronterend op een leerrijke



**“Een gezonde
meldcultuur leidt
tot meer meldingen.
Omgekeerd staan
lage cijfers niet
automatisch voor
een agressieluw
ziekenhuis”**

David Adriaenssens

manier. Mensen schatten zichzelf niet altijd juist in. Sommigen zijn overmoedig, anderen kunnen net meer dan ze denken. Zelfkennis is cruciaal. Je moet goed aanvoelen wanneer je best versterking belt.

Bij incidenten staan agenten helemaal vooraan, met een hoop omstaanders. Eigenlijk sta je op een podium. Hoe je met die stress omgaat, leer je in de scenario's. Het moet ook een beetje in je karakter zitten. Een fysiek sterke maar introverte kerel kan het in bepaalde situaties moeilijk krijgen. Verbaal overtroefd worden onder ieders ogen, is geen fijne ervaring. De kans bestaat dat hij bij een volgend incident niet meer vooraan staat. Wat uiteraard niet de bedoeling is.”

Welke veiligheidsproblemen zie je het vaakst in een ziekenhuis?

“Verbale en fysieke agressie, vernielingen, diefstal, drugs, enzovoort. Op spoed belanden geregeld mensen

onder invloed. Die groep gedraagt zich vaak impulsief en onredelijk. In psychiatrische afdelingen speelt dat soms ook. Iemand die een psychose doormaakt, kan onvoorspelbaar uit de hoek komen. Als agenten een oproep krijgen uit de psychiatrie, wordt het meestal fysiek. Psychiatrische verpleegkundigen leren in hun opleiding hoe ze met mensen in crisis moeten praten en onderhandelen. Pas als geen enkele kalmeer- of bemiddelingspoging werkt, komen onze mensen ter plaatse. Soms ook vroeger, bijvoorbeeld wanneer de patiënt een wapen heeft waarmee hij zichzelf of anderen kan verwonden.

Interventies op spoedgevallen komen vaker neer op jezelf tonen, bemiddelen en in laatste instantie fysiek ingrijpen. Soms worden mensen boos omdat ze lang moeten wachten of omdat ze botsen op ziekenhuisregels. Denk aan een persoon die zijn hele familie meebrengt.



Die mensen kunnen niet allemaal mee in de box, om verschillende redenen. Niet iedereen begrijpt dat.

Onze ziekenhuisgroep rapporteert zo'n 9000 incidenten per jaar. Minder dan de helft daarvan - maar toch een aanzienlijk deel - valt onder fysieke of verbale agressie. Dat lijkt veel maar is perfect vergelijkbaar met andere grote stadsziekenhuizen. Cijfers zeggen bovendien niet alles. Een gezonde meldcultuur leidt tot meer meldingen. Omgekeerd staan lage cijfers niet automatisch voor een agressieluw ziekenhuis. Als medewerkers zelden incidenten melden, om welke reden dan ook, bepaalt dat mee het totaalbeeld."

Kunnen bewakingsagenten elk probleem oplossen?

"Nee, maar dat ligt vooral aan de gebrekkige wettelijke omkadering. Vandaag scheert men alle bewakingsagenten over dezelfde kam. Wie 's nachts een verlaten advocatenkantoor bewaakt, volgt dezelfde regels als agenten in het ziekenhuis. Je mag niemand boeien, verwijderen of tijdelijk opsluiten. Dat leidt soms tot absurde situaties. Een psychiatrisch verpleegkundige van 55 kilogram mag een bodybuilder in crisis fixeren, een bewakingsagent kan alleen toekijken. Die beperkte bewegingsruimte leidt ook op andere afdelingen tot problemen. Iemand die helemaal over de rooie gaat, mogen we fysiek vasthouden, maar niet weggeleiden of boeien. Soms is dat onhoudbaar. Als die persoon zich blijft verzetten, ontardt een interventie in een langdurig gevecht. Dan rollen de agent en agressor letterlijk over de grond. Dat sommige mensen een wapen dragen, maakt het extra gevaarlijk en onvoorspelbaar. Probeer zo'n situatie maar eens vol te houden tot de politie er is."

We hebben dit probleem al meermaals aangekaart bij voormalig minister van Binnenlandse Zaken Jambon en bij huidig minister Verlinden. Zonder resultaat. Jambon beloofde een wetwijziging die er nooit kwam. En ook minister Verlinden geeft niet thuis. Securail, de werkgever van veiligheidsagenten op het spoor, mocht pas handboeien gebruiken na een drama met dodelijke afloop. Een reiziger duwde een van de agenten onder de trein. Hebben ook wij een dode nodig om beleidsmakers wakker te schudden?"



“Psychiatrische verpleegkundigen leren in hun opleiding hoe ze met mensen in crisis moeten praten en onderhandelen. Pas als geen enkele kalmeer- of bemiddelingspoging werkt, komen onze mensen ter plaatse”

David Adriaenssens

Artsen melden veel meer agressie in 2023

TEKST: THOMAS DETOMBE

84,4% van de Belgische artsen krijgt tijdens hun loopbaan te maken met verbale, fysieke, psychologische of seksuele agressie. Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek van *British Medical Journal* (BMJ) uit 2018. 36,8% van de 3726 artsen die deelnamen aan dat onderzoek bekenden dat ze het voorbije jaar slachtoffer werden van agressie.

Record

Prof. dr. Michel Deneyer (VUB, Orde der Artsen) was een van de auteurs van het onderzoek. Hij stond ook mee aan de basis van het agressiemeldpunt voor artsen. Dat ontstond in 2015, na de moord op dr. Roelandt. Dat jaar telde een recordaantal meldingen. Eind 2022 waren er 72 meldingen, op 9 oktober van dit jaar registreerde de orde der artsen er al 152. “Die forse toename verbaast”, aldus Deneyer. “Misschien spelen langere wachttijden in de zorg een rol. De laatste jaren stroomden ook veel jonge, vrouwelijke huisartsen in. Vooral vrouwen met weinig dienstjaren zijn kwetsbaar voor agressie.”

“Een analyse van alle cijfers sinds 2015 leert dat 60% van de meldingen verbale agressie betreft, 21% psychologisch geweld en 15% fysieke agressie. 3% is seksueel van aard. Meer dan de helft van alle meldingen komt van huisartsen. De consultatieruimte (46%), telefoon, email of internet (24%), de woning van de patiënt (10%) en het ziekenhuis (9%) zijn de plaatsen waar het gebeurt.”

Hoewel die cijfers interessant zijn, nuanceert Deneyer hun representativiteit. “80% van het artsencorps meldt nooit incidenten. Volgens onderzoek telde 2017 bijvoorbeeld 13.000 agressie-incidenten. Toch liepen er dat jaar slechts 64 meldingen binnen. Met andere woorden: we registreren niet meer dan het topje van een gigantische ijsberg.”

Metten is weten

Om beter zich te krijgen op de volledige omvang van het probleem pleit Deneyer voor één overkoepelend meldpunt, beheerd door de FOD Volksgezondheid. “Cijfers helpen om maatregelen tegen agressie te monitoren en te evalueren. Nu lanceren we allerlei zaken zonder te weten wat echt werkt. Heb je nood aan camera’s, personenalarmeren, opleiding of meer bewakingsagenten? We tasten in het duister.”

Hoewel de FOD alle cijfers kan verzamelen, stelt Deneyer ook meldpunten per beroepsgroep voor. “Net zoals wij een meldpunt hebben voor artsen, kunnen verpleegkundigen, psychologen en andere groepen hun meldpunt opstarten. Idealiter buiten de

werkcontext en met mogelijkheid tot anonimiteit. Dat verlaagt de drempel aanzienlijk. Andere beroepsgroepen mogen ons artsenmeldpunt gerust kopiëren. Dit probleem vergt solidariteit en samenwerking.”

“We registreren niet meer dan het topje van een gigantische ijsberg”

Michel Deneyer

“Vooral vrouwen met weinig dienstjaren zijn kwetsbaar voor agressie”

Michel Deneyer

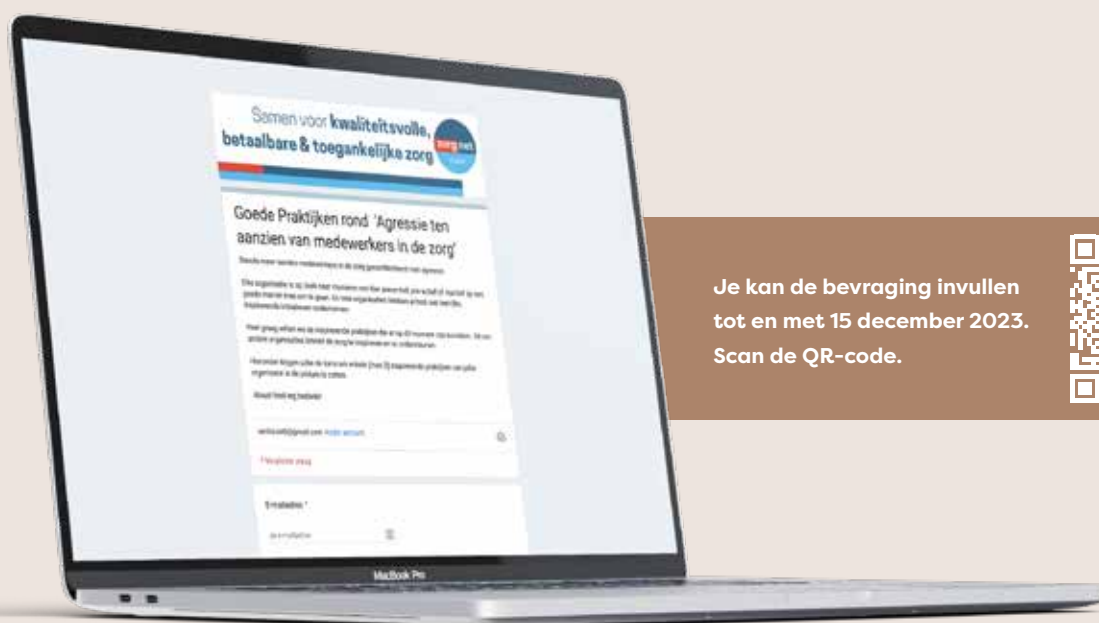
Zorgnet-Icuro stelt eigen werkgroep samen rond agressie en is op zoek naar good practices

Binnen onze sectoren bestaan er al veel kennis en goede praktijken rond agressie in de zorg, in diverse organisaties, over verschillende sectoren heen. Zorgnet-Icuro wil zijn leden een forum bieden om goede praktijken in de verf te zetten, anderen te inspireren en te leren uit goede ervaringen over agressie in de zorg.

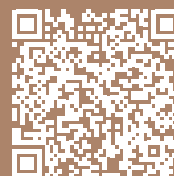
Het initiatief van Zorgnet-Icuro om over het thema 'agressie in de zorg' een werkgroep samen te stellen, komt niet uit de lucht gevallen. Die werkgroep is momenteel goed practices aan het verzamelen. Daarom: ben jij fier op initiatieven van jouw organisatie om agressie gericht aan medewerkers aan te pakken? Ben jij bereid die te delen als inspiratie voor andere organisaties?

Bezorg ze dan voor 15 december! Elk lid van Zorgnet-Icuro kan 3 goede praktijken inzenden via onderstaand formulier.

Het uiteindelijke doel is om op basis van alle input beleidsaanbevelingen op te maken in aanloop naar een nieuw sociaal akkoord en de verkiezingen van 2024.



Je kan de bevestiging invullen tot en met 15 december 2023. Scan de QR-code.



Roadmap personeel helpt je op weg naar een nog performanter hr-beleid in jouw voorziening

De personeelskrachte in de zorgsector vergt bijkomende initiatieven, dat weten we intussen al jaren. Net als het feit dat er niet één wonderoplossing te vinden is. De Roadmap Personeel is een nieuwe tool op de website van Zorgnet-Icuro die de brug wil slaan van theorie naar praktijk. Je vindt er een dertigtal acties om medewerkers aan te trekken, het huidige personeel te behouden en te evolueren naar een optimale organisatie.

De roadmap heeft het doel om inhoud en inspiratie rond hr-beleid bij elkaar brengen door te klikken op een van de 30 oplossingspistes die de tool nu aanreikt. Het is een hulpmiddel om in kaart te brengen wat er al gebeurt en eventuele lacunes zichtbaar te maken.

De info wordt verdeeld over drie pijlers:

- Meer instroom genereren
- Minder uitstroom, werkbaar werk
- Optimale/flexibele organisatie

De aangereikte deeloplossingen worden allemaal toegewezen aan één van de zes invalshoeken, die elk een eigen kleur hebben. Talrijke elementen uit de roadmap zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en vragen om verdere uitwerking en samenwerking.

Daarom zal je soms kunnen doorklikken naar een andere oplossingspiste.

Elk element kan een project op zich zijn, soms een quick-win, een idee, een inspiratiebron, soms een omvangrijk en intensief project. Soms situeert een oplossingspiste zich meer op het micro- of eerder op een macroniveau.

De roadmap krijgt op geregelde tijdstippen een onderhoud. Je krijgt een ruim en overzichtelijk beeld van de verschillende wegen die leiden naar een optimaal personeelsbeleid in tijden van schaarste.

Heb je zelf aanvullingen, good practices, voorstellen tot verbetering...? In de tool zit een formulier verwerkt waarmee je die aan ons kan doorgeven.



Naar de roadmap (enkel toegankelijk als je ingelogd bent)
Scan de QR-code.

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

Vormgeving:

www.engage.studio

Zorgnet-Icuro

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

V.U.: Margot Cloet

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

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

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 112, december 2023, p. 47). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

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

www.zorgneticuro.be

