ZORGWIJZER

30 Magazine | September 2012

Prof. Arthur Vleugels op emeritaat

“Wij moeten eens nadenken over ons product, onze kostprijs en onze kwaliteit”

zorgnet VLAANDEREN

13 Rechter Heimans: “Zwaksten worden uitgebuit in gevangenis”
17 “Basiszorg dementie moet versterkt worden”
24 Op bezoek bij het Zorgnet Vlaanderen van Wallonië

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 4 nr. 30 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Antwerpen X Mass Post | P 902010

Inhoud 30

colofon

Zorgwijzer is het magazine
van Zorgnet Vlaanderen.
Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.
ISSN 2034 - 211 x

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Filip Decruynaere, Lieve Dhaene,
Arne Vansteenkiste, Wim Verdoodt,
Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Peter De Schryver,
Patrick Holderbeke, Jan Locus,
Johan Martens

© Zorgnet Vlaanderen
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer
verschijnt in de week van van 5 november.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of een adreswijziging door te geven, contacteer dan Chris Teugels, ct@zorgnetvlaanderen.be.

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer Els De Smedt, tel. 09-363 02 44, eds@zorgnetvlaanderen.be.

03 Editoriaal
04 Korte berichten
06 Prof. Vleugels: “Er is nog veel verkwisting in de gezondheidszorg”
10 Uitbouw van een forensisch zorgtraject
13 Rechter Henri Heimans: “Zwaksten worden uitgebuit in gevangenis”
17 Project dementieconsulent – basiszorg dementie moet versterkt worden
20 Extern personeel in het operatiekwartier: duidelijke richtlijnen, betere verstandhouding
22 Suïcidepreventie: gecoördineerde aanpak werpt vruchten af
24 Op bezoek bij het FIH, het Zorgnet Vlaanderen van Wallonië
26 Memisa brengt ziekenhuizen dichter bij elkaar
28 Socres versterkt non-profit vanuit de profit
29 Momentopname: Patrick Vermaercke, kinesist in wzc Mariahuis in Gavere
30 Spiegeling: Pieter Van Herck (Itinera)

editoriaal

Baanbreker

"We hebben de potentie om de problemen op te lossen, daarvan ben ik overtuigd. Maar of we ook de moed zullen hebben...?" Prof. Arthur Vleugels van het Leuvense Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) legt de vinger op wonde. Eind september gaat de professor met emeritaat, zoals dat zo mooi heet aan de universiteit. In een openhartig afscheidsinterview in deze Zorgwijzer toont hij zich als een 'realistisch optimist' over onze gezondheidszorg. Ondanks alle barrières en uitdagingen, wijzen alle oplossingen in één en dezelfde richting: plaats de patiënt centraal. Niet als slogan – die tijd zijn we ondertussen wel voorbij. Maar als streefdoel en binnen afzienbare tijd hopelijk ook als realiteit.

Als ziekenhuizen de patiënt centraal stellen, dan worden artsen, verpleegkundigen en alle andere ziekenhuismedewerkers gedwongen om hun organisatie te herdenken en meer en beter samen te werken in functie van de patiënt. Die evolutie is sinds enkele jaren volop bezig in de ziekenhuizen, mede dankzij de initiatieven en aanzetten van professor Vleugels en het CZV, trouwens. De zorgvoorzieningen zitten wat dat betreft op het goede spoor. Er blijft nog een weg af te leggen, maar het gaat met rasse schreden vooruit. De multidisciplinaire samenwerking rond klinische paden en zorgtrajecten kreeg de voorbije tien jaar heel sterk vorm. Uit vele praktijkvoorbeelden blijkt dat trouwens niet alleen de patiënt hier wel bij vaart, maar evenzeer de artsen, de verpleegkundigen en de andere medewerkers. Meer dan ooit worden ervaring en knowhow gedeeld, elk vanuit zijn deskundigheid.

Peter Degadt

De patiënt centraal stellen is ook wat het beleid hoort te doen. Op alle niveaus. En hoewel ook daar tal van initiatieven en evoluties in de goede richting gaan, toch is het jammer om vast te moeten stellen dat voor de grootste, de dringendste en de meest noodzakelijke veranderingen vaak de moed ontbreekt. De prestatiegeneeskunde, de scheef gegroeide nomenclatuur, het machtsbastion van de artsen en de ziekenfondsen... Het zijn stuk voor stuk heilige huisjes waarvan iedereen maar al te goed beseft dat ze hopeloos achterhaald zijn, de gezondheidszorg handenvol geld kosten en de patiënt tot een figurantenrol dwingen in plaats van hem centraal te stellen. "Op een dag zal ons systeem vastlopen. En dan zal men wel iets moeten doen", zegt professor Vleugels hierover. Het zou best kunnen dat de toekomst prof. Vleugels gelijk zal geven. Maar met Zorgnet Vlaanderen blijven we in elk geval streven om de noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg aan te pakken en niet te wachten totdat het systeem helemaal vastloopt.

En ja, daarbij moeten we ook in eigen boezem durven te kijken. Professor Vleugels raakt een teer punt als hij pleit voor meer 'marktdenken' in de zorg. Hij heeft het expliciet niet over de dreigende commercialisering, maar wel over de noodzakelijke aandacht voor drie basiselementen in het marktdenken: het product, de kostprijs en de kwaliteit. Als zorgsector staan we op dat vlak nog voor grote uitdagingen. De tijd is er rijp voor en Zorgnet Vlaanderen wil hier opnieuw een voortrekkersrol spelen. Uiteraard doen we dat niet alleen, maar samen met anderen , zoals bijvoorbeeld het onvolprezen Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap. Voortaan zal het zonder de bevlogenheid van prof. Vleugels moeten, maar ongetwijfeld wordt zijn baanbrekende werk ook de komende jaren voortgezet. De patiënt kan er alleen maar baat bij hebben.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

GPS 2021
Academie en Masterclass

Voortbouwend op de inzichten van het congres GPS 2021 organiseert Zorgnet Vlaanderen in het najaar van 2012 en het voorjaar van 2013 opnieuw enkele lezingen en een masterclass voor beleidsmensen uit de ouderenzorg.

De GPS Academie biedt drie boeiende lezingen over actuele thema's uit de ouderenzorg. Ze richten zich in de eerste plaats naar bestuurders en directies van woonzorgcentra. Dit zijn de thema's:

- *Strategie in actie. Hoe een gepaste strategie voor uw woonzorgorganisatie ontwikkelen?*
  Donderdag 6 december 2012
- *Levendige kwaliteitszorg in de woonzorg*
  Donderdag 21 maart 2013
- *Briljante samenwerkingsmodellen in de woonzorg*
  Donderdag 6 juni 2013

Alle lezingen vinden plaats in het KBC-gebouw, Havenlaan 2, 1080 Brussel, telkens om 16 uur. Na de lezing is er een walking dinner en uitgebreide mogelijkheid tot netwerking.
Leden van Zorgnet Vlaanderen betalen 70 euro voor één lezing, 120 euro voor twee lezingen of 150 euro voor drie lezingen. Niet-leden betalen respectievelijk 120 euro, 220 euro of 320 euro. Inschrijven kan online op www.zorgnetvlaanderen.be (rubriek 'Onze Opleidingen').

Masterclass
De masterclass vindt plaats op 22 en 23 februari 2013 in Brussel. Deze masterclass richt zich tot bestuurders van woonzorgcentra die al ruime ervaring hebben en een grondige voorkennis van de sector. In deze tweedaagse cursus zullen vooral actuele thema's aan bod komen die essentieel zijn voor een hedendaags management van een woonzorgcentrum.

Stafleden van Zorgnet Vlaanderen zullen de deelnemers informeren over de volgende thema's:
- recente ontwikkelingen in het Vlaamse en federale ouderenzorgbeleid
- financiering van de woonzorgcentra
- kwaliteitszorg
- HR-beleid
- communicatiebeleid
- nieuwe architectuur voor woonzorgcentra
- financiering van (ver-) nieuwbouwprojecten.

Deze residentiële cursus vindt plaats in Brussel (precieze locatie nog te bepalen) van vrijdag 22 februari 2013 om 10 uur tot zaterdag 23 februari 2013 om 14 uur.
De masterclass is alleen toegankelijk voor bestuurders van woonzorgvoorzieningen aangesloten bij Zorgnet Vlaanderen. Kostprijs: 450 euro per persoon of 350 euro per persoon bij gelijktijdige inschrijving van meerdere bestuurders van dezelfde voorziening. De kostprijs omvat het cursusmateriaal, de maaltijden en de overnachting.

Inschrijven kan tot 31 oktober 2012. Het aantal deelnemers is beperkt; snel inschrijven is de boodschap: www.zorgnetvlaanderen.be.

Voor meer informatie over de inhoud kan u contact opnemen met Bernadette Van den Heuvel, stafmedewerker ouderenzorg, bvdh@zorgnetvlaanderen.be.

Voor alle praktische informatie kan u terecht bij Evelien De Leeneer, secretariaatsmedewerker, edl@zorgnetvlaanderen.be, tel. 02 511 80 08.

Dag van de spirituele zorg

Op 15 oktober, midden in de maand van de spiritualiteit, organiseert Elisabeth (de beroepsvereniging voor katholieke pastores) een 'dag van de spirituele zorg'. In verschillende zorgvoorzieningen in Vlaanderen zullen acties plaatsvinden die spirituele zorg – dus niet alleen pastorale zorg – onder de aandacht brengen. Zo wordt in AZ Groeninge in Kortrijk op 5 oktober een stille ruimte ingehuldigd.

Wat spirituele zorg inhoudt, hangt af van de context: in ziekenhuizen gaat het onder meer over crisisopvang van patiënt of familie, slechtnieuwsgesprekken, gesprekken over levenseindebeslissingen, spirituele steun bij operaties, begeleiding bij euthanasie, rituelen, gebeden, bezinning...
In woonzorgcentra gaat spirituele zorg over levensloopgesprekken, gesprekken over levenseindebeslissingen, over schuld en verzoening, over verwachting en hoop, over levensmoeheid, over rituelen en gebeden. Spirituele zorg is altijd gericht op de vragen en noden van de patiënt.

Meer informatie op www.pastoralezorg.be.

Medewerkerstevredenheid scoort goed

Recent verschenen in Alert, tijdschrift voor sociaal werk en politiek, de resultaten van een onderzoek naar de medewerkerstevredenheid in de CGG. De teneur blijkt overwegend positief, schrijven auteurs Jan Van Raes en Jolien Nullens.

De Medewerkers Tevredenheid Matrix (MTM) voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) is een instrument dat ontwikkeld werd door vier Antwerpse CGG en hun medewerkers. Na een aantal aanpassingen bleef een beknopte vragenlijst over die de medewerkerstevredenheid meet. De vragenlijst werd in matrixvorm gegoten, bestaande uit twee assen. Eén as peilt naar de tevredenheid op verschillende organisatieniveaus: centrum, afdeling of doelgroepwerking, team en het individueel niveau ('ik en mijn werk'). Een andere as bekijkt het management, de visie en de doelstellingen, het organisatieklimaat, de werking en de resultaten. De medewerkers kunnen in de enquête ook aangeven welk belang ze hechten aan de verschillende aspecten.

De vragenlijst werd uitgestuurd naar 422 medewerkers in zes verschillende centra (de vier Antwerpse centra + twee Vlaamse centra), van wie bijna 90% de enquête invulde.
De medewerkers vinden veel voldoening (7,69/10) en plezier (7,91) in hun werk. Ze vinden dat de cliënten goed worden geholpen (8,05). Bovendien zijn ze trots op hun eigen werk (7.89), omdat ze vinden dat het werk een grote mate van deskundigheid vereist (8.25). Er heerst een aangename werksfeer (7,97) en de combinatie werk-privé is goed (7,78). Minder is dat er te weinig personeel is, zowel binnen het centrum als op de afdeling en binnen het eigen team. Het gevoel niet iedereen te kunnen helpen, vermindert de arbeidstevredenheid. Ook het loon vinden de medewerkers aan de lage kant (6,59/10), net als de extralegale voordelen.

Symposium Fara op 19 oktober

Fara is sinds mei 2012 de nieuwe naam van het cRZ, het centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen. Dat heeft de voorbije twee decennia een rijke expertise opgebouwd over de wijze waarop mensen keuzes maken rond zwangerschap en deze keuze beleven. Centrale focus is het bevorderen, begeleiden en stimuleren van een kwaliteitsvol beslissingsproces met aandacht voor de gehele relationele context (dus met inbegrip van de partner, de bredere omgeving en het ongeboren kind). Concrete thema's zijn ongeplande zwangerschap, postabortusverwerking, tienerzwangerschap en prenatale diagnose. Onder de nieuwe naam Fara wordt dit werk voortgezet en waar nodig geactualiseerd.

Inhoud
Met het symposium wil Fara terugblikken op zwangerschapskeuzes en -beleving in de voorbije twee decennia, maar ook huidige en toekomstige uitdagingen en perspectieven belichten. De algemene lezingen in de voormiddag bieden een actuele kijk op zwangerschapsbeleving en keuzeverantwoordelijkheid. In de namiddag komen in parallelle inzoomsessies thema's aan bod die concreter aansluiten bij de specifieke contexten van verschillende professionele sectoren.
Zo wordt gewerkt rond zwangerschapsbeleving in de islamitische cultuur, rouw en rouwrituelen bij zwangerschapsafbreking, morele dilemma's in de begeleiding van tienerzwangerschappen, hulpverlening bij specifiek kwetsbare zwangerschappen en de mogelijkheden en grenzen aan de vervulling van de ideale kinderwens.

Doelgroep
Het symposium richt zich tot alle hulpverleners die op één of andere manier met vrouwen of koppels in contact komen die met een zwangerschapskeuze geconfronteerd worden.

Het symposium vindt plaats op vrijdag 19 oktober van 9u tot 16u45 in het Provinciehuis in Leuven, Provincieplein 1, Leuven. De inschrijving bedraagt 145 euro (lunch, receptie en syllabus inbegrepen).

Inschrijven kan op www.faranet.be. Voor meer informatie kan u terecht bij Inge De Coster, inge.decoster@faranet.be. Het programma is geaccrediteerd voor vroedvrouwen. Voor artsen werd accreditatie aangevraagd.

fara

PROF. ARTHUR VLEUGELS OP EMERITAAT

“Er is nog veel verkwisting in de gezondheidszorg”

Prof. Arthur Vleugels, hoofd van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) van de KU Leuven, gaat eind september met emeritaat. Prof. Vleugels introduceerde met het CZV in Vlaanderen begrippen als klinische paden, *evidence based medicine,* horizontale organisatie en indicatoren. ‘De patiënt centraal’ is voor hem geen slogan, maar een na te streven realiteit. “We hebben de potentie om de problemen op te lossen, daarvan ben ik overtuigd. Maar of we ook de moed zullen hebben...?” Een afscheidsinterview.

beleid

Hebt u uitgekeken naar uw emeritaat of zet u met spijt een punt achter uw loopbaan?

Prof. Arthur Vleugels: Ik heb daar nooit zo over nagedacht. Aan de universiteit gaat men met 65 jaar met emeritaat. Dat is de regel. Ik heb daar geen uitgesproken positieve of negatieve gevoelens over. Vanochtend speelde Radio 1 die oude hit van Pete Seeger: 'There's a time for everything'. Zo is dat.

Hebt u het gevoel dat uw loopbaan afgerond is? Het werk is klaar?

Het werk is natuurlijk nooit klaar, maar *mijn* werk wel. Ik heb de dingen kunnen doen die ik wilde doen. Het kan altijd beter, maar zonder zelfgenoegzaam te zijn: ik ben tevreden.

Hoe bent u uw loopbaan begonnen?

Ik heb het geluk gehad van een heel gevarieerde loopbaan te mogen genieten. Ik heb geneeskunde gestudeerd en daarna een achttal jaar fundamenteel onderzoek gedaan, waarbij ik een doctoraat – of een aggregaat zoals dat toen nog heette – in de fysiologie heb behaald. De elektrofysiologie van de hartspiercel, dat was mijn terrein. Onlangs ontdekte ik dat de resultaten van mijn onderzoek nog altijd overeind staan. Dat deed me plezier. Maar toen eind jaren 1970 een eerste golf van besparingen het wetenschappelijk onderzoek troffen, mocht ik naar een andere baan uitkijken. Ik ben toen directeur medische organisatie en logistiek geworden in het UZ Leuven Gasthuisberg. In 1998 ben ik voltijds overgestapt naar het CZV.

Toen u vanuit het fundamenteel onderzoek in het universitair ziekenhuis terechtkwam, ging allicht een nieuwe wereld voor u open?

Ik wist helemaal niets af van de organisatie of de financiering van een ziekenhuis. Maar heel snel stond ik met beide voeten in het werkveld. Ik had het geluk om bijna onmiddellijk bij de RIZIV-werking betrokken te worden als lid van de Technisch Geneeskundige Raad en van het Verzekeringscomité. Ik kende het RIZIV al snel van binnenuit. Bovendien zetelde ik ook in adviesorganen van de overheid. In een mum van tijd kende ik de sector als mijn broekzak en ook de mensen die er actief zijn. Ik, die uit een enge en wat wereldvreemde laboratoriumomgeving kwam, ontdekte plots de boeiende wereld van de gezondheidszorg. Ik wist meteen dat daar mijn hart lag.

Wat sprak u zo aan in de gezondheidszorg?

Een universitair ziekenhuis is een grote organisatie, waar je veel kunt realiseren. Je kan er nieuwe ideeën en concepten invoeren, dingen in beweging brengen en veranderingen op het goede spoor zetten. Iets moeizamer lukte dat ook in de adviesorganen van de overheid en nog iets moeizamer soms ook wel in het RIZIV. Maar het RIZIV is een orgaan apart, dat grotendeels ontsnapt aan de democratische controle. De artsen en de ziekenfondsen verdelen er de macht vanuit hun eigen belangen en ambities. Daardoor is het vaak onmogelijk om noodzakelijke veranderingen effectief door te voeren.

Dat zorgde voor frustraties?

Ach, frustraties... Ik had snel door dat dat overlegmodel met die machtsgroepen zijn beperkingen heeft. Ik ben daarin realistisch. Een herijking van de nomenclatuur bijvoorbeeld, is al jaren dringend nodig. De terugbetaling per prestatie is vandaag totaal achterhaald. Je kunt de zorg vandaag niet meer uiteen halen in allemaal aparte verstrekkingen, er is een veel te grote samenhang. Maar de betaling per prestatie is één van de heilige huisjes waaraan blijkbaar niet getornd mag worden. Ook al werkt dat systeem vandaag van geen kanten meer.

Ziet u daarin op korte termijn verandering komen?

Neen. Ons systeem verandert maar heel geleidelijk, in tegenstelling tot in Nederland bijvoorbeeld, waar soms op korte tijd vrij ingrijpende veranderingen doorgevoerd worden. Maar op een dag zal ons systeem gewoon vastlopen. En dan zal men wel iets moeten doen. Vandaag ontbreekt vooral de politieke wil. Alle traditionele partijen hebben banden met de artsen en met de ziekenfondsen. Zij voelen zich goed bij de huidige situatie. Niemand heeft er echt last van. Behalve dan de gezondheidszorg an sich. Maar uiteindelijk zullen we toch de patiënt centraal moeten stellen. En als we dat doen, zal snel duidelijk worden welke veranderingen nodig zijn. De patiënt vraagt samenhang. De patiënt wil een oplossing voor zijn probleem. Hij heeft geen boodschap aan al de rest.

Had u als jongeman aan het begin van uw loopbaan bepaalde dromen of verwachtingen?

Neen, eigenlijk niet. Ik stond als onderzoeker open voor wat op mijn weg zou komen. Ook in een ziekenhuis timmer je geleidelijk aan de weg. Ik heb uiteraard altijd ambities en doelstellingen op korte en middellange termijn gehad, maar geen persoonlijke dromen op lange termijn. Of misschien toch... voor het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap. Eind jaren 1990 gingen er aan de universiteit stemmen op om die afdeling te sluiten. In de ogen van sommigen had het CZV weinig meerwaarde te bieden. Maar ik heb mij tegen die sluiting verzet. Ik ben naar de rector en naar de vice-rector gegaan om te pleiten voor het behoud van het CZV. Een universiteit, en zeker de grootste Vlaamse universiteit, mag een afdeling management en beleid in de zorgsector niet afstoten. 'Ga je gang', zeiden ze.

Ik heb de uitdaging aangenomen en zo ben ik hoofd van het CZV geworden. Ik wou het centrum meer zichtbaarheid geven. Ik denk daarin geslaagd te zijn. Het CZV betekent vandaag toch iets in de sector.

Wat is eigenlijk de missie of de grote betrachting van het CZV?

Het CZV is actief op drie terreinen: onderwijs, onderzoek en maatschappelijke dienstverlening. Wat het onderwijs betreft, organiseren wij twee masteropleidingen: een rond verplegingswetenschap en een rond beleid en organisatie in de zorgsector. Wij vertrekken daarbij altijd vanuit de eigenheid van de sector, want ik ben er ook vandaag nog van overtuigd dat zorgmanagement totaal iets anders is dan het leiden van een koekjesfabriek. Je kunt een algemene cursus management niet zomaar kopiëren naar de zorgsector. Het tweede terrein waarop we actief zijn, is de maatschappelijke dienstverlening. Formeel gebeurt dat door deelname van onze stafleden aan verschillende adviesorganen, maar vooral door de permanente vorming die wij organiseren voor de sector, gericht op de leidinggevenden. Die vormingsactivi-

teiten hebben ongetwijfeld bijgedragen tot nieuwe inzichten in management en organisatie binnen de zorg. Het CZV introduceerde als eerste de *evidence based medicine* in Vlaanderen en sprak als eerste over accreditering, over indicatoren, over horizontale organisatiemodellen, over *hospital governance*... Veel kwam voort uit eigen onderzoek, maar ook uit de vertaling van internationale ontwikkelingen naar de context van onze voorzieningen. Bovendien gaat die vorming hand in hand met netwerking rond algemene en specifieke thema's zoals kwaliteit van zorg, het kwadrantmodel, navigator of het netwerk klinische paden.

Door sterk in te zetten op onderwijs en maatschappelijke dienstverlening stond het luik onderzoek de voorbije jaren op een lager pitje. Dat dreigt ons nu zuur op te breken. Universiteiten profileren zich meer als onderzoeksinstellingen en zijn minder gericht op onderwijs en dienstverlening. Het CZV komt daardoor onder druk. Wij worden niet meer geëvalueerd op onze vormingsactiviteiten en ons onderwijs, maar op het aantal artikels dat we publiceren in internationale vakbladen en op het aantal doctoraten. Dat betekent dat we onze stafleden meer moeten vrijstellen om artikels te schrijven en minder om vormingen te organiseren. Toch moet een afdeling als het CZV de maatschappelijke dienstverlening hoog in het vaandel blijven dragen. Het is aan mijn opvolger om naar een nieuw evenwicht te streven. Allicht zal meer ingezet worden op partnerschappen en netwerken, en zal het CZV minder zelf organiseren.

Wat zijn voor u belangrijke mijlpalen geweest in uw loopbaan, de dingen waarop u met trots terugkijkt?

Al wat ik bereikt heb, is het resultaat van teamwork. Als ik terugblik op mijn jaren in Gasthuisberg, dan ben ik vooral blij dat een aantal projecten die ik toen mee op de sporen heb gezet, vandaag gerealiseerd zijn. Ik denk aan het IT-systeem met het geïntegreerde patiëntendossier. Of aan de patiëntenstromen georganiseerd rond de zorg voor de patiënt. Ik heb daartoe mee de aanzet gegeven. Het doet me plezier dat de mensen na mij daarop voortgebouwd hebben. Binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heb ik het nieuwe ziekenhuisconcept op poten gezet, met de bekende 'kanteling' – wat een vreselijk woord – van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg.

Ik ben ook blij dat ik mee het CZV op de kaart heb kunnen zetten en daarmee tegelijk een andere manier van denken over zorg heb kunnen introduceren. Dankzij het CZV denken wij in Vlaanderen meer zorggeoriënteerd en patiëntgeoriënteerd dan in Wallonië of de ons omringende landen. Let wel, we hebben nog een hele weg af te leggen. Maar stilaan wint kwaliteit van zorg aan belang en vertrekt het beleid niet louter meer vanuit een kostenvisie.

Zou u bepaalde dingen ook anders doen als u kon herbeginnen?

(Aarzelt) Dat is nu heel persoonlijk... Soms denk ik dat ik meer en vroeger aandacht had moeten schenken aan netwerking vanuit het CZV. Ik ben te lang overtuigd geweest van de eigenwaarde van de afdeling zelf. Ik had eerder contacten moeten uitbouwen en samenwerkingsverbanden aangaan, zowel nationaal als internationaal. Dat heb ik te weinig gestimuleerd. Vandaag zijn we daarmee wel bezig hoor, zowel met koepelorganisaties als met andere universiteiten, ook internationaal. Wij kunnen leren van elkaar en elkaar versterken.

De gezondheidszorg is in elk land anders georganiseerd. Op welke terreinen kan worden samengewerkt?

Hoezeer het beleid in landen ook uiteenloopt, uiteindelijk zijn de uitdagingen overal dezelfde. En ook de oplossingen zullen in dezelfde richting gaan. Het komt altijd weer neer op deze vijf elementen: de vergrijzing, de budgetten, de technologie, de globalisering en de ontwikkeling van het consumentenbewustzijn.

Wat bedoelt u precies met de ontwikkeling van het consumentenbewustzijn?

Het woord 'patiënt' stamt af van het Latijnse 'pati', wat 'ondergaan' betekent. Het is zowat het meest passieve woord dat bestaat. Maar de patiënt is aan het evolueren. Meer en meer beslist hij actief mee, maakt hij keuzes, stelt hij prioriteiten. De vijf elementen in ontwikkeling hangen heel nauw samen. Uiteindelijk zullen ze ertoe leiden dat de patiënt centraal komt te staan. Niet meer als kreet of als slogan, maar als realiteit: de patiënt als drijver van de zorg. Neem nu de vergrijzing. Die heeft een financiële impact, maar ook een organisatorische. De zorg wordt meer chronische zorg en multipathologisch. In die nieuwe context werken gefragmenteerd denken en de prestatiefinanciering niet meer. Er is een globale aanpak nodig, met meer integratie. Dat kan alleen als je vertrekt vanuit de noden van de patiënt. Daar zijn we vandaag nog niet aan toe, maar de vergrijzing stuurt ons in die richting. Idem dito voor de budgettaire krapte. Om het financieel haalbaar te houden, zullen we efficiënter moeten werken. Dat betekent meer doen met dezelfde middelen. Dat lukt alleen als we vertrekken vanuit de patiënt: wat heeft hij nodig, wie is het best geplaatst om wat te doen en hoe organiseren we dat zo efficiënt mogelijk. Het klinkt simpel, maar het betekent bijvoorbeeld dat een dienst radiologie zich niet meer organiseert om zo efficiënt mogelijk te zijn voor de dienst radiologie zelf, maar wel voor de patiënt. Of neem de ontwikkelingen in de technologie. Hoe gaan we die nieuwe technieken en technologieën inzetten? Ook hier moet de patiënt de maatstaf en de norm worden.

Het ziet er toch naar uit dat we op dat gebied ook moeilijke keuzes zullen moeten maken. Nieuwe technologie is vaak enorm duur terwijl maar een relatief beperkt aantal patiënten er baat bij heeft.

Ik ben daarvan niet overtuigd. Er is nog veel verkwisting in de gezondheidszorg. Ik schat zelfs tot 20 of 25% van de middelen. 99% van de zorg is routinezorg. Als we die efficiënt organiseren, dan komen er middelen vrij om ook de *orphan diseases* aan te pakken. Bovendien, technologie is duur, ja. Maar moet dat ook zo duur blijven? Akkoord, er zijn kosten van onderzoek en ontwikkeling. Toch stel ik mij vragen bij de vele quasi monopolies in de technologische industrie. Waarom moet een pacemaker of een defibrillator zoveel kosten? Op zijn minst ten dele omdat er maar twee of drie firma's zijn die ze leveren. We moeten hier naar een oplossing op Europees niveau. Dat duurt zijn tijd, want er zijn heel sterke lobby's actief.

Prof. Arthur Vleugels: "Kinderoncologie heeft een goed omschreven patiëntengroep; iedereen beseft dat één nationaal centrum hiervoor de meest aangewezen keuze is als we de patiënt centraal stellen. Eén centrum, dat is sowieso niet haalbaar in ons land. Laat er ons dan twee nemen, één in Vlaanderen en één in Wallonië. Maar neen, het zijn er zeven geworden: elk universitair centrum moest zijn eigen afdeling kinderoncologie hebben. Wel, dat is een gebrek aan moed van het beleid."

U klinkt al bij al optimistisch. Het duurt misschien wat langer dan nodig, maar uiteindelijk komt alles goed?
We hebben de potentie om de problemen op te lossen, daarvan ben ik overtuigd. Maar of we ook de moed zullen hebben...?

Goede vraag. En?
Soms twijfel ik daaraan. We zijn allemaal in hetzelfde bedje ziek hoor. Ook de koepelorganisaties. Als er een nieuwe opdracht komt, moet er altijd extra financiering voor komen. Kunnen we niet streven naar oplossingen met de bestaande middelen? Ik snap dat het de rol van koepelorganisaties is om zoveel mogelijk middelen voor hun voorzieningen te krijgen, maar men moet ook eens verder durven te kijken. Neem nu de klinische paden. Het doel ervan is om de zorg rond de patiënt efficiënt te organiseren. Maar efficiëntie kan ook een grote besparing opleveren. Het Kankerplan van minister Onkelinx is nog zo'n voorbeeld. Kinderoncologie heeft een goed omschreven patiëntengroep en iedereen beseft dat één nationaal centrum hiervoor de meest aangewezen keuze is als we de patiënt centraal stellen. Eén centrum, dat is sowieso niet haalbaar in ons land. Laat ons er dan twee nemen, één in Vlaanderen en één in Wallonië. Maar neen, het zijn er zeven geworden: elk universitair centrum moest zijn eigen afdeling kinderoncologie hebben. Wel, dat is een gebrek aan moed van het beleid. Voor de hand liggende beslissingen worden niet uitgevoerd omdat men het niet aandurft.

U had het ook over de globalisering als bepalend element voor de toekomst van de gezondheidszorg?
Europa heeft over gezondheidszorg niet veel te zeggen, toch niet rechtstreeks. Maar indirect is dat wel het geval, door het vrij verkeer van personen, goederen en diensten. Onopvallend neemt de impact van Europa hand over hand toe. Het leidend principe in de Europese Unie is de vrije markt. Dat principe krijgt ook vat op de gezondheidszorg. Ik heb het niet over commercialisering, maar over het 'marktdenken'. Drie elementen staan hier voorop: het product, de prijs en de kwaliteit. Dat marktdenken kan een positieve invloed hebben op onze gezondheidszorg. Het wordt tijd dat ook wij in de zorg eens nadenken over ons product, onze kostprijs en onze kwaliteit. Neem het product: welk ziekenhuis maakt hier bewuste keuzes? Geen enkel! Alle ziekenhuizen willen alles aanbieden. Dat is niet meer van deze tijd. We zullen in netwerk afspraken moeten maken over wie wat doet. Of neem de kostprijs. Hoeveel kost een patiënt aan het ziekenhuis? Geen mens die het weet! En de kwaliteit? Daarover weten we niets, want we meten nagenoeg niets. Ja, we bieden de beste gezondheidszorg, maar zelfs eenvoudige indicatoren zoals ziekenhuismortaliteit, infectiegraad, decubituscijfers of cijfers over ongeplande heropnames hebben we niet... In die zin is enig marktdenken meer dan welkom. Sommigen zijn daarvoor wat bang, maar dat hoeft niet, het is een positieve evolutie. Al wie in de zorgsector werkt, moet vroeg of laat ook een beroep doen op de diensten van de zorg. Wij willen dan toch ook transparantie over de kwaliteit, over de prijs en over het product 'zorg'? Dat spreekt toch voor zich? Gelukkig neemt het Vlaams Patiëntenplatform stilaan die rol op zich, al mag het voor mij nog iets creatiever en assertiever.

U gaat eind september met emeritaat. Wie wordt uw opvolger?
Dat is vandaag *(7 september, red.)* nog niet bekend, de aanwervingsprocedure loopt nog.

Hebt u goede raad voor uw opvolger?
Neen, dat heeft geen zin. Wat ik te zeggen heb, heb ik kunnen zeggen. De sector zal keuzes moeten maken. Ik hoop dat de grondbeginselen waarvoor ik stond, overeind blijven: sturen op zorg, aandacht voor kwaliteit en de patiënt centraal.

Blijft u op een of andere manier actief in de gezondheidszorg?
Ik zal proberen om afstand te nemen van de sector. Er zijn nog tal van andere zaken die het leven boeiend maken. Alleen nog maar al die boeken die liggen te wachten om gelezen te worden! Bovendien is het gevaarlijk om te blijven rondhangen. Sowieso verlies je veel contacten en een deel van je netwerk. Die contacten en die dynamiek heb je nodig om je eigen ideeen te blijven toetsen en bij te sturen. Anders dreig je een oude, eenzame wolf in zijn eigen gelijk te worden, en dat brengt geen zoden aan de dijk.
Misschien neem ik weleens de tijd om een opiniebijdrage te schrijven als ik dat nodig vind. Maar misschien ook niet. We zien wel.

Ludewei Pauwelyn en Isabel Moens: "We zullen er alert op moeten zijn dat het Forensisch Psychiatrisch Centrum niet uitdraait op een soort van supergevangenis. Het FPC is ook niet dé oplossing voor alle problemen, het is maar één schakel in een groter geheel."

Internering

"Elke geïnterneerde heeft recht op een aangepast zorgtraject"

'Doodvergeten mensen' worden ze weleens genoemd, de geïnterneerden in de gevangenissen. Zorgnet Vlaanderen ijvert al jaren voor een meer humane aanpak, met zorgtrajecten op maat voor elke geïnterneerde. En hoewel er heel wat beweegt op het terrein – bv. met de bouw van twee Forensisch Psychiatrische Centra – blijft Zorgnet Vlaanderen toch waakzaam en sceptisch. En daar is ook alle reden toe, zo blijkt uit de nieuwe publicatie die voorstellen formuleert voor de uitbouw van een forensisch zorgtraject voor geïnterneerden. Sectorcoördinator Isabel Moens en stafmedewerker Ludewei Pauwelyn geven tekst en uitleg.

Ludewei Pauwelyn: In 2004 verscheen een eerste brochure van Zorgnet Vlaanderen over internering. Sindsdien is er veel veranderd. Het aantal geïnterneerden (*personen die een misdrijf hebben gepleegd maar wegens een psychiatrische problematiek ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard*) is de voorbije jaren sterk gestegen. Op 1 februari 2011 telde ons land 4.093 geïnterneerden, een stijging met 24% tegenover 2004. De grootste stijging vond plaats in Vlaanderen. Op beleidsniveau zijn er nochtans belangrijke initiatieven opgezet, waaronder het Plan Onkelinx en Demotte uit 2007 en het Plan Vandeurzen en Onkelinx uit 2009. Het opzet van beide plannen is om op termijn de geïnterneerden uit de gevangenissen te halen en in een GGZ-zorgtraject *(geestelijke gezondheidszorg)* te laten behandelen of begeleiden.

Isabel Moens: Dat we net nu met deze publicatie naar buiten komen, is geen toeval. Binnenkort zijn er verkiezingen en wij willen de meest vergeten mensen een stem geven. Door het delict dat ze gepleegd hebben en hun psychiatrische aandoening, dragen ze een dubbel stigma en blijven veel deuren gesloten. Dat geldt nog meer voor de grote groep van geïn-

terneerden met een mentale handicap. Zij worden uit de maatschappij gehaald, zonder enig uitzicht op een toekomst. Hoe we met deze mensen omgaan, hangt ook af van hoe de maatschappij naar hen kijkt. De meeste mensen liggen niet wakker van deze doelgroep. Zij hebben geen stem in de verkiezingen en krijgen in deze electorale periode weinig aandacht van de politici. De veiligheid van de burger in de stad is daarentegen wel een belangrijke politieke slogan. Je werkt echter niet aan veiligheid door mensen met GGZ-problemen op te sluiten in gevangenissen, maar wel door hen zo vlug mogelijk de zorg te geven die ze nodig hebben.

Voor alle duidelijkheid, er zijn twee soorten geïnterneerden: VOP en niet-VOP?

Ludewei: VOP staat voor 'vrij op proef'. Deze geïnterneerden zijn geplaatst in een reguliere zorgvoorziening zoals een psychiatrisch verzorgingstehuis of een psychiatrisch ziekenhuis, of worden ambulant opgevolgd door een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Zij maken 55% uit van het totale aantal geïnterneerden. De geïnterneerden die niet vrij op proef zijn, verblijven in Vlaanderen in gevangenissen of in een Instelling ter Bescherming van de Maatschappij (IBM). In 2007 is een nieuwe wet op de internering gestemd, die waarschijnlijk in januari 2013 in voege zal treden. Met die nieuwe wet zal voortaan elke geïnterneerde eerst niet-VOP zijn. Dat betekent dat er nog meer geïnterneerden in de gevangenissen terecht zullen komen. Dat is onnodig en dreigt het hele systeem te doen vastlopen. Zorgnet Vlaanderen ijvert daarom voor een bijsturing van de wet, opdat in bepaalde gevallen ook een ambulante aanpak van bij de start mogelijk zou blijven.

In de publicatie maken jullie ook een onderscheid op basis van risicoprofiel en zorgbehoefte van de geïnterneerden?

Ludewei: Er zijn drie criteria om een geïnterneerde te profileren: de gevaarlijkheidsgraad of het risico op herval; het veiligheidsrisico ten opzichte van zichzelf of de maatschappij (denk aan de veiligheid voor het personeel, het risico op zelfdoding); de complexiteit, duur en intensiteit van de nodige zorg. Je hebt mensen die nauwelijks een gevaar betekenen voor de maatschappij en ook weinig zorg nodig hebben: die kunnen vaak in een ambulante context geholpen worden. Maar er zijn ook personen met een medium of een hoog risico op herval en/of mensen die veel zorg behoeven. Dat vergt een andere aanpak. Het belangrijkste is dat elke geïnterneerde in een aangepast zorgtraject terechtkomt.

Isabel: In de Belgische gevangenissen heeft 9% van de geïnterneerden een laagrisicoprofiel, in Vlaanderen is dat zelfs 20%. Die mensen horen niet thuis in de gevangenis. Ze verblijven er in niet-humane omstandigheden. Bovendien werken ze de overbevolking van de gevangenissen in de hand. 10% van de penitentiaire bevolking in België zijn geïnterneerden, in Vlaanderen is dat 12%.

Hebben de meerjarenplannen van de overheid dan niets uitgehaald?

Ludewei: Toch wel. In het eerste plan van de ministers Onkelinx en Demotte lag de klemtoon vooral op de uitbouw van een forensisch zorgtraject. De plaatsen waren nodig om nieuwe geïnterneerden op te vangen of mensen te laten doorstromen via een outreachequipe vanuit de ziekenhuizen naar psychiatrische verzorgingstehuizen en instellingen voor beschut wonen of naar een ambulante setting. De crisisbedden in de ziekenhuizen maken een snelle heropname na herval mogelijk. In het tweede plan van de ministers Vandeurzen en Onkelinx is bijkomende capaciteit voorzien om specifieke doelgroepen te laten doorstromen vanuit de gevangenissen naar de voorzieningen Daarbij denken we aan seksueel delinquenten, personen met een handicap en mensen met een verslavingsproblematiek. Dat plan is echter nooit officieel goedgekeurd op de ministerraad, met als gevolg dat de budgetten onzeker zijn.

Isabel: Een aantal elementen uit het eerste plan zijn trouwens ook nog niet gerealiseerd: de Forensisch Psychiatrische Centra, de netwerkcoördinatoren die de samenwerking binnen de GGZ en tussen de GGZ en Justitie moeten bevorderen, het vergoeden van reguliere voorzieningen die geïnterneerden opnemen... Dat alles is nog niet of maar gedeeltelijk gerealiseerd.

De financiële crisis zet druk op alles en iedereen. Zal er nog veel in huis komen van de goede voornemens vanuit het beleid?

Isabel: Wij maken ons daar zorgen over. Het zou van kortzichtigheid getuigen als de plannen teruggeschroefd worden. In wezen gaat dit ook om een veiligheidskwestie. Maar in deze context garandeer je de veiligheid niet door mensen in de gevangenis te stoppen, maar door ze de juiste behandeling te geven. Daarom moet het beleid blijven investeren in GGZ en in de geïnterneerden. Dat sluit ook naadloos aan bij de GGZ-evoluties onder artikel 107. De GGZ organiseert zich meer en meer als een netwerk van zorg, met zorgtrajecten die op maat van de patiënt georganiseerd worden en een goede doorstroming en continuïteit van zorg garanderen. Dankzij dat netwerk kunnen we proactief en preventief werken. Vroegtijdige detectie en zorg dichtbij de mensen kan veel leed voorkomen. We zijn dan ook blij dat minister Onkelinx de negen bijkomende projecten 'artikel 107' financieel ondersteunt.

Wat moet er op korte termijn gebeuren om de situatie te verbeteren?

Isabel: Op korte termijn moet de nieuwe interneringswet uit 2007 bijgestuurd worden met een reparatiewet. De wet in zijn huidige vorm is helemaal op de leest van justitie geschoeid en houdt geen rekening met de realiteit van het zorgcircuit in de geestelijke gezondheidszorg. Het gebrek aan structureel overleg tussen Justitie en Volksgezondheid op federaal niveau is trouwens ook al onderwerp van kritiek geweest door het Rekenhof. Nochtans is dat overleg er op het werkterrein wel. Zorgnet Vlaanderen zit bijvoorbeeld grotendeels op dezelfde golflengte als rechter Henri Heimans, die een jarenlange ervaring heeft en de juridische kant door en door kent, maar ook oog heeft voor de zorg en voor het welzijn van de mensen. Uit de praktijk weten we al lang dat een louter repressief beleid geen oplossing biedt, maar integendeel het genezingsproces in de weg staat.

Ludewei: Als de interneringswet onveranderd in voege treedt, is er nog nauwelijks overleg tussen Justitie en de GGZ. We moeten net streven naar onderhandelde zorg, zonder opnameplicht. Een voorziening die niet uitgerust is voor een bepaald type patiënten mag je niet dwingen om die patiënten toch op te nemen. Dat is nefast voor de patiënt én voor de voorziening.

Hoe groot is de kans dat de wet nog bijgestuurd wordt voor hij in voege treedt?

Isabel: Alle ministers bevoegd voor Volksgezondheid hebben op een interministeriele conferentie afgesproken om de wet nog eens grondig onder de loep te nemen. We hopen dat dit samen gebeurt met de administratie en het kabinet van Justitie en dat ook de sector hierin betrokken wordt.

En dan zijn er nog de Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Antwerpen en Gent die op korte termijn soelaas kunnen brengen?

Ludewei: In Gent zijn 272 plaatsen voorzien, in Antwerpen 180. De bouw van het FPC in Antwerpen moet nog starten, dat in Gent staat wel al in de steigers. Er moet echter nog heel wat werk verzet worden voor het FPC effectief van start kan gaan.

Isabel: We zullen er alert op moeten zijn dat het FPC niet uitdraait op een soort van supergevangenis. Het FPC is ook niet dé oplossing voor alle problemen, het is maar één schakel in een groter geheel. Er moet dringend werk worden gemaakt van de uitbating. Voor de 272 plaatsen zullen naar schatting 408,8 voltijdse medewerkers nodig zijn, mensen met een zekere graad van specialisatie. Die vinden in een krappe arbeidsmarkt zal niet eenvoudig zijn. Bovendien moeten het zorgtraject en de doelgroep nog uitgetekend worden. Eerste berekeningen tonen dat voor het zorgtraject alleen al jaarlijks 22,5 miljoen euro beschikbaar zal moeten zijn. Het is maar de vraag of dat budget ook vrijgemaakt zal worden. Het blijft een politieke keuze. Maar aan halve oplossingen heeft niemand iets. We moeten ervoor durven gaan.

Welke stappen zijn nodig op de langere termijn?

Isabel: We moeten de bruggen naar de reguliere zorg verstevigen, de pilootprojecten structureel maken en de samenwerking tussen zorg, welzijn en justitie stroomlijnen. Wat dat laatste betreft, botsten we soms nog op discussies over privacy en beroepsgeheim. Dat moet uitgeklaard worden met gezond verstand. Verder moeten we werk maken van een betere monitoring. In onze publicatie hebben we heel wat informatie samengebracht. Dat was geen sinecure. De gegevens zijn onvolledig en hopeloos verspreid, wat het bijzonder moeilijk maakt om het landschap in kaart te brengen. Voor een goed beleid heb je echter goede gegevens nodig! Zowel vanuit Justitie als vanuit Volksgezondheid zullen inspanningen nodig blijven, zoveel is zeker.

De publicatie 'Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie – Voorstellen voor een zorgtraject voor geïnterneerden' verschijnt begin oktober en zal onder meer te raadplegen zijn op www.zorgnetvlaanderen.be.

Beleidsaanbevelingen bij de uitbouw van een forensisch zorgtraject voor geïnterneerden

Zorgnet Vlaanderen wil een constructieve bijdrage leveren aan de verdere uitbouw van een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg voor geïnterneerden in België en specifiek in Vlaanderen. Een aantal concrete beleidsaanbevelingen leest u in een nieuwe publicatie. De komende maanden wil Zorgnet Vlaanderen deze beleidsaanbevelingen vertalen in strategische doelstellingen.

1. Collectieve verantwoordelijkheid

De uitbouw van een forensisch zorgtraject voor geïnterneerden is een collectieve verantwoordelijkheid van de federale én de Vlaamse overheid, maar ook van de GGZ-voorzieningen en de belendende sectoren, zoals de VAPH-voorzieningen.

2. Regulier waar het kan, specifiek waar het moet

Een behandeling, begeleiding en/of verzorging van een geïnterneerde wordt zo veel mogelijk nagestreefd binnen de reguliere GGZ. In geen enkel geval vormt een gevangenis het optimale kader voor het verlenen van geestelijke gezondheidszorg aan geïnterneerden.

3. Globaal zorgprogramma voor volwassenen

Het forensisch zorgtraject voor geïnterneerden moet worden afgestemd en geïntegreerd in het globale GGZ-zorgprogramma voor volwassenen. Dat vergroot de re-integratiekansen en vermijdt stigmatisering en behandelingen in aparte circuits.

4. Verdere uitvoering van het federaal meerjarenplan Vandeurzen-Onkelinx

De eerste fase van het federaal meerjarenplan is grotendeels uitgevoerd, maar er blijft nog veel werk aan de winkel. Zorgnet Vlaanderen wil alle fasen van het plan uitgevoerd zien, met onder meer de verdere uitbouw van gespecialiseerde capaciteit voor geïnterneerden, de Forensisch Psychiatrische Centra, een financiële vergoeding voor de reguliere GGZ en de zorgtrajectcoördinatoren.

5. Uitbreiden van ambulante mogelijkheden

Ambulante GGZ kan worden ingezet als vervolgzorg voor geïnterneerden na een residentiële behandeling. Maar ambulante GGZ kan ook als eerste zorg fungeren. Niet elke geïnterneerde heeft nood aan een residentiële context.

6. Nieuwe wet op internering aanpassen en uitvoeren

De uitvoering van de wet van 2007 over de internering van personen met een geestesstoornis is al ettelijke keren uitgesteld. Vóór de wet in voege treedt, zijn een aantal aanpassingen noodzakelijk.

7. Wetenschappelijk onderzoek en vorming

Forensische hulpverlening is een specialisatie in de GGZ. Het verwerven van specifieke deskundigheid en ervaring is een proces. Meer wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk, net als een eenvoudig monitoringsysteem dat gestructureerd cijfers bijhoudt.

Internering

"De gevangenis is een harde wereld, waar de zwaksten worden uitgebuit"

Rechter Henri Heimans is voorzitter van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij in Gent. Hij kent de problematiek van de internering door en door, niet alleen vanuit juridisch oogpunt, maar vooral ook op menselijk gebied. Vóór Henri Heimans met pensioen gaat, wil hij de wet van 2007 nog helpen bijsturen en het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent mee op de sporen helpen zetten.

U omschreef de inspanningen om de interneringsproblematiek op te lossen ooit als een processie van Echternach: elke twee stappen vooruit worden gevolgd door één stap achteruit. Waar staan we vandaag?

Henri Heimans: De nieuwe interneringswet van 2007 zorgde even voor een moment van hoop. Die wet is intussen al vijf jaar gepubliceerd, maar nog altijd niet van kracht. Waarschijnlijk gaat de wet in januari 2013 in voege. Het is een illustratie van hoe de politiek met deze problematiek omgaat. Bovendien is de wet zoals hij er nu uitziet, niet werkbaar door de veel te omslachtige procedures. Ondertussen blijft het aantal geïnterneerden in de gevangenissen stijgen. Door het personeelstekort in de gevangenissen krijgen die geïnterneerden nauwelijks zorg, laat staan een behandeling. De doorstroming naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zowel residentieel als ambulant, gebeurt maar druppelsgewijs. Er is veel goede wil, maar het aantal plaatsen is beperkt.

De Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) die gepland zijn in Antwerpen en Gent openen nieuwe perspectieven. Maar ook nu loopt het niet van een leien dakje. In Antwerpen heeft het dossier grote vertraging. In Gent verloopt de bouw van het centrum volgens schema, maar de uitbating is nog niet geregeld. Het is hoogtijd dat men daar werk van maakt. Er moet een visie komen over de instroom, de doorstroom en de uitstroom; er moet bepaald worden welke geïnterneerden in het FPC opgenomen worden en welke niet; er moet een zorgtraject uitgetekend worden dat de hele GGZ betrekt; er moet een geschikt personeelskader gevormd worden... Dat alles regel je niet van de ene dag op de andere. Justitie en Volksgezondheid hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Justitie moet instaan voor het bewakingspersoneel en de externe beveiliging. Volksgezondheid is verantwoordelijk voor wat zich in de gebouwen afspeelt, met name gespecialiseerde hulpverlening door verpleegkundigen, opvoeders, ergotherapeuten, sociaal werkers, criminologen, psychologen, psychiaters... Justitie en Volksgezondheid moeten dus afspraken maken over de

gezamenlijke uitbating en de financiering ervan. En die afspraken zijn vandaag nog altijd niet rond.

Er komt een aanbesteding om een uitbater voor het FPC te vinden. Hebben zich al kandidaten aangemeld?
Allicht wordt de uitbating toevertrouwd aan een autonome vzw, een samenwerkingsverband van ziekenhuizen en andere voorzieningen gespecialiseerd in de opvang van psychiatrische patiënten en/of justitiële cliënten. In Gent heb je bijvoorbeeld al het Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent (PFPCG): een samenwerkingsverband waarin onder meer de stad Gent, het OCMW, het UZ Gent, de Broeders van Liefde, PC Sleidinge, de ambulante GGZ en nog andere voorzieningen vertegenwoordigd zijn. Of het PFPCG zich effectief kandidaat stelt, zal pas blijken als de voorwaarden van de aanbesteding bekend zijn. Maar er zijn ook andere kandidaten mogelijk. Sowieso wordt het een Europese aanbesteding en in Nederland zijn er organisaties die al heel wat ervaring hebben met FPC's. Ook die organisaties kunnen in aanmerking komen voor de uitbating, maar ik veronderstel dat men zal eisen dat de uitbater verankerd is in de GGZ en vertrouwd is met de Belgische situatie.

U bent voorzitter van de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) van Gent. Wat is de precieze samenstelling en opdracht van de CBM?
Om te beginnen: het voorzitterschap van de CBM is geen voltijdse job. Net als de andere leden van de CBM vervul ik die opdracht naast mijn reguliere activiteit als voorzitter van de Kamer van Inbeschuldigingstelling in Gent. De beslissingen in de CBM worden genomen door de voorzitter, een psychiater en een advocaat die vertrouwd is met de interneringsproblematiek. Op de zitting vind je ook iemand van het openbaar ministerie, het parket, eventueel aangevuld met de directeur van de gevangenis en een psycholoog van de psychosociale dienst van de gevangenis of een justitie-assistent. Wij zetelen wekelijks, ofwel in de gevangenis voor de geïnterneerden die daar opgesloten zijn, ofwel in het gerechtsgebouw voor de geïnterneerden 'vrij op proef' (VOP). De opdracht van de CBM is om invulling te geven aan de interneringsmaatregelen die de rechtbank heeft opgelegd. De CBM gaat op zoek naar een traject op maat voor de betrokkene. Vaak start dat met een opsluiting in de gevangenis, maar we gaan meteen ook op zoek naar een geschikte plaats in een zorgvoorziening. Als we zo'n geschikte plaats vinden, dan komt de geïnterneerde vrij op proef, onder bepaalde voorwaarden.

De CBM bepaalt die voorwaarden, bijvoorbeeld de plicht om zich residentieel of ambulant te laten behandelen, het recht om al dan niet een voorziening te mogen verlaten enzovoort. De naleving van die voorwaarden wordt opgevolgd door de justitiehuizen, die geregeld verslag uitbrengen aan de CBM. Waar nodig kan de CBM heel vlot bijsturen, maatregelen verstrengen of net soepeler maken als dat aangewezen is. Dringende beslissingen kan ik als voorzitter onmiddellijk nemen, zonder de commissie te hoeven

Henri Heimans bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum in aanbouw in Gent: "Iedereen beseft dat het budget beperkt is, maar als het FPC niet de middelen krijgt voor een professionele uitbating, dan zullen de kosten op langere termijn veel hoger uitvallen. Het absolute rampscenario is dat er helemaal geen geld blijkt te zijn voor de uitbating van het FPC en dat Justitie het dan maar zelf invult door er een soort van nieuwe gevangenis van te maken. Ik hou mijn hart vast."

samenroepen. Die flexibiliteit is noodzakelijk, maar ze dreigt te verdwijnen als de wet van 2007 volgend jaar in voege treedt.

Als in de media sprake is van geïnterneerden, gaat het vaak om zware incidenten. Maar hoe is de dagelijkse realiteit?

25 à 30% van de geïnterneerden zijn mensen met een verstandelijke beperking. In die gevallen gaat het vaak om vrij banale vermogensdelicten: een inbraak in een broodautomaat of in een voetbalkantine bijvoorbeeld. Bij mensen met een psychotische aandoening komt belaging of stalking geregeld voor, omdat zij zich soms op iemand fixeren en dan voortdurend telefoneren, sms'en enzovoort. Als het slachtoffer klacht indient, kan de dader geïnterneerd worden indien hij zwaar ziek is: iemand met een paranoïde psychose bijvoorbeeld. Verder zijn er ook geweldsdelicten met slagen en verwondingen. Een aparte groep vormen de seksueel delinquenten, maar ook hier heb je grote verschillen. Zo is een volwassen persoon met een verstandelijke handicap en het IQ van een kind van acht jaar, die seksuele spelletjes speelt met een kind, iets totaal anders dan een seksueel pervert. In het eerste geval kan je met de gepaste begeleiding verder leed voorkomen, het tweede geval is veel moeilijker te behandelen en onder controle te houden. Eigenlijk zitten in de internering mensen die heel verscheiden en niet altijd zware misdrijven gepleegd hebben, gecombineerd met een ruime waaier van lichte tot ernstige geestesstoornissen.

De leden van de CBM vervullen deze opdracht naast hun eigenlijke job, als een soort van bijberoep. Wijst dat op een onderschatting van de opdracht van de CBM?

Inderdaad. Gelukkig wordt dat met de wet van 2007 anders. De CBM in zijn huidige vorm zal ophouden te bestaan en opgaan in de strafuitvoeringsrechtbanken. Dat kan voor een professionalisering zorgen en meer rechtsbescherming bieden aan de geïnterneerden. Het jammere is dat de procedures in de nieuwe wet veel te zwaar zijn en de flexibiliteit die de CBM had, volledig teniet dreigen te doen.

Als de wet van 2007 begin 2013 onveranderd van kracht wordt, dan vrees ik een implosie van het hele systeem. De wet is zo zwaar dat ze elke doorstroming bemoeilijkt. Dan zullen nog veel meer geïnterneerden in de gevangenis blijven dan vandaag het geval is. Zo voorziet de wet dat elke geïnterneerde sowieso eerst naar de gevangenis moet, terwijl in bepaalde gevallen een ambulante behandeling veel meer is aangewezen. En eenmaal in de gevangenis, kan een geïnterneerde ook niet zomaar doorstromen naar een andere voorziening: er is een strikte, trapsgewijze procedure die onvermijdelijk voor een verder dichtslibben van het systeem zal zorgen en die niet beantwoordt aan de realiteit van de huidige zorgtrajecten.

Nog meer mensen dreigen onterecht in de gevangenis te belanden. Hoe is hun situatie daar?

Uitermate schrijnend! Denk bijvoorbeeld aan de mensen met een verstandelijke beperking. Vaak kunnen zij lezen noch schrijven, terwijl heel veel communicatie in de gevangenis schriftelijk verloopt. Veel van die mensen begrijpen niet wat hun overkomt. Ze kunnen soms zelfs het verband niet leggen tussen de feiten die ze gepleegd hebben en de opsluiting. Die mensen zitten opgesloten samen met andere gedetineerden. Dat is een harde wereld, waar de zwaksten uitgebuit worden. Het gebeurt wel vaker dat iemand met een mentale handicap gemanipuleerd en misbruikt wordt, bijvoorbeeld door op zijn kosten dingen te bestellen in de kantine of het winkeltje van de gevangenis.

Bijzonder schrijnend is ook de toestand van mensen met een psychotische aandoening. Als zij niet medicatietrouw zijn, kunnen zij zware crises doormaken met bijvoorbeeld automutilatie. Dan krijg je situaties waar mensen die ritmisch met hun hoofd tegen de muur slaan of die totaal ontredderd zijn door niemand geholpen worden, omdat het gevangenispersoneel hiervoor niet is opgeleid. Er is trouwens vaak niemand bij, want er is geen permanent klinisch toezicht zoals in een ziekenhuis. En als een probleem opgemerkt wordt, dan stopt men de geïnterneerde meestal in afzondering in een veiligheidscel, wat helemaal onmenselijk is. Maar veel mogelijkheden zijn er ook niet in een gevangenis. In een ziekenhuis kan je iemand in een crisis gedwongen medicatie toedienen, in de gevangenis niet. Een gevangenis is geen klinische omgeving.

Komt daar nog bij dat een internering altijd voor onbepaalde duur is. Je kan nu eenmaal niet voorspellen hoe lang een behandeling zal duren. Mensen met een psychiatrisch ziektebeeld zijn zo al heel angstig, maar als daar die uitzichtloosheid nog bijkomt, dan wordt dat echt ondraaglijk. Ze begrijpen niet wat van hen verwacht wordt, wat ze moeten doen om vrij te kunnen komen. Voor een relatief licht vergrijp kan een geïnterneerde soms jaren in de gevangenis blijven.
Ook de overbevolking in de gevangenissen weegt op de gedetineerden en op het personeel. Dat zorgt voor bijkomende stress. Er zijn wel zorgteams in gevangenissen, maar die zijn onderbemand en hebben handen tekort om de noden te lenigen. Om maar één voorbeeld te geven: in de gevangenis van Turnhout komt een nieuwe vleugel voor zestig geïnterneerden, maar het zorgteam wordt niet uitgebreid. Tja, dan kunnen die mensen nog schitterend werk leveren, maar zo komen we er niet.

Waar halen deze zorgteams de motivatie vandaan om zich ondanks alles te blijven inzetten voor geïnterneerden in gevangenissen?

Omdat ze gedreven zijn en zeer menselijk en omdat er af en toe positieve dingen gebeuren. Zo nam een zorgteam onlangs het initiatief om samen met een twintigtal geïnterneerden een bezoek te brengen aan het Museum dr. Guislain in Gent. Ik was erbij. Het is allemaal vlot verlopen, met een broodjesreceptie en een klein muzikaal optreden erbij. Die menselijke aanpak loont, maar het vergt heel wat creativiteit en vrijwillige inzet van mensen.

Het dagverzorgingscentrum voor mensen met een verstandelijke beperking Obra doet ook mooie dingen. Zij organiseren dagactiviteiten voor geïnterneerden binnen en buiten de gevangenis. Zij oefenen sociale vaardigheden en doen groepsactiviteiten. Zo hebben ze met geïnterneerden schilderwerken uitgevoerd in het gerechtsgebouw en in het lokaal van het Rode Kruis. Dat zijn waardevolle, plaatselijke initiatieven die het lijden van geïnterneerden verzachten en die hoop geven aan deze mensen. Maar toch blijven ze met de vraag zitten: hoe lang blijf ik nog in de gevangenis.

Ze hebben totaal geen uitzicht op betere omstandigheden?

De personen met een verstandelijke handicap zijn erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). In principe hebben zij recht op een plaats in een aangepaste voorziening. Hiervoor zijn ellenlange wachtlijsten, waarop de geïnterneerden geen prioriteit krijgen. Een persoon met een verstandelijke handicap die bij zijn hoogbejaarde ouders inwoont of die dakloos is een

plaats bieden in een voorziening is maatschappelijk nog urgenter.

Hoe verloopt de samenwerking tussen Justitie, Zorg en Welzijn in de dagelijkse praktijk?

In Gent verloopt die samenwerking heel goed. Met de CBM hebben we veel contact met de zorgvoorzieningen. De contacten met de ambulante GGZ verlopen vooral via de justitiehuizen, waarmee wij nauw overleg plegen. In Gent is er ook een modus vivendi met de voorzieningen: als zij een geïnterneerde opnemen en er vindt een ernstig incident plaats, dan kunnen zij die geïnterneerde zonder zware procedures naar de gevangenis terugsturen voor een time-out. Die garantie zorgt voor een grotere bereidheid bij de voorzieningen om geïnterneerden op te nemen. We werken in Gent ook samen met de straathoekwerking, die mee de mensen in sociale nood helpen en begeleiden. Eenmaal een geïnterneerde vrij op proef is, blijft de opvolging verzekerd door de justitiehuizen. Zo doen we ook geregeld urinecontroles bij mensen die vrij op proef zijn, om er zeker van te zijn dat ze zich houden aan de voorwaarden van een alcohol- en drugverbod. Dankzij die gezamenlijke inspanningen slagen we erin om mensen te resocialiseren, om ze voldoende ziekte-inzicht mee te geven en therapietrouw te maken. Soms vinden ze een job, in het reguliere circuit of als vrijwilliger.

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum in Gent zal nieuwe kansen bieden, maar schuilen er ook gevaren in?

Zoals gezegd: het ontbreekt voorlopig nog aan een duidelijke visie. Welke geïnterneerden zullen in het FPC opgenomen worden en hoe worden de doorstroom en de uitstroom georganiseerd? Dat zijn cruciale vragen. Het FPC mag geen eindpunt zijn voor de geïnterneerde, maar moet een beginpunt vormen, met uitzicht op doorstroming naar andere voorzieningen of naar de ambulante GGZ. Het FPC zal verschillende afdelingen hebben en mij lijkt het ideaal als er een mix van verschillende stoornissen en gradaties van gevaar, veiligheid en zorgbehoevendheid toegelaten zou worden. Dat veronderstelt dat er een eenvormige screening moet worden uitgewerkt, om elke geïnterneerde op een methodische manier in een bepaalde groep onder te brengen, zodat hij de zorg, de begeleiding en de veiligheidsmaatregelen krijgt die hij nodig heeft.

Vandaag bestaat zo'n eenvormige screening niet. Elke geïnterneerde heeft wel een dossier, maar daar zit geen lijn in. We moeten hier dringend werk van maken, want het is een noodzakelijke voorwaarde om een goede selectie te doen. Ook dat zal tijd, mensen en middelen vergen. Het grootste gevaar schuilt erin dat men de 272 plaatsen van het FPC in Gent zo snel mogelijk zal willen invullen, zodat de druk op de gevangenissen vermindert. Als dat bovendien gepaard zou gaan met een ondermaats personeelskader in het FPC, dan zijn we nog verder van huis.

Iedereen beseft dat het budget beperkt is, maar als het FPC niet de middelen krijgt voor een professionele uitbating, dan zullen de kosten op langere termijn veel hoger uitvallen. Het absolute rampscenario is dat er helemaal geen geld blijkt te zijn voor de uitbating van het FPC en dat Justitie het dan maar zelf invult door er een soort van nieuwe gevangenis van te maken. Ik hou mijn hart vast."

Er is toch van alle kanten druk om iets aan de situatie te doen? Ons land is al veroordeeld door Europa en sommige geïnterneerden in gevangenissen spannen met succes rechtszaken aan om een plaats in een voorziening op te eisen.

Er zijn inderdaad al geïnterneerden die via de rechtbank een plaats in een voorziening hebben afgedwongen. Een voorziening kan met een dwangsom verplicht worden om een geïnterneerde op te nemen. De kosten van die opname vallen dan ten laste van Justitie.

Wordt iemand beter van zo'n afgedwongen opname in een voorziening?

Als de geïnterneerde in een geschikte omgeving terechtkomt, kan het meevallen. Ik ken het geval van een voorziening die vol zat, maar door de rechter verplicht werd om een bed bij te plaatsen voor een man die een proces had aangespannen. Wel, die man is daar perfect op zijn plaats en maakt het goed. In andere gevallen is zo'n afgedwongen opname gedoemd te mislukken. Een voorziening moet voldoende gespecialiseerd personeel in huis hebben om een geïnterneerde met een specifiek profiel te kunnen opvangen. Is dat niet het geval, dan belandt de geïnterneerde onvermijdelijk toch weer in de gevangenis. Een voorziening met een dwangsom verplichten om iemand op te nemen, is hoe dan ook een slechte start van een zorgrelatie.

U staat al heel lang in het vak. Hoe ziet u de mentaliteit in onze maatschappij evolueren op dit gebied?

De samenleving is minder tolerant geworden. We vinden het moeilijk om te gaan met mensen met een psychiatrische problematiek. Zeker in de grootsteden. Bij het minste incident wordt de politie erbij geroepen. Ja, er is een tendens tot meer repressie.

Ook in de zorgvoorzieningen merk ik soms dat de tolerantiegraad lager wordt. En ik begrijp dat ook wel. Het personeel in een psychiatrisch ziekenhuis heeft het moeilijk om met agressie van patiënten om te gaan. Zeker als er ook een tekort aan personeel is, daalt de draagkracht en daarmee ook de tolerantiedrempel bij het personeel. 'Het gaat niet, hij moet terug naar de gevangenis', luidt het dan. Wat de politiek betreft, zijn er maar enkele parlementairen die zich met deze problematiek inlaten.

Wat drijft u persoonlijk om u te blijven inzetten voor deze mensen?

Ik werk al 40 jaar voor justitie, altijd in het strafrecht. Ik heb heel veel contacten opgebouwd met gevangenissen en met geïnterneerden, maar ook met zorgverstrekkers en hulpverleners. Ik ken de levensgeschiedenis van geïnterneerden, hun angsten, hun hoop, ik weet wat misgelopen is. Ik heb me altijd ingezet voor een humane opsluiting van gedetineerden. Wat specifiek de geïnterneerden betreft: we mogen deze mensen niet gelijkstellen met andere veroordeelden. Geïnterneerden zijn zieke mensen, die net als u en ik recht hebben op een aangepaste behandeling.

Daarnaast ben ik ook niet blind voor de terechte verzuchtingen en de angsten van slachtoffers van feiten gepleegd door geïnterneerden. De CBM Gent heeft al jaren geleden, samen met de diensten van slachtofferonthaal bij de parketten, een creatief systeem ontwikkeld om sommige slachtoffers te betrekken bij de uitvoeringsmodaliteiten van de internering en hen zo mogelijk inspraak te geven in de vrijstellingsmodaliteiten.

U nadert de pensioenleeftijd. Wat wilt u nog realiseren?

Ik word 65 jaar in januari, maar ik ga zeker door tot mijn 67ste. Ook daarna wil ik actief blijven, bijvoorbeeld als vrijwilliger. Misschien wel in het FPC, wie weet. Maar voor die tijd wil ik het FPC op de juiste sporen helpen zetten en wil ik mij verder inspannen om de wet van 2007 te laten bijsturen voor er verder onheil gebeurt.

Thomas Kessels: "Naast de ondersteuning op informatief en praktisch gebied, kunnen de dementieconsulenten ook emotionele ondersteuning bieden aan de mantelzorgers."

Professor Eva Dierckx: "Door het bos zien mantelzorgers vaak de bomen niet meer. Eén aanspreekpersoon, de dementieconsulent, die de mantelzorger en de persoon met dementie op alle vlakken kan bijstaan, zou deze mensen een belangrijke meerwaarde kunnen bieden."

Dementie

"Basiszorg dementie moet versterkt worden"

In juni werden op het kabinet van minister Vandeurzen de resultaten en beleidsaanbevelingen besproken van de onderzoeksprojecten over de introductie van dementieconsulenten. Zorgnet Vlaanderen leidde één van die onderzoeken, met de focus op de dagverzorgingscentra en de centra voor kortverblijf. Uit alle resultaten blijkt dat dementieconsulenten nodig zijn voor de mantelzorgers, maar vooral ook dat de basiszorg dementie versterkt moet worden.

Zowel de thuiszorg als de thuiszorg-ondersteunende voorzieningen werden door minister Vandeurzen in november 2010 aangemoedigd om de functie van dementieconsulenten in te bouwen in hun werking. Demonstratieprojecten, gefinancierd door Vlaanderen, wilden de voorzieningen helpen bij het maken van deze overgang. Zorgnet Vlaanderen werd, samen met zeven andere kandidaten, geselecteerd voor een demonstratieproject. Het einddoel van deze projecten was dat tot op het niveau van elke Vlaamse gemeente wordt aangegeven bij wie men terecht kan voor begeleiding door een dementieconsulent. De demonstratieprojecten hadden als opdracht te onderzoeken hoe verschillende voorzieningen de functie van dementieconsulent in hun werking kunnen integreren, zonder een financiële meerkost te creëren.

De functie van dementieconsulent werd als volgt omschreven: "De dementieconsulent is een hulpverlener die wordt ingeschakeld zodra de diagnose is gesteld of bij een 'niet-pluisgevoel'". De consulent biedt naast psychosociale begeleiding ook informatie over de ziekte, het zorgaanbod, juridische en administratieve aspecten over dementie en bemiddeling. De dementieconsulent functioneert als een vertrouwenspersoon, adviseur en pleitbezorger tijdens het hele zorgproces in de thuissituatie.

Het bos en de bomen

Zorgnet Vlaanderen koos ervoor de studie te laten uitvoeren in al zijn centra voor dagverzorging en kortverblijf. Het onderzoek werd gevoerd door prof. Eva Dierckx en Thomas Kessels.

"Dat ons onderzoek in centra voor dagverzorging en kortverblijf verliep, gebeurde in overleg met de andere projecten. Samen dekken de diverse projecten het hele landschap van de thuiszorg", vertelt Thomas Kessels. "In dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf is dementie prominent aanwezig in de dagelijkse werking. Heel wat cliënten hebben cognitieve problemen, waarvan vele kaderen binnen een beginnende of zelfs al gevorderde dementie", zegt prof. Dierckx.

Het onderzoeksproject startte met het doornemen van de vakliteratuur. Het meest leerrijk waren echter de bevragingen van de mantelzorgers, de zorgverleners en de leidinggevenden. “Mantelzorgers zijn over het algemeen tevreden over de hulp- en dienstverlening, zo blijkt uit onze bevraging en uit focusgesprekken die we voerden”, vangt prof. Eva Dierckx aan. “Toch bestaat er bij een belangrijke groep nog een nood aan iemand die hen van in het begin bijstaat en wegwijs maakt. Er zijn ontzettend veel brochures, er bestaat heel veel informatie, er lopen tal van projecten, maar toch vinden veel mensen moeilijk hun weg in dat aanbod. Door het bos zien ze vaak de bomen niet meer.

“Naast de ondersteuning op informatief en praktisch gebied, kunnen de dementieconsulenten ook emotionele ondersteuning bieden aan de mantelzorgers”, zegt Thomas Kessels. “Een bijkomend voordeel kan zijn dat ook de huisarts zich meer ondersteund voelt. Door intensief overleg tussen de huisarts en de dementieconsulent kan de inschatting van de zorgcontext van de persoon met dementie en zijn mantelzorger beter verlopen. Mogelijk kunnen hierdoor crisismomenten voorkomen worden.”

Basiszorg

Tijdens het onderzoek werd voortdurend teruggekoppeld naar de andere onderzoeksprojecten in de stuurgroep. Heel snel werd in de stuurgroep het onderscheid gemaakt tussen basiszorg en gespecialiseerde zorg. Dat onderscheid vinden we ook terug in de uiteindelijke beleidsaanbevelingen vanuit het project van Zorgnet Vlaanderen. Daarin wordt onder meer gepleit om fors te investeren in de vorming van hulpverleners op het vlak van basiskennis over dementiezorg. De onderzoekers bevelen ook aan om de functie van een dementieconsulent in te bedden in een zorgnetwerk, waarbij alle zorg- en welzijnsvoorzieningen in een bepaalde regio de handen in elkaar slaan. Voorts pleit het onderzoek voor bijkomend longitudinaal onderzoek.

Dementie

“De richting is duidelijk”

Walter Brusselaers, raadgever woonzorg en ouderen op het kabinet van Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen, volgt het project ‘dementieconsulent’ van bij de start. Nu de resultaten van de onderzoekprojecten zijn voorgesteld, wordt een ‘transitieplan’ gemaakt, dat met de zorgsector besproken zal worden, om het daarna geleidelijk in te voeren. “We zijn er nog niet helemaal uit, maar de richting is wel duidelijk geworden”, vindt Walter Brusselaers.

Het project ‘dementieconsulent’ is in november 2010 van start gegaan. Wat was de aanleiding?

Walter Brusselaers: Er waren twee concrete aanleidingen voor dit project. Ten eerste bleek uit het Dementieplan Vlaanderen dat mensen bij wie een eerste diagnose wordt gesteld of bij wie een ‘niet-pluisgevoel’ is, vaak niet goed weten waar naartoe. Er is dus een probleem van informatie, van wegwijs maken in het zorgaanbod, van zorgbegeleiding. De tweede aanleiding was de goede evaluatie van het project thuisbegeleiding van Foton, het expertisecentrum dementie uit Brugge, dat gesteund wordt door de Vlaamse overheid. Foton biedt psychosociale begeleiding voor personen met dementie in de thuissituatie en kan mooie resultaten voorleggen. Vanuit de Vlaamse overheid wilden we bekijken hoe we het model van Foton konden uitdragen en implementeren via nieuwe projecten. Belangrijk hierbij was om alle vormen van thuiszorg en thuiszorgondersteunende voorzieningen te betrekken en in te schakelen.

Welk aspect van de werking van Foton maakt het verschil in de praktijk?

De kern van de zaak is dat een dementieconsultent op weg gaat met de persoon met dementie, zijn gezin en zijn mantelzorgers. Er is met andere woorden zo veel als mogelijk één permanente contactpersoon die een antwoord kan bieden op de vragen van mensen met dementie en hun naasten. Dat kan gaan over informatie over de ziekte, het zorgaanbod, juridische en administratieve aspecten over dementie, over psychosociale ondersteuning en bemiddeling. Soms heeft de dementieconsulent maar één keer per jaar contact met een gezin, maar in andere gevallen kan dat één keer per maand zijn.

Uiteindelijk zijn acht projecten geselecteerd. Op basis waarvan is die selectie gebeurd?

De belangstelling voor dit initiatief was groot. We hebben aanvragen gekregen uit alle sectoren van de woonzorg. Uiteindelijk heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid aan de hand van heldere criteria een selectie gemaakt. We hebben ernaar gestreefd om het werkveld zo breed mogelijk te bestrijken, met een grote diversiteit aan voorzieningen: de thuiszorg, de lokale dienstencentra, de thuiszorgondersteunende diensten, de thuisverpleging, de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, de dagverzorgingscentra. Bovendien moesten de projecten actief samenwerken met de Expertisecentra Dementie en met verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Op die manier willen we de bestaande ervaring en deskundigheid meteen integreren. De geselecteerde projecten bestrijken ook verschillende beleidsniveaus: federaal, Vlaams, provinciaal of gemeentelijk. En uiteraard hebben we ook aandacht besteed aan de praktische implementatie, aan de effecten binnen de doelgroep en de meetbaarheid ervan.

In juni zijn de conclusies en de beleidsaanbevelingen uit de projecten voorgesteld op het kabinet van minister Vandeurzen. Zaten daar verrassingen bij?

Echte verrassingen niet, want we heb-

ben het hele traject van nabij gevolgd via de Vlaamse stuurgroep, bestaande uit de acht projecten en begeleid door LUCAS en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. Er zijn in juni vier rapporten voorgesteld. Er waren de individuele eindverslagen van de acht projecten, er waren de beleidsaanbevelingen van de Vlaamse stuurgroep, er was het rapport van het Agentschap Zorg en Gezondheid en bijkomende beleidsaanbevelingen van LUCAS en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. We hebben de projecten vanuit diverse invalshoeken grondig geëvalueerd. Het belangrijkste resultaat dat uit alle rapporten en uit alle projecten naar voren komt, is de noodzaak om meer in te zetten op de expertiseversterking rond dementie van de basiszorgverleners. Iedereen is het erover eens dat dementie zo veel voorkomt en zo snel toeneemt, dat dementiezorg in de basiszorg van de diverse woonzorgvoorzieningen geïntegreerd moet worden en niet alleen aan gespecialiseerde functies overgelaten kan worden. Dat betekent dat er een competentieverhoging nodig is in de basiszorg. We hebben hierin nog een hele weg te gaan.
Waar het onderzoek nog geen sluitend antwoord op bood, is de vraag hoe de dementieconsulent zich verhoudt tot die basiszorg. Het onderzoek heeft onvoldoende klaarheid gebracht in wat tot de basiszorg behoort en wat dan de rol en de positionering van een specialistische dementieconsulent zou moeten zijn. Daarom werd tijdens de afgelopen zomermaanden verder overlegd met LUCAS en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen om dit verder uit te klaren. Momenteel leggen we de laatste hand aan het ontwerp transitieplan met als werktitel 'Dementiekundige basiszorg inclusief zorgbegeleiding in het natuurlijk thuismilieu'. Dit ontwerp transitieplan zal vervolgens na ruggespraak met de betrokken actoren, inclusief de (semi)residentiële ouderenzorg, gefinaliseerd worden om het dan stapsgewijs uit te voeren. Het is een complex dossier waarin we blijven streven naar betrokkenheid en gedragenheid van alle betrokken actoren.

Begrijp ik het goed dat de klemtoon gaandeweg verschoven is van de gespecialiseerde dementieconsulent naar de basiszorg?
Het onderzoek heeft inderdaad een dieperliggend probleem aan de oppervlakte gebracht. De basiszorg dementie moet versterkt worden. Naast bijscholing en supervisie moet ook de inzet overwogen worden van referentiepersonen dementie in de thuiszorg, zoals die nu al bestaan in de residentiële ouderenzorg. Gezien dementie zo'n omvang kent, willen we geen extra structuren creëren, maar de bestaande voorzieningen versterken in hun rol ten aanzien van personen met dementie. Ook de expertisecentra dementie en de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg (SEL's) moeten gepositioneerd worden in dit plaatje. De komende maanden zullen we onderzoeken hoe we hier best een antwoord op kunnen geven. Het is nu al duidelijk dat de verschillende overheden hiervoor zullen moeten samenwerken. Als we bijvoorbeeld referentiepersonen dementie in de thuisverpleegkunde willen, dan moeten we hierover afstemmen met de federale overheid. Bovendien zal ook het kostenplaatje bekeken moeten worden. We zijn er dus nog niet helemaal uit, maar de richting is wel duidelijk geworden.

De basiszorg versterken wordt de nieuwe prioriteit. Betekent dat meteen ook dat de dementieconsulenten op de lange baan worden geschoven?
Neen, het is een én-én-verhaal. Dementiezorg is een dossier met vele lagen. Het blijft een complex geheel, waarin zowel de basiszorg als de specialisatie versterkt moeten worden.

Het oorspronkelijke doel van het project was om voorstellen te formuleren "zonder bijkomende middelen". Dat is niet haalbaar gebleken?
Het uitgangspunt was dat we geen nieuwe structuren wilden creëren. Er bestaat al heel veel en we moeten de goede praktijken implementeren in bestaande voorzieningen en structuren. Een aantal voorzieningen doen dat al langer, anderen zijn hiermee volop bezig. De projecten hebben hier duidelijk een stimulans gegeven. Er beweegt heel wat op het terrein, en dit zonder meerkost. Maar, hoe je het ook draait of keert: het dieperliggende probleem van de dementiekundige basiszorg heeft een budgettaire impact. Het is nog te vroeg om hierover prognoses te maken. Eerst moeten we het transitieplan afwerken en toetsen met de sector. Pas dan kunnen we bekijken welke overheid wat kan doen en hoeveel dat zal kosten.

Walter Brusselaers: "Het belangrijkste resultaat dat uit alle rapporten en uit alle projecten naar voren komt, is de noodzaak om meer in te zetten op de expertiseversterking rond dementie van de basiszorgverleners. Iedereen is het erover eens dat dementie zo veel voorkomt en zo snel toeneemt, dat dementiezorg in de basiszorg van de diverse woonzorgvoorzieningen geïntegreerd moet worden en niet alleen aan gespecialiseerde functies overgelaten kan worden."

De nieuwe eindejaarsactie van Studio Brussel, met de vertrouwde naam Music for Life, focust dit jaar op dementie. Opzet is geen fundraising, maar wel het taboe doorbreken. Begin december volgt meer informatie over de actie die loopt van 17 tot 23 december.

“Duidelijke richtlijnen moeten zorgen voor een betere verstandhouding”

In het operatiekwartier tekenen regelmatig vertegenwoordigers van firma’s uit de medische hulpmiddelenindustrie present. Hun aanwezigheid zorgt voor de nodige praktische en juridische hoofdbrekens. In een werkgroep van Zorgnet Vlaanderen ontwikkelden ziekenhuisbestuurders, artsen, verpleegkundigen, apothekers en juristen samen met de industrie een aantal guidelines. “Die zullen zonder twijfel zorgen voor een serener klimaat in het operatiekwartier”, meent dr. Dirk Bernard van AZ Alma.

Dat de problematiek niet in een handomdraai viel op te lossen, bewijst de lange levensduur van de werkgroep. Bijna drie jaar lang kwamen vertegenwoordigers van Zorgnet Vlaanderen, VVOV (Vlaamse Vereniging voor OK-verpleegkundigen) en UNAMEC (Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën) geregeld samen om een leidraad op te stellen die, conform de huidige wetgeving en met optimale garanties voor kwaliteit en veiligheid, de aanwezigheid van externen in het operatiekwartier (OK) moet regelen. De resultaten worden binnenkort voorgesteld tijdens een studiedag en in een publicatie*.

Volgens dr. Bernard, medisch directeur van AZ Alma en lid van de werkgroep, zijn artsen en verpleegkundigen vaak niet op de hoogte van de juridische consequenties van de aanwezigheid van externen in het OK. “KB nr. 78 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen kennen ze meestal wel. Ten onrechte gaan ze ervan uit dat zolang de externe een verpleegkundige is, het geen probleem is wanneer die verpleegkundige handelingen stelt.” Dat ook de geneesmiddelenwet om de hoek komt kijken, is immers al veel minder geweten. “Firma’s mogen geen verboden voordelen aan gezondheidsberoepsbeoefenaars of zorgvoorzieningen aanbieden, en die laatsten mogen die evenmin aanvaarden. Het gratis ter beschikking stellen van personen, die mee komen assisteren, valt ook onder dit verbod.” Dat je ook met het beroepsgeheim en het recht op intimiteit van de patiënt rekening dient te houden, vinden zorgverstrekkers vanzelfsprekend. “En toch is dat in deze niet zo evident: hoe kan je een controlerende functie uitoefenen op externen?”, vraagt dr. Bernard zich af. De aanwezigheid van externen in het OK roept ook meerdere aansprakelijkheidsvragen op. “Als er iets misgaat tijdens de operatie, zal de patiënt zich in eerste instantie tot het ziekenhuis wenden. Dat is aansprakelijk, tenzij het zich daarvan expliciet vrijwaart.” Dr. Bernard, en ongetwijfeld vele collega’s met hem, realiseren zich niet dat de sociale wetgeving over het verbod op het ter beschikking stellen van personeel ook hier van toepassing is. Die impliceert dat wanneer externen voorbehouden handelingen stellen uit KB nr. 78, zij in de plaats treden van zorgverstrekkers uit het ziekenhuis. En daarvoor is voorafgaande toestemming vereist van de sociale inspectie.

Ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen zijn vaak niet op de hoogte van de juridische consequenties van de aanwezigheid van externen in het OK.

Operatie-kwartier

Na het probleem duidelijk in kaart te hebben gebracht, vatte de werkgroep de koe bij de hoorns en stelde praktische guidelines op. Zo kunnen externen voortaan drie functies vervullen. Ze kunnen aan de slag als 'product trainer' waarbij ze, los van het OK en de patiënt, meer uitleg geven over toestellen en hun werking. Werken ze als 'technisch adviseur', dan zijn ze aanwezig bij de ingreep en verlenen ze advies over het hanteren van het toestel. Cruciaal is dat ze geen contact hebben met de patiënt en dus niet deelnemen aan de ingreep. De laatste functie is die van 'externe assistent'. Dat zijn artsen of verpleegkundigen die actief deelnemen aan de ingreep en daarvoor betaald moeten worden. De werkgroep pleit ervoor dat deze categorie slechts per uitzondering wordt ingezet.

De werkgroep werkte ook een modelcontract uit, waarin duidelijke afspraken tussen het ziekenhuis en de firma worden gemaakt, alsook een specifieke modelpassage voor het OK-reglement. Zo hoeft men niet telkens opnieuw van nul te beginnen. Uiteraard zal elk ziekenhuis deze modellen moeten aanpassen in functie van zijn eigen werking.

Feedback

Dr. Bernard beschrijft de werkgroep zelf als "een fantastisch multidisciplinair team op een interactieve ontdekkingstocht", maar hoe werd hun werk in het ziekenhuis onthaald? In het voorjaar toetste dr. Bernard de voorlopige bevindingen van de werkgroep af in het ziekenhuis. "Ik kreeg drie types reacties. De meesten waren zich van geen kwaad bewust en beseften absoluut niet dat het wettelijk kader zo uitgebreid en complex was. Een aantal artsen vond dat de activiteiten van de werkgroep ook nuttig kunnen zijn voor andere afdelingen. Een laatste groep schrok van de impact die dit voorstel zou hebben op de werkvloer: de aanwezigheid van externen is immers een realiteit. Zij vroegen dat de implementatie van deze manier van werken synchroon zou gebeuren, over de ziekenhuizen heen. Het valt immers moeilijk te verklaren waarom de ene zich wel aan de regels moet houden, wanneer de andere die aan zijn laars lapt." Volgens dr. Bernard is het ook erg belangrijk rekening te houden met de aard van het beestje: "Artsen zijn intellectuelen die alleen actie willen ondernemen als ze terdege begrijpen waarom. Het is dan ook belangrijk hen respectvol en professioneel te informeren."

Medische industrie betrokken

Bij de leden van UNAMEC was de problematiek van externen in het OK altijd al een *hot topic*. "Ze stelden zich vooral vragen over de aansprakelijkheid", vertelt Wim Vandenberghe, adviseur voor UNAMEC en lid van de werkgroep van Zorgnet Vlaanderen. "Probleem is dat wanneer men dan ging kijken naar de wettelijke bepalingen, de conclusie vaak was: zet een verpleegkundige in en het is opgelost. Dat klopt dus niet en het zou bovendien de schaarste aan verpleegkundigen nog doen toenemen."

Al in 2007 werkte UNAMEC met een werkgroep een advies uit. "Maar dat was alleen geënt op de industrie. Het voordeel van de werkgroep van Zorgnet Vlaanderen is dat we hier samenwerken met ziekenhuisbestuurders, artsen en verpleegkundigen. Daardoor zullen de besluiten zwaarder doorwegen. De grote verdienste is dat we zeer gestructureerd tewerk zijn gegaan, rekening houdend met het wettelijk kader en de concrete behoeften, zonder taboes: zijn vertegenwoordigers echt nodig? Wat is hun nut? Welke taken kunnen ze uitvoeren en welke niet?"

CZ

**De studiedag vindt plaats op woensdag 17 oktober 2012 in Leuven en op maandag 22 oktober in Gent. Meer info: www.zorgnetvlaanderen.be ('Onze opleidingen'). De publicatie komt binnenkort online en zal u eveneens terugvinden op de website ('Publicaties').*

Reorganisatie van het OK dringt zich op

Dat de ziekenhuizen zich in regel moeten stellen met de wet, begrijpt Marleen Van Dyck, directeur verpleegkundige en paramedische diensten in AZ Sint-Jozef Malle, maar al te goed. "En toch is dat niet zo evident", vertelt ze.

"De medisch vertegenwoordigers kennen het materiaal vaak beter dan de verpleegkundigen en ze zijn op de hoogte van de laatste aanpassingen aan de toestellen. Waar nodig staken de verpleegkundigen onder hen dan al eens een handje toe. Willen ze dat in de toekomst nog doen, dan moet het ziekenhuis daarvoor de nodige administratieve handelingen verrichten en hen vergoeden."

Hoe moeilijk de thematiek ook is, de werkgroep heeft volgens Van Dyck goed werk geleverd. Ze is blij dat de uitgewerkte guidelines toegelicht worden op studiedagen voor medewerkers en artsen uit de ziekenhuizen enerzijds en voor vertegenwoordigers anderzijds. Die laatste groep zal ook ingewijd worden in de organisatie van het operatiekwartier met zijn specifieke regels, bijvoorbeeld over steriliteit.

Gecoördineerde aanpak werpt vruchten af

Preventie

Het aantal zelfdodingen in Vlaanderen moet tegen 2020 met 20% dalen in vergelijking met het jaar 2000. Dat het kan, bewijzen de resultaten van het eerste actieplan, met een gerealiseerde daling van 8%. Met een pakket nieuwe initiatieven wil minister Jo Vandeurzen nog een tandje bijsteken. “Achter elke zelfdoding of zelfdodingspoging schuilt onnoemelijk veel leed en het is onze gezamenlijke opdracht om daar blijvend iets aan te doen, want elke zelfdoding is er één te veel”, stelt minister Vandeurzen. Wij gingen erover praten met Nico De fauw, expert ter zake en één van de drijvende krachten achter het nieuwe actieplan suïcidepreventie.

Nico De fauw is al sinds 1998 bezig met de preventie van zelfdoding. In 2002 en 2011 gaf hij vanuit Werkgroep Verder mee vorm aan de Gezondheidsconferenties Suïcidepreventie. Sinds februari 2012 is Nico De fauw stafmedewerker Zorg & Zorgorganisatie bij Zorgnet Vlaanderen. Hij volgt er de intersectorale commissie verpleegkundige en paramedische zorg op en ontfermt zich onder meer over het dossier zorgkundigen, migratie van zorgpersoneel en de bijzondere beroepstitels. De voorbije maanden echter werd De fauw nog gedetacheerd naar het kabinet Vandeurzen om het tweede Vlaams actieplan suïcidepreventie af te werken.

Tijdens de voorstelling van het nieuwe actieplan op 7 september viel alvast goed nieuws te rapen. Het eerste actieplan 2006-2010 heeft de vooropgestelde doelstelling behaald van 8% minder zelfdodingen in 2010 in vergelijking met het jaar 2000. “Dat bewijst meteen het belang van een actieplan op Vlaams niveau”, zegt Nico De fauw. “Suïcidepreventie is complex en heeft nood aan acties op de lange termijn. Effecten zijn pas na vele jaren zichtbaar. Het gaat immers onder meer om het beïnvloeden van hulpzoekgedrag en het doorbreken van het taboe over geestelijke gezondheidszorg. Dat gaat bijzonder geleidelijk en daarom is een volgehouden inspanning nodig. Maar het werkt. Zo zien we dat er zelfs in 2010 een lichte daling van het aantal zelfdodingen was, ondanks het voorspelde negatieve effect van de economische crisis. Dat is mee het resultaat van de vele initiatieven uit het eerste actieplan.”

Eén van de nieuwe acties uit het plan is ‘toekomstgerichte training’. Nico De fauw: “Een aantal signalen kunnen wijzen op een risico van zelfdoding. Een gevoel van hopeloosheid is zo’n signaal, dat we te lijf willen gaan met de toekomstgerichte training. Ouderen die vereenzamen en geen sterk netwerk hebben, krijgen het bezoek van een vrijwilliger, die samen met de oudere een netwerk uitbouwt. Dat kan met familieleden zijn, met kennissen, buren of ook vrijwilligers. In overleg met de oudere wordt dan een toekomstplan opgesteld, met concrete doelstellingen. Het hebben van doelen is immers van wezenlijk belang voor een zinvol leven. Zo’n doelstelling kan zijn: ik wil één keer per maand naar een voetbalmatch met mijn kleinkind, ik wil elke dag een blokje om wandelen of ik wil één keer per week een kaartje leggen. Allemaal kleine dingen, heel persoonlijk en op maat, met een grote meerwaarde. Het nieuwe netwerk rond de oudere helpt die doelstellingen te bereiken en haalt die mensen daarmee uit hun isolement en hun gevoel van hopeloosheid.”

Een andere betrachting van het tweede actieplan is de creatie van één platform voor hulpverlening. “De nood aan één platform voor preventie blijkt uit de feedback van burgers en zorgverleners”, zegt Nico De fauw. “Het aanbod aan hulpverlening is in Vlaanderen bijzonder kwaliteitsvol, maar ook uitgebreid en daardoor soms te complex om je weg in te vinden. Zo heb je vandaag naast de Zelfmoordlijn ook nog Tele-Onthaal. Twee sterke initiatieven, maar het is niet voor iedereen duidelijk bij wie, waarvoor en wanneer je er terecht kunt. Op termijn moeten we daarom streven naar één platform, ook voor familie, nabestaanden en zorgverleners. Eén verkort en gratis telefoonnummer is een eerste stap. Later moet daar ook één online platform bijkomen. Hiervoor zijn voorbereidende gesprekken bezig. De bedoeling van de nieuwe website is om mensen die hulp zoeken of vragen hebben, naadloos door te verwijzen, zonder verdere drempels. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om te chatten, maar ook om meteen een consult vast te leggen in een centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW) of een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) in de buurt, zonder daarvoor nog eens extra te telefoneren. Op die manier halen we zo veel mogelijk barrières weg en werken we mee aan de ontschotting in de zorg. Het spreekt vanzelf dat zo’n platform grondig voorbereid en gecoördineerd moet worden, in overleg met alle betrokken actoren en sectoren uit de preventieve en curatieve wereld. Vanaf 2013 zal deze ambitieuze actie opgestart worden, in elk geval de eerste fase.”

Alertheid

Het nieuwe actieplan bevat ook een uitnodiging aan werkgevers en werknemers. “Het is belangrijk om mensen met suïcidale gedachten zo snel mogelijk te detecteren”, vertelt Nico De fauw. “Ook

Nico De fauw: "De bedoeling van de nieuwe website is om mensen die hulp zoeken of vragen hebben, naadloos door te verwijzen, zonder verdere drempels. Het moet bijvoorbeeld mogelijk zijn om anoniem te telefoneren of te chatten, maar ook om van daaruit meteen een consult vast te leggen in een CAW of CGG in de buurt, zonder daarvoor nog eens extra te telefoneren. Op die manier halen we zo veel mogelijk barrières weg en werken we mee aan de ontschotting in de zorg."

Dalend cijfer ondanks de crisis

In 2010 stierven 1.066 Vlamingen door zelfdoding. Dat is een lichte daling tegenover 2009 (1.102), maar het betekent nog altijd drie zelfdodingen per dag. De Vlaamse cijfers blijven daarmee tot de hoogste in Europa behoren.

Ruim twee op de drie zelfdodingen in 2010 waren mannen: 772 mannen tegenover 294 vrouwen. Na 2000 daalden de suïcidecijfers, maar sinds 2007 stegen ze weer, vooral bij de economisch actieve bevolking. Die trend wordt nu gestopt.
Minister Vandeurzen: "De suïcidecijfers van 2010 zijn 3% lager dan die van 2009, ondanks de verwachting dat de economische crisis de suïcidecijfers verder negatief zou beïnvloeden. Dat is opmerkelijk, ook gezien het feit dat in de ons omringende landen het suïcidecijfer gestegen is. De sterfte door suïcide in Nederland bijvoorbeeld, dat geen globaal actieplan heeft, is in 2010 met 5% gestegen in vergelijking met het jaar 2009. De cijfers voor 2010 zijn bij ons ruim 9% lager in vergelijking met het jaar 2000. In Nederland is er in deze tijdspanne net een toename van bijna 7%. Dat doet vermoeden dat een globaal actieplan in Vlaanderen wel degelijk zijn invloed kan hebben op een daling van sterfte door suïcide."
Minister Vandeurzen trekt in 2013 voor de nieuwe acties een budget uit van 1.257.000 euro binnen de beschikbare budgetten voor het preventief gezondheidsbeleid en naast de voortzetting van de bestaande acties.

op de werkplek sturen mensen vaak signalen uit. Het is kwestie om die signalen als zodanig te herkennen. De alertheid hiervoor moet versterkt worden. Er mag geen enkel bedrijf, maar ook geen enkele school, voorziening, gemeente, bestuur, vereniging of organisatie meer zijn die geen preventiebeleid en -protocol heeft. Het belangt ieder van ons aan. Voor de intermediairs die actief zijn binnen de zorgsector komt er, aansluitend op de al bestaande vormingsmodules, ook een postercampagne. De poster wil hun deskundigheid bevorderen door de meest voorkomende en opvallende symptomen van acuut risico op zelfdoding onder de aandacht te brengen. Een gelijkaardige campagne in het Verenigd Koninkrijk *(Is your patient suicidal)* bleek heel doeltreffend."

Andere initiatieven uit het Vlaams actieplan suïcidepreventie zijn een actualisering van de websites 'Fit in je hoofd' en de jongerenversie 'Noknok'. Voor jongeren wordt ook een game ontwikkeld die hen moet helpen om te gaan met depressieve gedachten. Deze game, SPARX, werd eerder al met succes getest in Nieuw-Zeeland. Vlaanderen wil een eigen, aangepaste versie ontwerpen. Er komt ook een multidisciplinaire behandelrichtlijn voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag. Hulpverleners hebben behoefte aan een *evidence based* richtlijn. Verder wordt gewerkt aan een kwalitatief model van ketenzorg bij suïcidaliteit, dat de zorgprocessen naadloos op elkaar afstemt. De continuïteit van zorg blijkt immers één van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de zorgverlening te zijn. Ten slotte wil minister Vandeurzen twee nieuwe behandelingsmethoden voor mensen die suïcidaal zijn, laten testen en evalueren: de eerder genoemde 'toekomstgerichte training' en een therapie gebaseerd op mindfulness.

OP BEZOEK BIJ HET FIH, HET ZORGNET VLAANDEREN VAN WALLONIË

“Elke verandering vertrekt vanuit de patiënt”

Het FIH (Fédération des Institutions Hospitalières), de Waalse koepelorganisatie van christelijke zorgvoorzieningen, staat voor grote uitdagingen. Dat er binnenkort een “regionaliseringsronde” komt voor de zorgsector, bezorgt directeur Pierre Smiets en zijn rechterhand Denis Henrard enkele kopzorgen. “Uiteraard zijn we voorstanders van meer efficiëntie, maar ook de patiënt moet er wel bij varen, en de eigenheid van onze organisatie mag niet in het gedrang komen.”

Wallonië

In het Franstalige zorglandschap, waar de publieke sector over heel wat voorzieningen beschikt, heeft het FIH zich sinds 1978 *(het “unitaire” VVI/FIH werd opgericht in 1938 en splitste in 1978 in het Vlaamse VVI, het Waalse FIH en het Brusselse CBI, nvdr)* een mooie positie weten te verwerven. De vzw’s die aangesloten zijn bij het FIH vertegenwoordigden op 1 januari 2012 in Wallonië 42% van de bedden in algemene ziekenhuizen en 44 % van de plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen, samen 8.834 bedden. In de woonzorgsector vertegenwoordigt het FIH bijna evenveel bedden (8.561), of ongeveer 17% van de Waalse markt. Grote slokop daar is de commerciële sector met 48% van de bedden, gevolg door de publieke sector met 29%.

Pierre Smiets werkt sinds 1979 bij het FIH. In 1998 werd hij directeur van de organisatie. “Onze belangrijkste opdracht is uiteraard het verdedigen van de belangen van onze leden, zowel bij de administraties als op de ministeriële kabinetten. Onze grote troef als relatief kleine federatie *(het vermelde aantal bedden dat het FIH vertegenwoordigt, is verspreid over 145 voorzieningen, nvdr)* is dat we onze leden in veel dossiers een zeer persoonlijke begeleiding kunnen bieden. Ze kunnen met ongeveer elk probleem bij ons terecht. Daarnaast ontwikkelen we ook een algemene visie.”

Welke thema’s leven de laatste tijd bij jullie leden?

Pierre Smiets: Schaalvergroting is belangrijk. We zien veel ziekenhuizen fuseren om van de voordelen daarvan te genieten. Grote organisaties hebben de slagkracht om een regionaal beleid te ontwikkelen, toegang te krijgen tot meer apparatuur en hun diensten uit te breiden.

Bereiden de Waalse zorgvoorzieningen zich voor op een scenario waarin de zorg steeds meer geregionaliseerd wordt als gevolg van de staatshervorming?

Pierre Smiets: Als het van onze leden afhangt, blijft de gezondheidszorg zo federaal mogelijk. Dat is toch wat we horen. Maar we mogen niet blind zijn voor de politieke veranderingen. De gezondheidszorg zal regionaliseren. Het is aan ons om van die beweging gebruik te maken om een beter gecoördineerde zorg op poten te zetten. Er is een tijd geweest waarin onze ziekenhuizen fuseerden met publieke hospitalen. Maar plots mocht dat niet meer, tenzij die publieke ziekenhuizen een meerderheidsstem kregen.

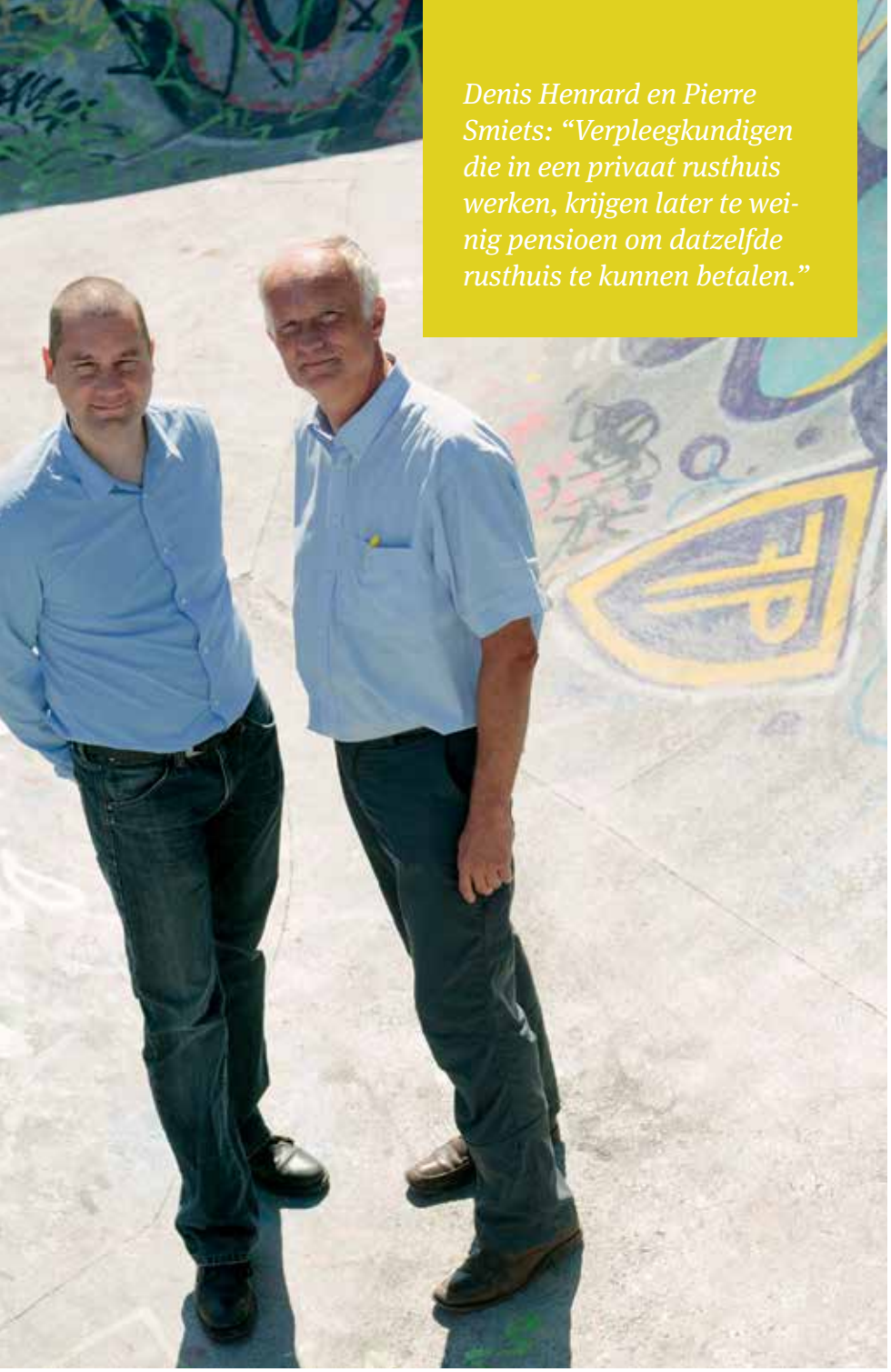
Denis Henrard: Er beweegt al veel in onze zorg. In de psychiatrie is het aanbod de laatste jaren bijvoorbeeld erg gediversifieerd. In plaats van patiënten sowieso op te nemen, proberen we nu te werken met mobiele ploegen die thuiszorg bieden. Diversificatie is ook belangrijk omdat niet elke patiënt past in de bestaande structuren. De rol van het FIH is ook om zijn leden te blijven sensibiliseren en informeren over dergelijke evoluties.

Merken jullie bij de Waalse beleidsmakers voldoende openheid om de zorgsector te hervormen?

Pierre Smiets: De politiek speelt uiteraard een belangrijke rol in die veranderingen. Dat we ons als organisatie bevinden in een zorglandschap dat deels wordt ingenomen door een publieke en een commerciële sector, maakt het er voor ons niet altijd makkelijker op. Nochtans is er één groot gemeenschappelijk belang: de patiënt. Elke verandering moet vertrekken vanuit de vraag wat voor hem het best is.

Welke debatten spelen er in Wallonië wat dat betreft?

Pierre Smiets: De betaalbaarheid van de woonzorgcentra is een heet hangijzer. Heel wat woonzorgcentra zijn in private handen. Dat zijn zeer mooie voorzieningen, maar ook zeer dure. Nochtans hebben veel van onze ouderen maar een klein



Denis Henrard en Pierre Smiets: "Verpleegkundigen die in een privaat rusthuis werken, krijgen later te weinig pensioen om datzelfde rusthuis te kunnen betalen."

pensioentje. Niet iedereen kan 1.250 euro per maand ophoesten. De situatie is nu zo dat veel werknemers die in een privaat woonzorgcentrum werken, later te weinig pensioen zullen krijgen om datzelfde woonzorgcentrum te betalen. Let op, dit is vooral zo voor verpleegkundigen uit private zorgvoorzieningen. Verpleegkundigen uit publieke voorzieningen krijgen voor hetzelfde werk tot 500 euro meer pensioen per maand. Die ongelijkheid is moeilijk verdedigbaar.

Hoe denken jullie dat de dienstverlening van jullie zorgvoorzieningen er in de toekomst zal uitzien?

Denis Henrard: Net als de psychiatrie en de ziekenhuizen moeten ook woonzorgcentra diversifiëren. Een bewoner vandaag is niet meer de bewoner van 30 jaar geleden. Toen gingen sommigen op hun 65ste naar een woonzorgcentrum. Nu ligt de gemiddelde leeftijd van onze bewoners op 85 jaar, steunt hun familie hen minder en kampen ze vaak met gezondheidsproblemen. Dat verandert volledig het concept van wat een woonzorgcentrum is. Er is nu veel meer 'zorg' nodig.

Pierre Smiets: Ook hier moeten we over muren durven te kijken naar de toegevoegde waarde van de thuiszorg, een sector die in Wallonië deels in handen is van de ziekenfondsen. Dat zorgt voor spanningen als wij op dat terrein komen. Als we echt ten dienste willen staan van de mensen, zullen we echter allemaal moeten meestappen in de verandering.

Als de gezondheidszorg verder geregionaliseerd wordt, volgt er allicht een herverdeling van de middelen. Hoe zal dat die veranderingen beïnvloeden?

Denis Henrard: Die herverdeling zal iedereen dwingen om alles efficiënt te structureren, zodat de kwaliteit van de zorg er niet onder lijdt.

Pierre Smiets: Onze zorg is dat er geen duidelijkheid bestaat over de herverdeling van de budgetten die naar de regio's worden overgeheveld. Er is geen garantie dat de verdeelsleutels dezelfde blijven. Als organisatie vrezen we dat we het met minder zullen moeten doen.

Zien jullie ook voordelen in een regionalisering?

Pierre Smiets: Natuurlijk. Het is een kans om onze zorg beter te coördineren en af te stemmen op de noden. Maar dat moet wel consequent gebeuren. Als men er politiek voor kiest om de woonzorgcentra te regionaliseren, waarom dan ook niet alle eerstelijnshulp? Uiteraard zijn we voorstanders van meer efficiëntie, maar ook de patiënt moet er wel bij varen en de eigenheid van onze organisatie mag niet in het gedrang komen. Spijtig genoeg vormt onze organisatie geen meerderheid en heeft veel te maken met de politieke krachten waarvan we afhankelijk zijn en die het terrein vorm moeten geven.

Als de politiek morgen beslist om anders te subsidiëren of om verschillende actoren te laten samenwerken, hoe plannen jullie dan jullie eigenheid te verdedigen en te behouden?

Denis Henrard: De publieke en de vzw-voorzieningen proberen de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen zo veel mogelijk te garanderen. De dienstverlening van onze vzw's is complementair met wat de publieke voorzieningen doen, met dat verschil dat ze anders bestuurd worden.

Pierre Smiets: Wat de veranderingen ook zijn die op ons afkomen, de autonomie van onze vzw's moet worden gerespecteerd. Het klopt dat we allemaal – publiek, privé, vzw – ongeveer dezelfde diensten verlenen, maar is het een goede zaak dat er maar één dienstverlener zou zijn? Dan ontstaat er een *pensée unique*. Net zoals in het onderwijs, ligt ook in de zorg de rijkdom in de verscheidenheid.

Ziekenhuis voor Ziekenhuis *brengt werelden bij elkaar*

Een langdurig partnerschap tussen Belgische en Congolese ziekenhuizen, waarvan beide kanten profiteren. Dat is de opzet van de ngo Memisa. Zestien ziekenhuizen gingen de uitdaging al aan.

Congo telt 38 gezondheidszones. Elke zone herbergt zowat 100.000 mensen en is zo groot als een Belgische provincie. Toch telt elke zone slechts één ziekenhuis, slecht uitgerust en moeilijk bereikbaar. Kleinere gezondheidscentra in elke zone passen daar een mouw aan, maar doen dat zonder dokter. Het hoeft niet gezegd dat de gezondheidssituatie in Congo voor verbetering vatbaar is. Memisa, een Belgische ngo, wil daar samen met Belgische ziekenhuizen bij helpen. Via het project 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis' worden ziekenhuizen uit onze regio uitgenodigd om een langdurig partnerschap aan te gaan met één van de collega's in Congo. "Het Belgische ziekenhuis engageert zich voor minstens vijf jaar", vertelt Kristel Moerman van Memisa. "De partnerschappen zijn gebaseerd op een open dialoog, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid. Het personeel kan heel concreet kennismaken met de noden van een ziekenhuis ginds, maar ook met de mensen achter de noden."

Uitwisseling

De 16 gezondheidszones die vandaag al worden gesteund, krijgen via Memisa jaarlijks gemiddeld 70.000 euro aan financiële steun. 80% daarvan komt via subsidies voor ontwikkelingssamenwerking. Het partnerziekenhuis in België draagt de resterende 20% bij. Die 70.000 euro zijn niet zaligmakend, vertelt Kristel Moerman, die zelf zeven jaar in Congo werkte. "Het zijn beperkte middelen die op de best mogelijke manier worden ingezet." Om de twee jaar krijgen de partnerziekenhuizen de kans om hun regio en project te bezoeken. Zo krijgen ze een goed zicht op wat er dringend is. "Heel vaak zetten de Belgische partners extra projecten op in hun zone, zoals het financieren van een waterput. Samen met de Congolese verantwoordelijken en de knowhow van de Belgische partnerziekenhuizen stellen we haalbare verbeteringen voor. Dat kan gaan van zonnepanelen tot vormingsmomenten over medicijnen of hygiëne. De Belgische ziekenhuizen hebben die kennis in huis en kunnen ter plaatse nieuwe technieken introduceren, rekening houdend met de lokale context, zoals het gebrek aan stromend water of de zekerheid van elektriciteit."

Teambuilding

De financiële hulp is niet onbelangrijk, maar het grootste voordeel zit hem in de banden die worden opgebouwd en de kennis die wordt uitgewisseld. "Omdat we over een periode van minimum vijf jaar werken, zien de Belgische partners hun project gaandeweg evolueren en verbeteren. Dat werkt motiverend en versterkt de emotionele band tussen de twee ziekenhuizen." Het beste bewijs is dat sinds de start van het project elk deelnemend ziekenhuis zijn engagement verlengde. "Het partnerschap is ook een vorm van teambuilding in de Belgische ziekenhuizen. Door de lange termijn wordt iedereen, van directie tot onderhoudspersoneel, betrokken en gaat de solidariteit over de grenzen heen. Zij die het project bezochten in Afrika delen hun ervaringen met de thuisblijvers."

Deelnemen aan het project kost een ziekenhuis in België minstens 11.500 euro per jaar. Een bedrag dat de meeste ziekenhuizen niet zomaar op overschot hebben. "Het vraagt inderdaad een inspanning", vertelt Kristel eerlijk. "Vaak wordt dat geld verzameld via een collectieve inspanning van het personeel. Met een wafelenbak, bijvoorbeeld. Het verschil dat die euro's maken is echter veel meer waard." Er zijn nu al 16 partnerziekenhuizen. Memisa hoopt te kunnen groeien tot 38, zodat elke gezondheidszone waar Memisa actief is, Belgische steun krijgt.

Voor meer informatie kunt u vrijblijvend Kristel Moerman contacteren op kristel.moerman@memisa.be of 02-454.15.55. www.memisa.be

AV

Belgische ziekenhuizen engageren zich via Memisa voor een periode van minimum vijf jaar.

Heilig Hartziekenhuis steunt 72.000 arme boeren

"We hebben het volste vertrouwen in Memisa en sluiten ons aan bij hun initiatieven", stelt Cyriel Smits, lid van de Memisa-werkgroep in het Lierse Heilig Hartziekenhuis, dat de Kingandu-regio steunt.

In 2005 nam het Heilig Hartziekenhuis het peterschap op voor het ziekenhuis en de gezondheidscentra in Kingandu. "Kingandu telt 72.000, vooral arme, boeren. Die zijn voor verzorging volledig aangewezen op een vervallen ziekenhuis met 162 bedden en 29 kleine gezondheidscentra", vertelt Cyriel Smits.

Met een tweejaarlijks eetfestijn, optredens allerhande, trappistenavonden en andere initiatieven zamelt de werkgroep geld in voor het project. "Ons doel is in de eerste plaats essentiële, kwaliteitsvolle en aangepaste verzorging te verzekeren, ook voor de kansarmen. Gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen. Het is nooit de vraag geweest een meerwaarde voor onszelf te creëren", verduidelijkt Smits.

De werkgroep, meer dan 20 leden sterk, bestaat uit directieleden, artsen, personeel uit schoonmaak en keuken, verpleegkundigen, stafmedewerkers en pastorale medewerkers. "Het is een heterogene groep die de onderlinge vriendschapsband versterkt en de ontwikkeling van kansarmen buiten ons continent steunt."

De support vanuit Lier richt zich voornamelijk op transport, opleiding en materiaal. "Memisa kent de plaatselijke problematiek als geen ander en ontwikkelt actieterreinen voor een upgrade van het ziekenhuis en de gezondheidscentra.

Er zijn ook projecten rond moeder- en kindzorg of de strijd tegen moedersterfte, mede gesteund door fotografe Lieve Blancquaert."

AZ Damiaan werkt samen met ziekenhuis in Djuma

"De voldoening is er omdat je merkt dat onze rechtstreekse steun de bevolking ten goede komt." Aan het woord is Willy Sibiet, stafmedewerker van het AZ Damiaan in Oostende en gangmaker van het Memisa-project.

In het verleden bestonden ook solidariteitsacties in het Oostendse ziekenhuis, al van voor de fusie, benadrukt Willy Sibiet. Maar sinds 2006 is het ziekenhuis in Djuma (Congo) een hoofdbekommernis. Met dank aan Memisa. "Voordien ging het telkens om één project. Elk jaar een ander. Er was weinig continuïteit en het enthousiasme moest telkens opnieuw worden opgebouwd." Dat is anders sinds het partnerschap met Memisa. "Omdat het om de lange termijn gaat en je binnen ons ziekenhuis ook de vooruitgang meemaakt in Congo, gaat de voeling niet verloren. Integendeel, ze groeit enkel."

Personeelsfeest

De gevraagde financiële steun verzamelt het personeel deels via structurele steun van het AZ Damiaan, deels uit de winst van de cafetaria. Ook de opbrengst van het personeelsfeest, een solidariteitsmaaltijd en de gages voor spreekbeurten over het project gaan in het spaarvarken. Om de twee jaar stuurt het ziekenhuis een team van twee personen naar Djuma. "Ikzelf ben er één keer geweest. We sturen bewust telkens andere mensen. We kijken vooral naar de kennis dat het team er kan verspreiden. Is er nood in Djuma aan tips voor de materniteit, dan zoeken we een kandidaat uit de dienst verloskunde." Zo'n bezoek werkt relativerend. "Na de trip kijk je met een afstand naar de verzuchtingen in onze maatschappij. Waarover maken we ons druk? De voldoening is des te groter, omdat je rechtstreeks werkt aan een betere zorgkwaliteit."

"Omdat het om een langetermijnproject draait, gaat de voeling niet verloren. Integendeel, ze groeit alleen maar", zegt Willy Sibiet van AZ Damiaan.

Met vzw Socres wil Danny De Bock zorgvoorzieningen in contact brengen met commerciële managers en modern businessmanagement.

beleid

Enthousiasme van profit voor social profit

Dat de wereld verandert, weten we allemaal. Dat modern management nodig is om die veranderingen mee vorm te helpen geven, is even logisch. De nieuwbakken vzw Socres brengt de *high potentials* uit de commerciële wereld tot bij de raad van bestuur van de sociale sector.

Elke sociale instelling heeft zijn raad van bestuur. Een raad vol mensen van goede wil, daaraan twijfelt niemand. Maar extra kennis en een ander inzicht zijn altijd welkom om de toekomst daadkrachtig tegemoet te gaan. Precies daarop speelt de vzw Socres in. Kennis en ervaring uitwisselen tussen profit en social profit door managers uit de profit te verleiden tot een mandaat in de raad van bestuur van een zorgvoorziening.

Socres is nog jong, amper een jaar oud, maar zijn *mission statement* is duidelijk. “De uitdagingen in de zorg zijn de komende jaren enorm door demografische en politieke evoluties. We willen zorgvoorzieningen daarbij een duwtje in de rug geven en geven daarom bedrijven de mogelijkheid hun menselijk kapitaal ter beschikking te stellen. Het zorgt voor een dialoog en het delen van kennis tussen de diverse sectoren. De expertise en ervaring van managers op het vlak van *human resources*, financieel of strategisch beleid komen de zorginstelling ten goede. Tegelijk leveren de ondernemingen een bijdrage aan de samenleving, realiseren ze eigen maatschappelijke doelstellingen en creëren ze een uniek leertraject voor het eigen personeel”, meent voorzitter Danny De Bock. In het dagelijkse leven is De Bock manager bij Mensura, een externe dienst voor preventie op het werk, en na de uren bestuurder van centrum Obra in Evergem, een dagcentrum voor volwassenen met een handicap.

Vlerick-boys

Socres brengt twee werelden samen. “Niet zelden is een raad van bestuur van een zorgvoorziening een verzuilde, verouderde raad, waar de plaatselijke notabelen gevraagd worden te zetelen, allen met de beste bedoelingen. Wij willen die impasse doorbreken door sociaal geëngageerde mensen met praktijkervaring in modern bedrijfsmanagement tot bij de voorziening te brengen. Enkel op vraag van die laatste weliswaar. Hun wil is cruciaal”, vertelt De Bock. Socres maakt het matchen van de kandidaat-manager met de kandidaat-zorgvoorziening mogelijk. “Het belangrijkste criterium is dat het moet klikken.”

Het initiatief groeide vanuit de Vlerick Management School. “Met een groep enthousiastelingen wilden we ‘business’ op een andere manier bekijken, met een maatschappelijke meerwaarde voorop. In de zorgsector zijn er vaak goede ideeën, maar die worden soms moeilijk vertaald in concrete voordelen. De uitwerking van de ideeën slaagt niet volledig of wordt door andere operationele prioriteiten op de lange baan geschoven. Managers uit de commerciële wereld kunnen helpen om die ideeën in de praktijk om te zetten.” Momenteel lopen er drie pilootprojecten, waarbij managers uit multinationals hun expertise voor de zorg “uitlenen”. Zo is de raad van bestuur van wzc Sint-Jozef in Neerpelt versterkt met een HR-directeur van een bedrijf. “We willen het project organisch laten groeien. We zijn een kleine vzw. Liever een traag groeiend project dan één grote golf met het gevaar te verdrinken.”

Klaar of niet, dat is de vraag

Danny De Bock verwijst als voorbeeld naar het perspectiefplan 2020 van minister Jo Vandeurzen in de gehandicaptenzorg, waarbij aanbodgestuurde zorg evolueert naar vraaggestuurde zorg. De bijhorende financiering ligt hoofdzakelijk bij de zorgbehoevende. Volgens De Bock zijn heel wat zorgvoorzieningen niet klaar voor die ingrijpende verandering. Zij zullen zich net als commerciële ondernemingen moeten profileren op de markt. “Dat vereist een meer zakelijk denken. Sommige voorzieningen zijn echter vastgeroest in hun manier van werken. Nochtans zullen ook zij mee moeten. 2020 is amper acht jaar verwijderd. De overheid zit niet stil. De zorgsector mag dat ook niet.”

AV

www.socres.be

PATRICK VERMAERCKE, KINESIST IN WZC MARIAHUIS IN GAVERE

“Er is een nieuwe wereld voor mij opengegaan”

Moment-opname

“Na mijn opleiding ben ik van start gegaan als sportkinesist bij voetbalclub Lokeren. Dat was een parttime job die ik combineerde met een zelfstandige praktijk. Toen mijn praktijk goed draaide, ben ik gestopt bij Lokeren en voltijds zelfstandige geworden. Dat heb ik 23 jaar gedaan, tot ik vorig jaar de kans kreeg om dicht bij de deur aan de slag te gaan in een woonzorgcentrum. Echt zoekend was ik toen niet – ik deed mijn praktijk heel graag – maar de werkuren begonnen door te wegen. Als zelfstandig kinesist ben je letterlijk van ’s morgens vroeg tot ’s avonds laat bezig.

Het grote verschil tussen werken als zelfstandige en werken in een woonzorgcentrum is dat ik nu deel uitmaak van een team. Vroeger was ik alleen verantwoordelijk. Nu zijn er collega’s: verpleegkundigen, zorgkundigen... En in de eerste plaats draait het natuurlijk allemaal om de patiënt. Vroeger moest ik die zo vlug mogelijk beter maken. Het gros van mijn cliënteel kwam enkele sessies en zag ik daarna niet meer. Nu werk ik met ouderen bij wie het erop aankomt hen zo mobiel en zelfredzaam mogelijk te houden. Daarbij moet je rekening houden met de pijn of beperkingen van bepaalde bewoners.

Helemaal vreemd was de zorgsector mij niet toen ik hier startte. Als zelfstandig kinesist verleende ik regelmatig ambulante hulp. Inmiddels mag ik wel zeggen dat ik zeer gebeten ben door de zorgsector. De voldoening is enorm. Het mooie is dat je enorm veel dankbaarheid terugkrijgt voor de energie die je erin steekt. En dat heeft niet altijd te maken met mijn werk als kinesist. De bewoners roepen me weleens binnen in hun kamer – of ik merk dat zelf op – om een raam te openen of hun glas water bij te vullen. Ik werk hier niet alleen mét mensen, maar ook voor mensen. De band is nu ook veel hechter dan vroeger. Ik luister naar verhalen, bekommernissen... Daar hebben onze bewoners echt nood aan. Wat voor mij enorm belangrijk is, is dat je een oudere behandelt zoals je later zelf behandeld wil worden.

Er is een nieuwe wereld voor mij opengegaan, ja. Ik voel me daar zo goed in thuis dat ik inmiddels ook zorgambassadeur ben geworden voor Oost-Vlaanderen. Dat betekent dat ik anderen ervan probeer te overtuigen dat een beroep in de zorgsector de moeite waard is om er op zijn minst over na te denken. Ik richt mij met die boodschap vooral naar jongeren. We gaan naar scholen, communiceren via de Facebook-pagina ‘een zorgjob ik ga ervoor’, via de site www.ikgaervoor.be enzovoort.

Er zijn veel mogelijkheden in de zorg; de variatie aan beroepen is enorm. Aan jongeren die het willen proberen, zeg ik altijd: ‘Doe het!’ Er komen minder leuke dingen bij kijken, maar dat is zo bij elke job. Ik promoot de zorgberoepen ook intern in het woonzorgcentrum, bij het personeel. Het idee daarachter is dat zij die motiverende boodschap kunnen overbrengen bij familieleden of vrienden die de zorg wel zien zitten. Iedereen weet dat de nood aan nieuwe werkkrachten in onze sector groot is. Maar die instroom is ook belangrijk om de kwaliteit van de zorg op peil te houden.”

WV

Geestelijke gezondheidszorg in België: naar een financiële verankering van de gepredikte hervorming

België heeft momenteel per capita de meeste psychiatrische bedden van Europa en is, na Japan, wereldwijde koploper. De psychiatrische opnames stijgen jaarlijks in aantal. Cijfers van de WGO bevestigen dat we hiermee sinds 2010 als een eenzaam buitenbeentje kunnen worden beschouwd. Onze afbouw van psychiatrische bedden in de afgelopen decennia kan niet tippen aan de inspanningen elders. We kunnen ons enkel troosten met de gedachte dat Nederland niet zo ver op ons achter loopt. De residentiële traditie blijft spijtig genoeg overheersen in de psychiatrische behandeling. Schotten blijven bestaan tussen gezondheid en welzijn, tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg.

Het residentiële budget omvatte in 2010 ongeveer één miljard euro; beschut wonen, PVT's en nazorg staan voor 144 miljoen euro. Het schrille contrast met de 55 miljoen voor ambulante zorg, 3 miljoen voor Vlaamse projecten en de 1,2 miljoen euro voor het Vlaams actieplan suïcide wordt dan onmiddellijk duidelijk. Na de defederalisering zal het miljard euro federaal blijven, terwijl de andere delen (al dan niet met dezelfde middelen?) naar het regionale niveau worden overgedragen.

Projectondersteuning voor artikel 107, gericht op netwerkvorming en mobiele teaminzet, blijft dus verwaarloosbaar in vergelijking met de andere bovenstaande bedragen. Het staat psychiatrische ziekenhuizen vrij om een deel van hun bedfinanciering al dan niet te benutten voor netwerkvorming. Nochtans hebben innovatieve benaderingen zoals *Flexible Assertive Community Treatment*, *Assertive Outreach* en *Individual Placement and Support* al uitvoerig hun meerwaarde bewezen, in combinatie met vroegtijdige diagnose en interventie. Ze leiden tot betere uitkomsten en minder kosten dan de traditioneel residentiële zorg. Die laatste vorm kan de komende jaren tezelfdertijd elders goed benut worden om de behoefte aan woonzorgcentra, serviceflats enz. bij ouderen in te vullen. Waarom bevindt België zich dan nog steeds in de staart van het peloton van psychiatrische bedafbouw, ondanks decennialang werken aan een paradigmashift? Waarom gaan er ongelofelijke bedragen verloren aan residentiële 'hotelkosten' en wijzen we die middelen niet toe aan ambulante therapieën? Hoe kan je zoiets ethisch rijmen met de behandelingstekorten in de kinderpsychiatrie?

De artikel 107-projecten zijn een heel goede zaak, maar blijven in de sector sterke weerstand ondervinden. Vele managers van psychiatrische ziekenhuizen zien immers de bedden graag vol liggen, want dat bepaalt de financiële inkomsten. Sommige psychiaters zijn ook niet geneigd hun vroegere toezichtshonoraria te vervangen door een meer ambulant gedreven vergoedingsbasis. Het spreekt dus voor zich dat de financiering momenteel veeleer een hinderpaal dan een ondersteuning is van goede zorg. Men stapt wel mee in projecten waar het extra inkomsten betreft, maar tezelfdertijd wil men de inkomsten van de residentiële zorg niet lossen.

Nochtans zijn de financiële alternatieven internationaal breed gekend, zeker indien men leert van de lessen in de niet-psychiatrische zorg. Bouw betaling per verstrekking en prikkels voor bedbezetting gedeeltelijk af. Organiseer hiermee een aanzienlijke forfaitaire periodieke betaling op netwerkniveau. Probeer ook financiële prikkels gekoppeld aan *best practice* en aan de kwaliteit van zorg in te bouwen. Zulke hervorming doorkruist echter het huidige plan van defederalisering van de geestelijke gezondheidszorg, waarbij het risico bestaat dat elk niveau de eigen budgettaire pot angstvallig zal bewaken. We kunnen alleen maar hopen dat de politiek zichzelf in deze zal overstijgen, zodat de patiënt en de samenleving hier niet veel langer het slachtoffer van zullen blijven.

Uiteraard zal er altijd een nood blijven bestaan aan residentiële psychiatrie, ter ondersteuning van de zwaar zorgbehoevende patiënten en soms ook ter bescherming van de maatschappij. De roep om een versnelde vermaatschappelijking van geestelijke gezondheidszorg in België klinkt echter – volkomen terecht – met de dag luider. De beleidsmakers dienen de moed te hebben om het systeem fundamenteel te hervormen, ook en vooral wat de financiering betreft. Hospitalocentrisme en netwerkvorming gaan in deze niet goed samen.

Dr. Pieter Van Herck,
Senior Fellow Itinera Institute en
Research Fellow KU Leuven

MediPower®: van RMA tot energie zonder risico's

Indavers MediPower® biedt een duurzame oplossing voor Risicohoudend Medisch Afval (RMA) afkomstig van ziekenhuizen, medische labo's en de zorgsector. De hoge verwerkingstemperatuur garandeert de veilige én volledige vernietiging van gevaarlijke componenten. MediPower® op Indavers site in Antwerpen waarborgt een one-stop-shop oplossing voor alle soorten RMA. Dit gebeurt zonder enig contaminatierisico aangezien manipulatie overbodig is dankzij de volautomatische voeding van de installatie. Back-up on site verzekert continue verwerking. Het RMA wordt gevaloriseerd tot energie en levert warmtevoorziening voor de eigen gebouwen en naburige bedrijven. Indaver Antwerpen is elektriciteitsleverancier voor 14 000 gezinnen. MediPower® biedt het juiste evenwicht tussen het vermijden van risico's en het maximaliseren van recuperatie tegen de beste prijs.

INDAVER

infoMediPower@indaver.be

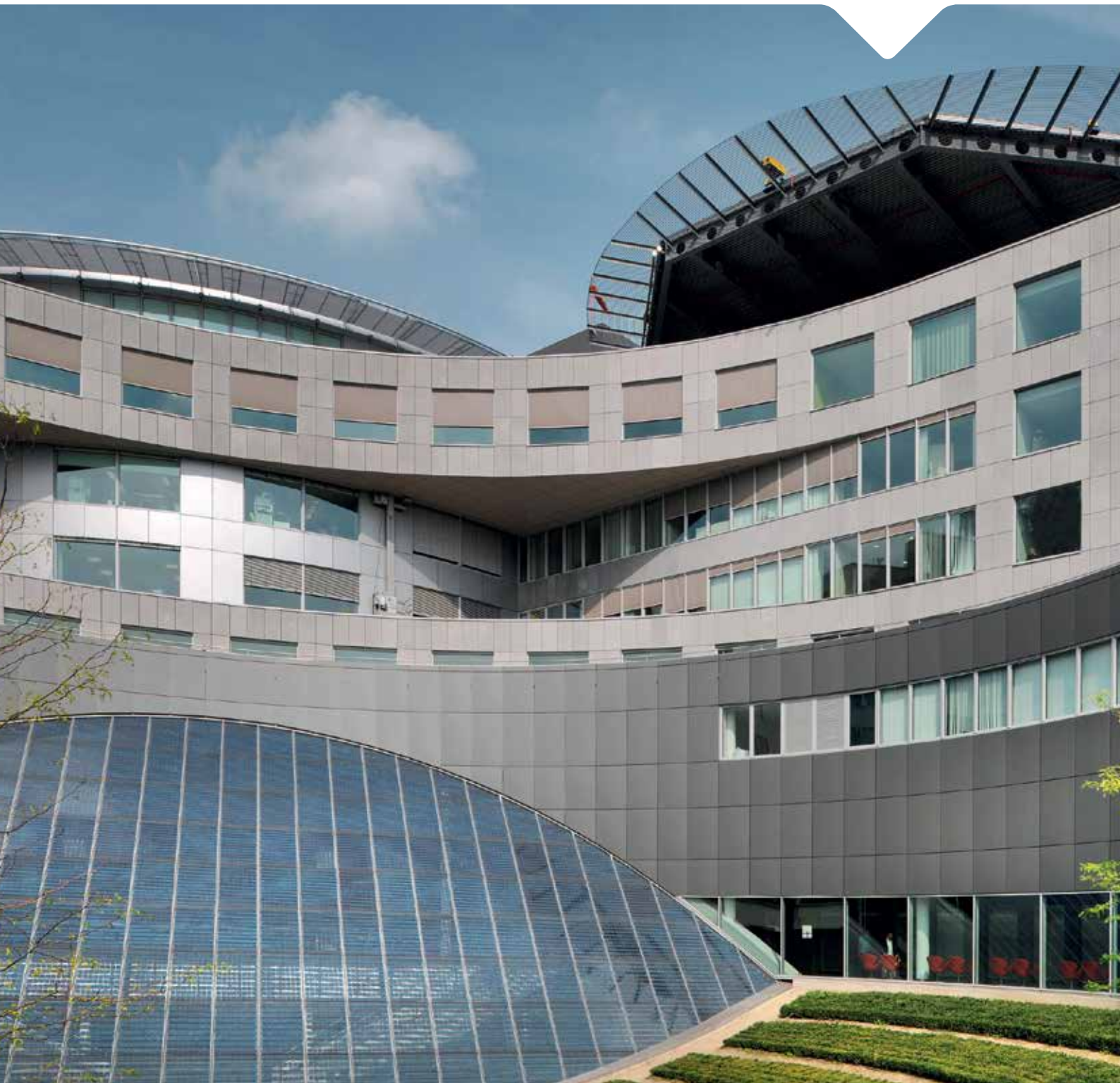
www.indaver.be

member of DELTA the multi-utility company

Toonaangevend
in duurzaam afvalbeheer

KBC
Bank &
Verzekering

Een ziekenhuis moet vooral een gezond huis zijn …

Een ziekenhuis is een plek waar mensen samenkomen. In goede en slechte tijden. Het mag dus best meer zijn dan enkel een huis voor zieken. Want gezondheid draait niet alleen om koude, rationele technologie, maar ook om warmte, zorg en vooral … mensen. Een filosofie waar KBC zich als sector-specialist perfect in kan vinden. Maar waar we ook de prijs van kennen. Daarom denken we graag mee met de sector over alle aspecten die van een ziekenhuis een gezond huis maken.

KBC. Wij spreken uw taal.