

ZORG WIJZER

Wouter Torfs, beste werkgever van België:

**"Dankzij onze cultuur
slagen we erin mensen
boven zichzelf uit te tillen"**

zorg net

VLAANDEREN

- 06 *Shared decision making* tussen arts en patiënt
- 13 Gezondheidszorg in handen van de technologiesector?
- 20 Unisoc geeft non-profitsector stem in federaal sociaal overleg

Colofon

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

Redactie & coördinatie:

Filip Decruynaere, Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Vormgeving: www.dotplus.be

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

© 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 6 maart 2015.

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 Studiedag samen kiezen: naar een *evidence based* overleg tussen zorgverstrekker en patiënt
- 10 Wouter Torfs: "Alleen wie kwetsbaar durft te zijn, kan authentiek leiding geven"
- 13 Jo Caudron: "De gezondheidszorg komt grotendeels in handen van de technologiesector"
- 16 Context en netwerk van de patiënt als bepalende factor voor prognose in de GGZ
- 18 Betaling van bewonersfactuur in woonzorgcentra
- 20 Unisoc geeft non-profit stem in federaal sociaal overleg
- 22 Patrick Kenis: "Werk alleen samen als het noodzakelijk is"
- 24 Reeks PREZO Woonzorg in de praktijk: "Medewerkers betrekken bij alles wat we doen"
- 26 *Troost, over ouderdom, zorg en psychologie*
- 28 *Wat Alz? : tips over praten communiceren met personen met dementie*

Hoge verwachtingen, maar ook ongerustheid

2015 wordt op velerlei gebied een scharnierjaar. Een jaar met heel wat werk op de plank. Een jaar om naar uit te kijken – soms met hoge verwachtingen, soms ook met ongerustheid.

Zowel federaal als Vlaams liggen er stevige dossiers op tafel. Op federaal niveau zal ongetwijfeld veel aandacht gaan naar een nieuwe financiering van de ziekenhuizen. Iedereen is het er ondertussen roerend over eens dat er drastische veranderingen nodig zijn. Er liggen verschillende modellen ter tafel, die alle min of meer in dezelfde richting gaan. De nieuwe financiering moet sturend werken in de richting van meer kwaliteit van geneeskunde en zorg, minder overconsumptie en minder verspilling en dus een grotere toegankelijkheid en betaalbaarheid. Enerzijds vergt het vastberadenheid en politieke moed om de noodzakelijke veranderingen door te voeren, anderzijds zijn het draagvlak en de *sense of urgency* ondertussen zo groot, dat nog langer dralen van slecht beleid zou getuigen.

Ook op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn de verwachtingen hoog. De voorbije jaren is een aanzet gegeven tot meer samenwerking, netwerkvorming en vermaatschappelijking in de GGZ voor volwassenen. Over heel Vlaanderen zijn ondertussen mobiele teams voor acute en voor langdurige zorg actief. Op het gebied van preventie en vroegdetectie moet nog een tandje bijgestoken worden. Maar vooral in de kinder- en jeugdpsychiatrie is een ster-

ke inhaalbeweging dringend nodig. Elke dag langer uitstel is een dag te veel.

Op Vlaams niveau is het uitkijken naar de omwenteling in de ouderenzorg. Met de zesde staatshervorming krijgt Vlaanderen meer zeggenschap en meer hefboomen, wat in principe het ouderenbeleid ten goede zou moeten komen. In principe, want een gebrek aan middelen dreigt roet in het eten te gooien. Dat het VIPA zal verdwijnen, is al langer bekend. Maar wat er in de plaats komt, daarover blijft onduidelijkheid troef. Als naast de infrastructuurmiddelen bovendien ook de werkmiddelen onder grote druk komen te staan, is de onzekerheid compleet. Die onzekerheid moet zo snel mogelijk weggenomen worden, want ze maakt elk beleid onmogelijk.

Ondertussen nemen de zorgvoorzieningen binnen hun mogelijkheden hun verantwoordelijkheid op. De ziekenhuizen hebben resoluut gekozen voor de vlucht vooruit op het gebied van kwaliteit en transparantie. Binnenkort gaat een centrale website met indicatoren online. In de GGZ wordt met man en macht gewerkt aan een versterking van laagdrempelige hulpverlening in een netwerk van zorg. In de ouderenzorg nemen tientallen woonzorgcentra van Zorgnet Vlaanderen het voortouw op het gebied van integrale kwaliteitszorg met PREZO Woonzorg.

Meer algemeen zien we her en der ook tal van initiatieven die de zorgvrager – patiënt, cliënt of bewoner – en zijn fami-

lie actief bij de zorg betrekken. Patiëntenparticipatie, *shared decision making*, familiebetrokkenheid... Het zijn nog prille initiatieven, maar steeds meer zorgvoorzieningen kiezen er bewust voor en investeren erin. Het is niet altijd de gemakkelijkste weg, maar het is de weg die leidt naar de grootste kwaliteit van zorg. Dat is de keuze van onze zorgvoorzieningen en de keuze die Zorgnet Vlaanderen als koepelorganisatie blijft ondersteunen en stimuleren. Ook in 2015. Ik wens u in naam van alle bestuurders en medewerkers van Zorgnet Vlaanderen een zorgzaam en vredevol 2015.

Peter Degadt,
Gedelegeerd bestuurder



Symposium COMMUNICATIE TROEF

over doeltreffende communicatie in en door zorgorganisaties

2/04/2015, 13.15 – 16.30,

Auditorium Kinsbergen van het UZA

De tijd dat communicatie als een soort bijproduct kon worden beschouwd bij de werking van de zorgorganisatie is voorbij. Communicatie gaat nu doorlopend, in *real time* en grenzeloos alle richtingen uit. De eindverantwoordelijkheid voor communicatie ligt op het directieniveau. Wie professioneel en strategisch communiceert, versterkt zich. Het symposium vindt plaats n.a.v. de publicatie van het nieuwe boek *Communicatie Troef! Doeltreffende communicatie in en door zorgorganisaties* dat in maart 2015 verschijnt.



PROGRAMMA

- *(onthaal met koffie vanaf 12.30)*
- 13.15 uur - Opening door minister Maggie De Block, arts en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid: **'Communicatie in de zorg: Beslissen samen met de patiënt'** Patiëntencommunicatie is inspraak accepteren en stimuleren. Respect is het sleutelwoord.
- 13.30 uur - Peter Degadt, Gedelegeerd Bestuurder van Zorgnet Vlaanderen, over **'Zorg van de toekomst = netwerkzorg'** Communicatie als kritische succesfactor in zorgnetwerken rond de patiënt.
- 13.50 uur - Petra Van San en Edgard Eeckman (editors van het boek *Communicatie Troef!*) over **'Communicatie troef: alle kaarten op tafel.'** Een kader voor een professionele en doelgerichte communicatie in en door zorgorganisaties.
- 14.10 uur - Cindy Jonckman, clusterdirecteur van de groep Oase vzw: **'Communicatie als troef voor een kwaliteitsvol beleid.'**
- 14.25 uur - Marc Somville, Algemeen Directeur ICURO over **'Stakeholderscommunicatie in de zorg: holistisch of hol?'**
- 15.15 uur - Marc Michils over **'Een man op de maan'** - Marc Michils is als ex-CEO van Saatchi & Saatchi en nu algemeen directeur van Kom op tegen Kanker een ervaren gids in communicatieland. Hij analyseert op een kritische manier waar communicatie echt over gaat en brengt een onderbouwd pleidooi voor doeltreffende maar ook eerlijke en integere communicatie.
- 16 uur - Prof. dr. Marc Noppen, Voorzitter Raad van Universitaire Ziekenhuizen en CEO UZ Brussel, over **'It's the patient, stupid!'** De link tussen communicatie en het belang voor de patiënt.
- 16.20 uur - Besluiten door Guy Tegenbos, journalist bij De Standaard.
- Praktische info en inschrijven:
www.kortom.be/communicatietroef
Alle info over het boek: www.communicatietroef.be.

Schenk een kopje koffie voor het goede doel

Op vrijdag 27 februari 2015 organiseert Broederlijk Delen voor de 9e maal de Koffiestop. Het principe is eenvoudig: vrijwilligers schenken een kopje koffie aan patiënten, bezoekers enz. In ruil kunnen mensen een bijdrage deponeren in een collectebus.

Deze actie kadert in de jaarlijkse vastencampagne. De opbrengst van de Koffiestop gaat naar het werk van Broederlijk Delen in het Zuiden, deze keer naar de strijd die de armste boeren leveren tegen mijnbouw in Peru. Meer over dit thema leest u op www.broederlijkdelen.be/campagne.

Jaarlijks doen ook heel wat organisaties uit de zorgsector mee. De actie valt er goed in de smaak. De actie is gemakkelijk te organiseren en brengt meteen heel wat gezelligheid in huis, want geef toe: wie houdt er nu niet van een warm kopje koffie en een gezellige babbel?

In 2015 hoopt Broederlijk Delen dat er weer heel wat Koffiestops georganiseerd zullen worden. Vorig jaar deden er een 70-tal zorgvoorzieningen mee, en dit aantal kan ongetwijfeld nog de hoogte in!

Doe mee en vind meer informatie op www.koffiestop.be



Projectoproep: Op zoek naar een mystery (wo)man die uw vraag oplost?

Wetenschap en technologie, het evolueert razendsnel. Er is zoveel mogelijk. Ook in de socialprofitsector kunnen technologische vernieuwingen een wereld van verschil maken. U heeft misschien prachtige innoverende ideeën en concrete technische uitdagingen, maar niet de mensen om ze uit te voeren?

Al bijna 15 jaar motiveert Cera Award studenten industrieel en burgerlijk ingenieur en technische bachelors om een eindwerk of een ontwerpdracht aan te pakken in een socialprofitorganisatie. Ontwikkelen van hulpmiddelen

die het leven van mensen aangenamer kunnen maken, in het woonzorgcentrum een fietstocht maken door je verleden... In de loop der jaren zijn er prachtige samenwerkingen en sociale innovaties ontstaan.

Dien uw project in bij Cera Award

Op www.cera-award.be kunnen social-profitorganisaties tot eind maart 2015 hun technologisch of wetenschappelijk project online indienen. Die projectvoorstellen worden na evaluatie aangeboden als eindwerk, masterproef, stage of ontwerpdracht aan studenten in technisch-wetenschappelijke richtingen.



Meer informatie

Heeft uw organisatie ook een technologisch-wetenschappelijke vraag? Bekijk dan snel de informatie over de timing en procedure op de www.cera-award.be/ organisatie.

Heeft u nog vragen? Neem dan contact met Kristien Rombouts, RVO-Society, Projectcoördinator Cera Award (cera-award@rvo-society.be, 016/28.77.04)



Op dinsdag 10 maart 2015 organiseert Dag van de Zorg i.s.m. Flanders Care het eerste Dag van de Zorgcongres "Angels & Robots" met als thema: de dynamiek tussen empathie en innovaties in de zorg. Dirk De Wachter en Lucien Engelen zijn de twee *keynotes*.

Hun toelichtingen worden gevolgd door korte inspirerende cases.

Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeurzen wordt door Thomas Vanderveken geïnterviewd op "Alleen Elvis blijft bestaan"-wijze. Een niet te missen afspraak voor leidinggevendenden uit de sector.

Praktisch:

Dinsdag 10 maart 2015
van 9.30 uur tot 16.30 uur
Auditorium KBC, Havenlaan 2, 1080 Brussel

Meer info en inschrijven:

www.dagvandezorg.be/congres



- **9u30** - Welkomstwoord door Geert Van Hijfte, voorzitter Dag van de Zorg vzw
- **9u40** - Thomas Vanderveken in gesprek met Vlaams minister Jo Vandeurzen
- **10.05** - U gaat er een collega bij krijgen! Lucien Engelen, Directeur Radboudumc Reshape Center for Innovation
- **10.55** - Koffie, thee en ander lekkers
- **11u25 - Angels & Robots - Deel I**
 1. Innovaties: Wat mogen we binnenkort verwachten in Vlaanderen, Directeur Microsoft Innovation Center
 2. Nieuwe technologieën voor mobiele gezondheidszorg ("*Big Mother*" is watching you), Lars Grieten, IMEC
 3. Werken aan loopbanen in de social profit, Tony Swinnen, Manager HR kenniscentrum SD Worx
 4. Hoe 3D-printing levens kan veranderen, Dr. Frederik Verstreken, AZ Monica
 5. *Move to improve*, Prof Dr. Guy Molenaers, UZ Leuven
 6. De Z'app, een applicatie met het accent op zorg, Hein Decabooter, Stafmedewerker CM
- **12u45** - Nog meer lekkers en zoetigheden
- **13u45** - Licht in de duisternis, Dr. Dirk De Wachter, Psychiater & auteur
- **14u35 - Angels & Robots - Deel II**
 7. Fit4Work, Veerle Hermans, Ergonomie Groep Idewe
 8. De zoektocht naar het kleine geluk. Over plezier en positiviteit op de werkvloer, Koen Joly, KEIK & Open Kring VZW, Ouderenzorg voor Ardoorie en omgeving
 9. Omdat voetbal meer dan twee doelen heeft, Peter Gheysen, Community Coördinator Club Brugge Foundation
 10. Kortsluiting in mijn hoofd, Brenda Froyen, Ervaringsdeskundige ggz & auteur
 11. Digitale innovatie in het ziekenhuis en thuis, Guido De Bisschop, District Manager Philips Healthcare BeLux
 12. 'Blijf thuis': serviceflats en woonzorgcentra zijn 'out', verbouwen voor senioren wordt de toekomst, Johan De Muynck, Algemeen directeur Zorgbedrijf Antwerpen
 13. 'De zorgtechnoloog? Wat hebben ze nu weer uitgevonden!', Lon Holtzer, Zorgambassadeur
- **16u20** - Slotwoord
- **16u30** - Einde

NAAR EEN *EVIDENCE BASED* OVERLEG TUSSEN ZORGVERSTREKKER EN PATIËNT

"Patiënten hebben de arts nodig om hun opties helder toe te lichten"

Patiënten worden mondiger en willen een vinger in de pap als het over hun eigen gezondheid gaat. Dat klinkt logisch, maar toch is het nieuw. Heel lang beslisten de artsen over welke behandeling de beste optie was voor een patiënt. Vandaag evolueren we naar een gedeelde besluitvorming, een *shared decision making*. Een pleitbezorger daarvan is de Amerikaanse prof. Glyn Elwyn, die diverse instrumenten uitwerkte om patiënten en artsen te helpen bij het beslissingsproces. Dichter bij ons ijvert prof. Chantal Van Audenhove van LUCAS KU Leuven voor meer betrokkenheid van de patiënten. Naar aanleiding van de studiedag 'Samen kiezen' op 21 november trokken we naar Leuven voor een dubbelinterview.

Wat is uw belangrijkste boodschap, prof. Elwyn?

Prof. Elwyn: We kunnen vandaag geen geneeskunde meer beoefenen zonder de patiënt inzicht te geven in de keuzes die hij heeft. Wij moeten als artsen en zorgverleners nieuwsgierig zijn naar de voorkeuren van patiënten op basis van goede, heldere en volledige informatie. Het gaat niet meer op om een diagnose te stellen en vanuit je ervaring en deskundigheid als arts over de behandeling te beslissen. We moeten in dialoog gaan met de patiënt en hem alle opties aanbieden. Wat zijn de mogelijkheden? Wat zijn de kansen op slagen? De voor- en de nadelen? Ook de impact op het leven speelt een belangrijke rol. Sommige patiënten kunnen zich geen leven zonder sport voorstellen. Andere mensen doen nooit aan sport en lezen liever boeken. Het leven dat je leidt, kan een andere voorkeur voor behandeling met zich meebrengen. Kwaliteit van leven is in hoge mate subjectief.

Waarom is *shared decision making* net vandaag zo belangrijk?

Prof. Elwyn: We hebben hieraan veel te lang geen aandacht besteed. 'Do no harm' luidde de stelregel. De ontwikkelingen in medicatie, technieken en behandelingen vergroten de opties zienderogen. Maar elke keuze houdt ri-

sico's in. Geneesmiddelen hebben bijwerkingen. Hoe vaak horen we patiënten achteraf niet zeggen: 'Ik wou dat ik die ingreep niet had gedaan' of 'Had ik die medicatie maar niet genomen'. Dat moeten we zo veel mogelijk vermijden. Patiënten realiseren zich dat er verschillende opties zijn. Alleen hebben ze de hulp van een arts nodig om die opties helder en evenwichtig toe te lichten. Het is maar op basis van goede en volledige informatie dat je als patiënt de juiste keuze kunt maken.

Ik heb jaren als huisarts gewerkt. Toen al hield *shared decision making* me erg bezig. Het maakt je job veel waardevoller als je echt in overleg gaat met je patiënten. Het is de enige manier om de patiënt centraal te stellen. Je haalt als arts en als zorgverlener veel meer voldoening uit je werk als je rekening houdt met de patiënt, zijn context en zijn voorkeuren.

Wat maakt *shared decision making* moeilijk? Waarom gebeurt het niet gewoon?

Prof. Elwyn: Patiënten zijn het niet gewend. Ze hebben altijd geleerd dat artsen hen vertellen wat ze moeten doen. Nu ze mee beslissen, worden ze mee verantwoordelijk. Sommige patiënten vinden dat fijn, anderen zijn er wat bang voor. Patiënten willen niet als 'moeilijke patiënt' overkomen bij hun arts. Ze moeten vaak worden aangemoedigd om hun mening te zeggen. Het is natuurlijk ook gemakkelijk om alles in handen van de arts te geven. Beslissen kan heel moeilijk zijn. Het is nooit zwart of wit. Het gaat altijd over een mogelijkheid op schade, een risico op bijwerkingen, een kans op genezing. Vandaar, ik kan er niet genoeg op hameren, het belang van goede informatie. Zonder correcte informatie tast de patiënt in het duister. Arts en patiënt moeten in team werken. De arts mag de patiënt niet aan zijn lot overlaten en de beslissing helemaal op hem afwentelen.

Drie gesprekken

Ook prof. Chantal Van Audenhove streeft

al jaren naar *shared decision making*, vrij vertaald als 'kiezen in overleg'. Haar licentiaatsthesis ging er al over. Toen ze later doctoreerde koos ze als onderwerp: strategieën voor therapiekeuze in de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. *Shared decision making* is immers niet louter een verhaal van de geneeskunde, maar ook van de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en alle andere domeinen van zorg en welzijn.

Prof. Van Audenhove: Voor zorgverleners is het verleidelijk om te denken vanuit de eigen concepten. We dragen onze kennis en ervaring met ons mee en vanuit die achtergrond zijn we het gewoon om beslissingen te nemen in het belang van de patiënt. Maar hoe kan dat als we niet luisteren naar de patiënt? Ik pleit voor een methodiek in drie stappen. In een eerste gesprek luistert de arts of de zorgverlener naar de patiënt: wie is hij, hoe ziet zijn leven eruit, wat doet hij graag, wat vindt hij belangrijk, wat wil hij nog verwezenlijken in het leven, wat heeft hij daarvoor nodig enzovoort. Je probeert een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de mens die tegenover jou zit. Dat eerste gesprek wordt de *team talk* genoemd: patiënt en arts vormen een team dat gezamenlijk beslissingen zal nemen. In het tweede gesprek – de *option talk* – geef je de patiënt informatie over de verschillende opties. Daarna laat je voldoende tijd om mensen de kans te geven om erover na te denken, erover te praten en de keuzes af te wegen. Tijdens een derde gesprek – de *decision talk* – gaan arts en patiënt samen in overleg. Alle opties worden nog eens overlopen en op basis van de voorgaande gesprekken nemen arts en patiënt een gedeelde beslissing, waarbij de patiënt het laatste woord heeft.

U ijvert al jaren voor *shared decision making*. Hoe komt het dat het nu pas echt een thema geworden is?

Prof. Van Audenhove: Na mijn doctoraat is er lang geen onderzoek meer gebeurd naar het betrekken van patiënten bij beslissingen. Het was geen prioriteit van het beleid. De tijd was er niet rijp



*Chantal Van Audenhove en Glyn Elwyn:
"Je haalt als arts en als zorgverlener
veel meer voldoening uit je werk als
je rekening houdt met de patiënt, zijn
context en zijn voorkeuren."*





voor. De dominantie van de arts die het best weet wat goed is voor de patiënt, wordt pas de jongste jaren echt in vraag gesteld. Ondertussen ben ik wel geregeld training gaan geven in Nederland, waar men iets verder staat op dit gebied. Bij ons zie je nu een inhaalbeweging. De aandacht voor communicatie in de artsenopleidingen neemt toe. Ook het werken met een beslissingshulp vindt meer en meer ingang. In 2007 hebben wij al een beslissingshulp gemaakt voor patiënten met vroegtijdige, gelokaliseerde prostaatkanker. Het is een boekje dat in verschillende ziekenhuizen wordt gebruikt. Het geeft uitleg op mensmaat over prostaatkanker en overloopt de verschillende opties: chirurgie, externe bestraling, interne bestraling en zorgvuldige monitoring. Bij alle opties worden de voor- en de nadelen opgesomd, met eventuele neveneffecten. Het bevat ook een leidraad om mensen te helpen bij het nemen van de voor hen juiste beslissing.

Deze beslissingshulp was een *eyeopener* voor veel urologen en radiotherapeuten. Zij waren het gewoon om na onderzoek en diagnose naar de patiënt toe te stappen met een boodschap die begon als: 'U kunt best ...' of 'We gaan dit en dat bij u doen.' Vandaag gaat het anders. De patiënt krijgt toelichting bij de opties die hij heeft, mag het boekje mee naar huis nemen voor verdere informatie en beslist daarna in overleg met de arts welke optie voor hem de beste is.

Let wel: dit gaat over één stadium binnen één ziekte. Er is een grote nood aan bijkomende instrumenten. Artsen houden er niet van dat patiënten informatie opzoeken op Google. Wel, dan moeten ze zelf voor goede informatie en een heldere beslissingsboom zorgen.

Die betrokkenheid van de patiënt is trouwens erg nodig. Vandaag maken we ons de illusie dat patiënten doen wat artsen zeggen. Terwijl we allemaal weten dat dit niet klopt. Een derde van de patiënten houdt zich niet aan de voorgeschreven medicatie. En hoeveel patiënten volgen de richtlijnen van hun arts voor een gezondere levensstijl? Er wordt in veel gevallen zelfs niet eens over gepraat. De patiënt komt op consultatie. De arts onderzoekt hem en besluit: 'U neemt vandaag die en die medicatie, laat ons dat een beetje bijsturen ...' De patiënt zit erbij en knikt ja, maar in veel gevallen neemt hij die medicatie helemaal niet. Arts en patiënt maken zichzelf wat wijs.

Option grid

We hebben informatie nodig en instrumenten om onderbouwde beslissingen te nemen. Laat dat nu precies zijn waar prof. Glyn Elwyn de jongste jaren hard op werkt. Hij ontwikkelde diverse instrumenten, waaronder de *option grid*. Dat is een eenvoudig en overzichtelijk raster met veel voorkomende vragen en het antwoord erop voor de verschillende behandelopties (zie p. 9).

Prof. Elwyn: Een *option grid* lijkt simpel, maar er zit heel wat achter. Elke *grid* is *evidence based* onderbouwd en op-gemaakt in overleg met patiënten. Het belangrijkste is dat correcte informatie wordt voorgesteld als een keuze. Mensen zijn dat niet gewoon. Zelfs al hebben ze een voorkeur voor de ene of de andere behandeling, dan nog weten ze niet goed op basis waarvan ze kunnen vergelijken. Een *option grid* geeft hen hiervoor het instrument in handen. De patiënt krijgt zo het stuur in handen, hij zit in de *driver's seat*. Dat is geen gemakkelijke positie. Het is even wennen. De patiënt krijgt in een *option grid* duidelijke informatie, met cijfers. Hoe groot is bijvoorbeeld de kans op herval bij borstkanker na een gedeeltelijke amputatie met bestraling en na een volledige borstampunctie? Ik verzeker u: veel artsen kunnen er geen cijfer op plakken. Wij doen het wel. Dat is confronterend, maar het hoort bij correcte informatie.

Artsen hebben hun eigen mening over wat de beste behandeling is voor een patiënt. Hoe vaak wijkt de keuze van een patiënt af van de mening van de arts?

Prof. Elwyn: Cijfers gaan van 10% tot 15% patiënten die kiezen voor een minder agressieve aanpak bij electieve (niet-spoedeisende) chirurgie. Daarover bestaat echter nog te weinig onderzoek.

Is het belangrijk dat patiënten een visuele tool hebben die helpt bij het nemen van beslissingen?

Prof. Elwyn: Ja, er moet iets zijn dat ze vast kunnen pakken. Het is ook symbolisch. De arts geeft de patiënt een pen om in de *option grid* aan te kruisen wat hij belangrijk vindt. Met de pen draag je als het ware symbolisch de macht over aan de patiënt. De arts moet dan even stil zijn en de patiënt tijd geven om de informatie te verwerken.

Verrassen de keuzes van de patiënten u soms als arts?

Prof. Elwyn: Heel zeker! Er zijn bij

borstkanker oudere vrouwen die om esthetische redenen kiezen voor het behoud van hun borst, terwijl jonge vrouwen soms kiezen voor amputatie uit schrik dat de kanker anders terug opduikt. Keuzes van patiënten zijn heel persoonlijk en niet te voorspellen. Zo was er een oudere vrouw die op het platteland woonde en niet mobiel was. Zij koos voor een borstampunctie omdat zes weken radiotherapie heel wat praktische problemen met zich mee zou brengen.

Hebt u nooit de neiging om patiënten te overrulen of te overtuigen om toch maar een andere keuze te maken?

Prof. Elwyn: Als de patiënt zijn keuze maakt op basis van correcte en volledige informatie, dan moeten wij die keuze respecteren. Alles begint met goede informatie.

Prof. Van Audenhove: Het beslissingsproces gaat gepaard met veel vragen. Als arts laat je de patiënt reflecteren en afwegen. Je geeft informatie, maar je creëert ook ruimte voor vragen van de patiënt.

Vergt shared decision making veel extra tijd?

Prof. Elwyn: Het vergt wat tijd om de patiënt de informatie te laten verwerken en de opties af te wegen. Dat gebeurt het best thuis in alle rust. Het is goed als patiënten daar ook familie en vrienden bij betrekken. Eens dat gebeurd is, verloopt het gesprek met de arts veel intenser en beter. Het gaat vooral om een verandering in de attitude van de artsen en de zorgverleners. De maatschappij verandert. We staan nog maar aan het begin van een hele evolutie. Slimme artsen bereiden zich hier nu al op voor. Patiënten zullen meer en meer vragen stellen. Ze worden *empowered* en willen niet langer dat hun verteld wordt wat ze moeten doen. Ze willen mee beslissen over hun eigen lichaam en hun eigen leven.

Hoe ver staan we hiermee in Vlaanderen?

Prof. Van Audenhove: We hebben nog een weg af te leggen. In principe is iedereen het ermee eens dat we patiënten moeten betrekken, maar in de praktijk zie je daar niet altijd veel van. Het vergt een aanpassing in de organisatie. De Multidisciplinaire Oncologische Consulten (MOC) zijn pas enkele jaren ingevoerd, maar eigenlijk zou hier nog een luik aan toegevoegd moeten worden: het overleg met de patiënt.

Het heeft veel met attitude te maken. Zodra je opties vergelijkt, ontstaat twijfel. Je laat onzekerheid toe over wat de beste keuze is. Je moet als arts toegeven dat je ook niet altijd weet wat de beste keuze is. Dat is niet gemakkelijk. Het vraagt vaardigheid van artsen om hiermee op een goede manier om te gaan. Het is echt teamwerk tussen

arts en patiënt. De arts krijgt de rol van coach onderweg naar een beslissing. Er is een toenemend bewustzijn dat we die weg op moeten, maar zowel patiënten als artsen moeten daarin nog groeien. Met de juiste instrumenten kunnen we daarbij helpen. Hoe meer instrumenten er voorhanden zijn, hoe meer de vraag naar *shared decision making* zal toene-

men. Deze evolutie vindt wereldwijd plaats. In de toekomst mag *shared decision making* wat mij betreft een indicator in het kwaliteitsverhaal worden.

Meer informatie: www.glynelwyn.com - www.optiongrid.org.



Use this grid to help you and your healthcare professional talk about how best to treat breast cancer.

Frequently asked questions	Lumpectomy with radiotherapy	Mastectomy
What is removed?	The cancer lump is removed, with some surrounding tissue	Survival rates are the same for both options
Which surgery is best for long-term survival?	Survival rates are the same for both options	Survival rates are the same for both options
What are the chances of cancer coming back in the breast?	Breast cancer will come back in the breast in about 10 in 100 women (10%) in the 10 years after a lumpectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.	Breast cancer will come back in the area of the scar in about 5 in 100 women (5%) in the 10 years after a mastectomy. Recent improvements in treatment may have reduced this risk.
Will I need more than one operation?	Possibly, if there are still cancer cells in the breast after the lumpectomy. This can occur in up to 20 in 100 women (20%).	No, unless you choose breast reconstruction
How long will it take to recover?	Most women are home within 24 hours of surgery.	Most women are home within 48 hours of surgery.
Will I need radiotherapy?	Yes, for up to six weeks after surgery.	Radiotherapy is not usually given after a mastectomy.
Will I need to have my lymph glands removed?	Some or all of the lymph glands in the armpit are usually removed.	Some or all of the lymph glands in the armpit are usually removed.
Will I need chemotherapy?	You may be offered chemotherapy, but this does not depend on the operation you choose.	You may be offered chemotherapy, but this does not depend on the operation you choose.
Will I lose my hair?	Hair loss is common after chemotherapy.	Hair loss is common after chemotherapy.

Editors: Glyn Elwyn, Lisa Caldon, Kari Rosenkranz, Dale Collins Vidal, Marie-Anne Durand, Stephanie Sivell, Malcolm Reed
Evidence document: http://www.optiongrid.org/resources/breastcancer_evidence.pdf
Publication date: 14 March 2014 **Expiry date:** 14 March 2015
ISBN: 978-0-9550975-6-0 **Licence:** CC BY-NC-ND 4.0
 Download the most current version from: <http://www.optiongrid.org>

www.nice.org.uk



"Alleen wie kwetsbaar durft te zijn, kan authentiek leiding geven"

Schoenen Torfs werd in 2014 voor de vijfde keer uitgeroepen tot 'Beste Werkgever van België'. Bedrijfsleider Wouter Torfs deelt graag zijn ervaringen en zijn inzichten en schreef er een zeer leeswaardig boek over: *Werken met hart en ziel – Bouwstenen voor een Great Place to Work*. Op vrijdag 30 januari was Wouter Torfs een van de keynote sprekers op de studiedag van Zorgnet Vlaanderen over burn-out in de zorg. Met zijn boek in de hand gingen wij polsen naar zijn belangrijkste tips.

In de zorgsector werken net als bij Schoenen Torfs heel veel vrouwen. Dat bepaalt mee de cultuur en de waarden van een organisatie?

Wouter Torfs: Daarvan ben ik overtuigd. Het is geen bewuste keuze om vooral vrouwen in dienst te nemen, maar ik voel mij er wel gelukkig bij. We willen een zorgzaam bedrijf zijn en zorgzaamheid is bij uitstek een vrouwelijke waarde.

Toch merkt u in uw boek op dat vrouwen vaker last hebben van perfectionisme?

Ik wil dat al mijn medewerkers zich goed voelen op het werk. Daarom probeer ik een *Great Place to Work* te creëren. Mensen mogen op het werk zichzelf zijn. Hun hele persoon is welkom. Een medewerker is zoveel méér dan louter iemand die zijn tijd aan jouw bedrijf of organisatie verhuurt.

Vrouwen vervullen vaak verschillende rollen tegelijk: ze zijn winkelverantwoordelijke, partner, moeder... In al die rollen streven ze perfectie na. Maar dat kan natuurlijk niet. Perfectionisme is een masker dat zegt: 'Het lukt me wel'. We moeten dat masker durven laten zakken en ons kwetsbaar durven opstellen. In mijn boek noem ik perfectionisme een vorm van schaamte. Het komt voort uit een drang om erbij te horen.

U geeft geregeld uzelf bloot in uw boek. Ook leiders moeten kwetsbaar durven zijn?

Ik heb veel geleerd uit het boek *De kracht van kwetsbaarheid* van Brené Brown. Als leidinggevende moet je inderdaad

kwetsbaar durven zijn. Alleen dan kan je authentiek leiding geven en nodig je je medewerkers uit om ook authentiek en kwetsbaar te durven zijn. Stel je je altijd stoer en sterk op, dan ontnem je je medewerkers alle ruimte om zichzelf te zijn op het werk. Dan moeten ook zij zich altijd stoer en sterk voordoen.

Je hoeft het als baas niet altijd het beste te weten. 'Als hij toch altijd alles beter weet, dat hij het dan zelf maar doet', reageren medewerkers dan terecht. Beter is om de creativiteit bij je medewerkers te stimuleren en bottom-up cocreatie en samenwerking mogelijk te maken. Je moet je medewerkers laten voelen dat creativiteit oké is in je organisatie.

Kwetsbaarheid en authenticiteit

Wordt twijfel of kwetsbaarheid bij een leidinggevende niet vaak als een teken van zwakte gezien?

Leidinggevendenden hebben een visie nodig. Ze moeten beslissingen durven nemen. Maar leidinggevendenden zijn ook mensen. Ik ben doordrongen van die mensgerichte filosofie. Het zit in mijn DNA en in dat van mijn bedrijf. En ik ben blij dat die aanpak ook loont. Ondanks de crisis heeft Schoenen Torfs de voorbije jaren zijn omzet stelselmatig zien stijgen. Daarom leek het me de moeite om in mijn boek even dieper in te gaan op die mensgerichte aanpak, waarin waarden, kwetsbaarheid en authenticiteit een grote rol spelen.

U staat een mensgerichte aanpak voor, maar u omhelst ook enthousiast de nieuwe technologische mogelijkheden. "De behoefte aan authentiek menselijk contact neemt m.i. recht evenredig toe met de technologisering van onze samenleving", schrijft u.

We hebben geïnvesteerd in een webshop, ik ben actief op Twitter, ik sta erg open voor innovatie. Dat hoort ook zo. In de geneeskunde en de gezondheidszorg is toch ook meer en meer technologie? Ik kan me goed inbeelden dat een hartoperatie in de toekomst perfect door een robot kan gebeuren. Maar hoe meer technologie we gebruiken, hoe belang-

rijker het menselijke aspect wordt. De menselijke factor houdt rekening met gevoelens en emoties en zorgt voor de kwaliteit van de beleving. Robotchirurgie is vooruitgang, maar artsen en verpleegkundigen mogen niet als robots handelen. Zij staan garant voor een

"Onze HR-manager is ooit drie maanden thuis moeten blijven door een burn-out. Toen ze terug kwam, stelde ze zelf voor om erover te getuigen in ons bedrijf. Je voelde een zucht van opluchting door de zaal gaan toen bleek dat hierover openlijk gepraat mocht worden."

menselijke benadering en voor zorg op maat van het individu.

Voorts ben ik ervan overtuigd dat je technologie niet kunt tegenhouden. E-commerce en webwinkels vormen op het eerste gezicht een bedreiging voor onze schoenenwinkels overal in Vlaanderen. Maar welke bedrijven zullen uiteindelijk overblijven? Zij die echte service bieden. Dat is de reden van ons bestaan: een goede dienstverlening maakt ons relevant.

Die goede dienstverlening gebeurt dankzij tevreden medewerkers. U gaat wel ver in uw HR-beleid. U ziet een paradigmashift plaatsgrijpen: organisaties passen zich aan hun medewerkers aan, in plaats van omgekeerd.

Er is een strijd voor talent aan de gang. Bovendien moeten mensen langer werken, terwijl iedereen nu al onder druk staat om werk en gezin goed te kunnen combineren. Steeds meer mensen zoeken ook naar zin en betekenis in hun werk. Wie de beste medewerkers wil aantrekken, houdt rekening met deze evoluties en verlangens. Dat loont in de service die je als organisatie aan je



Wouter Torfs: “Hoe meer technologie we gebruiken, hoe belangrijker het menselijke aspect wordt.

De menselijke factor houdt rekening met gevoelens en emoties en zorgt voor de kwaliteit van de beleving.

Robotchirurgie is vooruitgang, maar artsen en verpleegkundigen mogen niet als robots handelen.”



klanten of aan je patiënten kunt bieden. In een *Great Place to Work* vormen de behoeften van de medewerkers en de bedrijfsbehoeften het vertrekpunt voor alles. Natuurlijk botsen die twee wel eens. Onze winkels zijn elke avond tot 18.30 uur open, sommige zelfs tot 20.00 uur, ook op zaterdag en soms zelfs op zondag. Voor medewerkers met kinderen is dat niet evident. Daar kan ik als bedrijfsleider niets aan veranderen. Ik ben daar ook eerlijk in tegenover nieuwe medewerkers. Wel geef ik de lokale teams autonomie om hun uurroosters te regelen. Ik heb ervaren dat medewerkers er onderling heel goed in slagen een haalbaar evenwicht te vinden. Je moet niet alles zelf willen regelen als baas. Er is veel mogelijk als je oprecht naar elkaar luistert en rigide denkpatronen laat varen.

Investeren in organisatiecultuur

Mensen zijn op zoek naar geluk en zingeving, ook op het werk. Hoe komt u concreet tegemoet aan die verwachtingen?

Schoenen Torfs is al vijf jaar op rij tot 'Beste Werkgever van België' uitgeroepen. We scoren een tevredenheid van 97 à 98% bij onze medewerkers. Toch betalen we niet de allerhoogste lonen. We kunnen ook geen grote carrièremogelijkheden voorspiegelen. We moeten dus andere troeven uitspelen. En dat zijn onze waarden, onze menselijke benadering, onze bedrijfscultuur. Het zit in kleine dingen. Wie jarig is, krijgt een dag vrij. Als zoon of dochter zijn communie doet, krijgt hij of zij een paar schoenen cadeau. Af en toe organiseren we een ontbijt met het hele team. En als we een goed jaar achter de rug hebben, dan delen alle medewerkers daarin: ze

krijgen een fiets of een smartphone als geschenk. Het gaat niet om één actie of gebaar, het is het totaalplaatje dat telt. Iedere medewerker heeft jaarlijks recht op twee of drie opleidingsdagen die niets met hun jobinhoud te maken hebben: fotografie, yoga, dansen, schilderen, mode en stijl... Torfs betaalt de opleidingen, maar de werknemer moet ze wel in zijn vrije tijd volgen. Meer dan 150 medewerkers zijn al ingegaan op ons aanbod *Start-to-run*. Werk kan voor mensen méér betekenen dan gewoon de kost verdienen.

U hecht veel belang aan het aanwerven van de juiste mensen. De zorgsector wordt echter geconfronteerd met knelpuntberoepen: veel organisaties zijn al blij als ze voldoende mensen vinden.

Dat maakt inderdaad een verschil. Toch kun je de lat niet zomaar laten zakken. Het wordt integendeel des te belangrijker om te investeren in je organisatiecultuur. Bij Schoenen Torfs zijn het ook niet allemaal hoogvliegers, maar dankzij onze cultuur slagen we erin mensen boven zichzelf uit te tillen. Een goede werksfeer kan mensen goesting doen krijgen in hun job en hun enthousiasme aanwakkeren.

Naast authenticiteit en kwetsbaarheid in leiderschap is het ook noodzakelijk de "eigen demonen onder ogen te durven zien", schrijft u.

Je eigen sterktes kennen is belangrijk, maar je eigen zwaktes doorgronden zo mogelijk nog belangrijker. Durven onder ogen zien wat je irriteert, wat je boos maakt, wat je kwetst... Als je die zelfkennis niet hebt, zijn je zwaktes evenveel valkuilen. Alleen als je je zwaktes kent, kan je ze proberen te temperen. Een van mijn valkuilen is bijvoorbeeld

dat ik graag gezien wil worden. Zo ben ik opgevoed: je moet altijd je best doen en dan zullen de mensen je graag zien. Op zich is daar niets mis mee, maar het kan een valkuil worden als je je beslissingen als bedrijfsleider laat leiden door het verlangen om graag gezien te worden. Dat werkt niet. Je moet je daarvan goed bewust zijn, zodat je niet in die val trapt. Ik ken veel goede leiders die te vaak in de valkuil van hun eigen zwakheden trappen. Iedereen heeft zijn zwakke plekken. Niemand is perfect. Maar alleen wie zijn tekortkomingen kent, kan er rekening mee houden.

Vertrouwen

In uw boek somt u een aantal *good practices* op voor leiderschapskunst. Stilte en meditatie zijn erg belangrijk voor u?

Als bedrijfsleider word je voortdurend bevroegd. Dag in dag uit draai je mee in een tredmolen waarop je weinig vat hebt. Ik heb ondervonden dat stilte heilzaam is voor mij. In de natuur kan ik herbronnen. Elke dag maak ik een half uur tijd voor meditatie. Ik neem mijn ademhaling als aandachtspunt en probeer mijn rusteloze geest te bedaren. Het is een oefening in aanwezig zijn in het hier en nu. Het helpt me op het werk: ik zal bijvoorbeeld nooit naar het scherm van mijn smartphone staren als ik in gesprek ben met een medewerker. Ik vind rust in meditatie. Andere mensen gaan joggen, koken of schilderen, wat natuurlijk net zo goed is.

U houdt niet van procedures en regeltjes op het werk. U hebt onder meer komaf gemaakt met functieclassificaties en een formeel evaluatiesysteem? Soms moet je je durven onderscheiden met dingen die je niet hebt. Ik kijk

Tweet van Torfs prijst gezondheidszorg

De dag na dit interview had Wouter Torfs een afspraak in het ZNA Middelheimziekenhuis voor een zware operatie. Enkele dagen later zette hij een bericht op Twitter waaruit zijn grote erkentelijkheid spreekt voor de kwaliteit van de zorg. "Ik denk twee keer na als ik nog eens kritiek op onze zware lasten heb", luidt de tweet van Torfs. Het bericht werd tientallen keren geretweet, van commentaar voorzien en ook veel kranten pikten het op.



geregeld kritisch naar onze regels en procedures: zijn die een meerwaarde of doen we sommige dingen alleen omdat we ze al jaren zo doen? Ik huiver van de papierwinkel die functieclassificaties en evaluatiegesprekken met zich meebrengen. Bovendien wil ik dat winkelmanagers voortdurend feedback geven aan de medewerkers en niet één keer per jaar aan de hand van een standaardformulier. 75 winkels runnen met in totaal 600 medewerkers is natuurlijk bijlange zo complex niet als een ziekenhuis leiden, maar toch: hoe eenvoudiger, hoe beter.

Zo hebt u ook de prikklok afgeschaft?

We hebben een systeem van tijdsregistratie voor een correcte betaling van onze medewerkers, maar de prikklok als controlesysteem is inderdaad afgeschaft. Want wat zeg je met zo'n prikklok aan je medewerkers? 'Ik vertrouw jou niet.' Dat is geen goede basis om op verder te werken. De basis voor een goede samenwerking is vertrouwen. Als je als werkgever je medewerkers vertrouwen geeft, dan zul je ook vertrouwen terugkrijgen. Benader je mensen als gelijken, niet als ondergeschikten. Je zult er veel voor in ruil krijgen.

Ondanks alle *good practices* blijft ook Schoenen Torfs niet gespaard van burn-outs bij zijn medewerkers? Hoe gaat u daarmee om?

Ik zie twee grote oorzaken voor burn-outs in ons bedrijf. Een eerste oorzaak is de positieve cultuur. Dat klinkt gek, maar in een organisatie waar mensen enthousiast zijn en het beste van zichzelf willen geven, loert het gevaar dat mensen zichzelf verliezen in hun job. Mensen gaan soms over hun grenzen. Als dat te vaak gebeurt, kan het tot een burn-out leiden. Een tweede oorzaak is het perfectionisme waarover we het al hadden. Mensen die voor zichzelf de lat te hoog leggen, dreigen op een bepaald moment vast te lopen. Wat kan je daaraan doen? Ik denk dat rolmodellen hier kunnen helpen. Onze HR-manager is ooit drie maanden thuis moeten blijven door een burn-out. Toen ze terug kwam, stelde ze zelf voor om erover te getuigen in ons bedrijf. Je voelde een zucht van opluchting door de zaal gaan toen bleek dat hierover openlijk gepraat mocht worden. Dat is een begin van de oplossing. En verder proberen we zo soepel mogelijk te zijn. Als iemand vier vijfde wil werken, staan we dat altijd toe. We blijven ook alert voor signalen. Ik ben ervan overtuigd dat op een goede werkplek – een *Great Place to Work* – hard werken, zingeving en gelukkig zijn hand in hand kunnen gaan.

JO CAUDRON OVER DE DIGITALE TRANSFORMATIE IN DE GEZONDHEIDSZORG

Neemt de technologiesector de gezondheidszorg over?

Is de gezondheidszorg voorbereid op de digitale toekomst? Een pertinente vraag waarmee maar weinig zorgvoorzieningen echt bezig zijn. Wanneer komt het Uber-moment voor de ziekenhuizen? Of zal het zo'n vaart niet lopen? De zorg is tenslotte geen taxibedrijf. Jo Caudron ziet dat anders. "We stevenen af op structurele veranderingen. Ook in de gezondheidszorg. We staan aan het begin van een revolutie."

Jo Caudron heeft al 20 jaar ervaring in de online wereld en startte diverse internetbedrijven op. In 2006 richtte hij het consultancybedrijf DearMedia op om organisaties beter te leren omgaan met digitale strategie. Samen met zijn kompaan Dado Van Peteghem schreef Jo Caudron in 2014 het boek *Digital Transformation – Bereid je organisatie voor op de toekomst*.

Het boek gaat over nieuwe spelers op de markt, die alle spelregels overhoop halen. De taxi's hebben kennis kunnen maken met Uber, de hotelsector met Airbnb en de muziekindustrie met Spotify. Blijft de gezondheidszorg buiten schot? Vergeet het maar, poneert Jo Caudron. De digitale transformatie is niet te stoppen. Wie de ogen daarvoor sluit, zal terrein verliezen. En jawel, dat geldt ook voor de gezondheidszorg.

“Technologische innovaties en wearables zullen de gezondheidszorg dichterbij de mensen brengen. De gezondheidszorg komt grotendeels in handen van de technologiesector.”

Internet zal de komende maanden en jaren ook de zorgsector grondig veranderen. Veel mensen gaan ervan uit dat dit vooral een technisch verhaal is, maar dat klopt niet?

Jo Caudron: Neen. De eerste twintig jaar van het internet waren vooral boeiend voor technici en voor de media – denk aan de vele nieuwswebsites en de veranderingen in het mediaveld. Vandaag is de situatie anders. We zijn vandaag zo ver dat het gedrag en de voorkeuren van mensen veranderen. Er speelt een complex kluwen van allerhande ontwikkelingen. Er ontstaan nieuwe paradigma's, ook in het bedrijfsleven. De veranderingen zijn moeilijk te vatten. Net daarom is het belangrijk ze op de strategische agenda te zetten. Wie nu nog





denkt 'Het komt wel goed', zal de trein missen. Er is meer nodig dan enkele technische ingrepen. Dat geldt voor alle sectoren van de samenleving: de banken, de bedrijven, het onderwijs en ook de gezondheidszorg.

Door de huidige economische crisis zien we niet de onderliggende en veel ingrijpender systeemcrisis die aan de gang is. Het wordt nooit meer zoals vroeger, schrijft u.

De spelregels veranderen fundamenteel. De nieuwe wereld is digitaal. Neem nu de gezondheidszorg. We komen uit een wereld waarin een handvol mensen de kennis in pacht hadden. We noemden ze 'specialisten' en net omdat er zo weinig experts waren, ontstonden er wachtlijsten. In de nieuwe wereld zal dat niet lan-

ger zo zijn. We stevenen af op structurele veranderingen.

Kijk naar Uber en de ontwikkelingen in de taxiwereld. De taxi's in Brussel vormden sinds jaar en dag een gesloten systeem. Wie erin wou, moest zich inkopen. Uber doorbreekt die exclusiviteit en verstoort het status quo. Net zo zal ook de gezondheidszorg de komende jaren transformeren. Technologische innovaties en *wearables* zullen de gezondheidszorg dichterbij de mensen brengen. Er is een *mindshift* bezig van het curatieve naar het preventieve. Dat is goed voor de mensen en voor de overheid.

Belangrijk om op te merken is dat die ontwikkelingen buiten de gezondheidszorg plaatsgrijpen. Niet de ziekenhui-

zen, de universiteiten of de overheden zijn ermee bezig, maar bedrijven als Apple, Google, Facebook en Samsung. Gezondheid wordt op die manier 'gedemedicaliseerd'. Die impact is vandaag al zichtbaar en zal de komende jaren nog sterker worden. De gezondheidszorg komt grotendeels in handen van de technologiesector. Dat blijft niet zonder gevolgen. Wie zal nog naar een diëtiste gaan als hij voor één euro een app met een persoonlijke coach kan krijgen?

De gezondheidssector wordt goed beschermd. Zal het zo'n vaart lopen?

Alle sectoren reageren in eerste instantie krampachtig en defensief. Denk opnieuw aan de taxi's en Uber. En je hebt gelijk: net als de bankensector is ook de gezondheidszorg extra beschermd door de overheid. Maar de oude regels zullen niet lang stand houden in de nieuwe realiteit. Het is een kwestie van tijd. Een app die mensen gezonder maakt, hou je niet zomaar tegen. Apple Health houdt vandaag al alle mogelijke medische parameters bij van mensen die daar vrijwillig toestemming voor geven. Tegen Apple of Google zal de overheid van een land niet kunnen optornen. Maak je geen illusies. Dat hoeft ook niet per se. Laat ons de nieuwe technologie niet bij voorbaat uitsluiten, maar integendeel kiezen voor integratie. Ondertussen is de gezondheidszorgsector zijn monopolie al kwijt. Er zijn andere spelers op de markt en die zal je niet tegenhouden. Wat je wel kan doen, is de nieuwe technologie omarmen en ze zelf ten goede gebruiken.

U beschrijft in uw boek zeven krachten die een grote impact hebben en dat aan de hand van zeven metaforen. Laat ons er een drietal nader bekijken. De eerste metafoor is *The Glass House*, het glazen huis.

Het internet en de sociale media hebben de wereld veranderd. De manier waarop mensen en organisaties met elkaar communiceren is radicaal gewijzigd. Communicatie verloopt vandaag interactief. De openheid waartoe sociale media bedrijven en organisaties dwingen, vormt nog altijd een enorme uitdaging. Veel zorgvoorzieningen worstelen daarmee, omdat het iets is wat hen door de buitenwereld wordt opgedrongen. De dialoog aangaan is soms lastig. Artsen en andere zorgverleners zijn niet altijd even sterk in communicatie. Ik ben ervan overtuigd dat er nog grote stappen voorwaarts kunnen worden gezet op het gebied van communicatie in de gezondheidszorg, zonder dat daarvoor per se

Jo Caudron: "Ik ben ervan overtuigd dat er de komende drie tot vijf jaar enorm veel zal veranderen in de gezondheidszorg. Wearables en apps zullen de zelfzorg een ongekende boost geven. Veel apps zijn vandaag al veel accurater dan artsen ooit kunnen zijn."



“Er zijn andere spelers op de markt en die zal je niet tegenhouden. Wat je wel kan doen, is de nieuwe technologie omarmen en ze zelf ten goede gebruiken.”

extra mensen in dienst genomen hoeven te worden. Communicatie, conversatie en open interactie moeten tot de eigenheid van elke organisatie behoren. Durf ervoor te gaan, is de boodschap!

Een andere metafoor is *The Package*. Toegepast op de ziekenhuizen: tot vandaag bieden die alles onder één dak aan. In de toekomst kan er voor elke afzonderlijke dienst een beter alternatief komen – hier en daar gebeurt dat vandaag al, bijvoorbeeld met gespecialiseerde oogcentra die aan *cherry picking* doen. Maar is het niet ook een sterkte om alles samen te hebben? Er is een tendens die zegt dat we meer generalisten nodig hebben?

Daar heb je een punt: er is sprake van een slingerbeweging. De boodschap is niet zozeer dat alles ‘ontbundeld’ moet worden. De boodschap is wel dat de bundeling of het totaalaanbod niet het enige zal zijn. Er komen alternatieven. Wat sterker en beter is, zal het uiteindelijk halen. Als generalist zul je hoe dan ook hier en daar terrein verliezen. Nu al maken mensen reizen naar Turkije voor een oogoperatie of een nieuw gebit. Die evolutie zal zich doorzetten. De informatie wordt ook op internationaal niveau transparanter. Monopolies worden aangevallen en onderuit gehaald.

Een derde metafoor die erg relevant is voor de zorgsector is *The Gatekeeper*, de poortbewaker die beslist welke informatie tot bij de mensen komt. De overheid lanceerde via de website www.gezondheidswetenschap.be onlangs een campagne tegen ‘dokter Google’. De campagne raadt mensen af om gezondheidsinformatie op Google te zoeken. Dat maakte veel reacties los – positieve reacties maar ook hoongelach. Wat denkt u ervan?

Ik begrijp de campagne, maar we mogen niet naïef zijn. We moeten de realiteit onder ogen zien. Mensen zoeken

informatie op Google. Of we dat nu leuk vinden of niet. Een stugge houding helpt daarbij niet. Als zorgvoorzieningen informatie op andere websites slecht vinden, dan moeten ze zelf een beter alternatief aanbieden. Als mensen op de website van hun ziekenhuis of het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg in hun buurt niet de informatie vinden die ze zoeken, dan gaan ze elders op zoek. Zo simpel is dat. De tijd dat mensen knikten voor meneer de notaris, meneer de baron en meneer de dokter is definitief voorbij. Als de patiënt zich niet gelijkwaardig behandeld voelt of op zijn honger blijft zitten voor informatie, dan gaat hij elders op zoek. Zorgvoorzieningen kunnen opnieuw de *gatekeepers* worden als ze dat willen, maar dan moeten ze zelf meer en betere informatie aanbieden en beter tegemoet komen aan de verwachtingen van de mensen.

We hebben nog niets gezien. We staan aan het begin van een hele revolutie, schrijft u in uw boek. Kunt u enkele voorbeelden geven?

Ik ben ervan overtuigd dat er de komende drie tot vijf jaar enorm veel zal veranderen in de gezondheidszorg. *Wearables* en apps zullen de zelfzorg een ongeken- de boost geven. Veel apps zijn vandaag al veel accurater dan artsen ooit kunnen zijn. Het is wachten op FDA-*appro-*

“Communicatie verloopt vandaag interactief. Veel zorgvoorzieningen worstelen daarmee, omdat het iets is wat hen door de buitenwereld wordt opgedrongen. De dialoog aangaan is soms lastig.”

vals (Food and Drug Administration in de Verenigde Staten, red.), maar die komen er binnenkort aan. Dan is het hek van de dam. Eenvoudige apps meten continu alle gezondheidsparameters. Als er iets aan de hand is, wordt onmiddellijk een signaal gestuurd. Alle data worden bovendien centraal verzameld. Dat betekent dat er binnenkort een gigantische hoeveelheid data samengebracht wordt, wat het wetenschappelijk onderzoek een flinke duw in de rug kan geven. Stel je voor dat je continu alle hartgegevens van één miljard mensen ter beschikking hebt. Het kan. Maar het zal geen ziekenhuis zijn dat over deze gegevens beschikt, maar Apple of Google. Hoe gaan we daarmee om?

Robotica worden vandaag al met mondjesmaat gebruikt in de zorgsector. Ook dat gebruik zal de komende jaren spectaculair toenemen. Robots, apps en *wearables* zullen toelaten dat mensen nog langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Maar er zijn ook andere terreinen die nog ontgonnen kunnen worden. Mensen met een specifieke vorm van autisme voelen zich bijvoorbeeld meer op hun gemak bij een robot dan bij een mens, omdat die minder afwijkend gedrag vertoont. Of denk aan *wearable robots*: skeletpakken waarmee mensen met een verlamming kunnen leren lopen, bestaan al. Er bestaan ook al pakken waarmee een verpleegkundige van 55 jaar een patiënt van 200 kilogram moeiteloos kan omdraaien in zijn bed. Dat zit er allemaal aan te komen. We kunnen het ons nauwelijks voorstellen, maar het bestaat vandaag allemaal al. Dit is geen *science fiction* meer, maar realiteit.

Denk aan de zelfrijdende auto: die bestaat ook al. Hij wordt momenteel uitgebreid getest. Wat zal het betekenen voor de autoverzekeringsindustrie als er geen ongevallen meer zijn? Dat zijn vandaag voorspelbare evoluties. Sommige sectoren bereiden zich voor, andere nog niet. Voor hen zou het weleens te laat kunnen zijn.

U sprak onlangs op een congres voor gezondheidswerkers in Utrecht. Hoe reageren die op uw verhaal?

Er is veel herkenning. Mensen zien de wereld rondom zich veranderen. Het is geen ver-van-mijn-bedverhaal meer. De evolutie is bezig en mensen beseffen het meer en meer. Ik ben ook geen onheilsprofeet. In mijn boek geef ik een stappenplan waarmee bedrijven en organisaties aan de slag kunnen als ze de trein niet willen missen.

Jo Caudron en Dado Van Peteghem, *Digital Transformation. Bereid je organisatie voor op de toekomst*, Lannoo Campus, 2014.

Context en netwerk van patiënt zijn sterk bepalend voor prognose in GGZ

Meer inzetten op vroegdetectie loont in de geestelijke gezondheidszorg. Belangrijk daarbij is om de context en het relationeel netwerk van de patiënt mee in rekening te nemen, met oog voor de kwetsbaarheid en de krachten van de patiënt. Dat bleek tijdens de studiedag van Zorgnet Vlaanderen op 20 november in Brussel. Op de studiedag werd ook de app PsyMate voorgesteld, een mooi voorbeeld van hoe nieuwe technologie participatieve zorg dichterbij brengt.

De studiedag kwam er mee op initiatief van de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) met een VDIP-werking. VDIP staat voor Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) Stoornissen en wordt gefinancierd door de Vlaamse overheid.

“Een eerste psychose ontstaat vaak bij adolescenten tussen 16 en 25 jaar. Bij de start van het VDIP-verhaal vonden verschillende partners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) elkaar vanuit een duidelijke leemte in het aanbod voor deze groep. De opstart van gepaste professionele hulp kwam vaak te laat. Daardoor gingen veel kansen verloren om de blijvende impact van iedere bijkomende psychotische episode te verkleinen en – in het beste geval – zelfs een eerste psychose te voorkomen”, zegt stafmedewerker Gorik Kaesemans van Zorgnet Vlaanderen.

“Het initiatief VDIP dateert nog van vóór de vermaatschappelijking met artikel 107. VDIP draagt in zich al de netwerkgedachte, met een samenwerking tussen CGG, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen en de eer-

ste lijn. Door het bevorderen van de deskundigheid bij huisartsen en Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) wil VDIP psychoses in een vroeger stadium detecteren, zodat gespecialiseerde hulpverlening ingeschakeld kan worden. Omdat psychose ook een verhoogd risico op suïcide inhoudt, maakt VDIP sinds 2007 ook deel uit van het actieplan suïcidepreventie. Vanuit de Vlaamse overheid kwam de vraag om een verbreding van de VDIP-doelgroep te onderzoeken. Ook andere ernstige psychische aandoeningen starten immers vaak op jonge leeftijd en kennen een verhoogd suïciderisico.”

“Het nadenken over die verbreding heeft heel wat raakvlakken met de reorganisatie van de GGZ in het kader van artikel 107. Tot vandaag ging vooral veel aandacht naar de netwerken en de mobiele teams, maar ook preventie en vroegdetectie maken expliciet deel uit van een globale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg via zorgcircuits en netwerken. Met de studiedag wilden we hiertoe een aanzet geven”, zegt Gorik Kaesemans.

Een nieuwe GGZ

Een van de sprekers op de studiedag was de Nederlandse professor Jim van Os die in 2014 verraste met zijn boek *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Van Os werkte initieel zelf mee aan de nieuwe editie van de DSM [de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*], maar had er ook scherpe kritiek op: de DSM blijft steken in een categoriaal denken en houdt weinig of geen rekening met de context. Daarom ontwikkelde prof. van Os een alternatieve aanpak, die begint met een persoonlijke diagnostiek. Weg van de standaard-vragenlijstjes maar

vertrekkend van een participerende patiënt die zijn eigen diagnostische data verzamelt en meeneemt naar de professional.

“Prof. van Os benadrukte in zijn uiteenzetting dat psychotische ervaringen zich vaak ontwikkelen op een spectrum dat dwars door de gekende DSM-categorieën loopt. Belangrijk in het bekijken van de individuele patiënt is de persistentie en connectiviteit van symptomen.”

“In de geestelijke gezondheidszorg is zelden sprake van een zwart-witverhaal”, vervolgt Gorik Kaesemans. “Prof. van Os en zijn collega Delespaul waarschuwden vanuit hun ervaring in Nederland voor een GGZ die te veel op een categoriale benadering is gebaseerd en louter vertrekt vanuit ‘druk op de knop’- of ‘one size fits all’-interventies.”

Er zijn zoveel nuances die contextgebonden zijn. Delespaul en van Os pleitten op de studiedag voor een multidimensionale aanpak die gebaseerd is op persoonlijk herstel, behandeling en maatschappelijke participatie. De wiselwerking tussen de patiënt en zijn context is in sterke mate mee bepalend.

App geeft patiënten de regie

Op de studiedag werd ook de PsyMate voorgesteld, een app die frequent data over de gemoedstoestand van een patiënt in beeld brengt. “Vergelijk het met een patiënt met diabetes die meerdere keer per dag bloed moet prikken om zijn suikerwaarden te meten”, zegt Gorik Kaesemans. “Zo kan met de PsyMate ook op meerdere momenten per dag gemeten worden hoe iemand zich voelt. Daarvoor krijg je een sms’je met enkele vragen zoals: waar ben je, wat doe je, hoe voel je je...? Het invullen duurt nau-

welijks twee minuten. Maar door geregeld en op verschillende tijdstippen door de vragen te gaan, ontstaat een heel genuanceerd beeld over de gemoedstoestand van een patiënt. De PsyMate zorgt in feite voor een film die het psychische leven van de betrokken patiënt weergeeft in zijn specifieke context. Vandaag kan de psychiater meestal alleen voortgaan op hoe de patiënt zich voelt tijdens de consultatie, terwijl hij geen idee heeft van hoe de patiënt zich de voorbije twee weken heeft gevoeld en welke schommelingen er zijn. De PsyMate zorgt voor veel rijkere data voor een diagnose. Je krijgt ook een beeld van de momenten waarop een patiënt zich wél goed voelde. Dat kan extra handvatten bieden voor een herstelvisie die uitgaat van de krachten van een patiënt.”

De app PsyMate is te downloaden via Google Play en App Store. De app is een heel mooi voorbeeld van participatieve zorg: de patiënt is eigenaar van zijn gegevens en houdt de regie. Hij kan zijn gegevens tijdelijk voor zijn hulpverlener ontsluiten. Hulpverlener en patiënt werken samen.

Investeren in vroegdetectie

“De geestelijke gezondheidszorg is klaar voor een nieuwe stap”, meent Gorik Kaesemans. “Als we vroeger signalen van mensen met een psychische problematiek op de radar krijgen, kunnen we tijdig ingrijpen en veel leed voorkomen. Vanuit gezondheids-economisch perspectief heeft de samenleving er alle baat bij om hierop in te zetten. Patiënten en de eerste lijn kunnen daarbij helpen. De interesse en initiatieven nemen toe. Her en der zien we samenwerkingsverbanden groeien, bijvoorbeeld tussen huisartsenwachtposten en CGG. Ook een eerstelijnspsycholoog in een huisartsenwachtpost kan een laagdrempelige schakel zijn naar meer gespecialiseerde zorg. Elke hulpverlener heeft zijn opdracht en zijn deskundigheid. Hoe meer de eerste lijn kan oplossen, hoe beter. Waar nodig moet doorverwezen worden naar gespecialiseerde zorg. Alle actoren moeten elkaar voortdurend feedback geven en elkaar ondersteunen. De ontwikkeling van zorgpaden kan daartoe bijdragen. Ook op beleidsniveau moeten de verschillende hulpverleners, organisaties en voorzieningen ‘connecteren’ en samen de beste oplossing voor elke individuele patiënt nastreven”, besluit Gorik Kaesemans.



Gorik Kaesemans

“In de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg is aandacht voor vroege detectie en tijdige interventie een cruciale functie. Vanuit gezondheids-economisch perspectief heeft de samenleving er alle baat bij om hierop sterk in te zetten.”

BETALING VAN DE BEWONERSFACTUUR IN WOONZORGCENTRA

“Een goede zeeman wordt ook weleens nat”

Wat kan je als woonzorgcentrum doen als een bewoner zijn factuur niet kan betalen? Hoe zit het met de opnameovereenkomst en met de borgstelling? Welke rol kan het OCMW spelen? En is er überhaupt wel een probleem met de betaling van facturen in woonzorgcentra? Zorgnet Vlaanderen organiseerde hierover begin december 2014 een studiedag. We kaarten even na met stafmedewerker Karolin Vannieuwenhuysse.

Karolin Vannieuwenhuysse is sinds twee jaar regionaal stafmedewerker oude-

renzorg van Zorgnet Vlaanderen voor West-Vlaanderen en de regio Eeklo-Deinze. Voorheen was ze secretaris van het OCMW in Zonnebeke.

“Goed 93% van de bewoners betaalt zijn facturen op tijd en stond”, opent Karolin Vannieuwenhuysse het gesprek. “Dat valt dus mee. Een aantal mensen moet daarvoor wel zijn huis verkopen of krijgt financiële hulp van familie. Van de 6% bewoners die wel betalingsproblemen hebben, krijgen de meesten een tussenkomst van het OCMW. Uiteindelijk blijft 1% van de bewoners met een betalings-

probleem kampen. Dat komt neer op één tot twee bewoners in een gemiddeld woonzorgcentrum. Dat is beheersbaar, al moeten we tegelijk beseffen dat een aantal mensen allicht de stap naar het woonzorgcentrum niet zetten, omdat ze beseffen dat ze het niet kunnen betalen. Dat kan schrijnende situaties in de thuiszorg met zich meebrengen.”

“Vroeger kreeg een kleine 20% van de bewoners een financiële tussenkomst van het OCMW. Dankzij de Vlaamse zorgverzekering, die 130 euro per maand tussenkomt, is dat aantal sterk



Karolin Vannieuwenhuysse: “Zelfs met de beste opvolging en de meest strikte juridische procedures kunnen woonzorgcentra geconfronteerd worden met een bewoner die zijn facturen niet kan betalen. Dan moeten we ons gezond verstand gebruiken en ook ethische keuzes durven te maken.”

“Een OCMW kan een sociaal onderzoek en een middelenonderzoek doen. Een woonzorgcentrum heeft daar minder mogelijkheden toe.”

gedaald. Al bij al mogen we dus stellen dat het probleem van de onbetaalde facturen in woonzorgcentra relatief klein is, in elk geval veel kleiner dan in de ziekenhuizen.”

Transparante factuur

“Om problemen met niet-betaling te voorkomen, helpt een transparante en duidelijke facturatie. Ook domiciliëring kan helpen. In elk woonzorgcentrum zou voorts een contactpersoon moeten zijn bij wie bewoners en familie terechtkunnen voor duiding over de factuur en over de aangerekende supplementen. De rol van de sociale dienst mag niet worden onderschat. Uit het praktijkvoorbeeld van de vzw Emmaüs blijkt dat een goede samenwerking tussen de financiële dienst, die een betalingsprobleem doorgaans het eerst opmerkt, en de sociale dienst cruciaal is. Zoals Eddy Mettepenningen van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid tijdens de studiedag bevestigde, gaan de meeste vragen bij de Woonzorglijn over de facturatie, de supplementen en de borgstelling.”

“Alles begint met een duidelijke opnameovereenkomst, ondertekend door de ‘juiste persoon’”, gaat Karolin Vannieuwenhuysse verder. “Soms rijzen er vragen, vooral als een bewoner feitelijk onbekwaam is en niet meer in staat om de overeenkomst te tekenen. Als die persoon geen ‘zelfbenoemde vertegenwoordiger’ in het kader van de wet op de patiëntenrechten heeft aangeduid en er geen ‘bewindvoerder’ is, dan kan men terugvallen op het cascade-systeem binnen de wet op de patiëntenrechten. Overdreven juridisering is nergens goed voor. Waar nodig kan de vrederechter een vertrouwenspersoon aanstellen. De vrederechter kan ook een bewindvoerder aanstellen als een woonzorgcentrum daarvoor een verzoekschrift indient. Een bewindvoerder kan sinds kort persoonlijkheidsrechten uitoefenen en dus de opnameovereenkomst ondertekenen in naam van de kandidaat-bewoner.”

Borgstelling te omslachtig

“In de praktijk proberen voorzieningen zich in te dekken tegen wanbetaling via de borgstelling. Daarop zijn echter strenge formaliteiten van toepassing, die een geldige borgstelling zeer omslachtig maken. De borgstelling kan in elk geval niet via een eenvoudige clause in de opnameverklaring worden opgenomen. Er moet een afzonderlijk document zijn dat aan alle juridische vereisten voldoet om afdwingbaar te zijn. Zo moet de borgstelling het gewaarborgde bedrag vermelden en een handgeschreven verklaring van de borgsteller. In de praktijk zal de familie zo’n borgstelling zelden willen ondertekenen, omdat het over grote bedragen gaat. Woonzorgcentra gebruiken wel een vorm van borgstelling als stok achter de deur, maar juridisch staan ze daarmee niet sterk. Wim Verduyven, gedelegeerd bestuurder van de groep Sint-Franciscus, drong er tijdens de studiedag dan ook op aan dat de overheid de borgstelling voor de ouderenzorg zou aanpassen en haantbaar maken. Woonzorgcentra en andere zorgvoorzieningen moeten zich immers optimaal kunnen toeleggen op de zorg voor en het welzijn van de bewoner, zonder dat ze zich al te zeer in hoeven te laten met privéaangelegenheden en financiële en patrimoniale kwesties.”

Middelenonderzoek door OCMW

“Een OCMW dat gevraagd wordt om tussen te komen in de kosten van een bewoner in het woonzorgcentrum, beschikt over duidelijke instrumenten om een sociaal onderzoek en een middelenonderzoek te doen. Dat is heel belangrijk om weten. Woonzorgcentra kunnen immers onvoldoende middelenonderzoek doen. Als er twijfel is of een kandidaat-bewoner zijn factuur zal kunnen betalen, dan kan altijd een aanvraag tot financiële steun bij het OCMW worden ingediend, door de bewoner of door

het woonzorgcentrum gemandateerd door de bewoner. Het OCMW kan dan de financiële situatie van de kandidaat-bewoner in kaart brengen, bv. door de banken aan te schrijven en bij het kadaster informatie over de onroerende goederen op te vragen. Elk OCMW gaat hiermee op zijn eigen manier om. Sommige OCMW’s geloven de aanvrager op zijn woord, andere voeren een intensief onderzoek. Als woonzorgcentrum is het belangrijk om te weten hoe het lokale OCMW daarmee omgaat.”

“Het OCMW zal altijd eerst de rechten van de bewoner in kaart brengen: krijgt hij zijn bijdrage van de zorgverzekering, is er een tegemoetkoming hulp aan bejaarden...? Als die mogelijkheden uitgeput zijn, dan kan het OCMW op basis van de behoeften en de situatie van de bewoner een tussenkomst toekennen. Een OCMW kan bij toekenning van financiële steun het bedrag plafonneren tot de dagprijs die men in het eigen OCMW-woonzorgcentrum toepast, eventueel verhoogd met een bepaalde toeslag: bijvoorbeeld 10% bovenop de eigen dagprijs, zoals het OCMW Gent dat doet.”

Gezond verstand

“‘Een goede zeeman wordt ook weleens nat’, vertelde Armand Hermans van de Emmaüsgroep op de studiedag. Zelfs met de beste opvolging en strikte juridische procedures kunnen woonzorgcentra altijd geconfronteerd worden met een bewoner die zijn facturen niet kan betalen. Dan moeten we ons gezond verstand gebruiken en ook ethische keuzes durven maken.”

“Stel dat het OCMW voor 59 euro per dag wil tussenkomen, terwijl je dagprijs 65 euro is. Wat doe je als de bewoner zelf geen middelen heeft? Ga je iemand van 89 jaar laten verhuizen naar een OCMW-woonzorgcentrum? Of ga je je dagprijs aanpassen via een intern systeem van solidariteit? We zijn sociale ondernemers, maar bewoners en hun familie hebben ook rechten en plichten, die ze onderschrijven in de opnameovereenkomst. Het is een ethische afweging die situatie per situatie bekeken moet worden. Dikwijls zijn er tussenoplossingen, met een afbetalingsplan bijvoorbeeld”, besluit Karolin Vannieuwenhuysse.

Bekijk ook de beeldreportage op het Youtube-kanaal van Zorgnet Vlaanderen: www.youtube.com/zorgnetvlaanderen

UNISOC GEEFT NON-PROFITSECTOR EEN STEM IN FEDERAAL SOCIAAL OVERLEG

Social profit krijgt erkenning als belangrijke schakel in economie

De socialprofitsector krijgt de jongste jaren meer en meer een stem in het sociaal-economisch overleg op federaal niveau. Dat is grotendeels te danken aan Unisoc, de Unie van socialprofitondernemingen die 45 koepelorganisaties verenigt, waaronder Zorgnet Vlaanderen. Met voorzitter Jan Peers en directeur Sylvie Slangen maken we een stand van zaken op en blikken we vooruit op enkele belangrijke dossiers.

“Veel afspraken worden binnen sectoren gemaakt”, zegt Jan Peers. “Maar er is ook een intersectoraal niveau waar sociaal-economische akkoorden worden aangepakt. Hier wordt het kader vastgelegd waarbinnen de sectoren – waaronder de gezondheidszorgsector – kunnen werken. Unisoc vertegenwoordigt er de socialprofitsector in diverse organen waar werkgevers en werknemers elkaar ontmoeten. We werken goed samen met de koepelorganisaties, maar ook met onze Vlaamse tegenhanger Verso.”

Unisoc bestaat ondertussen 20 jaar. Voordien had de non-profitsector geen stem in het debat. Vandaag is dat gelukkig wel het geval. “De social profit neemt een aparte positie in”, legt Jan Peers uit. “Wij zijn een werkgeversfederatie, maar we zijn ons erg bewust van de sociale impact van het beleid. Pleiten voor loonlastenverlaging is één ding, maar als er daardoor minder middelen zijn voor de sociale zekerheid, dan heeft dat een directe impact, bijvoorbeeld op de gezondheidszorg. Onze aanwezigheid op het intersectoraal overleg heeft dus belang. Unisoc kan de sociale gevolgen van beleidsmaatregelen duiden. Een gezonde bevolking is noodzakelijk voor een gezonde economie. De manier waarop de gezondheidszorg georganiseerd is, heeft een economische impact. Gezondheidszorg is niet louter een kwestie van uitgaven. Ze is ook de basis voor een sterke economie.”

Strijd leveren

Van bij zijn oprichting in 1994 was Unisoc als ‘expert’ betrokken bij de Nationale Arbeidsraad (NAR). Het duurde echter tot 2010 voor Unisoc effectief lid en een volwaardige partner op het federale vlak werd. Vroeger werd het standpunt van de social profit alleen in de bijlage opgenomen, vandaag maakt het volwaardig deel uit van de adviezen die naar de minister gaan. “Het was niet evident om erbij te komen”, weet Jan Peers. “We hebben ons lidmaatschap via een klacht bij de Raad van State afgedwongen. Het is niet meer dan terecht dat de socialprofitsector in de NAR vertegenwoordigd is.”

Eén van de belangrijkste dossiers gaat over de patronale lastenverlaging. Ook daar heeft Unisoc de voorbije jaren strijd geleverd. “Om de twee jaar wordt een Interprofessioneel Akkoord (IPA) gesloten”, zegt Sylvie Slangen. “Dat IPA wordt voorbereid door de informele ‘Groep van 10’, waarvan Unisoc geen deel uitmaakt. Voor het IPA 2013-2014 was een enveloppe van 370 miljoen euro voor lastenverlaging voorzien, maar de Groep van 10 had die expliciet toegekend aan de profitsector. Toen dat dossier op de Nationale Arbeidsraad kwam, was alles al in kannen en kruiken. Unisoc heeft daartegen formeel geprotesteerd. Een lastenverlaging die exclusief naar de profitsector gaat, wordt immers in hoge mate door de non-profitsector betaald, temeer omdat door de lastenverlaging minder middelen naar de sociale zekerheid en naar het RIZIV gaan. Door ons protest heeft de federale regering zich ertoe geëngageerd om in de toekomst de social profit een deel van de loonlastenverlaging toe te kennen. Van die enveloppe van 370 miljoen euro hebben we maar een schamele 1,5 miljoen voor de social profit kunnen binnenhalen, maar door onze reactie is de situatie sindsdien bijgestuurd. Van de enveloppe van 80 miljoen euro voor de invoering van

het eenheidsstatuut (met o.m. de afschaffing van de carensdag en de wijzigingen in de opzegtermijn), is 16 miljoen euro naar de socialprofitsector gegaan. Dat is correct. Ook van de middelen voor ploegenarbeid is in 2014 voor het eerst 4 miljoen euro extra naar de ziekenhuissector gegaan.”

“De belangrijkste winst zit echter in het competitiviteitspact. Hier was een patronale lastenverlaging voorzien van telkens 450 miljoen euro in 2015, in 2017 en in 2019. Dat bedrag wordt in drie gesplitst. 150 miljoen gaat naar lastenverlaging voor alle werknemers; daarvan krijgt de socialprofitsector 30 miljoen. Nog eens 150 miljoen gaat naar de laagste lonen; ook daarvan krijgt de social profit zijn deel. De derde schijf van 150 miljoen is om de ploegenarbeid te ondersteunen: dat is nog een strijdpunt voor Unisoc. We zijn er dus nog niet helemaal, maar we komen van een situatie waarbij de social profit helemaal uit de boot viel. Vandaag worden we erkend als een belangrijke schakel in de economie”, zegt Sylvie Slangen.

Genuanceerd debat

“Die erkenning is ook ‘mentaal’ verworven”, beaamt Jan Peers. “Vroeger werd de socialprofitsector genegeerd. Bij de andere werkgeversfederaties bestond lang de vrees dat wij als sector te veel overheidsgelinkt en subsidiegericht zouden zijn. Wat natuurlijk nonsens is. Wie een snelweg aanlegt in opdracht van de overheid werkt toch ook met overheidsmiddelen? Waar zit dan het verschil? Wij waarborgen levensnoodzakelijke diensten en moeten daarvoor grote ondernemerscapaciteiten opbrengen. De socialprofitsectoren gaan over vitale diensten voor alle burgers. Bouw je die af, dan draai je de beschaving terug. Daarom kan je niet alleen de markt laten spelen. Wij werken niet voor aandeelhouders, maar voor de maatschappij.”



Sylvie Slangen en Jan Peers: "Vroeger werd het standpunt van de social profit alleen in de bijlage opgenomen, vandaag maakt het volwaardig deel uit van de adviezen die naar de minister gaan."

"In de Nationale Arbeidsraad spreken de werkgevers overigens meestal met één stem", zegt Sylvie Slangen. "Alleen als het over de budgetten gaat, moeten we op onze strepen staan. Maar het begrip voor de eigenheid van de social profit groeit."

"Ook de relaties met de vakbonden zijn heel open", weet Jan Peers. "Wij hebben veel aandacht voor onze werkne-

mers omdat het via hen is dat we onze maatschappelijke dienstbaarheid waar- maken. Wij hebben geen belang bij een kloof met andere sectoren. Als wij onze rol niet spelen, dan is dat ten nadele van de mensen die in onze sectoren werken én van de mensen die onze diensten nodig hebben."

"Een mooi voorbeeld is ons genuanceerd standpunt over langer werken

en tijdskrediet", zegt Sylvie Slangen. "Unisoc is daarover geconsulteerd door de minister van Werk. Natuurlijk willen wij dat onze medewerkers langer aan het werk blijven. Nog meer dan andere sectoren hebben we bijvoorbeeld in de gezondheidszorg alle handen nodig. Maar het moet ook draaglijk zijn voor de mensen. Daarom willen wij een debat over de loopbaan in haar geheel en niet over deelaspecten. Het een hangt met het ander samen."

Arbeidsduurwetgeving

Een ander heikel punt is de arbeidsduurwetgeving. Beweegt daar nog iets? "De besprekingen in de NAR daarover zijn mislukt", weet Sylvie Slangen. "Het debat wordt naar alle verwachting opnieuw opgevoerd in de volgende IPA-besprekingen, die door de syndicale acties vertraging hebben opgelopen. Vanuit Unisoc zullen wij op relatief korte termijn zelf voorstellen op tafel leggen. Sommige elementen zitten echter op Europees niveau. Denk aan de arbeidsduurrichtlijn die stelt dat er 11 uur rust moet zijn tussen twee shifts, wat in de praktijk betekent dat na een late dienst geen vroege dienst mogelijk is. Of denk aan de regeling voor de inslapende wacht: alle wachturen worden beschouwd als arbeidstijd, wat in principe betekent dat na 8 uur slapen een verplichte rusttijd van 11 uur volgt. Commissievoorzitter Junker wil dat bespreken. Vanuit de Europese koepelvereniging volgt Unisoc dat mee op. Dat is een bevoegdheid van Europees commissaris voor Werk Marianne Thyssen. Op Belgisch niveau wachten belangrijke besprekingen in het kader van het eenheidsstatuut. Er zijn nog harde noten te kraken, bijvoorbeeld over het gewaarborgd loon bij ziekte, over de vakantieregeling, de sociale verkiezingen... Allemaal thema's die een grote — ook financiële — impact kunnen hebben op de zorgvoorzieningen."

“Werk alleen samen als het noodzakelijk is”

Als samenwerking niet strikt noodzakelijk is, dan begin je er beter niet aan. Dat zegt expert ter zake prof. Patrick Kenis van Antwerp Management School. Is een samenwerking wél noodzakelijk, dan bepalen hoofdzakelijk drie factoren het succes: een motiverende doelstelling, sterk leiderschap en het nodige geduld. Prof. Kenis geeft tekst en uitleg.

Samenwerking in netwerken is een sleutelwoord in de zorgsector anno 2015. Mee op initiatief van prof. Patrick Kenis organiseerde Zorgnet Vlaanderen daarom vorig jaar en ook dit jaar een Masterclass Netwerkmanagement voor gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Prof. Kenis buigt zich ondertussen al 30 jaar over het fenomeen van samenwerking in netwerken. Hij werkte het grootste deel van zijn loopbaan in Nederland, waar de netwerkgedachte al veel langer leeft, ook buiten de zorg. Sinds 2011 is prof. Kenis verbonden aan de *Antwerp Management School*.

Prof. Patrick Kenis: Samenwerking is soms noodzakelijk. Als ze niet noodzakelijk is, dan raad ik iedereen aan om het vooral niet te doen. Samenwerken is namelijk erg moeilijk. Het gebeurt vaak dat we samenwerken zonder noodzaak. Het woonzorgdecreet legt bijvoorbeeld samenwerking op, terwijl de noodzaak er niet altijd per definitie is. Als een kwetsbare oudere alleen thuis woont en zorg nodig heeft, dan is samenwerking nodig. Maar in veel andere situaties niet. Organisaties dwingen om samen te werken zonder noodzaak heeft niet veel zin. Er hangt vandaag een hype rond samenwerken. Maar als ik een pannenkoek wil bakken voor de kinderen, dan doe ik dat zelf, helemaal alleen.

Werken we dan te veel samen?

Te veel en te weinig. 70% van de samenwerkingsverbanden mislukken of werken niet goed. Samenwerking heeft zo'n positieve connotatie dat we het als

iets natuurlijks gaan beschouwen. Maar in de praktijk wordt het een stuk lastiger. Samenwerking gaat niet vanzelf. De doelstellingen moeten duidelijk zijn en de samenwerking moet goed georganiseerd worden.

‘Vertrouwen is belangrijk’, hoor je vaak beweren. Maar dat klopt niet altijd. Vertrouwen is alleen essentieel in een bilaterale relatie. In een multilaterale relatie (samenwerking tussen een groep van organisaties) is vertrouwen geen absolute noodzaak. Om de zorg voor een oudere thuis te organiseren, heb je iemand nodig die voor de maaltijden zorgt, iemand die de tuin onderhoudt, iemand die zorg verleent, iemand die over de veiligheid waakt enzovoort. Tussen al die verschillende professionelen is vertrouwen helemaal niet nodig. Wel moet er iemand zijn die het geheel organiseert en coördineert: een soort van makelaar. Die coördinator onderhoudt bilaterale relaties met de verschillende professionals. In die bilaterale relaties is vertrouwen belangrijk, maar in de onderlinge relaties tussen de verschillende professionals niet. Het klopt ook niet dat in een netwerk van samenwerkende organisaties alle neuzen in dezelfde richting moeten staan. Als de neuzen in dezelfde richting staan, dan hebben we waarschijnlijk te maken met een groep van gelijkgezinde organisaties en niet met een groep van organisaties die een antwoord bieden op de complexe vraag van de cliënt.

Is een zorgcoördinator of een zorgmakelaar voor een zelfstandig wonende oudere absoluut nodig? Velen staan die oplossing voor, anderen vrezen dat er weer eens een bijkomende functie gecreëerd wordt.

De vraag is hoe je die functie invult. Onderzoek wijst uit dat een functie als coördinator niet nodig is als er niet meer dan acht organisaties samenwerken. Met acht partijen of minder is het perfect mogelijk om de coördinatie onder

elkaar te verdelen en gewoon af te spreken. Wanneer is dan wel een coördinator nodig? Als er meer dan acht partijen zijn of als er externe noodwendigheden zijn: als er een jaarverslag gemaakt moet worden of als een subsidie aangevraagd moet worden, bijvoorbeeld. Dan nog betekent dat niet dat je per se een nieuwe functie moet creëren. De rol van coördinator kan gerust door een van de organisaties op zich genomen worden. Die coördinator moet wel het (bilaterale) vertrouwen genieten van alle andere partijen en daar wringt dikwijls het schoentje. Het gebeurt wel vaker dat in samenwerkingsverbanden de grootste partij – een ziekenhuis of een ziekenfonds – de coördinatie op zich neemt. De grootste partij is evenwel niet altijd de meest aangewezen coördinator. Het gevaar bestaat dat de grootste partij te veel het eigen perspectief opdringt.

Een ander voorbeeld van groeiende samenwerking zijn de netwerken ‘artikel 107’ in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kijkt u daar tegenaan?

Ik ben niet gespecialiseerd in die materie, maar ik ben wel deel van een onderzoeksgroep over *integrating care* (zie www.cortexs.be). De basis voor de samenwerking onder ‘artikel 107’ is een wettekst. De intentie van die regelgeving is positief: men (h)erkent het probleem. De samenwerking wordt echter opgelegd door de overheid, die de voorzieningen daarvoor ‘mandateert’. Onderzoek leert dat dat soort samenwerkingsverbanden minder kans op slagen heeft. Het is daarom erg belangrijk om goed te communiceren over het belang van de samenwerking. Er moet voldoende gedragenheid gecreëerd worden.

Een minder sterk punt in de netwerken GGZ is dat de overheid oplegt wie minimaal vertegenwoordigd moet zijn. Dat werkt vaak nadelig, omdat er dan veeleer een focus op de vraag van de overheid is dan op de specifieke nood van de cliënt. Veel organisaties die best

wel betrokken zouden worden, komen hier dan niet aan bod. Denk maar aan organisaties uit de armoedebestrijding en het onderwijs.

Is het dan niet goed om klein te beginnen? In een latere fase kunnen waar nodig nog bijkomende partners betrokken worden?

Ja, het is inderdaad verstandig om klein te beginnen. Alleen zal de regisseur van het geheel erover moeten waken om tijdig bijkomende organisaties te betrekken. Een mooi voorbeeld is het Netwerk Kindermishandeling dat we in de regio Arnhem in Nederland hebben opgezet. Samenwerking is noodzakelijk voor vroegdetectie en tijdige interventie bij kindermishandeling. Onlangs is een 33^{ste} organisatie in het netwerk opgenomen: een voorziening gespecialiseerd in de behandeling van mensen met een verslaving. In een context van verslaving is het gevaar op kindermishandeling

groter. Op vraag van het Netwerk Kindermishandeling registreert de voorziening sinds kort of opgenomen patiënten kinderen hebben. Dat is alles wat hun gevraagd wordt, maar die informatie kan essentieel zijn.

Een netwerk moet alert zijn, groeien, een eigen dynamiek ontwikkelen. Een gezonde dynamiek ontstaat als de doelstelling helder en zichtbaar is. Ook een leidend figuur is doorslaggevend voor een dynamische samenwerking. Een sterke leider is iemand die ervoor gaat uit geloof in de zaak, niet om zichzelf op de voorgrond te werken.

Hoeveel tijd heeft een samenwerking nodig om tot volle bloei te komen?

Onderzoek toont dat een samenwerkingsverband twee tot drie jaar nodig heeft om vruchten af te werpen. In een eerste periode zal de performantie zelfs dalen. Er gaan in het begin veel tijd en

energie naar afstemming en elkaar leren kennen. Eenmaal het dieptepunt voorbij, gaat het langzaam in stijgende lijn.

Eenzelfde curve zie je bij *shared service centers*. Als zorgvoorzieningen bijvoorbeeld beslissen om samen hun linnen te laten wassen of om hun ICT uit te besteden, dan zal het twee tot drie jaar duren vooraleer het nieuwe systeem goedkoper en/of beter is dan voorheen. In een eerste fase zal het zelfs duurder of slechter uitvallen. Het is belangrijk om dat goed te beseffen. Je mag nieuwe samenwerkingsverbanden niet te vroeg afschieten. Als je na één jaar een grondige evaluatie maakt, dan is het normaal dat je op een dieptepunt zit. Je moet de samenwerking de nodige tijd geven om te groeien, te rijpen en te renderen. Een samenwerking starten is een investering.

Bekijk ook een interview met prof. Kenis op www.youtube.com/zorgnetvlaanderen

Prof. Patrick Kenis: "Je mag nieuwe samenwerkingsverbanden niet te vroeg afschieten. Als je na één jaar een grondige evaluatie maakt, dan is het normaal dat je op een dieptepunt zit. Je moet de samenwerking de nodige tijd geven om te groeien, te rijpen en te renderen."



WOONZORGCENTRA GASTHUISZUSTERS ANTWERPEN

“Bij alles wat we doen, betrekken we de medewerkers”

In de woonzorgcentra Gasthuiszusters Antwerpen is PREZO Woonzorg onder-tussen een begrip geworden. Woonzorgcentrum Goudblomme speelt een voortrekkersrol, maar ook de andere voorzieningen stappen op eigen ritme en tempo in het PREZO-verhaal. Ellen Moermans, manager beleidsondersteuning van de GZA Woonzorggroep, en Rudi Janssen, woonzorgmanager van wzc Goudblomme, vertellen waarom zij PREZO Woonzorg de moeite vinden.

Gasthuiszusters Antwerpen verenigt negen woonzorgcentra. “De groep startte met vier woonzorgcentra die elk hun eigen kwaliteitssysteem hadden”, vertelt Ellen Moermans. “In 2013 zijn daar vier woonzorgcentra bijgekomen, ook met hun eigen systeem. En in 2014 sloot Sint-Vincentius in Kalmthout als negende woonzorgcentrum aan. Die uitbreiding van de groep heeft tal van voordelen, maar ook enkele nadelen. Als elk woonzorgcentrum aan zijn eigen kwaliteitssysteem vasthoudt, dan gaan de discussies op de duur meer over systemen en methodieken dan over inhoud. We willen graag dat elke voorziening zijn eigenheid bewaart, maar we willen tegelijk overkoepelende accenten leggen, met minimale kwaliteitseisen. Daarvoor hebben we een gemeenschappelijke taal nodig. PREZO Woonzorg biedt daartoe de ideale gelegenheid. Het is voor iedereen nieuw en bovendien is PREZO Woonzorg resultaat- en niet middelengericht. De doelstellingen en het resultaat primeren. De beleving van de bewoner is de maatstaf. Dat vind ik heel krachtig aan PREZO Woonzorg in vergelijking met veel andere systemen.”

“Woonzorgcentrum Goudblomme fungeert als pilootvoorziening. We gaan dus niet met alle negen woonzorgcentra op hetzelfde tempo PREZO Woonzorg introduceren. Wel staan we allemaal achter het project. Alle woonzorgcentra

hebben een introductie gekregen om de filosofie van PREZO Woonzorg duidelijk te maken en om eventuele weerstanden weg te nemen. De invoering gebeurt geleidelijk. In alle woonzorgcentra is een lokaal ‘kwaliteitsanker’ actief en via een PREZO Woonzorg *roadshow* zijn alle medewerkers in alle woonzorgcentra in de idee en de filosofie van PREZO Woonzorg meegenomen. Vanuit de overkoepelende organisatie effenen we het pad in de verschillende voorzieningen. Die aanpak kan alvast op applaus rekenen, maar de implementatie zal niet overal evident zijn. We gaan stap voor stap en betrekken de hele organisatie, niet alleen het zorgdepartement. De integrale aanpak is een van de sterktes van PREZO Woonzorg, die erg geapprecieerd wordt op de werkvloer. Dat Zorgnet Vlaanderen bijvoorbeeld aan het oorspronkelijke PREZO Woonzorg ook het domein ‘Partnerrelaties, seksualiteit en intimiteit’ toevoegde, is vernieuwend. De tijd is er rijp voor en dit speelt in op een reële nood.”

Eén gemeenschappelijk systeem

“De verschillende kwaliteitsankers van de negen woonzorgcentra komen sinds begin 2014 om de twee maanden samen. Ze buigen zich samen over de ZEI’s, de zelfevaluatie-instrumenten. Het ZEI over valpreventie hebben we voor een eerste keer over alle woonzorgcentra heen uitgevoerd. We hebben dat zonder de grote trom gedaan, met als doel onze weg in het systeem wat te vinden. De samenwerking helpt ons om gemeenschappelijke lacunes te ontdekken en die ook gemeenschappelijk aan te pakken. Bij valpreventie bleek er bijvoorbeeld onduidelijkheid te bestaan over de visie bij alarmoproepen. Er bestonden wel informele afspraken, maar dat volstaat niet. Nu hebben we dat voor de negen woonzorgcentra geformaliseerd én laten valideren door het management. Dat

geeft zekerheid aan de medewerkers over de lijn die ze moeten volgen. Een ander voorbeeld is de valrisicoanalyse. Twee van de negen woonzorgcentra beschikten daarvoor over een instrument. We zijn aan het bekijken hoe we dit over alle woonzorgcentra heen kunnen invoeren”, vertelt Ellen Moermans.

“Onze doelstelling is om in 2015 vijf ZEI’s in te vullen met de negen woonzorgcentra. Toch laten we elke voorziening haar eigen ritme bepalen voor de implementatie van PREZO Woonzorg. Drie van onze centra zijn aan het bouwen, één heeft een nieuwe directeur... Er is een zekere stabiliteit nodig om volle kracht vooruit te gaan met PREZO Woonzorg. Maar uiteindelijk willen we met de hele groep Gasthuiszusters Antwerpen tot één gemeenschappelijk systeem komen: PREZO Woonzorg.”

Luisteren naar de bewoners

Rudi Janssen is woonzorgmanager van wzc Goudblomme, dat als pilootproject aan PREZO Woonzorg deelneemt. “We waren er vanaf dag één bij”, lacht hij. “Wat mij van meet af aan aansprak, is de vertaling naar de bewoner toe. We moeten luisteren naar de noden van de bewoner en zorg op maat proberen te bieden. PREZO Woonzorg reikt een mooi kader aan om oplossingen te implementeren. We zijn in wzc Goudblomme al langer bezig met een bewonersgerichte aanpak. We toetsen alle aspecten van ons beleid, zowel van de individuele zorg en ondersteuning als van de multidisciplinaire aanpak. Per bewoner hebben we daarvoor jaarlijks een gesprek van drie kwartier met een familielid erbij. Familie en bewoner zitten weliswaar niet altijd op dezelfde lijn, maar ook dat is belangrijk om te weten. Over de vroegtijdige zorgplanning botsen de meningen nogal eens. Dan is het belangrijk om samen met alle betrokkenen in overleg te gaan. Ook bij elke verandering in de



Ellen Moermans en Rudi Janssen: "De samenwerking helpt ons om gemeenschappelijke lacunes te ontdekken en die ook gemeenschappelijk aan te pakken."

"Het is belangrijk dat de oplossingen van onderuit groeien, zodat ze gedragen worden door de medewerkers die ze zullen moeten implementeren op de werkvloer."

zorgnood van een bewoner organiseren we een multidisciplinair overleg met de familie erbij."

"PREZO Woonzorg legt een strak ritme op voor de ZEI's. Voor 2015 hebben we er echter voor gekozen om één groot thema aan te pakken, met name de registratie. PREZO Woonzorg past overigens uitstekend in het kwaliteitsdenken van ons woonzorgcentrum. Ik ben een opleiding *Lean* aan het volgen en we willen ons graag voorbereiden op de PREZO Woonzorg-accreditatie. Ja, we leggen de lat hoog."

Medewerkers betrekken

"Bij alles wat we doen, betrekken we optimaal de medewerkers. Uit een zelfevaluatie bleek bijvoorbeeld het gecontroleerd ronddelen van medicatie op het middaguur een probleem te zijn. We zijn toen met alle betrokken medewerkers aan tafel gaan zitten om samen projectmatig een oplossing te zoeken. Het is belangrijk dat de oplossingen van onderuit groeien, zodat ze gedragen worden door de medewerkers die ze zullen moeten implementeren op de werkvloer. We hebben dit punt trouwens opgenomen vanuit de ZEI 'medicatie' in PREZO Woonzorg. Meteen hebben we er ook een verbeterproject aan gekoppeld om het medicatiegebruik terug te schroeven, de *Come on-studie* van de KU Leuven. Jammer genoeg voor ons zitten we hier in de controlegroep. We registreren tot aan het einde van de studie ons normaal medicatieverbruik."

"PREZO Woonzorg leeft ondertussen bij de hele medewerkersgroep. Positief is dat medewerkers uitgedaagd en uitgenodigd worden om mee na te denken over problemen en oplossingen. In het begin waren we daarover wat sceptisch. Zouden zorgkundigen dit wel oppikken? Zou hiervoor het nodige enthousiasme groeien? Vandaag zien we dat de arbeidstevredenheid stijgt naarmate de medewerkers meer kunnen deelnemen aan het beleid. Ze stellen het op prijs dat we met hun mening rekening houden en dat we hun oplossingen implementeren. We willen deze aanpak ook in de andere woonzorgcentra van Gasthuizusters Antwerpen promoten. Ik ben persoonlijk erg gemotiveerd door PREZO Woonzorg. Het is mijn ambitie om het hele traject te doorlopen en dan naar accreditering over te gaan. Er is een hele dynamiek gegroeid rond kwaliteit. Ik wil die dynamiek verder voeden en in stand houden", besluit Rudi Janssen.



TROOST. OVER OUDERDOM, ZORG EN PSYCHOLOGIE

“Niemand lijdt alleen”

“We mogen de thuiszorg niet idealiseren en de woonzorgcentra niet diaboliseren.” Dat zegt klinisch ouderpsycholoog Luc Van de Ven naar aanleiding van zijn boek *Troost. Over ouderdom, zorg en psychologie*. “Al is er in sommige woonzorgcentra ook nog werk aan de winkel”, voegt hij er onmiddellijk aan toe.

Luc Van de Ven is verbonden aan de dienst Ouderenpsychiatrie van het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven. Hij geeft ook opleidingen aan professionele hulpverleners.

“Ik werk al enkele decennia met ouderen, hun partner en hun familie. Veel van die mensen hebben het erg moeilijk. Zeker zij die tijdelijk of langdurig een crisis doormaken. Mijn ambitie met dit boek is

om een aantal ervaringen en inzichten te bundelen voor professionele hulpverleners en andere mensen die met ouder worden geconfronteerd worden: de ouderen zelf, mensen van middelbare leeftijd met ouders die zorgbehoevend worden enzovoort. De titel ‘Troost’ kan bij sommigen misschien een pessimistische bijklank oproepen: alsof ouderen getroost moeten worden. Ik zie het evenwel breder: elk van ons heeft troost nodig, zowel jong als oud. Die troost zoeken we bij anderen, maar ook bij onszelf. Een goed koppel vindt wederzijds troost bij elkaar, ook al wordt het soms zo niet benoemd. Troosten is kunnen stilstaan bij de beleving van de ander, onbevooroordeeld en zonder te oordelen. Het is een behoefte van alle leeftijden om troost te krijgen en te geven. Bij jongere mensen raakt die behoefte ogenschijn-

lijk soms wat op de achtergrond, omdat ze het druk hebben met hun baan, het afbetalen van hun huis, de opvoeding van de kinderen... Maar wie ouder wordt, krijgt vroeg of laat te maken met verlieservaringen. De ene wordt er eerder, harder en veelvuldiger mee geconfronteerd dan de andere, maar niemand ontkomt eraan.

Wat hebben die mensen nodig? Ten eerste: vertrouwelingen. Mensen in hun privéleven aan wie ze dingen kunnen vertellen en met wie ze over hun diepste zielenroerselen kunnen praten. Een vertrouwing geeft steun en troost. Ten tweede hebben die mensen soms professionele hulpverlening nodig: een arts, een psycholoog... Deze hulpverleners moeten uiteraard deskundig zijn in hun vak, maar daarnaast moeten ze ook

Luc Van de Ven:

“Hulpverleners moeten uiteraard deskundig zijn in hun vak, maar daarnaast moeten ze ook de competentie hebben om te troosten. Onbevooroordeeld luisteren, zonder te veroordelen.”

de competentie hebben om te troosten. Dat klinkt wat belerend of melig, maar het is fundamenteel. Onbevooroordeeld luisteren, zonder te veroordelen. Daarbij hoort ook de mogelijkheid tot lichamelijke troost. Met de nodige voorzichtigheid, uiteraard. Maar een hand vasthouden of iemand een arm om de schouder slaan, kan ongelooflijk veel troost bieden. Zeker bij mensen met dementie, die je niet kan helpen met een gesprek alleen, is dat lichamelijke contact, die kleine aanraking, uiterst belangrijk. Als zorgverlener moet je evenwel altijd jezelf kunnen blijven. Je kunt zoiets niet forceren. Het heeft met een gevoel van veiligheid en geborgenheid te maken. Dat moeten we respecteren bij onszelf en bij onze collega's.

Relatie is cruciaal

“Als zorgverleners hebben we vaak de neiging om in te spelen op het actuele verlies, de actuele pijn. Ook in de ouderenzorg. Dat is logisch: we richten ons op de problemen die zich nu stellen. We mogen echter het verleden niet uit het oog verliezen. Veel oudere mensen worstelen met wat ik ‘oud verdriet’ noem. Wat vandaag bij hen opspeelt, is dikwijls

een heractivering van oude wonden die nooit helemaal geheeld zijn. Iedere zorgverlener moet daarvoor aandacht hebben. Reminiscentie en *life review* zijn daarvoor goede instrumenten.”

“Een ander aandachtspunt is dat niemand alleen lijdt. Altijd zijn er partners, kinderen, familieleden... die deel uitmaken van het verhaal en mee lijden. De context, de hele familiegeschiedenis, is zo ontzettend belangrijk in de ouderenzorg. Ik pleit er ook voor om nooit de thuiszorg te idealiseren en de woonzorgcentra te diaboliseren. Het beleid zet uit economische overwegingen sterk in op de thuiszorg en op de familiale solidariteit. Ik ben daar voorstander van, maar elk geval moet individueel worden bekeken. We moeten rekening houden met de familiegeschiedenis en de context. Als de zoon verondersteld wordt om voor zijn oude vader te zorgen, dan is de relatie tussen die twee cruciaal. Welke weg hebben ze samen afgelegd? Hoe staan ze tegenover elkaar? Let wel, het gaat hier nooit om een schuldvraag. De dingen zijn wat ze zijn. Het gaat om de relatie. Een dochter die haar leven lang gekleineerd is door haar moeder, mag je niet vragen om haar oude mama in huis te nemen. De blutsen en de builen zijn te groot. De evolutie in Nederland baart me op dat vlak zorgen. Als je mensen oplegt om voor de eigen familie zorg te dragen, dan kan dat leiden tot oudermishandeling en ‘ontspoorde zorg’. Ja, dat komt meer voor dan we denken. In een Nederlands onderzoek bekende 30% van de mantelzorgers het voorbije jaar meer dan eens verbaal agressief geweest te zijn tegenover een ouder; 10% gaf toe fysiek geweld gebruikt te hebben. Dat zijn harde cijfers, vooral omdat het gaat om wat de mantelzorgers zelf toegeven: de werkelijkheid is allicht nog confronterender. Daarom: pas op met het idealiseren van ‘oost west, thuis best’. Soms is een woonzorgcentrum veiliger en beter, zowel voor de oudere als voor de familie.”

Verhalen vertellen

“Natuurlijk is er ook in de woonzorgcentra werk aan de winkel”, vervolgt Luc Van de Ven. “Ik ken woonzorgcentra die schitterend werken, maar ik ken er ook die nog een hele weg af te leggen hebben. Investeren in de vorming van het personeel is wat mij betreft een noodzaak, vooral dan op het gebied van communicatie met de bewoners en hun familie. In mijn boek gebruik ik veel ver-

halen. Dat heb ik geleerd als docent: verhalen maken de dingen helder en levensecht. Verhalen ondermijnen de ‘gemakkelijkheidspositie’ van hulpverleners: ze kunnen niet anders dan zich te herkennen in bepaalde situaties. Die techniek van verhalen moeten we toepassen in het opleiden van zorgmedewerkers. Als je aan een groep mensen vraagt: kan een dochter goed zorgen voor haar ouders? Dan klinkt als uit één mond een overtuigd ‘Ja’. Maar als je dan een concrete situatie neemt van een specifieke dochter-moederrelatie in een realistische context, dan blijkt het plots allemaal veel minder evident te zijn.”

“Ik word zelf ondertussen ook een dagje ouder – ik word stilaan ‘het object van mijn studie’, zoals ik in het boek schrijf. Ik beseft dat je als mens wat geluk moet hebben. We willen graag alles beheersen en kunnen sturen, maar dat gaat niet. Wie gezond leeft, kan ook plots ziek worden. We hebben niet alles in de hand. Vroeg of laat zal ook ik moeten incasseren. Dat staat vast. Ik hoop dat ik dan bij hulpverleners terechtkom die me accepteren zoals ik ben. Het laatste hoofdstuk in mijn boek gaat over psychotherapie. Geestelijke gezondheidszorg krijgt nog te weinig aandacht in de ouderenzorg. Zowel individueel als in koppel- en in familieverband zouden we zoveel meer kunnen doen. De jongste jaren is op dat gebied gelukkig een stap vooruit gezet, bijvoorbeeld met het ambulante aanbod vanuit de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Maar de noden zijn groot en het budget is beperkt. Veel woonzorgcentra kunnen het zich financieel niet veroorloven om een psycholoog in te schakelen om hun personeel te coachen. Dat is jammer. Gelukkig zijn er uitzonderingen die deze investering wel riskeren.”

“Troost. Over ouderdom, zorg en psychologie” van Luc Van de Ven is het eerste boek in de nieuwe reeks ‘Senioren in de maatschappij’ van uitgeverij Garant. De thema's uit dat eerste boek worden verder uitgediept door andere auteurs. Zo verschijnt binnenkort een boek over partnerrelaties, intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd (Lies Van Assche) en een boek over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (Bas van Alphen). Luc Van de Ven coördineert de reeks.

Luc Van de Ven, *Troost. Over ouderdom, zorg en psychologie*, Uitgeverij Garant, 2014.

“De magie zit in het vasthouden”

“Wat als ouderen over een vermogen beschikken dat ze nooit verliezen? En waarvan ze vrolijk worden? Wat als herfstbladeren niet versnipperd raken, maar op hun manier fris en groen kunnen blijven?” In zijn boek *Wat Alz* neemt onderzoeker Kasper Bormans ons mee op een tocht vol creatieve en ongecompliceerde tips om verloren pleziertjes en dagdromen van ouderen met dementie terug boven water te halen. Een gesprek.

Wat Alz leest als een trein. Anekdoten uit het eigen leven van Kasper Bormans, herkenbare verhalen en dromen van levenswijze ouderen die ze even uit het oog verloren waren, geheugensporen voor een positievere communicatie en af en toe een kwinkslag die je er zelf ook aan herinnert om op tijd en stond naar boven te kijken.

Een jonge onderzoeker aan de Leuven School for Mass Communication Research die zich ontpopt tot wetenschappelijke dromenvanger in het woonzorgcentrum. Het lijkt geen evidente keuze?

Kasper Bormans: De liefde voor mijn opa gaf me de voorliefde voor ouderen. De laatste jaren voor hij stierf heb ik veel leuke dingen met hem gedaan. Eenvoudige dingen: in de tuin werken, hout opstapelen... Maar die eenvoudige dingen getuigden van veel inzicht bij mijn opa. Herfstbladeren verplaatsen is het verdriet van vroeger herschikken. Iets van zolder naar beneden halen laat je toe om herinneringen op te halen. Zelfs

toen hij in ademnood kwam, vond opa het leven te kort. Maar in 2014 werd hij levensmoe, hij liet zijn hoofd letterlijk hangen.

Bij mijn dagelijkse bezoeken bracht ik foto's mee van heel nabije familie. Ik tekende tegen het raam hun gezichten over op papier en hing mijn schetsen op in zijn ziekenhuiskamer, hoog genoeg. Zo moest opa wel omhoog kijken. De impact op zijn houding was verbluffend: de volgende dag begon hij alweer grappen te maken. Hij is zelfs nog een paar weken naar huis kunnen gaan. Een simpel idee kan een grote impact hebben. Dat zou ik graag willen overbrengen.

Mentale kluis

Je opa was je inspiratiebron, maar zelf had hij geen alzheimer. Waarom koos je ervoor je in je onderzoek wél specifiek toe te spitsen op personen met dementie?

Alzheimer is het probleem van de toekomst. 82% van de mantelzorgers is

overbelast of loopt er risico op. Hoe komt dat? Zorg kan nochtans bijzonder zingevend zijn. Een uitzondering lijkt hier wel te liggen bij de zorg voor personen met dementie. Wat blijft er nog over als je de gezichten niet meer herkent van mensen die je dierbaar zijn? Dialoog valt weg en je vindt jezelf niet meer terug in de andere. Hoe kunnen we dat nu ombuigen? Dat is het opzet van het boek: aantonen dat we onze dagelijkse manier van communiceren moeten verlaten om de oever van de andere te bereiken.

“Als ons geheugen crasht, is er dan zoiets als een zwarte doos?”, vraag je je af in het boek. Was dat de aanzet voor het idee om geheugenpaleizen in te zetten voor personen met dementie?

Canadees onderzoek had eerder al aangetoond dat geheugenpaleizen zeer waardevol kunnen zijn voor personen in de voorfase van alzheimer. Zo een geheugenpaleis is een vertrouwde ruimte die je in gedachten helder kan doorwandelen; denk aan je huis of bijvoorbeeld de route van het station naar

je werk. In de verschillende vertrekken plaats je de zaken die je wil onthouden. Die techniek helpt om bijvoorbeeld een boodschappenlijstje te onthouden. Het is een soort van mentale kluis. Ik vond het jammer dat het onderzoek zich beperkte tot een fictieve woordenlijst – het onthouden van woorden als boom, kat of auto. Waarom zouden we niet proberen om mensen die waardevol voor je zijn in die kluis te stoppen? Als er toch iets positiefs is aan Alzheimer, dan is het wel dat de aandoening ons dwingt om onze prioriteiten te herzien. Andere mensen zijn zo belangrijk voor ons, net als ons vermogen om ons die mensen te herinneren. We moeten investeren in hoe we de dingen opslaan in ons geheugen. Kies voor emotie, doorbreek de routine en herbeleef je herinneringen. Dat kan je nu al doen om de reminiscentiebobbel te rekken. Het buitengewone, wat afwijkt van het gewone, dát blijft je bij!

Dat leverde je het label van de ‘Gekke Belg met het frisse idee op’. Nochtans botste je wel op wat weerstand bij de artsen die stellen dat de impact van dementie onomkeerbaar is.

Zeï Kennedy niet dat als je iets in beweging wil zetten, je sowieso weerstand krijgt, maar dat je zonder tegenwind niet kan vliegen? Toch snap ik de artsen wel. Opeens komt daar een jonge onderzoeker aan die alles anders wil doen. Nochtans wil ik niet beweren dat we de impact van dementie kunnen tegengaan. Wat we wél kunnen doen, is de levenskwaliteit van personen met dementie zo veel mogelijk proberen te bevorderen. De artsen hadden natuurlijk een punt: ongetwijfeld wist ik nog niet genoeg af van dementie. Ik ben dan ook als vrijwilliger gaan werken in een woonzorgcentrum. En ik zal het niet ontkennen: het was eerst moeilijk. Confronterend, maar tegelijk ook magisch. Ik zag dat je alles wat je aanleert, ook kan verliezen. Ik denk aan een man die telkens opnieuw vergat dat zijn been was afgezet en dagelijks uit bed viel. Ook fatsoen is een set van aangeleerde normen die we kunnen verliezen. Als sommige remmingen wegvallen, krijg je heel emotionele reacties. Boosheid, verdriet, waan-

beelden. In mijn boek wil ik die emoties tonen, maar ook de menselijkheid laten zien.

Je wil niet blijven hangen in de dagelijkse noodzakelijkheid.

Ga eens na hoe weinig woorden we hebben om gevoelens uit te drukken. Je moet niet alles wat je voelt proberen uit te drukken, maar wacht toch ook niet op de begrafenis om te laten weten wat iemand voor je betekent. En niet alles is gewoon ‘interessant’ – mag het wat meer zijn? In het woonzorgcentrum kunnen vragen toch diepgaander zijn dan uitsluitend over wat iemand gegeten heeft, of die zijn pilletjes genomen heeft of goed geslapen heeft. Vraag naar iemands dromen en hoe die eruit zien. Natuurlijk krijg je eerst weerstand bij dergelijke vragen, omdat ze veel intiemer zijn dan we gewoon zijn.

Ook het zintuiglijke verliezen we te vaak uit het oog. Waarom raken we elkaar alleen aan bij het begin en het einde van een ontmoeting? De magie zit in het vasthouden. Na met een dertigtal ouderen gesproken te hebben, ontmoetten we een koppel. Herman woont niet in het woonzorgcentrum, hij was op bezoek bij zijn vrouw. Hij heeft keelkanker en kan zich verbaal moeilijk uitdrukken, zijn vrouw Elisabeth heeft haar spraakvermogen verloren. Hoe maken ze elkaar dan nog duidelijk wat ze voor elkaar betekenen, vroeg ik. Waarop Herman haar handen en haren streelde, zijn vrouw kneep in zijn handen. Daarna nam ze ook mijn handen vast. Het was een moment dat me zal bijblijven.

Een grote frustratie doorheen mijn boek is de rol van reclamemakers in onze samenleving. Ze creëren een denkbeeldige kloof tussen de huidige en de gewenste situatie. Men creëert een ontevredenheid die er niet was. Het hier en nu kan precies geen voldoening meer geven, er zou altijd iets leuker kunnen zijn. De verlangens die bij onze gesprekken naar voren komen, zijn nochtans heel authentiek: het huis dat we thuis noemen, in een boom klimmen, de geur van de lente, opwaaiende gordijnen, wind door mijn haar, ‘ons liedje’... Die vind je niet terug in een re-

clamefolder. Hoe authentiek zijn onze verlangens eigenlijk nog?

Verbeelding

Doorheen je boek groeit je inzicht dat bewoners een vermogen ter beschikking hebben dat ze nooit zullen verliezen: het vermogen tot verbeelding.

Het is mogelijk mensen met dementie wakker te maken. Is dat tijdelijk? Ja, maar alle intense ervaringen zijn vluchtig! Het is de moeite waard om de inspanning te doen.



Tijdens mijn eerste bezoeken aan het woonzorgcentrum las ik verhalen voor van Toon Tellegen. Die duren niet te lang en mensen kunnen ze makkelijk volgen. De juiste vragen leidden tot leuke reacties en er sloten steeds meer ouderen aan. Tot ik het verhaal vertelde van de eekhoorn en de mier die beslissen om afscheid van elkaar te nemen, alleen om te zien of ze elkaar kunnen missen. “Die beer had precies wel zin in honing hé”, zei Johanna plots. Maar er zat helemaal geen beer in dat verhaal. Ik voelde mij een naïeve dromer, want de ouderen luisterden toch niet. Dat is een typische reactie: je raakt gefrustreerd als je verwachtingen niet worden ingelost. Maar mislukkingen bestaan niet; alleen verkeerde verwachtingen. Je mag mensen geen fouten laten maken, daarvan worden ze niet gelukkig. Pas toen ik terugkeerde naar het woonzorgcentrum, besepte ik dat het begrijpen van woorden geen

voorwaarde is om te genieten van de verhalen. Kunnen we fantasie inzetten voor een betere levenskwaliteit?

“Als iets fantastisch is, zit er per definitie een snuifje fantasie in. Wat als je verbeelding je in staat stelt om iets fantastisch mee te maken.” Nadien trok je naar het woonzorgcentrum om in gesprek te gaan aan de hand van ‘Wat als?’-vragen?

We gingen in gesprek met een dertigtal bewoners, met een tiental spraken we

Je gebruikt dus reclametechnieken om de weerstand te omzeilen?

Op zich is dat ook niet verkeerd. Als die inzichten bestaan, waarom zouden we ze dan niet inzetten voor iets dat een sociaal doel heeft en de levenskwaliteit van mensen verhoogt?

Als je weerstand ontmoet en een inspanning doet om die te omzeilen, dan kom je in het emotionele terecht. Dáár wil je echt zijn, daar zie je de verhalen, daar is de magie. Daar krijg je mensen

van het oude koppel dat zo graag naar Oostenrijk ging en er graag nog eens naartoe zou gaan. Maar dan komt het besef dat dat niet meer zal lukken. Hoe kunnen ze hun droom naar hier halen? Hun raam keek uit op een mijnterril en zo leerden ze de bergen naar hier halen. Via schilderijen en muziek breng je Oostenrijk in de kamer.

Een treffend voorbeeld van iets negatiefs ombuigen in een plus, los van het woonzorgcentrum, is dat van een Engelse kunstenaar. Die tekende op een stadsplein, geteisterd door vele rondvliegende duiven en hun poep, vijf evenwijdige witte krijtlijnen en een sol-sleutel. De uitwerpselen vielen als muzieknoten tussen de notenbalken. Het werk werd vertaald in een symfonie die door een enorm orkest werd uitgevoerd. De vogelpoepsymfonie was geboren.

Het klinkt allemaal inspirerend en betoverend. Maar is er tijd voor zoveel magie in het woonzorgcentrum?

Praten doen we toch sowieso? Nu, het was wel leuk dat ik een externe was. Mensen voelen zich speciaal als iemand zich belangeloos en vrijwillig voor hen interesseert. Buiten de muren van een woonzorgcentrum heb je heel veel mensen die zingeving zoeken. Binnen de muren heb je mensen die contact zoeken met de buitenwereld. Waarom combineren we dat niet makkelijker? Kunnen vrijwilligers hier geen rol spelen? Wij hebben de vraag één keer gesteld en de impact was enorm. Maak plaats voor dromen, durf spelen. In het vermogen tot verbeelding en emotie zullen mensen elkaar terugvinden.

CZ

www.kasperbormans.be
Wat Alz? (19.95€) is verschenen bij Uitgeverij Van Halewyck.

"We moeten investeren in hoe we de dingen opslaan in ons geheugen. Kies voor emotie, doorbreek de routine en herbeleef je herinneringen"

aan de hand van lichaamstaal. En geloof me, we botsten op heel wat weerstand. De eerste bewoner joeg ons meteen naar buiten toen we vroegen of hij nog dromen had: "Neen! Wat een belachelijke vragen zijn me dat? Ik wil dat jullie weggaan! Nu! Weg!"

Onze aanpak was dus niet de juiste. Hoe kan je iemand in de ja-kamer zetten? Het is een techniek die reclamemakers maar wat graag toepassen: door iemand een aantal keer 'ja' te laten zeggen, gaat die vermoedelijk 'ja' blijven zeggen. Knik ook vooral terwijl je je vraag stelt. Reclamemakers fluisteren dit geheim in bij hun acteurs. Ook vragen stellen waarop mensen moeilijk neen kunnen zeggen, kan helpen: "Hoe ziet uw droom eruit?"

Het woord is de bereidheid. De woorden die we kiezen zijn ontzettend belangrijk. Welke taal gebruik je om mensen te benaderen?

terug in beweging – het woord emotie komt uit het Latijn, 'e-movere' of 'bewegen'. Daar kan je plustekens en positieve gedachten strooien in de hoofden van de mensen. Op een bepaald moment kom je echter bij het omslagpunt. Het punt waar je beseft dat je niet meer bij je dromen geraakt. Dat kan verdriet oproepen, maar dat is ook niet verkeerd. Vervolgens is er een positieve twist nodig, en geloof me: die vind je altijd wel. Alles is perceptie en kan je omdraaien. Een mooi voorbeeld is het verhaal van Margriet. Als ze naar een begrafenis gaat, zelfs van mensen die ze niet goed heeft gekend, dan weent ze. Margriet denkt dat ze gelukkiger zou zijn als ze wat minder snel ontroerd was door de dingen. Ik suggereer haar dat het eigenlijk ook mooi is dat ze gevoelig is, want dan voelt ze ook de leuke dingen beter. Margriet denkt erover na en kan zich wel vinden in die gedachte. Een ander voorbeeld is dat



De zorgsector en de witte economie zijn volop in beweging. **Z-Healthcare** plaatst zorg en innovatie gedurende 30 weken in de kijker.

De nieuwe reeks werpt niet enkel een blik op de technologische evoluties in de sector, maar toont ook hoe innovatie voor meer comfort, meer levenskwaliteit en een menselijkere aanpak zorgt.

Z-Healthcare
Elke woensdag op **Kanaal Z**

kanaal **Z**
POWERED BY **Knack & Trends**

DKV  **PHILIPS**

In samenwerking met: **Roularta HealthCare** 