

# zorgwijzer 114



MARGOT CLOET EN KOËN MICHIELS OVER  
DE TOEKOMST VAN DE ZORG

**“Zoals we nu bezig zijn,  
is het niet vol te houden”**



## IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	10 vragen aan de zorgwijze: Philip Vanneste .....	36
Interview Margot Cloet en Koen Michiels.....	4	Platform zorgt voor eenduidige procedures voor woonzorgcentra en CRA's in dezelfde regio.....	38
Paul Scheffer pleit voor gematigde bevolkingsgroei .....	14	Kwaliteit van zorg bij Emmaüs .....	42
Alyson Van Raalte ziet grote demografische uitdagingen op ons afkomen .....	20	Toekomst van zorg en welzijn .....	50
Het nieuwe gezicht van spoedzorg .....	24	HRwijs inclusief .....	54
Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023.....	30	Studiedag: zorg in transitie.....	54
		Sensoa Vlaggensysteem .....	55

15



Paul Scheffer pleit voor gematigde bevolkingsgroei

24



Het nieuwe gezicht van spoedzorg

30



Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023

40



Platform zorgt voor eenduidige procedures voor woonzorgcentra en CRA's in dezelfde regio

## EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

### Demografie biedt inzichten voor de lange termijn

Twee interviews zoomen in deze Zorgwijzer in op demografie, volgens het woordenboek Van Dale letterlijk “de statistische beschrijving van de bevolking”. Paul Scheffer, lid van de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050, werkte twee jaar mee aan een lijvig rapport dat onlangs werd gepresenteerd. De reflectie over de toekomstige demografische ontwikkelingen in Nederland gebeurde heel grondig vanuit verschillende disciplines. Het gaat niet enkel over de veroudering van de bevolking, maar de studie tekent ook verschillende migratiescenario's uit op de langere termijn. Daaruit leren we hoe kleine veranderingen in the long run tot grote verschuivingen in de bevolkingssamenstelling kunnen leiden. En dat met andere woorden grondige demografische analyses noodzakelijk zijn voor een geobjectiveerd lange-termijnbeleid. Demografie heeft immers een impact op veel beleidsdomeinen: wonen, zorg, arbeidsmarkt, mobiliteit, publieke ruimte... De studie toont alvast hoe we het thema migratie vanuit een heel andere invalshoek kunnen bekijken dan de huidige steekvlampolitiek.

Interessant is ook de insteek van Alyson Van Raalte, onderzoeker aan het gerenommeerde Max Planck Instituut voor demografisch onderzoek in Berlijn. Zij trekt het perspectief op demografische ontwikkelingen mondiaal open. Ze relateert de “trage” West-Europese vergrijzing in vergelijking met de “snelle” vergrijzing in sommige Aziatische landen. Net als Scheffer wijst ze op de mogelijkheden van de demografie voor voorspellingen op een langere tijdsschaal en het onvermogen van de politiek



om daar effectief ook iets mee te doen. Tien jaar vooruitkijken lijkt zo goed als onmogelijk. Van Raalte voorspelt dat de vergrijzing van de West-Europese bevolking behoorlijk wat druk kan leggen op de intergenerationale verstandhouding. Wie heeft recht op welke zorg en ondersteuning, waar liggen de maatschappelijke prioriteiten?

Dat ethisch debat zullen ook wij in Vlaanderen niet uit de weg kunnen gaan. Het is evenmin voorbereid; het duikt zelfs niet op in datgene waarover onze kieskandidaten praten wanneer ze verschijnen in debatten of stemmen ronselen op de markten. We horen sommigen zelfs openlijk pleiten voor besparingen in de gezondheidszorg. En dat met al die zorgvragen van een ouder wordende bevolking die op ons afkomen? De demografen hebben hier blijkbaar toch nog een beetje werk om de voorspellingen goed te laten doordringen.

Terwijl op de werkvloer in de zorg zowat iedereen het voelt: we botsen stilaan op onze limieten, zo kunnen we niet lang meer verder. Een grondig toekomstdebat is onontkoombaar. De impact van de kantelende leeftijds piramide moeten we in kaart brengen voor alle beleidsdomeinen en een plan maken hoe we onze samenleving daarop gaan organiseren. In de zorg zullen we het vooral globaal moeten bekijken. Geen aanpassingen binnen deze of gene sector, of binnen de lijnen. Dat zet geen zoden aan de dijk. Alle schakels in de gezondheidsketen zullen samen moeten oversteken. Met de demografie als leidraad.



# “We botsen op onze limieten. Er is een systeemverandering nodig”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

Zowel in juni als in oktober mogen we naar de stembus. En er staat veel op het spel. Niet in het minst voor de gezondheidszorg. Want die staat onder druk, zeggen voorzitter Koen Michiels en gedelegeerd bestuurder Margot Cloet van Zorgnet-Icuro. →

“We zijn ons aan het vastrijden. We staan aan de vooravond van een gigantische tsunami in de gezondheidszorg

Koen Michiels



**Mensen maken zich zorgen over de gezondheidszorg en hun oude dag. Dat bleek uit een recent onderzoek van Ivox in opdracht van de krant De Morgen. Zijn die zorgen terecht?**

**Margot Cloet:** Ik denk het wel. De eerste symptomen van wat op ons afkomt, worden zichtbaar. Enkele woonzorgcentra en ziekenhuizen sluiten nu al afdelingen door een gebrek aan medewerkers. De spoedafdelingen in ziekenhuizen worden overrompeld. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg blijft stijgen. Meer en meer huisartsen nemen geen nieuwe patiënten meer aan. Dus ja, we maken ons zorgen. Vooral omdat een plan van aanpak ontbreekt. De demografische cijfers tonen zwart op wit hoe de leeftijdspiramide verder evolueert. De oudere bevolking stijgt, de werkende bevolking daalt. Dat heeft niets met ideologie te maken. Zoals we nu bezig zijn, is het niet vol te houden. Wat we nu ervaren, is pas het begin.

**Koen Michiels:** Ik had net een overleg in Vitaz in Sint-Niklaas. In het ziekenhuis verblijven op dit moment 55 patiënten op de geriatrie die er niet meer thuishoren. Ze zijn medisch 'afgewerkt', maar kunnen niet terug naar huis of we vinden geen plaats in een woonzorgcentrum. We moeten dringend de schotten tussen voorzieningen en sectoren weghalen. We zijn ons aan het vastrijden. We staan aan de vooravond van een gigantische tsunami in de gezondheidszorg.

**Toch lijkt enige politieke urgentie te ontbreken? Hoe verklaart u dat?**

**Cloet:** Zo lang mensen er zelf niet mee geconfronteerd worden, klinkt dit verhaal overtrokken. Bovendien denken politici graag in termen van een probleem en een oplossing. Maar voor deze complexe uitdaging is er niet één oplossing. Ook het legislatuurdenken helpt niet. We hebben een plan op lange termijn nodig. Het debat dat nu in de media gevoerd wordt, is een vals debat. Het gaat niet over meer budget voor defensie of migratie of gezondheidszorg. De vraag is: welke mensen laten we al dan niet in de steek? Kortetermijndenken leidt ons

nergens. We moeten hervormen én investeren. Politici schrikken als we cijfers tonen. Of ze vragen ons hoe we het gebrek aan personeel zullen oplossen. Zo werkt het niet. De politiek en de samenleving moeten keuzes maken en durven investeren.

**Andere landen staan voor dezelfde uitdagingen. Wat leren we van hun aanpak?**

**Cloet:** Elk land is anders georganiseerd. Het kopiëren van een aanpak is niet evident. Nederland bijvoorbeeld is al langer met de houdbaarheid van de zorg bezig. Onlangs publiceerde hun 'staatscommissie demografie' een lijvig rapport met cijfers en verschillende toekomstscenario's. Dat is een belangrijke eerste stap. In Aziatische landen zet men vandaag al sterk in op preventie. In Zuid-Korea krijgt elke 60-jarige een grondige gezondheidsscan, zowel fysiek als cognitief en mentaal. Kwetsbaarheden worden gedetecteerd en aangepakt, bijvoorbeeld met geheugentraining of lichaamsbeweging. Dat soort preventie kennen we hier niet. →

**“Het debat dat nu in de media gevoerd wordt, is een vals debat. Het gaat niet over meer budget voor defensie of migratie of gezondheidszorg. De vraag is: welke mensen laten we al dan niet in de steek?”**

Margot Cloet



**Meer preventie is belangrijk maar zal niet volstaan. Er is een systeemverandering nodig?**

**Michiels:** We kunnen niet naast de realiteit kijken. In zorgvoorzieningen probeert iedereen zich vandaag te beredderen. Dat lukt net wel of net niet meer. Maar de situatie wordt prangender. Kijk naar de arbeidsmarkt. We zijn het ondertussen gewoon dat we drie maanden moeten wachten voor we met onze wagen naar de garage kunnen voor de carrosserie. En we begrijpen dat restaurants in het weekend sluiten omdat ze geen personeel vinden. Maar wat met de gezondheidszorg? Het aanbod zou moeten stijgen met de noden van de vergrijzing, maar we moeten noodgedwongen afbouwen. Eén zaligmakende oplossing bestaat niet. Het wordt een en-en-verhaal. Buurtzorg kan een deel van de oplossing zijn. Mantelzorg anders inzetten. De samenleving anders organiseren. De residentiële gezondheidszorg kan dit niet alleen bolwerken.

**Cloet:** We moeten keuzes maken. Wie kan nog in een woonzorgcentrum verblijven? Welke bewoners verplaatsen we nog naar het ziekenhuis in de laatste levensfase? Een maatschappelijk debat dringt zich op. Het prestatiegedreven systeem is niet meer houdbaar, omdat het samenwerking in de weg staat. Kijk ook hoe strikt de gezondheidsberoepen nog altijd gedefinieerd zijn, waardoor de schaarse verpleegkundigen dingen moeten doen die ook anderen kunnen maar niet mogen. Als mijn mama thuis is, mag ik haar steunkousen uitdoen. Verblijft ze in een woonzorgcentrum, dan moet een geschoold iemand dat doen. Waarom? Het lijken kleine dingen, maar het zorgt ervoor dat er erg weinig ruimte is voor ondernemerschap in de zorg. Het kan efficiënter, maar er staan regels en wetten in de weg.

**“Als mijn mama thuis is, mag ik haar steunkousen uitdoen. Verblijft ze in een woonzorgcentrum, dan moet een geschoold iemand dat doen. Waarom?”**

Margot Cloet

**Is het allemaal kommer en kwel? Of ziet u ook opportuniteiten?**

**Michiels:** Er zijn zeker opportuniteiten. Als we de muurtjes tussen sectoren weghalen, kunnen we efficiënt en geïntegreerd samenwerken. Efficiëntie mag geen vies woord meer zijn in de zorg. Met de beperkte middelen moeten we een zo goed mogelijk resultaat nastreven. Een voorbeeld: Vitaz heeft een volledig uitgeruste grootkeuken in Sint-Niklaas. Twee nabijgelegen psychiatrische ziekenhuizen hebben ook elk een volledig uitgeruste grootkeuken. Waarom werken we niet samen? Binnenkort vinden we onvoldoende personeel om die drie keukens draaiende te houden. Schaalvergroting is nodig. Ook met voorzieningen in de sector van personen met een handicap. En waarom niet samen nadenken over het leveren van maaltijden aan huis? Want als mensen nog langer thuis blijven wonen, dan zullen velen die maaltijden nodig hebben. Dit is maar een voorbeeld van wat mogelijk wordt als we de krachten bundelen en op een efficiënte manier nieuwe dienstverlening ontwikkelen.

**Cloet:** Een ander voorbeeld: de patiëntenstop bij de huisartsen. Hoe vaak zien we niet pingpong tussen spoedgevallendienst en huisartsenwachtposten. Daar heeft de patiënt geen baat bij. Waarom organiseren we de acute en spoedeisende zorg niet samen? Over de lijnen heen, jawel. Met één toegangspoort en gedeelde digitale systemen. Dat zou de kwaliteit van de zorg ten goede komen en we zouden de bestaande infrastructuur en het menselijk kapitaal optimaal kunnen inzetten.



**“We moeten ons vooral samen heruitvinden, niet sector per sector. We vormen allemaal schakels van één gezondheidszorgketen. We bestaan niet los van elkaar, we versterken elkaar”**

Koen Michiels



### Veel organisaties zullen zich moeten heruitvinden. Ziekenhuizen worden gezondheidshuizen?

**Michiels:** We moeten ons vooral *samen* heruitvinden, niet sector per sector. We vormen allemaal schakels van één gezondheidszorgketen. We bestaan niet los van elkaar, we versterken elkaar. In dat geheel wordt het ziekenhuis van de toekomst een hoogtechnologisch, diagnostisch centrum. Patiënten komen er vooral voor diagnostiek, beeldvorming, ambulante onderzoeken en ingrepen in dagkliniek. Hiervoor is capaciteit nodig. Een ziekenhuis mag niet dichtslippen door patiënten die ook in andere zorgvormen kunnen geholpen worden. En dus is nauwe samenwerking met andere spelers in de gezondheidszorg nodig.

**Cloet:** Het dagziekenhuis groeit jaar na jaar, de verschuiving van residentiële naar ambulante zorg is volop bezig. De grootste inefficiëntie schuilt waar de grootste schotten zitten: met de huisartsen, met de thuisverpleging ... Een ziekenhuis is tegelijk een groot logistiek platform. Van daaruit kan heel wat ondersteuning georganiseerd worden, ook op de eerste lijn. Dat is geen hospitalocentrisme. Het is efficiënte inzet van middelen voor een optimale zorgverlening aan de bevolking. De expertise, de infrastructuur, de data van ziekenhuizen moeten we meer valideren, ook op het vlak van preventie.

### Ook de samenwerking tussen woonzorgcentra, ziekenhuizen, huisartsen en geriaters moet anders?

**Michiels:** Ik verwees eerder naar de vele geriatrische patiënten die langer dan nodig in het ziekenhuis blijven. Beter zou zijn als we opnames uit het woonzorgcentrum vermijden. Door bewoners medisch goed op te volgen in het woonzorgcentrum zelf. Geriatrische expertise kan vanuit het ziekenhuis binnengebracht worden in woonzorgcentra, zodat patiënten niet overgebracht moeten worden.

**Cloet:** Ziekenhuis Geel bijvoorbeeld werkt vandaag al samen met woonzorgcentra in de buurt. De geriatrater hoeft niet altijd fysiek naar het woonzorgcentrum

te gaan, ook met zorg-op-afstand is veel mogelijk. Een geriatrische permanentie vanuit het ziekenhuis, waar woonzorgcentra een beroep op kunnen doen, is perfect mogelijk. Dat zou veel ziekenhuisopnames vermijden, wat in de eerste plaats goed is voor de bewoner. Ook de samenwerking met de huisartsenkringen moeten we aanhalen voor een sterkere medische functie in het woonzorgcentrum. In sommige woonzorgcentra gaan tot 80 verschillende huisartsen langs bij hun patiënten. Is dat efficiënt? Terwijl we kampen met een huisartsentekort? Geef meer bevoegdheden aan de CRA (coördinerend en raadgevend arts, nvdr.), met een grote betrokkenheid van de huisartsenkringen.

Komt de keuzevrijheid van de patiënt dan niet in het gedrang? Kijk om je heen: huisartsen nemen geen nieuwe patiënten aan. En als ik dringend een tandarts nodig heb, dan moet ik rondbellen tot ik iemand vind die tijd voor me heeft. Je kan ideologische discussies blijven voeren over keuzevrijheid, maar de realiteit is wat ze is.

### De zorgzwaarte van bewoners in woonzorgcentra stijgt al jaren en dat blijft ook de komende jaren zo. Alleen de meest zorgbehoevende ouderen zullen een plaats krijgen in het woonzorgcentrum?

**Michiels:** Dat is zo. Voor de iets minder zorgbehoevende ouderen die toch niet langer thuis kunnen wonen, zullen we andere oplossingen moeten voorzien. Zoals herstelcentra, waar mensen een tijd kunnen verblijven na een ziekenhuisverblijf en voor ze terug naar huis kunnen. We hebben een grotere variatie aan zorgtypes nodig. We moeten erover waken dat niemand tussen de mazen van het net valt. Maar welke zorg we ook aanbieden: overal zullen we voldoende personeel moeten vinden.

**Cloet:** Daarnaast zullen ook mantelzorgers hun steentje moeten bijdragen. Dat zal niet anders kunnen.

**Michiels:** In de regio waar ik woon, is sinds kort de avondronde van de thuisverpleegkunde

“*Kijk om je heen: huisartsen nemen geen nieuwe patiënten aan. En als ik dringend een tandarts nodig heb, dan moet ik rondbellen tot ik iemand vind die tijd voor me heeft. Je kan ideologische discussies blijven voeren over keuzevrijheid, maar de realiteit is wat ze is*”

Margot Cloet

afgeschafte. Door een gebrek aan medewerkers. De impact hiervan op de mensen is enorm. Kinderen, familieleden en burens moeten nu bijspringen en taken overnemen. In de toekomst gaan we dat meer zien. De professionele zorg kan niet alles oplossen. De hele samenleving moet de krachten bundelen.

### Terwijl met de vergrijzing en de noodzaak om langer te werken, de mantelzorg vandaag al onder druk staat.

**Cloet:** Dat is zo, zeker voor de sandwichgeneratie die tegelijk voor de kleinkinderen en de ouders moet zorgen. Maar zonder mantelzorgers en vrijwilligers lukt het niet. We moeten nieuwe vormen van mantelzorg zoeken. Studenten die samenwonen met ouderen, bijvoorbeeld. Zorg hoort bij het leven. Dat zal meer en meer blijken.

### Waar zitten de grootste angels voor een systeemverandering?

**Michiels:** Alles begint met bewustwording. Bij politici, bij de samenleving, maar evengoed bij de voorzieningen. We botsen op onze limieten.

**Cloet:** Dat velen eerder conservatief reageren, is te begrijpen. Elke sector, elke organisatie, elke beroepsvereniging wil vasthouden aan de bestaande toestand. Ook de samenleving moet mee. En het beleid. Denk aan de complexe bevoegdheidsverdeling, aan de eindeloze versnippering. Lokale besturen, gemeenschappen en gewesten en de federale overheid moeten de handen in elkaar slaan. Samenwerken en tegelijk oog hebben voor regionale verschillen. Hiervoor is een kleine aardverschuiving nodig.

### De samenleving moet mee in de systeemverandering. Is de samenleving hiertoe bereid?

**Michiels:** De realiteit is wat ze is. Er is personeelstekort in het onderwijs, in de horeca, in technische beroepen, bij justitie, bij defensie ... en ook in de gezondheidszorg. We moeten ons aanpassen. Dat vergt een andere organisatie van de samenleving, met meer buurtzorg, meer solidariteit, meer zorg voor elkaar en minder individualisme. Het zal een langzame kanteling zijn, maar een onvermijdelijke.

**Cloet:** Uit gezondheidsenquête blijkt, jaar na jaar dat de Belg tevreden is over de gezondheidszorg. Waarom? Door de grote toegankelijkheid. Cru uitgedrukt: we zijn het gewoon om op onze wenken bediend te worden. Tot nu toe kon de sector de stijgende vragen naar professionele zorg volgen. Dat zal nu veranderen.

### Dat zien we ook in de geestelijke gezondheidszorg, terwijl ook daar de noden toenemen?

**Cloet:** Ook daar spelen meerdere factoren. Zo wachten mensen tot tien jaar lang om hulp te zoeken bij een psychisch probleem. Als ze dan uiteindelijk hulp zoeken, duurt het nog drie maanden voor ze die vinden. En vaak is die eerste hulp niet de meest optimale. Dat moet helemaal anders. Mensen moeten sneller geholpen worden. We moeten actief aan vroegdetectie en vroeginterventie doen. Hiervoor moeten we op alle levensdomeinen werken en al op heel jonge leeftijd. We weten dat het overgrote deel van de psychische stoornissen al op kinder- of tienerleeftijd beginnen. Snel ingrijpen kan erger voorkomen. Hier valt veel gezondheidswinst te halen. Dat is goed voor die mensen, maar ook voor de samenleving. En het is kostenbesparend, tenminste als je eerst durft te investeren. Daarnaast moeten we het huidige residentiële aanbod in stand houden, want ook zware en langdurige behandelingen blijven nodig.





**Er is nood aan een plan op lange termijn, maar ondertussen kampen veel voorzieningen met acute problemen. De woonzorgcentra willen bijvoorbeeld wel investeren in nieuwe infrastructuur, maar de kosten swingen de pan uit en de risico's zijn te groot.**

**Michiels:** Zowel voor ziekenhuizen als voor woonzorgcentra was er vroeger een solide subsidieregeling vanuit de overheid én een bankwaarborg. Dat VIPA-systeem is enkele jaren geleden veranderd. Het risico ligt nu voor een groot deel bij de bouwende voorziening. Dat maakt hen erg kwetsbaar. De financiële marges in de zorgsector zijn zeer klein, er is nauwelijks investeringsruimte.

**Cloet:** Tel daarbij de hoge inflatie en de prijsstijging van bouwmaterialen, waar de overheid amper rekening mee houdt. Steeds meer banken staan weigerachtig om woonzorgcentra leningen toe te kennen. Het risico is te groot. Het bouwen van een woonzorgcentrum werd vroeger voor 60% gesubsidieerd, vandaag is dat nog 28%. We kaarten dat aan bij het VIPA en bij de bevoegde minister, maar we zien weinig beweging. En zo komt het dat bouwprojecten die dringend nodig zijn, zelfs om aan de erkenningsnormen te blijven voldoen, uitgesteld worden. Voor de ziekenhuizen is het een gelijkaardig verhaal. We kunnen er bij de volgende regeringen alleen op aandringen om hier iets aan te doen.

#### **Kunnen innovatie, technologie en artificiële intelligentie enig soelaas brengen in de gezondheidszorg?**

**Michiels:** Zeker en vast! De ontwikkelingen gaan snel en als diagnostische en hoogtechnologische centra blijven ziekenhuizen evolueren. Het belang van de polikliniek en de dagkliniek zal hierdoor nog toenemen. Ook artificiële intelligentie opent nieuwe perspectieven, net als monitoring op afstand.

**Cloet:** In de ouderenzorg zijn er zeker ook mogelijkheden: digitale gegevensdeling, dwaaldetectie, mechanische ondersteuning bij heffen en tillen, centrale monitoring van bewoners 's nachts ... Maar het belangrijkste blijft goede en nabije zorg. En daar heb je mensen voor nodig.

#### **Wat verwachten jullie op dat vlak van de komende regeringen?**

**Cloet:** Het hertekenen van de zorgberoepen is prioritair. Wie mag wat doen? Wij huldigen het principe 'bekwaam is bevoegd'. Als je vaardigheden goed aanleert en inoefent op de werkvloer, moet je die ook mogen toepassen, al heb je niet het juiste diploma. We hebben meer flexibiliteit nodig. Verder moeten we het nacht- en het weekendwerk beter belonen. Als derde punt willen we de commercialisering van zorgberoepen aanpakken. Ik heb het dan over projectmedewerkers, interims en

**“Ik maak me geen illusies over de groeinorm. En ook wij pleiten voor meer efficiëntie, bijvoorbeeld door meer preventie. Maar dat veronderstelt dat je eerst investeert in preventie. De baten volgen pas later”**

Koen Michiels en Margot Cloet



zelfstandige statuten die hogere lonen afdwingen en zo het systeem destabiliseren. Hier moet dringend paal en perk aan worden gesteld. Ten slotte moeten we iets doen aan de toenemende agressie tegenover hulpverleners. Dat weegt op de hulpverleners en het schrikt mensen af om voor de zorg of een ander hulpverlenend beroep te kiezen.

#### **En op het vlak van staatshervorming?**

**Cloet:** We spreken ons niet uit voor deze of gene hervorming, maar het is duidelijk dat bevoegdheden zoveel mogelijk gebundeld moeten zijn, met de mogelijkheid van een asymmetrisch beleid dat rekening houdt met de context en de noden van elke regio. Vandaag is er te veel versnippering. De eerstelijnspsychologische functie wordt federaal terugbetaald, terwijl de centra geestelijke gezondheidszorg een Vlaamse bevoegdheid zijn. Je hebt revalidatieziekenhuizen in Vlaanderen, maar ook revalidatieafdelingen in (federale) ziekenhuizen. Als alle niveaus goed samenwerkten, zou dat niet eens zo'n probleem hoeven te zijn, maar in de praktijk zien we te veel concurrentie tussen beleidsmakers. En zo krijgen voorzieningen van alle kanten regels en verplichtingen opgelegd, zonder afstemming. Dat is geen goed beleid. Als het op efficiëntie en samenwerking aankomt, is er nog veel winst te boeken op beleidsniveau.

#### **N-VA en Vlaams Belang willen de komende jaren besparen in de gezondheidszorg, want defensie is vandaag een grotere prioriteit.**

**Michiels:** Ik begrijp dat de budgettaire context moeilijk is, maar besparingen in de gezondheidszorg zijn niet aan de orde. Met de huidige middelen moeten we sowieso efficiënter werken om het systeem overeind te houden.

**Cloet:** Ik maak me geen illusies over de groeinorm. En ook wij pleiten voor meer efficiëntie, bijvoorbeeld door meer preventie. Maar dat veronderstelt dat je eerst investeert in preventie. De baten volgen pas later. En wat met de Vlaamse sociale bescherming? Er is een eerste aanzet, maar die moet uitgroeien tot een volwaardige Vlaamse sociale zekerheid. Met hogere bijdragen naar gelang het inkomen en het vermogen. Dat is geen belasting, het is een verzekering. Als mensen zich onvoldoende verzekeren voor hun oude dag, op een solidaire manier, dan komen we er niet met de gezondheidszorg.





PAUL SCHEFFER PLEIT VOOR GEMATIGDE BEVOLKINGSGROEI

## “Schaarste in de zorg vergroot de ongelijkheid”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

**Voor het eerst in 50 jaar dacht Nederland systematisch na over migratie en vergrijzing. Een speciaal daarvoor opgerichte Staatscommissie leverde begin 2024 een rapport af dat pleit voor gematigde bevolkingsgroei. Hoogleraar Europese Studies Paul Scheffer hield als commissielid mee de pen vast. “Arbeidsmigratie in de zorg roept ook morele vragen op. Onze vergrijzingsaanpak mag niet resulteren in omgekeerde ontwikkelingshulp.”**

“In 1939 hadden België en Nederland ongeveer evenveel inwoners”, begint hoogleraar Europese Studies Paul Scheffer. “Vandaag telt Nederland er 17,9 miljoen, België 11,7 miljoen. Opmerkelijk, toch?” Scheffer pleit ervoor om migratie en vergrijzing niet als oncontroleerbare gegevens te beschouwen. “Zeker bij migratie vervallen we vaak in een perspectief van de onmacht”, waarschuwt hij. “Onterecht, we hebben meer beslissingsruimte dan we denken. Die wetenschap is ook van democratisch belang. Want democratie gaat in essentie over keuzes kunnen maken, over verschillende toekomstscenario's tegenover elkaar afwegen.”

Precies in die toekomstscenario's verdiepte Scheffer zich. De afgelopen twee jaar was hij lid van de Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050. In januari presenteerde de commissie een lijvig rapport. Het pleit voor gematigde Nederlandse bevolkingsgroei. In 2050 zou Nederland ongeveer 19 à 20 miljoen inwoners moeten tellen. “Nederland is na Zwitserland sinds 1950 het land met de snelste bevolkingsgroei in Europa. In de laatste tien jaar is de

bevolking met een miljoen mensen gegroeid, vooral door migratie. We moeten dus de vraag overdenken welke bevolkingsgroei de beste uitkomsten biedt. Een restrictief beleid leidt tot krimp naar 16,6 miljoen, een zeer open beleid tot snelle groei naar 22,8 miljoen. Wij stellen een weg van gematigde groei voor, waarbij er ruimte is voor migratie in al zijn vormen, maar waar men ook nadenkt over hoe men die groei kan opvangen wat betreft huisvesting, zorg, mobiliteit, ruimtelijke ordening.”

**“Migratie en vergrijzing zijn geen gegevenheden. We hebben meer beslissingsruimte dan we denken”**

Paul Scheffer

**Sluit jullie boodschap aan bij voorstanders van een streng migratiebeleid?**

“Nee, zoals gezegd stellen we gematigde groei voor. Dat vraagt onder meer om een doordacht migratiebeleid, met heldere keuzes die ruimte scheppen en tegelijk grenzen van de groei benoemen. Ons rapport objectificeert de discussie rond migratie en vergrijzing en plaatst ze op een langere tijdsschaal. Politici ter rechter- of linkerzijde die voor meer of minder migratie pleiten, bedrijven vaak feitenvrije





politiek. Links zegt dat we migratie nodig hebben om de vergrijzing op te vangen, rechts wil vooral de asielmigratie sterk beperken of pleit zelfs voor de populistische variant: 'grenzen dicht'. Beide ideeën zijn problematisch als je demografische uitdagingen spreidt over een periode van vijftientig jaar. Ja, we stevenen af op arbeidstekorten in een vergrijzende samenleving, niet het minst in de zorg. Maar alleen migratie kan dat probleem niet verhelpen. Je duwt het probleem van vergrijzing hoogstens enkele decennia voor je uit, het is een tijdelijke verjonging van de samenleving. Nederland heeft vier tot vijf miljoen migranten nodig om de gevolgen van de babyboom tot 2050 af te vlakken. Dat betekent een groei naar 22 of 23 miljoen mensen. En vervolgens een nog groter vergrijzingsprobleem, want al die migranten worden ook ouder."

"Maar ook een heel restrictief beleid stuit al snel op grenzen. Sinds 2015 ligt het migratiesaldo hoger dan het geboorteoverschot. Dat is een omslagpunt in de demografische geschiedenis van Nederland. Sindsdien is onze bevolkingsgroei vrijwel volledig afhankelijk van internationale migratie. Wie in die context pleit voor een migratiestop, pleit de facto voor een stevige bevolkingskrimp richting 16 miljoen mensen of minder in 2050. Dat zou de druk op het actieve deel van de bevolking verhogen; in Oost-Europa kun je zien hoe de combinatie van krimp en vergrijzing uitpakt. Het meest ondernemende deel van de bevolking, vooral jongeren, trekt weg. Conclusie? Geen enkel scenario rijmt vergrijzing met een migratiestop. Zoiets zou veel welvaart en welzijn vernietigen."

#### Op welke manier precies?

"Zonder migratie ontstaat er een vicieuze cirkel waarbij een krimpende beroepsbevolking niet langer aan de arbeidsvraag kan voldoen. Zorg, onderwijs, kinderopvang, bedrijven: ze hebben allemaal opgeleide mensen nodig die steeds minder voorhanden zijn. In de zorg zit je met een dubbele vergrijzing: zowel het aantal 65-plussers als het aantal 80-plussers neemt fors toe. In 2040 zal 54% van de bevolking minstens één chronische aandoening hebben. In de groeiende groep 85-plussers zal 8 op 10 mensen kampen met drie aandoeningen. Dat leidt tot grote druk op de zorg. Vandaag vangen mantelzorgers die deels op, maar ook daar moeten we rekening houden met een forse krimp in de zorguren die ze kunnen bieden. Want als mantelzorgers langer moeten werken, zal hun beschikbaarheid verder afnemen."

#### Gematigde arbeidsmigratie is nodig, stellen jullie. Hoe komen jullie tot die conclusie?

"Het is een weldoordachte evenwichtsoefening. Enerzijds heb je voldoende mensen nodig om de economie en de publieke voorzieningen draaiende te houden. Anderzijds kan je niet zomaar vier tot vijf miljoen migranten opnemen. Noch de beschikbare ruimte noch enkele cruciale publieke en private sectoren kunnen die druk aan. Denk maar aan de woningmarkt of ons onderwijs."

"Op zich is arbeidsmigratie een eenvoudige kortetermijnoplossing. Een duurzame oplossing betekent dat je óók inzet op innovatie en arbeidsparticipatie van de bevolking. Op de arbeidsmarkt gaat het altijd om een drieslag: innovatie, participatie en migratie. Hoewel migratie het sluitstuk vormt, beginnen ondernemers daar het liefst, want dat is de weg van de minste weerstand. Innovatie en participatie zijn weerbarstiger, maar op termijn belangrijker. Het vergt investeringen in technologie, opleiding en in opvolging van mensen die momenteel niet passen in de arbeidsmarkt. Kijk naar Brussel, waar duizenden jongeren geen job vinden. Hen klaarstomen voor de arbeidsmarkt vergt lange-termijnbeleid. Maar het rendeert wel. Ik verwijs naar een voorbeeld van eigen bodem. Nergens wordt zoveel deeltijds gewerkt als in Nederland, vooral door vrouwen. Als zij gemiddeld 4 uur per week meer zouden werken, kunnen we 500.000 tot 700.000 vacatures invullen. Een slim activeringsbeleid kan wel degelijk een verschil maken, ook in België."

*“Een slim activeringsbeleid kan wel degelijk verschil maken, ook in België”*

Paul Scheffer

#### We moeten beter vegen voor eigen deur?

"Inderdaad. Ongelimiteerd inzetten op arbeidsmigratie roept ook morele vragen op. Je plukt goed opgeleide mensen weg uit landen waar de vergrijzing ook toeslaat. Vaak missen zorgsystemen buiten Europa net zo goed arbeidskrachten. Alleen delen van Afrika ontsnappen – voorlopig – aan de vergrijzing. Andere regio's zoals China en India

**“Twee jaar lang met verschillende disciplines nadenken over demografie was een verrijking. Ik kan het België ten zeerste aanraden”**

Paul Scheffer

kampen met een krimpende beroepsbevolking. Per arbeidsmigrant die naar hier komt, zou je minstens één of meerdere opleidingen in het land van oorsprong moeten voorzien. Duitsland doet dat al. Arbeidsmigratie mag niet resulteren in omgekeerde ontwikkelingshulp."

"Er bestaat geen wonderoplossing voor de vergrijzing, je moet een meersporenbeleid voeren. Toch vrees ik dat vooral de druk naar kortetermijnoplossingen zal toenemen, zowel vanuit het bedrijfsleven als de publieke sector. Dat houdt ons een spiegel voor. Waarom moeten we knelpuntberoepen, bijvoorbeeld in de zorg, invullen met migranten? Wat zegt dat over de werkomstandigheden, over de honorering en maatschappelijke waardering, over onze bereidheid om zelf voor ouderen te zorgen? Pas als we die vragen goed hebben gesteld, kunnen we over migratie spreken."

#### Biedt meer preventie een uitweg?

"Ik ben natuurlijk voorstander van meer nadruk op preventie. Het helpt mensen om langer in een betere gezondheid te leven. Helaas blijft doortastend beleid uit. Er is nog altijd geen suikertaks van betekenis en de impact van het zogenaamde preventieakkoord is voorlopig klein in Nederland. Nochtans vermindert preventie de groeiende gezondheidsongelijkheid tussen economisch sterke en zwakke bevolkingsgroepen. Dat laatste is cruciaal. In een scenario met zorgtekorten, zal de kloof tussen sterke en zwakke groepen nog verder toenemen. Nu al bedraagt het verschil in gezonde levensjaren tussen hoog- en laagopgeleiden vijftien jaar. Rijkere burgers kunnen altijd betalen voor privéverzorging. Hun minder vermogende medeburgers rekenen noodgedwongen op een overbelaste publieke sector. Vanuit sociaal en democratisch oogpunt is dat een slechte ontwikkeling."

#### Wat is de belangrijkste verdienste van de verschillende demografische scenario's die jullie berekenden?

"Onze scenario's over migratie en vergrijzing leggen bloot hoe kleine veranderingen op termijn tot grote verschuivingen kunnen leiden. Zo resulteert een gemiddeld jaarlijks migratiesaldo van 20.000 in 700.000 extra mensen tegen 2050. Dat soort analyses plaatsen demografie opnieuw in het hart







**“Per arbeidsmigrant die naar hier komt, zou je minstens een of meerdere opleidingen in het land van oorsprong moeten voorzien”**

Paul Scheffer

van het beleid. Noch een bevolkingskrimp, noch een hoge bevolkingsgroei leiden tot een aantrekkelijke toekomst. Spreek liever over welk migratiebeleid wenselijk is en waarom. Dat opent het debat echt en is een oefening in verantwoordelijkheidsethiek. Je overdenkt de keuzes van nu in het licht van bedoelde en onbedoelde gevolgen op langere termijn.”

#### Wat hebt u geleerd als commissielid?

“Demografie dwingt tot die langere termijn en tot het combineren van disciplines. Als individu heb je veel blinde vlekken. Maar steek de koppen bij elkaar, ga rond de kaart van Nederland zitten en je komt tot betere inzichten. Twee jaar lang met verschillende disciplines nadenken over demografie was een echte verrijking. Het was de eerste keer in 50 jaar dat Nederland systematisch over het thema reflecteerde. Ik kan het België ten zeerste aanraden.”

#### Denkt u dat publiek en beleidsmakers jullie aanbevelingen zullen meenemen?

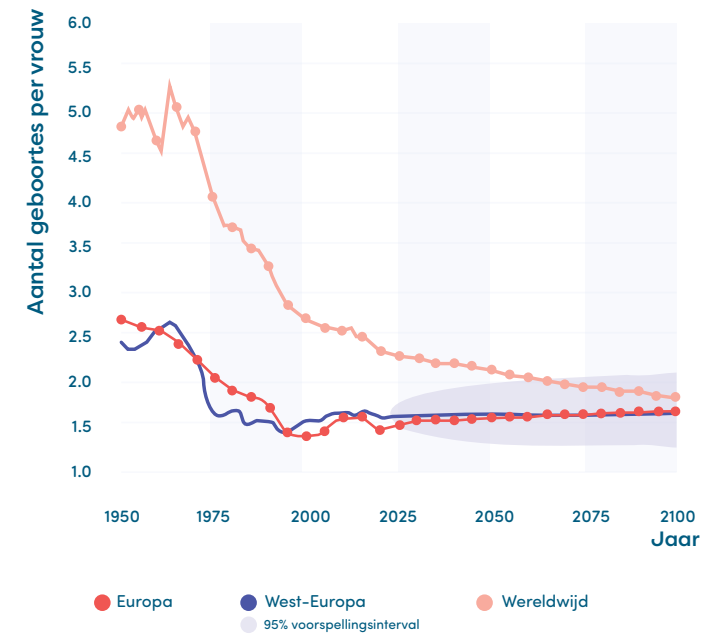
“Verschillende media – ook Belgische – pikten ons verhaal op. Je voelt dat we het oor hebben van beleidsmakers. Ik denk dat ons werk kan bijdragen aan een brede maatschappelijke consensus. Hoe je gematigde bevolkingsgroei precies bevordert, is een politiek vraagstuk. Al geven we wel concrete aanbevelingen: maak werk van zorginnovatie, arbeidsparticipatie en gerichte arbeidsmigratie. Wat dat laatste betreft heb je richtgetallen nodig

rond arbeids- en studiemigratie om deelbelangen tegenover elkaar af te wegen. Zonder richtgetallen heb je geen idee over een wenselijke toekomst.”

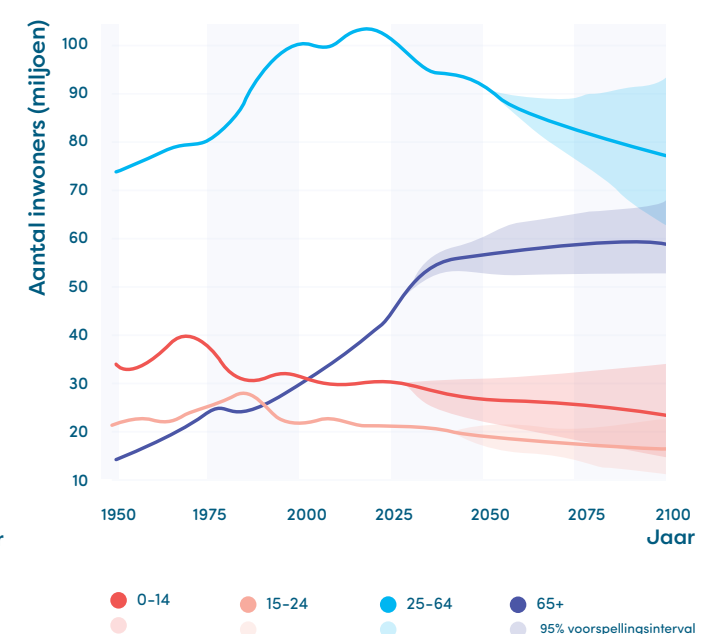
“Intussen geeft Nederland haar nota ruimtelijke ordening vorm op basis van het scenario met gematigde bevolkingsgroei. We organiseerden een lange leergang met zestien topambtenaren uit zes ministeries. Het is belangrijk dat iedereen de cijfers en toekomstscenario's kent en kan hanteren. Ook zijn we in gesprek met de fractievoorzitters in de Tweede Kamer. Het rapport kwam er op hun vraag natuurlijk.”

“Die extra aandacht is nodig. Demografie heeft impact op elk beleidsdomein: wonen, zorg, arbeidsmarkt, mobiliteit, publieke ruimte, enzovoort. Als je demografie niet meeneemt, vaar je blind. Ons klimaatbeleid houdt bijvoorbeeld geen rekening met verschillende demografische scenario's. Dat is zacht gezegd niet houdbaar, want de energiebehoefte van 20 of 22 miljoen mensen ligt vanzelfsprekend hoger dan die van 17 of 18 miljoen Nederlanders.”

#### Vruchtbaarheid



#### Bevolking per leeftijdsgroep in West-Europa



#### Radicaal rechts won de Nederlandse verkiezingen met een migratiestop als strijdpunt. Win je moeilijk verkiezingen met een genuanceerd verhaal?

“Centrumpartijen verliezen verkiezingen omdat ze geen verhaal hebben, geen richting kunnen geven. En iedereen weet: richting schept ruimte voor verandering. Men heeft de neiging om de uitdagingen voor zich uit te duwen. Dat lost niets op. Zonder toekomstbestendig verhaal organiseer je het succes van radicale partijen. Als het centrum de maakbaarheid afzweert, keert die terug in een autoritaire vorm. Dat is de kern van het populisme dat we overal in Europa zien.

“Wie beweert dat demografie niet maakbaar is, vergeet dat in 1850 de gemiddelde levensverwachting 35 tot 40 jaar bedroeg. Sindsdien bouwden we betere huizen, legden we rioleringen aan, organiseerden we onderwijs, gezondheidszorg, drongen we ongelijkheid terug en werd sociale zekerheid bereikbaar. Alles wat we de afgelopen 150 jaar ondernamen, diende expliciet of impliciet een langer en gezonder leven. Vergrijzing stelt ons voor uitdagingen, maar is allereerst het symbool van een geweldige vooruitgang. Dat verhaal hoor ik te weinig.”

#### Vergrijzing in België: de cijfers

- Tegen 2070 zal 25% van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 67 jaar. Vandaag is dat nog 18,6%. Het aantal 85-plussers zal meer dan verdubbelen tot 480.000.
- Een op vijf 80-plussers en vier op tien 90-plussers heeft dementie. Tegen 2040 zal hun aantal toenemen met 50.000. De meesten onder hen wonen thuis en worden verzorgd door familie of naasten.
- Tussen vandaag en 2070 zullen de sociale uitgaven stijgen van 25,7% van het BBP tot 29,9%. Het aantal openstaande vacatures in de zorg neemt jaar na jaar toe.





ALYSON VAN RAALTE ZIET GROTE DEMOGRAFISCHE UITDAGINGEN OP ONS AFKOMEN

# “Grootschalige arbeidsmigratie is bijna onvermijdelijk”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: FOTOSTUDIO HAGEDORN ROSTOCK GERMANY

**Demografische revoluties zoals de vergrijzing zijn perfect voorspelbaar. Toch bereidden veel Europese landen die aangekondigde toekomst slecht voor. Hoe komt dat? En hoe staan andere werelddelen ervoor? Demograaf Alyson van Raalte van het Max Planck Instituut: “We moeten een intergenerationale botsing vermijden.”**

Europa, de VS en Oost-Azië vergrijzen, maar niet aan hetzelfde tempo. In Japan en China gaat het razendsnel. Europa, en zeker de VS verouderen trager. “Toch zijn de uitdagingen overal groot”, vertelt Alyson van Raalte, als demograaf verbonden aan het gerenommeerde Duitse Max Planck Instituut

voor demografisch onderzoek. Van Raalte heeft een Nederlandse vader, groeide op in Canada en werkt in Duitsland. Ze onderzoekt verschillen in levensverwachting tussen landen en tussen socio-economische groepen binnen landen. Daarnaast overschouwt ze globale demografische tendensen. Op dat vlak staan grote delen van de wereld voor een revolutie.

## “Grote delen van de wereld staan voor een demografische revolutie”

Alyson Van Raalte

Van Raalte pleit ervoor om algemene data zoals nationale vruchtbaarheidscijfers of de gemiddelde bevolkingsleeftijd altijd in perspectief te plaatsen. “Soms verhullen cijfers meer dan ze ophelderen. In 2050 zullen naar schatting vier op tien Europeanen én Oost-Aziaten ouder zijn dan 65. Toch verschilt de situatie in beide regio's sterk. Europa en andere westerse landen zoals Canada vergrijzen al 100 jaar. In de jaren 1950 was er de babyboom, maar ook babyboomers, en de generatie daarna kregen vaak nog 2 of 3 kinderen. Dat vertraagt het proces. In Oost-Azië daalt het geboortecijfer echter veel sneller, bijvoorbeeld door de Chinese één-kind-politiek.”

### Waarom is dat verschillende vergrijzingstempo belangrijk?

“Europa en de VS werden rijk vóór ze verouderden, delen van Zuidoost-Azië - waaronder misschien ook China - zullen oud zijn nog voor ze daartoe de kans kregen. Westerse landen profiteerden van een relatief lange welvarende periode waarin het grootste deel van de bevolking aan de slag was. Dat gaf ons de kans om stevige pensioen- en gezondheidszorgstelsels uit te bouwen: sociale verworvenheden die ouderen een kwaliteitsvolle oude dag schenken zonder de jonge generatie te overbelasten. In sommige delen van Oost-Azië liggen de kaarten fundamenteel anders. Daar is elke nieuwe generatie kleiner dan de vorige. In feite verandert hun bevolkingsstructuur sneller dan hun zorgsystemen en instituties. De opgebouwde rijkdom beschermt hen onvoldoende tegen de vergrijzing.”

### Wat betekent dat voor die regio?

“Veel ouderen zullen noodgedwongen terugvallen op familiale, informele netwerken. Enerzijds omwille van de onbetaalbaarheid van professionele zorg en een degelijke sociale zekerheid voor iedereen, anderzijds door een sterk krimpende beroepsbevolking. Of anders gezegd: zelfs al waren er voldoende middelen, er zouden nog altijd onvoldoende mensen zijn. Tenzij men compenseert via migratie.”

### Een land als België profiteerde wél van een lange economische bloeiperiode. Toch verwachten we ook hier grote zorgtekorten. Hoe komt dat?

“Misschien omdat de vergrijzing in West-Europa relatief langzaam verliep. Tot nu althans. Want de babyboomers gaan massaal op pensioen. Beleidsmakers schoven moeilijke keuzes voor zich uit. Omdat het kon, omdat investeren in toekomstbestendige pensioenstelsels en ouderenzorg geld kost, maar niet onmiddellijk rendeert. Met langetermijnbeleid win je niet noodzakelijk verkiezingen. Veel politici kijken hoogstens enkele jaren vooruit, zelden 10 of 20 jaar.”

**“Beleidsmakers schoven moeilijke keuzes voor zich uit. Omdat het kon, omdat je met toekomstbestendig beleid niet noodzakelijk verkiezingen wint”**

Alyson Van Raalte

### Hoe doet België het in vergelijking met andere Europese landen?

“Ongeveer even goed, of even slecht. Je ziet in alle landen vergelijkbare discussies opduiken. Men breekt zich overal het hoofd over personeelstekorten in de zorg, betaalbaarheid van de pensioenen, over wat prioriteit moet krijgen: economie, kinderopvang, onderwijs, ouderenzorg, enzovoort... In Duitsland, het land waar ik woon en werk, missen we mensen in alle sectoren. Het komende decennium gaan er tienduizenden leerkrachten op pensioen. Dat cijfer ligt veel hoger dan het aantal leerkrachten dat momenteel wordt opgeleid. Tegen 2035 verwacht men een half miljoen openstaande onderwijsvacatures. Wie geeft les aan de volgende generatie? Het is een open vraag.”

### Wat is de belangrijkste uitdaging voor West-Europa?

“Intergenerationele conflicten vermijden. Een vergrijzende bevolking zorgt voor toenemende druk op zorgstelsels en nationale begrotingen. Elke gepensioneerde heeft recht op een kwaliteitsvolle oude dag. Maar tegelijk heeft ook elk kind recht op kwaliteitsvolle kinderopvang en onderwijs. Overheden staan voor een delicate evenwichtsoefening. Wie krijgt welke soort ondersteuning? Waar liggen de prioriteiten? Dat zijn politieke maar ook ethische vragen die we dringend moeten beantwoorden. Zonder duidelijk plan zie ik de belangen van jonge en oude mensen steeds vaker botsen.”





“Zonder duidelijk plan zie ik de belangen van jonge en oude mensen steeds vaker botsen

Alyson Van Raalte

### Welke structurele maatregelen kunnen West-Europese politici nemen?

“Het woord structureel is hier belangrijk. Demografische evoluties zijn perfect voorspelbaar. Dat geldt ook – in meer of mindere mate – voor de maatschappelijke gevolgen ervan. Anticipeer daarop. Neem het groeiende personeelstekort in de zorg- en welzijnssector. Misschien kan je een deel van die krapte opvangen via technologische innovaties zoals robotica. En vermoedelijk kan je je zorgsysteem efficiënter organiseren. Toch betwijfel ik of het zal volstaan. Vermoedelijk wordt grootschalige arbeidsmigratie onvermijdelijk in sterk vergrijsde landen. Maar dat moet je plannen. Bovendien ligt migratiepolitiek gevoelig.”

“Daarnaast zou je de wettelijke pensioenleeftijd structureel kunnen koppelen aan de stijgende levensverwachting. Stijgt de gemiddelde levensverwachting met één jaar, dan ook de pensioenleeftijd. Een dergelijke afspraak vermijdt hardnekkige, verhitte discussies over waar die pensioenleeftijd juist moet liggen.”

### Die wettelijke pensioenleeftijd raakt aan de sterk verschillende levensverwachting tussen groepen mensen. Mensen in kwetsbare posities sterven vroeger. Ze kunnen dus ook niet even lang genieten van hun pensioen.

“Klopt. En ook dat is een ethisch vraagstuk. Bovendien zien we een toenemende onvoorspelbaarheid in de levensloop binnen kwetsbare groepen zoals armen en laagopgeleiden. Sommigen mensen worden 100 jaar, anderen halen hun pensioen niet eens. De verschillen zijn groot en nemen toe in alle Europese landen die ik onderzoek. Bij hogere inkomens is die variatie veel kleiner. Mensen die behoren tot meer geprivilegieerde groepen hebben een relatief vergelijkbare levensloop. Ze krijgen pas in de tweede helft van hun pensioen gezondheidsproblemen en sterven min of meer rond dezelfde leeftijd. De gemiddelde levensverwachting in de socio-economische sterke en kwetsbare groep stijgt wel evenredig. De ene groep neemt dus geen voorsprong op de andere. Toch is die grote variatie binnen kwetsbare groepen opmerkelijk. Het wordt moeilijker om daar over een gemiddeld persoon of voorspelbare levensloop te spreken.”

### Wat zou de reden kunnen zijn?

“Moeilijk te zeggen. Het is een fenomeen van de laatste decennia. We merken dat laagopgeleide mensen meer dan vroeger worstelen om een stabiel leven uit te bouwen. Vijftig jaar geleden waren loopbanen voorspelbaarder. Ook *low skilled workers* vonden meestal een degelijk betaalde baan in de fabriek. Ze vielen terug op sterke vakbonden en hun kans op langdurige werkloosheid was kleiner. Die stabiliteit over de lange termijn vertaalde zich vermoedelijk ook in een voorspelbaarder gezinsleven en levensloop. Globalisering en toenemende concurrentie met andere regio's sloegen die oude zekerheden weg. Het zou een deel van de variatie binnen de laagopgeleide groep kunnen verklaren.”

### De Verenigde Staten zijn een geval apart, wijst uw onderzoek uit. De vergrijzing slaat er minder hard toe maar de levensverwachting en levensloop van mensen schieten alle kanten uit.

“In de VS is het veel moeilijker om levensverwachting te voorspellen volgens socio-economische of andere kenmerken. Hoogstens kan je spreken over enorme interindividuele verschillen. In een radicaal gefragmenteerd land zoals de VS bestaat de ‘gemiddelde’ Amerikaan niet. Raciale ongelijkheden, sterk wisselende onderwijskansen en ongelijke toegang tot gezondheidszorg, immense inkomensverschillen, uiteenlopende levensstijlen: die puzzelstukjes bepalen allemaal samen iemands levensloop en sterfdatum. Je kan dan wel een gemiddeld sterftcijfer berekenen, maar de gemiddelde Amerikaan bestaat niet.”

### Hangt die variatie samen met de Amerikaanse vrijheid én verantwoordelijkheid om je leven zelf vorm te geven? Europese burgers worden vaker ingebed in allerhande zorg- en welzijnsstructuren.

“Dat zou kunnen. In Europa geloven we graag dat sterke instituties ertoe doen. Toch blijft het de vraag van één miljoen: wat zijn de belangrijkste factoren die iemands levensverwachting bepalen? Volgens mij gaat het om meer dan alleen instituties. Noord-Europa kent over het algemeen sterker uitgebouwde



“We merken dat laagopgeleide mensen meer dan vroeger worstelen om een stabiel leven uit te bouwen”

Alyson Van Raalte

sociale stelsels dan Zuid-Europa. Toch zien we in het Noorden grotere ongelijkheden binnen de groep ouderen met een lage sociaal-economische status. Sommigen worden oud, anderen helemaal niet. In het Zuiden is die variatie kleiner. Dat zou kunnen samenhangen met het feit dat ouderen in Zuid-Europa minder roken of gerookt hebben dan generatiegenoten in het Noorden. Het zou ook te maken kunnen hebben met de verhoudingsgewijs zwaardere levensomstandigheden in Zuid-Europa 60 jaar geleden. Misschien spelen ook culturele of klimatologische factoren een rol. Het is moeilijk om één verklarende factor te isoleren of juist te begrijpen. Het brengt me tot de conclusie dat de culturele context, geografie en regio waar je woont – vermoedelijk – een rol spelen. Maar je kan je rookgedrag, eet-, beweeg en ander gezondheidsgedrag dan ook weer nooit helemaal loskoppelen van beleidskeuzes en instituties. Het is niet het een of het ander.”

“In een groot land als de VS brengen mensen bijvoorbeeld veel meer (zit)tijd door in hun auto. Wat uiteraard niet gezond is. Oost-Europa heeft dan weer een problematische verhouding en geschiedenis met alcohol. Ik pleit ervoor om gezondheidsverschillen

en ongelijke levensverwachting per land, groep én binnen groepen goed te monitoren. Pas als je de cijfers en evoluties kent, kan je er ook betekenis aan geven en er beleid rond voeren. Een ongelijke levensverwachting vormt de basis van alle andere ongelijkheden. Als je niet gezond bent, groeit de kans dat je ook arm bent, slecht woont, een minder sterk sociaal netwerk hebt, werkzekerheid mist, enzovoort. Al die factoren in kaart brengen is voor mij een ethische kwestie.”

### Tot slot: Wat moeten westerse beleidsmakers als eerste doen?

“Een toekomstdebat voeren. Dé vraag is wie je op welke manier wil ondersteunen. Als je ouderenzorg overlaat aan professionele hulpverleners zal je moeten nadenken over arbeidsmigratie. Als je meer mantelzorg of informele zorgcircuits wil, moet je inzetten op buurtnetwerken, sociale cohesie en een haalbaar organisatorisch-financieel kader waarin burgers elkaar ondersteunen. Tot slot is een langetermijnvisie belangrijk. Sommige landen zullen na een vergrijzingspiek opnieuw verjongen. Overheden die vandaag inzetten op arbeidsmigratie, moeten zich afvragen wat ze morgen – als de zorgvraag weer daalt – met al die nieuwe mensen zullen doen.”



HET NIEUWE GEZICHT VAN SPOEDZORG

# In Brugge zijn spoeddienst en huisartsenwachtpost al 7 jaar geïntegreerd

TEKST: NICO KROLS  
BEELD: TINI CLEEMPUT



Zonder veel poeha zette AZ Sint-Jan Brugge een baanbrekende stap door de huisartsenwachtpost in de spoeddienst te integreren. En het werkt, al zeven jaar lang. Bij aankomst aan de huisartsenwachtpost worden we al meteen de wacht aangezegd. De spoedarts is er nog niet om aan ons interview deel te nemen, en wel om een goede reden: de helikopter bracht zonet een patiënt binnen die in een verkeersongeval gekwetst was geraakt. Ongeruste familieleden van het slachtoffer hebben zich ijlings naar het ziekenhuis gehaast en worden opgevangen in een apart wachtzaaltje van de huisartsenwachtpost. Ze wachten er op nieuws. Het zet meteen de malaise van spoeddiensten die overspoeld worden met patiënten die eigenlijk geen urgente zorg nodig hebben op scherp: spoeddiensten zijn er voor crisissituaties, niet voor een opspelend pijntje of kwaaltje.

In een tijd waarin de gezondheidszorg sneller dan ooit evolueert, kan je het pragmatische, innovatieve initiatief van AZ Sint-Jan Brugge niet alleen zien als een paradigmaverschuiving in de manier waarop spoedzorg wordt verleend, maar ook als een model dat navolging verdient in heel Vlaanderen. Onlangs nog kopten de kranten dat de spoeddiensten in Vlaanderen overspoeld worden door patiënten van wie de helft er eigenlijk niet thuishoort. Dat komt onder meer door het tekort aan huisartsen. In Brugge dijken ze die toestroom in via de integratie van de spoeddienst en de huisartsenwachtpost. Het is zo evident dat je het gerust raar mag vinden dat dit uniek is in Vlaanderen.

## Gemeenschappelijk onthaal

Hun oplossing is even eenvoudig als ingrijpend: de huisartsenwachtpost loopt over in de spoeddienst en vice versa, met elk hun wachtkamer waarop ze allebei zicht hebben. “We helpen de patiënten in hun keuze”, merkt Lieve Germonprez, manager van de huisartsenwachtpost, fijntjes op. “Anders uitgedrukt: we triëren patiënten naar de ernst van hun klacht. We doen dat onmiddellijk aan het onthaal en verwijzen hen naar onze post, links in de gang, of naar de spoed, rechts in de gang. Het maakt dus niet uit of ze nu in de wachtkamer van de huisartsenwachtpost of van de spoed zijn gaan zitten.”

Dr. Koen Steel, voorzitter van Hawap, de huisartsenwachtposten in de regio Noord-West-Vlaanderen: “Als een patiënt niet acuut en dringend spoedhulp nodig heeft, begeleiden we hem naar de huisartsenwachtpost. Dat kan makkelijk, want beide wachtkamers zijn slechts gescheiden door een gang en doorzichtige, glazen wanden en liggen dus in elkaars zicht. Maar uit ons samengaan kan je niet besluiten dat je de ene dienst zomaar kan vervangen →



door de andere. Je mag het oorspronkelijke voordeel van de wachtpost niet uit het oog verliezen: huisartsen bundelen de krachten zodat ze niet op eigen houtje 24/7 stand-by moeten zijn voor hun eigen patiënten. Dat was niet meer houdbaar. Nu worden de drie posten in onze regio Noord-West-Vlaanderen – die van Brugge, Oostende en Knokke – met een beurtrol bemand door zo'n 400 huisartsen. Bijkomend voordeel van onze samenwerking: de huisartsenwachtpost ontlast de spoed van patiënten die de spoed oneigenlijk frequenteren.”

Spoedarts Evi Steen is ons intussen komen vervoegen: “Onze sterkte is dat alles onder één dak gebeurt. De patiënt kan aan de voordeur kiezen welke kant hij opgaat. Komt hij bij de spoed terecht, dan beslist de triageverpleegkundige in samenspraak met de patiënt of hij niet beter af is bij de huisarts van wacht in de huisartsenwachtpost. Het is als patiënt namelijk niet altijd makkelijk je eigen ziekteproces of de ernst van je probleem in te schatten. Uit de cijfers blijkt dat die triage goed gebeurt. Slechts 10% van de patiënten die we van de spoed verwijzen naar de huisartsenwachtpost – aan de overkant van de gemeenschappelijke gang – keert terug naar de spoed omdat hun toestand toch ernstiger bleek dan waarvoor een huisarts soelaas kan bieden.”

### Het juiste zorgcircuit

Midden in ons gesprek valt ons een voorbeeld in de schoot: dr. Steen krijgt telefoon en wordt gebriefd over de status van een patiënt. “Een melding van banale buikpijn blijkt een appendicitis te zijn”, zegt ze, als ze weer inhaakt. “De patiënt werd van de huisarts naar de radiologie gestuurd omdat hij een appendicitis wou uitsluiten. De radioloog nam nu met de spoedarts contact om te melden dat hij de patiënt naar de spoedgevallen zal sturen. Hij stelde op echografie wel degelijk een appendicitis vast. De spoed kan nu onmiddellijk de chirurg verwittigen en de patiënt zal later op de dag geopereerd worden. Er is correct gehandeld.”

Lieve Germonprez vult aan: “Als mensen bellen naar 1733 of als ze bij de spoed toekomen worden ze onmiddellijk getrieerd naar de juiste dienst: 9 op de 10 patiënten die bij de huisartsenwachtpost terechtkomen zijn daar dan al op de juiste plaats. De nabijheid van beide diensten op zich zorgt dus al voor betere zorg – patiënten geraken snel in het juiste zorgcircuit. En we hebben snel back-up na doorverwijzing: als je als patiënt niet op de huisartsenwachtpost terechtkan, moet je niet nog eens drie kilometer verder rijden voor je geholpen wordt op de spoeddienst.”

Dr. Evi Steen vult aan: “Als spoedarts ben je snel geneigd – een automatisme dat eigen is aan de job – om een bloedafname te doen, een EKG of een RX Thorax te nemen, terwijl dat niet altijd nodig is als een huisarts een eerste inschatting kan doen.”

**“We triëren patiënten naar de ernst van hun klacht. We doen dat onmiddellijk aan het onthaal en verwijzen hen naar onze post, links in de gang, of naar de spoed, rechts in de gang”**

Lieve Germonprez



**“**Slechts 10% van de patiënten die we van de spoed verwijzen naar de huisartsenwachtpost, keert terug naar de spoed omdat hun toestand toch ernstiger bleek dan waarvoor een huisarts soelaas kan bieden

Evi Steen

Dr. Koen Steel: “Nog een typisch voorbeeld is een patiënt met pijn op de borst. Niet alle pijn op de borst betekent een hartaanval. Hier kan de huisarts door het probleem uitgebreid te bevragen en met een klinisch onderzoek de patiënt soms geruststellen zonder dat hij naar spoedgevallen gestuurd wordt waar vaak alle registers worden opengetrokken. De huisarts triert dus welke pijn op de borst hij of zij verdacht vindt voor een hartinfarct.”

Lieve Germonprez: “Daardoor hebben we een aantal technische onderzoeken vermeden die we zowel de patiënt als de maatschappij kunnen besparen. Het typische profiel van de patiënt die bij de huisartsenwachtpost terechtkomt, is iemand met rugpijn of een infectie, een kind met koorts, een gevallen kleuter. Overdag kunnen zij bij de eigen huisarts terecht of desnoods bij de spoed. 's Avonds of 's nachts zullen zij wellicht bij de huisartsenwachtpost belanden. Het voordeel van onze huisvesting in het ziekenhuis is dat we alle technologie en instrumenten heel snel tot onze beschikking hebben om de patiënt, indien het toch nodig blijkt, naar de spoedgevallen te verwijzen.”

### Geen prestatiedruk

“Het is geen overdreven druk moment, dus kan het wel even.” Hoofdverpleegkundige van de spoed Johan De Kock geeft ons – hoe kan het ook anders – snel een rondleiding op zijn dienst. Nochtans zien we in elke kamer die we passeren minstens één patiënt die de nodige zorgen toegediend krijgt. De voor kinderen aangepaste kamer is ook volzet – wegens plaatsgebrek liggen er tijdelijk enkele volwassen patiënten.

Ook volgens Johan De Kock biedt de samensmelting van de spoeddienst en de huisartsenwachtpost tal van voordelen voor zowel zorgverleners als patiënten en betekent de samenwerking een cruciale stap in het verbeteren van de zorgcoördinatie en het optimaliseren van de patiëntervaring. “Het stelt ons in staat om efficiënter te werken en patiënten sneller de juiste zorg te bieden.”





## “Voor de patiënten maakt het niet uit bij wie ze terecht komen, als ze maar geholpen worden”

Koen Steel



Het is duidelijk dat de huisartsenwachtpost en de spoedafdeling elkaar niet beschouwen als concurrenten. Lieve Germonprez: “Integendeel, we helpen elkaar verder. Patiënten vragen zich immers ook niet af of ze in de eerste of de tweede lijn thuishoren, als ze maar snel geholpen zijn.” Dr. Evi Steen: “Je mag de huisartswachtpost en de spoedgevallen niet zien als concurrenten maar als twee partners die samen een antwoord geven op niet-planbare zorg.”

Volgens Koen Steel is prestatiegeneeskunde niet aan de orde. “Voor de patiënten maakt het niet uit bij wie ze terecht komen, als ze maar geholpen worden. Voor alle niet urgente hulp kunnen patiënten op de huisartsenwachtpost terecht. Als het urgent is, moet een patiënt naar de spoed, punt. Het aantal patiënten opdrijven uit financiële drijfveren kan je moeilijk volhouden, denk ik. Bij ons speelt het alleszins niet. Het strookt ook niet met een op kwaliteit gerichte toekomstvisie. Je ziet overal wel de beweging dat huisartsenwachtposten zich dichtbij of op de site van het ziekenhuis vestigen om die snelle wisselwerking ook mogelijk te maken.”

Lieve Germonprez: “Eerlijk gezegd, ik kan mij niet inbeelden dat we hier niet zouden zitten en niet complementair samenwerken. Het begint al bij onze artsen in opleiding. We vragen hen er een gewoonte van te maken om, voor ze hun wacht beginnen, de spoedarts eerst goed te gaan zeggen. Dan kan een goeie samenwerking volgen. Zo simpel is het. Overigens, zij krijgen ook feedback over hun doorverwijzing: of ze met de patiënt de juiste weg hebben afgelegd.”

Steel, Steen en Germonprez hameren erop. De spoed moet zijn werk doen waarvoor hij dient: zo snel mogelijk medische hulp bieden in de dringendste gevallen.

“Je hebt mensen die onmiddellijk naar ons lopen, bijvoorbeeld als de pijn te erg wordt, terwijl ze eerder al met lichtere pijn zaten of nog niets van pijnstillers hebben genomen”, zegt Lieve Germonprez. “Dan moet het ineens de nacht zelf. Tja, dat is niet slim en je belast het systeem want jouw acute pijnprobleem had je kunnen voorkomen of tijdiger aanpakken. Bij kinderen die gevallen zijn of koorts hebben, grijpen we dan weer wel vaak snel in omdat hun probleem niet altijd direct goed vast te stellen is of omdat ze niet altijd goed kunnen verwoorden wat het probleem is.”

“Patiënten morren weleens,” zegt dr. Evi Steen. “Als het naar hun zin niet snel genoeg gaat en ze een tijd moeten wachten. Terwijl dat voor hen eigenlijk goed nieuws is, want ze zijn er minder erg aan toe dan patiënten die we laten voorgaan... Aan de patiënt van de helikopterinterventie van zonet hebben we dus voorrang gegeven. Het is niet altijd mogelijk mensen te sensibiliseren voorbij hun eigen hier-en-nu-verlangen.”

### Innovatief model voor efficiëntie en kwaliteit

De integratie van spoed en huisartsenwachtpost maakt het in AZ Sint-Jan Brugge mogelijk om een naadloze overgang te creëren tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg en opent de deur naar een meer geïntegreerde en efficiënte benadering van zorgverlening. Het succesvolle model kan dienen als een lichtend voorbeeld voor andere regio's in Vlaanderen: hoe samenwerking tussen verschillende zorgverleners de kwaliteit van zorg kan verbeteren en de druk op de gezondheidszorg kan verlichten.

- Patiënten krijgen een breder scala aan zorgopties aangeboden
- Een van de meest opvallende voordelen van de samenwerking is de verbeterde toegankelijkheid en doorstroming van zorg
- De samenwerking heeft geleid tot kortere wachttijden voor patiënten
- De zorgteams kunnen beter inspelen op acute situaties en de juiste zorg op het juiste moment bieden
- Kern van het succes van de integratie is een nauwe samenwerking en communicatie tussen de verschillende zorgteams
- De integratie heeft geleid tot een betere benutting van middelen en expertise. Huisartsen die verbonden zijn aan de wachtpost kunnen nu directe toegang krijgen tot de faciliteiten en specialisten van het ziekenhuis, waardoor ze sneller en efficiënter kunnen handelen bij acute situaties.

In 2022 werden in Brugge via de spoed naar de huisartsenwachtpost 3.400 patiënten doorverwezen, in 2023 waren dat er 3.569.

# Hoe gaat het écht met de psychische gezondheid in Vlaanderen?

TEKST: LIEVE DHAENE EN EVA DE WAL  
BEELD: STUDIO ENGARDE



In 2022 nam Zorgnet-Icuro het initiatief om op een systematische en wetenschappelijk gevalideerde manier data te verzamelen over psychische stoornissen en het zorggebruik bij de bredere bevolking. De leerstoel Public Mental Health Monitor onder leiding van prof. Ronny Bruffaerts (KU Leuven) ontwierp hiervoor een duurzaam instrument. In een nieuwe publicatie presenteren we de resultaten van de eerste reeks bevragingen in 2023 bij volwassenen in Vlaanderen. Hoe vaak komen psychische stoornissen voor? Wanneer, hoe, waar en bij wie zoeken personen met psychische stoornissen hulp? De data laten toe om een gericht en effectiever beleid in de geestelijke gezondheidszorg te voeren.

## Hoe vaak komen psychische stoornissen voor?

De cijfers tonen dat **22% van de volwassen Vlamingen** in de afgelopen 12 maanden voldeed aan de criteria van een psychische stoornis. Bij een psychische stoornis is het psychisch evenwicht langdurig verstoord met een negatief effect op het functioneren op diverse levensdomeinen zoals werk, sociale relaties, financiën, gezondheid... De meest voorkomende stoornissen zijn ingedeeld in vier groepen:

- 9% heeft een depressie;
- 12% heeft een angststoornis, zoals gegeneraliseerde angst, sociale angst en paniekstoornissen;
- 11% heeft een alcoholstoornis;
- 12% heeft een externaliserende stoornis. Dat zijn stoornissen die te maken hebben met aandachts- en concentratieproblemen, impulsiviteit, agressie, bingeing (waaronder eetstoornissen), niet-suïcidaal zelfverwendend gedrag...

Eén persoon kan meerdere stoornissen hebben. We spreken dan van psychiatrische comorbiditeit. Ongeveer een derde van de Vlamingen krijgt ooit op een bepaald moment in zijn leven te maken met een psychische stoornis.

De onderzoekers komen tot het besluit dat in vergelijking met twintig jaar geleden de **prevalentie van psychische stoornissen gestegen is**, maar niet voor alle stoornissen even sterk. Stemmingsstoornissen lijken min of meer stabiel te blijven; de andere drie groepen stoornissen komen meer voor in vergelijking met metingen van twintig jaar geleden. Vooral de externaliserende stoornissen baren zorgen. Die problemen ontstaan vaak al op jonge leeftijd; jongeren met externaliserende en impulsieve problemen hebben ook een veel hogere kans om in hun latere leven andere psychische stoornissen te ontwikkelen. Opvallend is ook dat personen met een lagere sociaal-economische status veel meer kans hebben om een psychische stoornis te ontwikkelen. →

**“22% van de volwassen Vlamingen voldeed in het afgelopen jaar aan de criteria van een psychische stoornis”**

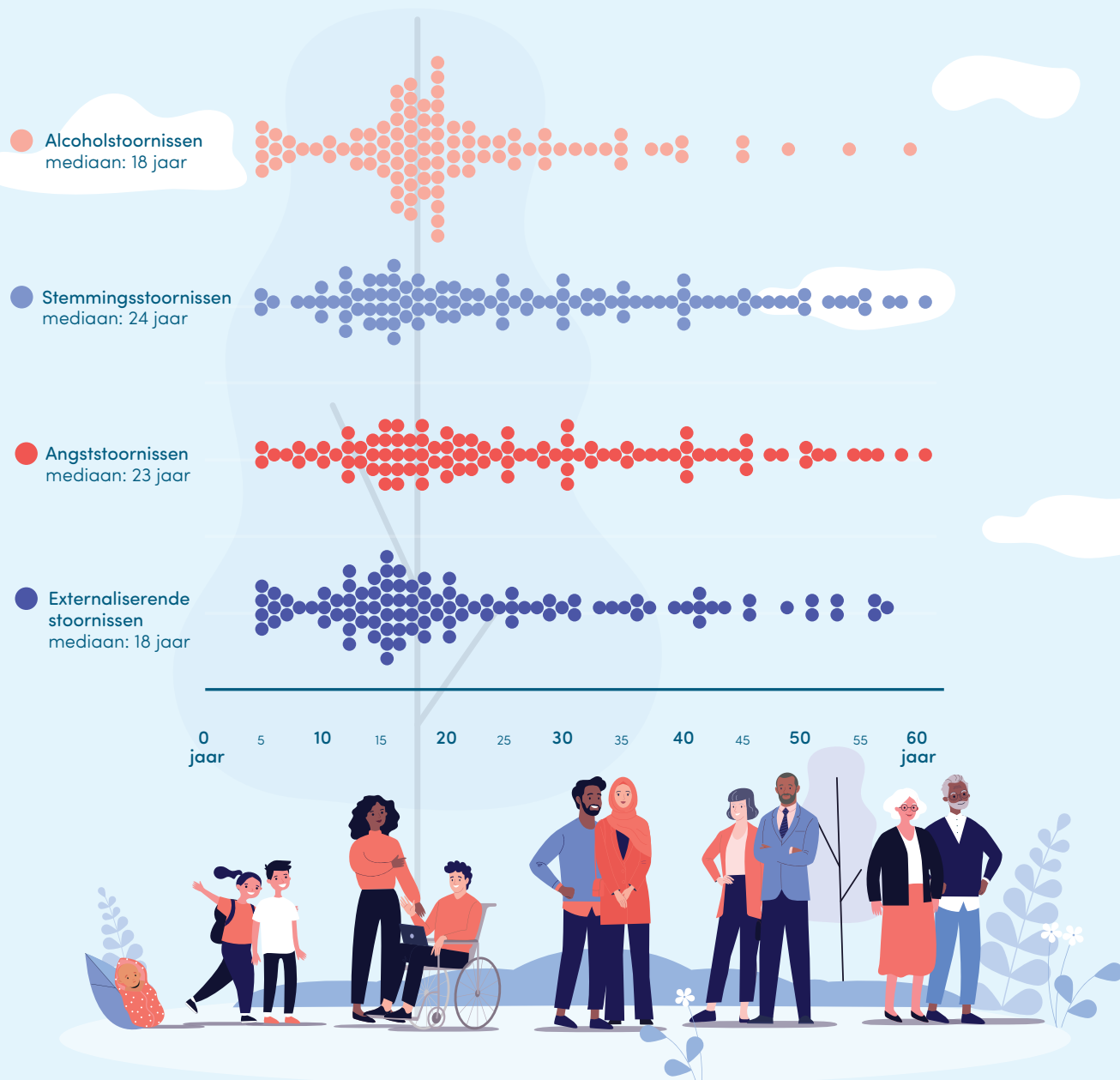


## Op welke leeftijd beginnen psychische stoornissen?

Veel stoornissen beginnen al vroeg in de levensloop; de mediane aanvangsleeftijd is 19 jaar. In vergelijking met vroegere gegevens zijn er per stoornis een aantal verschuivingen:

- Voor stemmingsstoornissen (depressie) is de mediane aanvangsleeftijd gedaald, van 38 naar 24 jaar;
- Angststoornissen ontstaan iets later in vergelijking met vroeger. De mediane leeftijd is nu 24 jaar;
- Alcohol- en middelengebonden stoornissen beginnen rond de leeftijd van 18 jaar;
- Externaliserende stoornissen starten bij de helft van de betrokkenen vóór de leeftijd van 18 jaar; bij een kwart is dat al vóór 13 jaar. Bij jonge leeftijden gaat het vooral over eetproblemen en problemen met het kunnen beheersen van woedeaanvallen en ander impulsief gedrag.

*Veel stoornissen beginnen al vroeg in de levensloop; de mediane aanvangsleeftijd is 19 jaar*



## Zorggebruik bij mensen met een psychische stoornis

De resultaten van de monitor tonen dat maar 3 op de 10 personen met een psychische stoornis binnen het jaar in behandeling gingen. Dat gegeven blijft stabiel over de jaren heen. De onderzoekers constateren dat de **gemiddelde uitsteltijd** om hulp te zoeken ongeveer 10 jaar is. Recent kwam daar voor de lichtere problemen verandering in. Wie hulp zoekt binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg doet dat binnen de 4 tot 6 jaar. Ook de redenen voor het uitstellen en/of niet zoeken naar hulp werden bevraagd. De respondenten gaven de volgende redenen aan:

- Ik ervaar geen nood aan behandeling (78%);
- Ik wil mijn problemen zelf oplossen (78%);
- Ik ben bezorgd over de kost van de behandeling (73%);
- Ik denk dat behandeling niet zal werken (ongeveer 72%);
- Ik weet niet precies waar naartoe (68%).

Het niet-zoeken van hulp wegens stigma wordt – ondanks de grotere bespreekbaarheid van mentaal welzijn – iets meer als reden opgegeven in vergelijking met twintig jaar geleden, maar nog altijd niet veel. Meer personen dan vroeger geven nu wel aan dat financiële redenen doorwegen om niet actief op zoek te gaan naar professionele hulp.

Het onderzoek peilde ook naar de **wachttijden** wanneer iemand effectief de stap naar hulp zet. Daaruit blijkt dat de mediane wachttijd 3 maanden is. Meer specifiek per 100 behandelde personen:

- 61 konden meteen de behandeling starten;
- 13 hadden een wachttijd van 1 maand;
- 10 hadden een wachttijd van 2 à 3 maanden;
- 7 hadden een wachttijd van 4 à 6 maanden;
- 9 moesten langer dan 6 maanden wachten.

*Mensen stellen het gemiddeld tien jaar uit om hulp te zoeken*



## “We moeten verder actief “vindplaatsen” detecteren zodat we meer mensen naar hulp toe leiden. Spoeddiensten en het internet zijn daarbij belangrijk”

Margot Cloet



## Enkele conclusies en beleidsaanbevelingen

Voor de stijging van de externaliserende stoornissen moet onze aandacht krijgen. Ze ontstaan vroeg in de kinder- en tienerjaren en zullen een belangrijke impact hebben op de samenleving. De inspanningen voor de preventie van psychische stoornissen moeten zich dus in eerste instantie richten op kinderen en jongeren, en al starten vanaf de lagere schoolleeftijd. Kinderen en jongeren met externaliserende stoornissen leggen de oorzaak van hun problemen vaak buiten zichzelf. Ze stellen zelf ook minder zorgvragen dan personen met andere soorten stoornissen. Preventie bij die groep moet vooral focussen op het bekrachtigen van sociaal, empathisch gedrag. Dit is een absolute prioriteit voor het beleid.

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat mensen met een psychische stoornis nog altijd veel te lang wachten om hulp te zoeken. We moeten blijven streven om die uitsteltijd te doen dalen; de maatschappelijke en menselijke impact van die lange uitsteltijd is enorm. Enkel het aantal één-op-één consultaties verhogen zal daarvoor niet voldoende zijn. We zien dat de eerstelijnspsychologische conventie op dat vlak al resultaat boekt. Maar we moeten

verder actief “vindplaatsen” detecteren zodat we meer mensen naar hulp toe leiden en de uitsteltijden voor het zoeken naar hulp kunnen verlagen. Spoeddiensten en het internet (online hulp) zijn daarbij belangrijke vindplaatsen voor interventies. Bij het actief inzetten op bepaalde doelgroepen tonen de cijfers dat we ook en vooral moeten inzetten op mensen met een lagere sociaal-economische status. Ze hebben veel meer kans op een stoornis en hebben meer nood aan behandeling. Hier is nog veel mentale gezondheidswinst te halen. En dus ook een maatschappelijke, economische winst.

*Zorgnet-Icuro financiert sinds midden 2022 tot midden 2025 de interuniversitaire leerstoel Public Mental Health Monitor. Titularis is prof. Ronny Bruffaerts (KU Leuven). Co-promotoren zijn prof. Mark Leys (VUB), prof. Gwendolyn Portzky (UGent) en prof. Kris Van den Broeck (UAntwerpen). Er werden epidemiologische gegevens verzameld voor de 13 netwerken geestelijke gezondheid volwassenen in Vlaanderen en Brussel. Dat gebeurde via online bevragingen in het Nederlands die werden uitgevoerd in december 2023.*

“Mensen kloppen sneller aan bij een terugbetaalde eerstelijnspsycholoog. Dat toont hoe belangrijk laagdrempelige, bereikbare zorg is



### De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023

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





# 10 vragen aan de zorgwijze

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

“Een goed mens is altijd een beginner”

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Mia Decaestecker gaf de fakkel door aan Philip Vanneste, gedelegeerd bestuurder van Groep Gidts. Vanneste is doctor in de informatica. Zijn geloof in de innoverende krachten binnen de gezondheidszorg is groot. Voor hij bij Groep Gidts aan de slag ging, werkte hij bij Uitgeverij Lannoo en was hij manager van Innovatiecentrum West-Vlaanderen.

## 1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Tijdens de middelbare school nam ik meermaals deel aan vakantiekampen met personen met een ernstige mentale beperking. Dat wekte mijn interesse in zorg. Na mijn informaticastudies overwoog ik een bijkomende opleiding pedagogiek, maar ik kreeg de mogelijkheid om te doctoreren, een kans die ik niet kon laten liggen. In die periode engageerde ik mij met Ingrid, nu mijn vrouw, in Akabe (tak binnen Scouts en Gidsen Vlaanderen die zich inzet voor scouting voor jongeren met een beperking, nvdr). Die ervaringen leidden mij in 2008 naar Groep Gidts als bestuurder. In 2011 werd ik er gedelegeerd bestuurder.

## 2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

Mijn lijfspreuk is ‘Een goed mens is altijd een beginner’. Het helpt mij bij moeilijke momenten, en houdt me bescheiden bij goede momenten. De volgende dag kan en moet je altijd herbeginnen. Het maakt me ook mild naar andere mensen toe.

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

Mijn grootste sterkte is het talent om met veel zaken tegelijkertijd bezig te zijn, op veel domeinen. Als zwakte wordt dat gulzigheid.

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

Meer samenwerking over beleidsdomeinen heen. Binnen Groep Gidts werken we nauw samen vanuit onderwijs, zorg en tewerkstelling. De synergie is niet altijd direct zichtbaar, en voor sommige mensen moeilijk te zien. De kruisbestuiving en wederzijdse verrijking zijn evenwel enorm.

## 5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Sinds een aantal jaar ben ik steeds bewuster met mijn gezondheid bezig. Sinds mei 2018 drink ik geen alcohol meer. Dagelijks las ik beweging in, en stilte. Sinds een aantal maanden heb ik ook koffie sterk verminderd, en eet ik bijna geen toegevoegde suikers meer. Het effect op slaap, gewicht en fitheid is verbluffend.

## 6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Veel, maar zeer zeker de mensen met en voor wie wij mogen werken.

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

Het boek ‘Een levensregel voor beginners’ van Wil Derkse heb ik al vele keren gelezen. Het boek gaat over de benedictijnse spiritualiteit in de huidige tijd. Ik probeer er – als beginner – naar te leven en te werken.

## 8 Welke droom koestert u?

Ik hou heel erg van fotografie en ben er voorzichtig mee bezig. Resultaten daarvan vind je op de website [www.keraman.be](http://www.keraman.be), maar momenteel heb ik er te weinig tijd voor. Ik droom ervan ooit een eigen project te kunnen realiseren. Eventueel samen met mensen van Dominiek Savio. Stel je voor dat je het – door technologie – voor mensen met heel weinig fysieke mogelijkheden toch mogelijk kunt maken om vast te leggen en te tonen hoe zij, vanuit hun rolwagens, de wereld zien...

## 9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Op mijn ideale oude dag ben ik gezond, kan ik dagelijks wandelen met mijn vrouw, regelmatig samenkomen met kinderen, kleinkinderen en vrienden, veel lezen, en ondertussen ook tuinieren én veel fotograferen.

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

Ik geef graag de fakkel door aan Linus Vanlaere. Als zorgeticus en als bestuurder heeft hij een heel bijzondere inbreng voor mensen die zorg dragen.



# “Alles staat of valt met samen dingen willen bereiken”

TEKST: KIM MARLIER  
BEELD: PETER DE SCHRYVER



Goede afspraken maken goede vrienden. Of vrij vertaald: heldere procedures zorgen voor een vlotte samenwerking. Daarom richtten Mieke Vandeputte, algemeen directeur van woonzorgcentra Onze Lieve Vrouw Gasthuis en Emmaüs in Poperinge, en Stefan Devlieger, algemeen directeur van Home Vrijzicht in Elverdinge, een platform op waar de woonzorgcentra en hun coördinerend en raadgevend arts (CRA) binnen de eerstelijnszone Westhoek hun krachten bundelen en inzetten op eenvormige procedures.

“Wij liepen tegen een probleem aan dat zeker niet uniek is voor onze regio”, vertelt Mieke, huidig voorzitter van de stuurgroep. “Onze eerstelijnszone telt 16 woonzorgcentra, met elk een eigen beleid. Dat was niet overzichtelijk voor de huisartsen, en zij waren niet geëngageerd om in die verschillende procedures mee te gaan. Het was aan de CRA's om hierop aan te dringen, maar die hadden weinig handvatten om mee aan de slag te gaan. Iedereen was op zijn eilandje zelf procedures aan het uitwerken, terwijl het beter is om de krachten te bundelen. Daarom startten we 18 jaar geleden een platform op waar alle woonzorgcentra binnen de eerstelijnszone Westhoek vertegenwoordigd waren. 16 woonzorgcentra vaardigden elk een directielid en CRA af naar dit overkoepelend overleg.”

“De originele doelstelling, die vandaag nog steeds actueel is, was de procedures in de regio op elkaar afstemmen. Huisartsen bezoeken vaak verschillende woonzorgcentra en in iedere voorziening gold een andere procedure. Het platform engageerde zich om tot gemeenschappelijke procedures in de regio te komen. Wanneer elk woonzorgcentrum dezelfde procedure naar voren schuift, is de kans dat de huisartsen die implementeren significant groter.”

## Het eeuwige debat doorbreken

“In het begin werkten we met alle afgevaardigden aan zo'n procedure. We bekeken bijvoorbeeld de Noodkoffer Medicatie en MRSA, maar we stelden vast dat we lang bij dezelfde procedures bleven hangen”, zegt Vandeputte. “Op zich niet verwonderlijk als je weet dat we met 32 personen rond de tafel zaten en er altijd wel een huis of een arts een opmerking had waardoor we er lang over deden om een gezamenlijk besluit af te kloppen. ‘Hoe moeten we ons structureren om het eeuwige debat te doorbreken?’, vroegen we ons af.” →



“Iedereen was op zijn eilandje zelf procedures aan het uitwerken, terwijl het beter is om de krachten te bundelen en in te zetten op eenvormigheid

Mieke Vandeputte



## “Wij zijn geen waakhonden. Als stuurgroep hebben we geen controlerende functie, maar wij faciliteren, motiveren en inspireren”

Mieke Vandeputte

“We richtten een stuurgroep op waarin 8 woonzorgcentra vertegenwoordigd waren, met 4 directieleden en 4 CRA's elk uit een ander huis”, vertelt Stefan Devlieger, oud-voorzitter van de stuurgroep. “Die mensen bereiden de werking van het platform voor. Ze toetsen af rond welke thema's de huizen willen werken. De volledige groep werd daarnaast onderverdeeld in 4 werkgroepen, waarin ook telkens 8 personen zetelen, opnieuw uit verschillende huizen en in een gelijke mix tussen directieleden en CRA's. Zij krijgen vanuit de stuurgroep een thema toegewezen waarmee ze aan de slag gaan en later een uitgewerkte procedure voorleggen aan de stuurgroep. Wanneer er geen vragen meer zijn en het voldoet aan het kwaliteitsniveau dat we verwachten van een procedure, wordt het plenair voorgesteld aan alle huizen binnen het platform.”

“Op die manier is het debat en de besluitvorming een stuk werkbaarder en creëren we een grote gedragenheid”, vult Vandeputte aan. “In de loop van de jaren kwam er nog een extra vraag bij: wat kunnen we doen om de procedures zo goed mogelijk te implementeren in onze huizen? Wat is er nodig naast een procedure op papier en een werkwijze? Moeten we een gezamenlijke vorming of sjablonen uitwerken? Naast de procedure focussen we ons nu ook op aanbevelingen en tips om het zo goed mogelijk in de organisatie te implementeren.”

### Engagement is niet vrijblijvend

“Geen enkel huis stond weigerachtig tegenover dit platform, we hebben sowieso een goede samenwerking hier in de regio”, vertelt Mieke Vandeputte. “Het was wel een aantal keer nodig om de engagementen te herhalen. Het is niet vrijblijvend om in dit platform te stappen. Je kan er niet zomaar iets uitpikken wat je als huis nodig hebt en de rest links laten liggen. Wanneer een huis in het platform stapt, verwachten we ook dat ze aan de implementatie werken en de aanbevelingen opvolgen. Het kan uiteraard gebeuren dat een huis niet onmiddellijk met een procedure aan de slag gaat omdat er al ander werk op de plank ligt, maar dan rekenen we erop dat het op termijn toch ingevoerd wordt.”

### Vinger aan de pols

“Wij zijn geen waakhonden. Als stuurgroep hebben we geen controlerende functie, maar wij faciliteren, motiveren en inspireren. Wij waken er wel over dat we procedures actualiseren en regelmatig organiseren we een bevraging om zo de vinger aan de pols te houden bij de verschillende huizen”, zegt Vandeputte. Het werkt in twee richtingen. We gaan niet enkel zeggen hoe alles moet verlopen, we bevragen ook wat huisartsen nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. De werking is zodanig dynamisch dat zaken opnieuw kunnen bekeken worden als dat nodig zou zijn. Wij hebben geen mandaat waarmee we zaken kunnen afdwingen, maar dat hoeft ook niet. Alles staat en valt met samen dingen willen bereiken”, vult Devlieger aan.

### Geen copy-paste

“Dit is geen verhaal dat je zomaar kan kopiëren en plakken. Je moet goed beseffen dat dit gaat over cultuur en dialoog met mensen en groepen. Neem je tijd om zo'n platform te laten groeien en denk ook goed na over je doelstelling. Als die niet goed doordacht en door iedereen gedragen is, start je met uiteenlopende verwachtingen”, bedenkt Mieke Vandeputte. “Het moet een wisselwerking zijn met aandacht voor alle partijen. Zaken kunnen nooit eenzijdig beslist worden.”

“Alles staat of valt met wat er al is”, vult Stefan Devlieger aan. “Wanneer er nog geen goed contact is met de collega-woonzorgcentra, dan moet je eerst daaraan werken. Geef het tijd. In het begin kwamen wij viermaal per jaar samen. Je moet elkaar zien en ontmoeten. De huizen moeten hun CRA ook dat mandaat en die tijd geven. Zorg daarnaast voor een goede link met de huisartsenkring. Ook voor de artsen is dat een forum waarop zij elkaar vinden.”

### Voordelen

“Wij hebben het voordeel om gekoppeld te zijn aan één eerstelijnszone, één ziekenhuis en één huisartsenkring. Het is een fijne samenloop van omstandigheden die er zeker voor zorgt dat we zeer vlot kunnen samenwerken”, vertelt Mieke Vandeputte. “De huisartsenkring ondersteunt ons platform met één vaste interne functie voor een CRA die de link vormt tussen ons platform en de huisartsenkring. Daarnaast mogen we onze procedures op hun website plaatsen om ze zo kenbaar te maken aan alle huisartsen in de regio; een medewerker neemt onze communicatie op in één gerichte mail naar alle huisartsen. Zo moeten niet alle woonzorgcentra alle huisartsen op de hoogte brengen, waardoor de huisartsen meerdere keren dezelfde mailing zouden krijgen.”



“Je moet elkaar zien en ontmoeten. De huizen moeten hun CRA ook dat mandaat en die tijd geven”

Stefan Devlieger

### De winst

“Het resultaat is er dat er meer duidelijkheid is voor beide partijen”, zegt Mieke. “Waar we vroeger vanuit een zeker wantrouwen tegenover elkaar stonden - want elk had zijn eigen doelstellingen en belangen - is er nu door de jaren heen vooral vertrouwen gegroeid. Huizen leren ook van elkaar. Denk maar aan het beleid rond mondzorg, zorgplanning, chronische pijn of palliatieve sedatie. Allemaal zaken waarin je als woonzorgcentrum kan groeien door nieuwsgierig te blijven.”

“Huisartsen vragen nu zelf om een bepaald onderwerp te bespreken op het overleg”, zegt Devlieger. “Omdat ze weten dat het antwoord op hun vraag gedragen zal zijn door alle huizen. Het geeft ook rust bij de medewerkers dat er een consensus groeit over de manier waarop huisartsen op bezoek komen. Steeds meer artsen werken vanuit de filosofie ‘laat ons samen kijken’”.

“Zowel in de woonzorgcentra als voor de huisartsen is dit platform een aanspreekpunt geworden”, besluit Devlieger. “Het ziekenhuis ziet ons bijvoorbeeld als een forum waar ze iedereen makkelijk kunnen bereiken. Ze vroegen om de nieuwe tendensen binnen de geriatrie te mogen voorstellen op ons plenair overleg. Het doet deugd om te merken dat we een stem hebben en er om onze mening gevraagd werd. We dragen dit platform al 18 jaar samen met alle woonzorgcentra. We slagen erin om dit met de volledige groep te realiseren.”



KWALITEIT VAN ZORG BIJ EMMAÛS

**“We creëren  
een kwaliteitskader  
waarin iedereen naar  
waarde wordt geschat,  
op elk niveau”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JONATHAN RAMAEL

Met *Hoezo, zorg?!* publiceert Emmaüs vzw een inspiratieboek over kwaliteitsvolle zorg. Co-auteur Johan Boxstaens, opleidingshoofd Sociaal Werk aan Karel de Grote Hogeschool, leidde het onderzoek. Bart Reynders, psycholoog in PC Bethanië, zat in de interne stuurgroep.

**“Het is belangrijk dat een overheid structuren en regels oplegt. En die moeten ook worden gecontroleerd. De vraag is alleen: hoe pak je dat concreet aan. Daarvoor proberen wij nu een alternatief te bieden**

Johan Boxstaens





## Er is al veel gezegd en geschreven over zorgkwaliteit. Waarom dan toch nog dit boek?

**Bart Reynders:** “De voorbije jaren trok een hele ‘accreditatiegolf’ door de ziekenhuizen, met veel voor- en tegenstanders. Kwaliteit van zorg is iets heel kwetsbaars en goede bedoelingen kunnen ook ongewenste neveneffecten hebben. Zulke modellen hebben vaak minder aandacht voor het therapeutische proces en de therapeutische relatie die nog altijd het belangrijkste zijn in zorg. Binnen Emmaüs hebben we daarover een groot debat gevoerd en op basis daarvan besloten om hiervoor niet te kiezen. Maar we wilden wel onze verantwoordelijkheid nemen en een alternatief voorstellen.”

**Johan Boxstaens:** “Ik werd door Emmaüs gecontacteerd om hiermee aan de slag te gaan. In plaats van een duidelijke onderzoeksvraag kreeg ik de ruime vraag om samen een intersectoraal denkkader rond kwaliteit te ontwikkelen, vanaf een wit blad. Het is fijn om als onderzoeker met zo’n open geest te kunnen starten.”

## Hoe zijn jullie concreet aan de slag gegaan?

**Boxstaens:** “Het was meteen de bedoeling om bottom-up te werken. We hebben eerst uitgebreid de tijd genomen om ‘de grond te bewerken’, net zoals een boer zou doen. We hadden enkele basisideeën: participatief aan de slag gaan, echt luisteren naar wat er leeft bij alle partijen en vooral het besef dat kwaliteit van iedereen is. Niet alleen van de kwaliteitscoördinator, maar ook van alle medewerkers – van arts tot poetshulp – en zeker ook van de gebruikers en hun sociale context. Met die ideeën heb ik een ‘Tour d’Emmaüs’ gedaan, langs talloze afdelingen. Het is gestart in de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg, maar nadien breidde het nog verder uit naar andere sectoren. Ik heb, samen met vele collega’s, heel veel mensen gesproken, affiches verspreid, filmpjes opgenomen... Zo wilden we een gedragenheid creëren en mensen warm maken voor kwaliteit.”

## Dat alle sectoren betrokken werden, was een heel bewuste keuze?

**Reynders:** “We wilden inderdaad een intersectoraal kwaliteitsmodel ontwikkelen. Al heel vroeg in het proces hebben we met inspiratietafels gewerkt, met mensen van de jeugdzorg en het psychiatrisch ziekenhuis samen. Aanvankelijk stond iedereen daar wat sceptisch tegenover: het zijn zulke andere werelden. Maar die gesprekken waren heel boeiend. De problemen waar mensen op botsen, de onmacht, de ethische kwesties, de zoektocht: het is allemaal gelijklopend. Al onze sectoren hebben een grote complexiteit gemeen, en een voortdurend spanningsveld: de samenleving verwacht bepaalde garanties op succes, maar die kunnen wij nooit bieden.”

## Daarnaast is het ook een “reflexief” kwaliteitsmodel. Wat betekent dat?

**Boxstaens:** “Nadat we ‘de grond bewerkt hadden’, gingen we nadenken over hoe we samen konden bepalen wat essentieel is aan kwaliteit van zorg. Ook dat gebeurde bottom-up: we hebben zeer veel medewerkers uit alle geledingen van de organisaties bevroegd, maar ook cliënten, patiënten en hun context. Daarbij stond één concrete vraag centraal: wat vind jij belangrijk als het gaat over kwaliteit van zorg? Op basis daarvan hebben we een intersectoraal, waardegedreven kwaliteitskader gebouwd. De kern van het verhaal is dat we ons – op een open en gestructureerde manier – voortdurend twee vragen stellen: 1) doen we de goede dingen? 2) doen we de dingen goed?”

**“Al onze sectoren hebben een grote complexiteit gemeen, en een voortdurend spanningsveld: de samenleving verwacht bepaalde garanties op succes, maar die kunnen wij nooit bieden**

Bart Reynders

## Hoe wordt die reflexiviteit concreet aangepakt?

**Boxstaens:** “Daarvoor hebben we inspiratie gevonden bij het Cobra-model, een kwaliteitsmodel ontwikkeld door de KU Leuven. Dat hebben we vertaald naar ons eigen reflexief metamodel. Daarin zijn enkele elementen essentieel. Zo gebruiken we voor onze reflectie data, maar vanuit een breed perspectief: we vragen ons af welke verhalen er achter de cijfers zitten. Daarbij zijn alle perspectieven gelijkwaardig: die van de medewerkers (van psychiater tot logistiek medewerker en poetshulp), de cliënten, hun context, het beleid én de wetenschap. Samen reflecteren we over zorgkwaliteit, in wekerende cycli en op verschillende niveaus. Op micro- en mesoniveau kun je bijvoorbeeld binnen een afdeling aan de slag rond een essentieel kwaliteitsthema. Je zet dan teamleden rond de tafel, maar ook cliënten en hun

sociale context. Dan kijk je naar de huidige status van dat thema, wat goed gaat en wat eventueel anders kan.”

## Bij reflectiemomenten wordt de “kritische vriend” betrokken. Wat houdt die rol in?

**Boxstaens:** “Dat is iemand die het hele proces begeleidt, vanuit een positie die nabij genoeg is om het werk te kennen, maar tegelijk voldoende afstand heeft om kritisch te kunnen kijken. Mensen hebben vaak blinde vlekken, waardoor reflectieprocessen niet altijd evenveel opleveren. De rol kan heel divers ingevuld worden: een externe expert, iemand die slechts deeltijds binnen het team werkt, een onderzoeker van de academische werkplaats... Het is vooral belangrijk dat die persoon van het team het vertrouwen krijgt om als kritische vriend op te treden.”



“Als je mensen vraagt om rond de tafel te zitten en hun visie te delen, hoef je hun ideeën niet klakkeloos over te nemen. Maar je moet wél duidelijk communiceren over wat je hebt gedaan en waarom

Johan Boxstaens

**Reynders:** “Kritisch betekent trouwens niet dat die persoon ‘tegen’ het team is. Kritische vragen stellen hoort bij het proces, maar hij kan zeker ook erkenning geven voor de complexiteit van het werk.”

#### Hoe wordt dan met die reflectie aan de slag gegaan?

**Boxstaens:** “Uit reflectie hoeven geen concrete acties te komen, maar het kan wel. Zo was er een reflectiecyclus over participatie bij het Onthaal-, Observatie- en Oriëntatiecentrum van Jeugdzorg Emmaüs. Daaruit bleek dat jongeren die deelnamen aan bewonersvergaderingen vaak geen antwoord kregen op hun vragen. Daarmee is het team aan de slag gegaan, want participatie moet uiteraard betekenisvol zijn. Zij hebben zichzelf een concrete indicator opgelegd: 80% van de vragen die jongeren stellen op de bewonersvergadering, moeten vóór de volgende bewonersvergadering beantwoord worden. Als die 80% wordt gehaald, krijgen ze een groen bolletje, bij 60-80% een oranje bolletje en bij alles daaronder een rood bolletje. Zo kun je makkelijk opvolgen of het lukt om de doelstelling te halen. Essentieel is dat de reflexiviteit niet alleen zit in reflectie, maar ook in de verbinding tussen verschillende cycli en in de terugkoppeling. Als je mensen vraagt om rond de tafel te zitten en hun visie te delen, hoef je hun ideeën niet klakkeloos over te nemen. Maar je moet wél duidelijk communiceren over wat je hebt gedaan en waarom. Dat is nodig om tot betekenisvolle participatie te komen.”

#### En hoe kom je dan tot een “gedragen kwaliteitscultuur”?

**Boxstaens:** “Tijdens de pilootprojecten werd duidelijk wat ons ultieme uitgangspunt moest zijn: organisaties zijn mensen. Zo kwamen we bij een kader met vier dimensies: (1) autonomie, (2) structureren en (regu)leren, (3) verbinding en vertrouwen, (4) identiteit. Dat is een lens om te kijken naar de werkelijkheid, die

helpt om te begrijpen waarom reflectieprocessen goed of minder goed lopen. Misschien wil een team werken aan structureren en reguleren, terwijl eerst moet worden gepraat over hun identiteit. Dat is een belangrijke houvast waarmee mensen concreet aan de slag kunnen.”

**Reynders:** “Die lens is inderdaad heel nuttig. Je ziet soms dat zorgverleners zich verliezen in allerlei regels, maar dankzij die lens begrijp je dat regels pas nuttig zijn als je ergens in gelooft. Ze zijn er in functie van bepaalde waarden.”

#### Jullie pleiten voor reflectiecycli op verschillende niveaus. Hoe pak je dat aan op macroniveau?

**Boxstaens:** “Je kunt dat macroniveau op verschillende manieren invullen. Je zou Emmaüs bijvoorbeeld als het macroniveau kunnen zien. Maar klassiek sociologisch is dat de brede samenleving. Dan zou je zo’n reflectiecyclus kunnen organiseren met zorgorganisaties, plus de verschillende agentschappen en Zorginspectie bijvoorbeeld. Dan kunnen organisaties tonen hoe ze bepaalde problemen hebben aangepakt. We hebben dit nog niet kunnen uittesten, maar we merken dat onze ideeën stilaan beginnen te resoneren, ook bij het Departement Zorg van de Vlaamse overheid. Alleen is dat een fundamenteel andere aanpak dan degene die ze gewoon zijn, het vraagt toch een cultuuromslag. Al heb ik bij het departement altijd veel openheid gevoeld. We willen ons kwaliteitskader ook niet positioneren als een tegenbeweging of een aanval op hun model. Het is belangrijk dat een overheid structuren en regels oplegt. En die moeten ook worden gecontroleerd. De vraag is alleen: hoe pak je dat concreet aan? Daarvoor proberen wij nu een alternatief te bieden.”





**“Kwaliteit is van iedereen.  
En het is heus geen *rocket science*,  
je hoeft geen moeilijke studies  
achter de rug te hebben om  
hiermee aan de slag te gaan  
en je te laten inspireren”**

Bart Reynders

**Reynders:** “Vandaag is er veel wantrouwen, hulpverleners hebben vaak het gevoel dat ze gecontroleerd worden, wat hen in een kwetsbare positie plaatst. Onze droom is dat we naar een model kunnen waarin iedereen naar waarde wordt geschat, op elk niveau.”

**Boxstaens:** “We weten uit onderzoek dat wanneer een overheid sterk inzet op externe audits en protocollen, zorgprofessionals sneller een gevoel van wantrouwen ervaren. Daardoor wordt werken aan kwaliteit iets wat moet, en dat willen we toch vermijden.”

#### **Vertrouwen is een punt dat vaak wordt aangehaald. Ontbreekt dat vandaag in de sector?**

**Reynders:** “Dat is zeker een heikel punt. In onze sector moeten we dag in dag uit ethische beslissingen nemen, wat per definitie betekent dat je niet weet of iets de ‘goede’ of ‘verkeerde’ keuze is. Als er binnen die onzekerheid altijd een zwaard van Damocles boven je hoofd hangt, in de vorm van rechtszaken, dan weegt dat enorm. En helaas worden steeds vaker juridische stappen gezet. Voor een bepaalde beslissing kun je ofwel bejubeld worden als ‘hulpverlener van het jaar’, ofwel – als het net iets anders uitdraait – aan de schandpaal worden genageld. Dat is heel zorgwekkend. Maar ook intern is vertrouwen cruciaal om tot verbinding te komen. Als je echt wilt reflecteren met een team, dan moet je er ook op kunnen vertrouwen dat jouw stem gehoord wordt. Het is niet de bedoeling dat het hele team moet zwijgen wanneer bijvoorbeeld de hoofdverantwoordelijke of de psychiater spreekt. Daar werken we hard aan. Maar het is een oefening die nooit stopt, zeker omdat er in deze sector veel personeelwissels zijn.”

#### **Kan doorgedreven reflectie niet leiden tot onzekerheid bij zorgverleners?**

**Boxstaens:** “Onzekerheid voorkomen is een illusie, we leven allemaal in onzekere tijden. Maar als ik naar de pilootprojecten kijk, dan zie ik dat mensen net minder onzeker worden doordat er naar hun visie wordt geluisterd, die naar waarde wordt geschat, en er in dialoog wordt gegaan. Reflectie zorgt voor versterking in plaats van meer onzekerheid.”

**Reynders:** “Daar ga ik absoluut mee akkoord. Het is zelfs een taak voor ons als sector om aan iedereen – onszelf, patiënten, hun context, de overheid – uit te leggen dat de capaciteit om onzekerheid te verdragen essentieel is voor mentaal welzijn.”

#### **Jullie willen reflecteren met alle betrokkenen, ook met jonge kinderen. Hoe pakken jullie dat aan?**

**Boxstaens:** “Met kinderen reflecteren over een zeer abstract thema als kwaliteit was inderdaad een uitdaging. Gelukkig kon ik rekenen op de hulp van ervaren en enthousiaste medewerkers. Zo kwam een van hen met het idee om bij een groep jonge kinderen een blinde smaaktest te doen met snacks van zogenaamde A- en B-merken. Zowel wijzelf als de kinderen droegen een witte labojas en een veiligheidsbril, als ‘echte onderzoekers’. De kinderen mochten vertellen welke snacks ze het lekkerst vonden en waarom. Zo kwamen we bij het thema kwaliteit: wat betekent dat eigenlijk? Tot mijn grote verbazing was de stap snel gezet naar praten over hun ervaringen binnen de jeugdzorg. Door creatief te zijn, kun je ook minder evidente doelgroepen beluisteren en hun verhaal een waardevolle plek geven in het geheel.”

#### **Wat hopen jullie met dit boek te bereiken?**

**Boxstaens:** “Mensen inspireren. Sommige stukken zijn misschien theoretisch, maar ik vind toch dat we erin geslaagd zijn om een boek te maken waarin iedereen wel stukjes vindt die kunnen inspireren, met dank aan vele voorbeelden uit de praktijk. We vertrekken in het boek vanuit de metafoer van het rizoom – het ondergrondse en dus onzichtbare netwerk dat de verschillende wortelstelsels in een bos met elkaar verbindt – om de complexiteit van de zorg te erkennen, op een begrijpelijke manier. En om te benadrukken hoe cruciaal verbinding is. Hopelijk zorgt het boek voor nog meer verbinding. En hopelijk raakt onze visie ook verder verspreid in de brede samenleving. Zodat het op macroniveau begint te resoneren en dingen in beweging zet.”

**Reynders:** “Het boek kristalliseert een cultuur die binnen Emmaüs is ontstaan: kwaliteit is van iedereen. En het is heus geen *rocket science*, je hoeft geen moeilijke studies achter de rug te hebben om hiermee aan de slag te gaan en je te laten inspireren.”



**Het inspiratieboek *Hoezo, zorg?! Kwaliteit in denken en doen* kan je bestellen via Emmaüs.**





## “In4Care wil naast het bestaande zorgsysteem een extra systeem uitbouwen, helemaal van nul”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JAN LOCUS

“Alleen de overheid blijft achter, met haar talloze regels en voorschriften: ik hoop dat de sector in de toekomst meer vrijheid en vertrouwen krijgt”

Nico De fauw



Vijf jaar geleden werd In4Care opgericht, een ledenorganisatie die de zorg- en welzijnssector wil klaarstomen voor de toekomst. Met de “Health Arena” is er nu een concreet project om die gezondheidszorg 2.0 te realiseren, vertelt directeur Nico De fauw.

De toekomst van zorg en welzijn realiseren: dat is in een notendop de missie van In4Care, een ledenorganisatie die spelers uit drie sectoren verbindt: de zorg- en welzijnssector, het bedrijfsleven en kennisinstellingen. Om hun missie waar te maken, organiseert In4Care allerlei activiteiten, gebaseerd op vier pijlers, vertelt directeur Nico De fauw. “Ten eerste proberen we onze leden te inspireren. Op allerlei events, zoals onze ‘Happy Aging Day’, stellen we innovatieve oplossingen voor. De tweede pijler is connectie: we willen onze leden verbinden. De noden van de sector connecteren met de industrie, en start-ups met innovatieve oplossingen in contact brengen met de zorgsector. Ten derde hebben we een bescheiden opleidingsaanbod. In de zorgsector worden geregeld mensen gebombardeerd tot ‘innovatiemanager’: wij geven hen een ‘innovatiebad’, zodat ze snel aan de slag kunnen. En tot slot is er onze vierde pijler: *get it done*. Zo is er elk jaar de ‘Zorgvinding’, een projectoproep waarbij voorzieningen zelf innovatieve oplossingen kunnen indienen. De laureaat krijgt naast financiële middelen ook een coachingstraject om hun project te realiseren.”

### Innovatieve mindset

De laatste ‘Zorgvinding’ die de hoofdprijs wegkaapte, was de ‘Lichtstraat’, een uitvinding van woonzorgcentrum Samen, Campus Wakken. “Het idee komt van de hulpverleners zelf, die een oplossing zochten voor hun bewoners met dementie die vaak gedesoriënteerd zijn,” aldus De fauw. “Dus gingen ze aan de slag met hun technische dienst: met ledstrips bouwden ze een flexibele oplossing om bewoners te helpen hun weg te vinden. De hulpverleners voelen zich erkend door deze prijs, en ondersteund in hun innovatieve ondernemerschap. De bewoners stellen het enorm op prijs. En ook voor de directie is het een troef: zij worden aantrekkelijker, zowel voor klanten als potentiële werknemers. Nu loopt er een traject om die oplossing op te schalen in samenwerking met de industrie, zodat het in de toekomst veel meer mensen kan helpen. Iedereen

wint bij innovatie. Alleen de overheid blijft achter, met haar talloze regels en voorschriften: ik hoop dat de sector in de toekomst meer vrijheid en vertrouwen krijgt, zodat er ruimte is om te innoveren.”

Als De fauw terugblijkt op de voorbije jaren, klinkt hij trots. “We hebben een innovatieve mindset in de zorg- en welzijnssector kunnen aanwakkeren. Er is meer oog voor de toekomst, voor samenwerking met de industrie, voor het belang van technologie, artificiële intelligentie, noem maar op. Als het op inspireren aankomt, hebben we al veel kunnen realiseren. En er zijn ook mooie samenwerkingen en concrete projecten ontstaan binnen ons netwerk.” Maar één ding begon te wringen: veel innovaties worden uitgetest, maar bleven bij pilootprojecten of kleine veranderingen. “Het is zo moeilijk om innovaties in te bedden in de werking van organisaties en de onderliggende processen te veranderen. Nochtans is dat nodig, als je echt wilt innoveren. Maar vandaag is dat haast onmogelijk. Niet omdat de wil ontbreekt, maar omdat de systemen, regels en financiering zo ontzettend complex zijn. Daarom verandert er weinig fundamenteels aan de manier waarop we zorg aanbieden. En dat is een probleem, want het huidige systeem is aan het crashen: er zijn te weinig verpleegkundigen, de ouderenzorg staat onder druk, organisaties komen financieel niet rond... Eigenlijk werkt het systeem niet meer.”

### Health Arena

Daarom heeft In4Care sinds kort een duidelijke ambitie: het gezondheidssysteem van de toekomst realiseren. “Daarbij ligt de focus op preventie en gezondheidspromotie”, vertelt De fauw. “Zo ontlasten we het huidige zorgsysteem, want als mensen gezonder gaan leven, hebben ze minder nood aan medische hulp. Het huidige systeem hoeft zeker niet te verdwijnen en dat gaan we zeker ook vanuit In4care blijven verbeteren en ondersteunen. Maar daarnaast willen wij een extra systeem bouwen, helemaal van nul: alle processen, samenwerkingen en businessmodellen vinden we opnieuw uit. Ik beschouw





## “Vraag eens aan iemand die terminaal ziek is of hij bereid is om zijn gezondheidsdata te delen, zodat misschien één arts wereldwijd hem kan helpen. Dan betwijfel ik of privacy wel zo belangrijk blijft”

Nico De fauw

ons een beetje als de Tesla van de gezondheidszorg. Toen Elon Musk met Tesla begon, wilde hij niet de zoveelste auto bouwen. Nee, hij vergat alle bestaande auto's en begon helemaal opnieuw. In het begin verklaarde iedereen hem voor gek, maar tien jaar later zijn elektrische auto's alomtegenwoordig en worden ze ook min of meer betaalbaar.”

Dat nieuwe systeem krijgt vorm in de zogenaamde “Health Arena”, waarvan een eerste prototype werd gebouwd op de Love Tomorrow Conference, tijdens het Tomorrowland-festival. Dit jaar zullen er nog meer van die prototypes opduiken, als tijdelijke pop-ups. Maar het is de bedoeling om dit concept de komende jaren in heel Vlaanderen te verankeren. “De Health Arena is een fysieke plek waar mensen heengaan om gezond te worden en te blijven. Die moet er aantrekkelijk uitzien, met veel groen en hout. En het wordt ook echt een arena, met verschillende verdiepingen. Op het gelijkvloers zitten alle eerstelijnsdiensten om mensen gezond te houden: de huisarts, kinesist, psycholoog, diëtist... Maar je kunt je er ook laten screenen en monitoren. Daarnaast zal er een fitness zijn, een restaurant met gezonde voeding, een e-health-shop met allerlei apps en devices... Op de eerste verdieping zitten de poliklinische diensten en op de tweede verdieping de dagkliniek, voor mensen die meer gespecialiseerde hulp nodig hebben.”

### Industrie en retail

Niet alle Health Arena's zullen er precies zo uitzien, benadrukt De fauw. “Wat ik nu omschreef, is de uitgebreide versie. Maar het kunnen ook plekken zijn met slechts enkele van die diensten. Op de ene plek zal het enkel een gelijkvloers zijn, op de andere twee of drie (beperkte) verdiepingen. Het hoeven trouwens geen gloednieuwe gebouwen te zijn. Ik kan me best voorstellen dat een bestaande polikliniek, dienstencentrum of fitnesscentrum ontpopt tot Health Arena, door andere diensten en partners te integreren. We gaan ervan uit dat elke Vlaamse gemeente op termijn minstens één Health Arena zal hebben.”

De vraag is natuurlijk: wie zal al die Health Arena's bouwen? Van de overheid verwacht

De fauw de komende jaren weinig. “Ook de zorg- en welzijnssector zitten vast in een rigide systeem van financiering en regelgeving, dus van hen verwachten we niet meteen initiatieven. Nu kijken we vooral naar de industrie en retailsector. Vandaag zijn veel spelers al bezig met het gezond maken en houden van hun klanten, via voeding, beweging en slaap bijvoorbeeld. In de marge daarvan kunnen ze hun diensten aanbieden en hun producten verkopen. Een partner die recent aan boord is gestapt, is Colruyt Group: zij hebben niet alleen supermarkten, maar ook fitnesscentra en een online apotheek. Ze hebben dus al veel in huis om mensen te monitoren, coachen en voedingsadvies te geven. Vervolgens zul je zien dat zorgactoren, zoals ziekenhuizen, een deel van hun diensten zullen doorschuiven naar de Health Arena's en samenwerken met de industrie. Samenwerking, ook met atypische partners, wordt cruciaal in dit verhaal. Net als leiderschap, data en innovatie. Bovendien richten we ons stevast op burgers in plaats van patiënten. We gaan echt naar een andere mindset.”

### Kritische kanttekeningen

Al zijn er wel enkele kritische kanttekeningen. Hoe voorkom je bijvoorbeeld dat zo'n Health Arena enkel voor de *happy few* is en dat een zorgbeleid met twee snelheden ontstaat? Het is een vraag die De fauw geregeld krijgt, geeft hij toe. “We mogen daar zeker niet licht over gaan, maar ik vind het geen reden om hier níét mee te starten. Bij dit soort innovaties zul je altijd zien dat het aanvankelijk commerciële initiatieven zijn. Het begint stevast met *early adopters* die voldoende financiële middelen hebben. In dit geval zullen dat enerzijds mensen zijn die erg bekommerd zijn om hun gezondheid, en anderzijds amateursporters, die het gewend zijn om veel te betalen voor hun passie. En ja, in het begin zal zo'n Health Arena relatief duur zijn. Maar al vrij snel zullen de ziekenfondsen pakketten aanbieden waarbij hun leden toegang krijgen tot *Health Arena's*. Elk ziekenfonds verschuift vandaag naar een gezondheidsfonds: dit past perfect in hun verhaal. Je zal dan bijvoorbeeld een abonnement kunnen nemen op een Health Arena, en een deel daarvan wordt terugbetaald door je ziekenfonds. In een volgende fase zal de overheid dat systeem hopelijk

mee financieren, al vrees ik dat dit niet voor de eerste tien jaar zal zijn. Ik ben al dertig jaar bezig met preventie en ik hoor de verschillende overheden al even lang verkondigen dat ze preventie belangrijk vinden. Maar in de praktijk wordt er amper geïnvesteerd, we zitten ver onder het Europese gemiddelde. Wat ik wél zie, is veel enthousiasme bij de zorg- en welzijnssector, dus ik heb zeker vertrouwen in de toekomst.”

Een ander punt van kritiek is dat de Health Arena's sterk gebaseerd zullen zijn op data, om de gezondheid van burgers te monitoren en hen te coachen. Dan loeren heikele privacykwesies om de hoek. “Vandaag delen we als burgers al zoveel data: onze bank weet perfect waaraan we ons geld uitgeven, de supermarkt stuurt folders met onze favoriete producten in promotie, de straten hangen vol camera's, we delen gretig onze sportprestaties op Strava... We hebben onze privacy eigenlijk al opgegeven, ook al zijn we ons daar niet altijd van bewust. Enkel als het over gezondheidsdata gaat, blijven we die privacy halsstarrig verdedigen. Al wordt privacywetgeving altijd gemaakt door gezonde mensen. Vraag eens aan iemand die terminaal ziek is of hij bereid is om zijn gezondheidsdata te delen, zodat misschien één arts wereldwijd hem kan helpen. Dan betwijfel ik of privacy wel zo belangrijk blijft. Ik denk dat de burger vooral meer regie moet krijgen: laat hem zélf bepalen met wie hij zijn data deelt.”

### De In4care Health Arena is in 2024 te bezoeken tijdens

- Inspire Health & Care in Flanders Expo van 19 t/m 21 maart
- ICT & Health World Conference in Maastricht van 14 t/m 16 mei
- Love Tomorrow Conference in Boom op 25 juli

Meer informatie? [www.in4care.be](http://www.in4care.be)





## HRwijs inclusief: op weg naar inclusief werkgeverschap en succesvolle werving

Raken vacatures bij jouw onderneming maar moeilijk ingevuld? Heb je nood aan een nieuwe HR-strategie om inclusie te verankeren en resultaten te boeken? Streef je ernaar om continu te blijven leren en te groeien op het gebied van (inclusief) werkgeverschap? Dan is HRwijs Inclusief misschien wel iets voor jou. HRwijs Inclusief bestaat uit intensieve begeleiding in de vorm van Groeilabo's over verschillende aspecten van je personeelsbeleid. Deze trainingen kunnen plaatsvinden in de regio Antwerpen, Leuven of Gent, maar ook online.

### Eerste Groeilabo: Instroom

Als je onderneming behoefte heeft aan een meer (diverse) instroom, moet je een andere aanpak durven overwegen. Dat krijg je te zien in het eerste Groeilabo van HRwijs Inclusief: Instroom. Misschien zoek je naar profielen die buiten de gebruikelijke rekruteringskanalen vallen. Dan is het hoog tijd om de blinde vlekken in je instroom-, rekruterings- en retentiebeleid aan te pakken en om te zetten naar inclusieve praktijken met een groter bereik en hogere retentie als gevolg.

In een traject van 3 maanden:

- Ontmoet je heel wat diverse profielen om jouw vacatures in te vullen;
- Krijg je begeleiding en coaching doorheen het rekruteringsproces;
- Word je professioneel begeleid door experts.

Dit Groeilabo ter waarde van 6065 euro is kosteloos, dankzij de financiële steun van Europa WSE.



### Webinars

Er worden ook webinars over verschillende onderwerpen aangeboden.



Surf naar de HRwijs-website voor meer informatie.  
[verso-net.be/hrwijs-inclusief](https://verso-net.be/hrwijs-inclusief)

## STUDIEDAG

# Zorg in transitie: Hoe integreer je een online en fysiek zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg?

De digitale evolutie is niet te stoppen. Ook in de geestelijke gezondheidszorg spelen online tools een steeds grotere rol. Recent onderzoek toont aan dat 71.000 mensen per jaar gebruik maken van online zelfhulpgroepen en online (zelfhulp)modules raadplegen. Zorgnet-Icuro organiseert over dit thema een studiedag op **18 april in Brussel**. Duik met ons mee in het traject van de integratie van online en *blended tools* binnen het aanbod van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

We benaderen de studiedag vanuit drie boeiende perspectieven: 'Wat wensen cliënten?', 'Wat ervaren hulpverleners?' en 'Wat is nodig in organisaties om online tools te integreren in het zorgaanbod?'. Keynote speakers Tom Van Daele en Patrick Luyten delen hun inzichten over het thema, experts kaderen vanuit wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zullen de lessons learned binnen dit traject in de CGG inspiratie bieden voor andere GGZ-sectoren.

### Interesse?

Schrijf je dan in vóór 10 april 2024. Deelnameprijs is 50 euro.



Scan hier de QR-code om het volledige programma te ontdekken en in te schrijven

# Sensoa Vlaggensysteem: gepast reageren als seksueel gedrag over de grens gaat

Waar mensen samenleven, samen spelen of samenwerken gaan we over elkaars grenzen. Ook als professional kom je dus in aanraking met grensoverschrijdend gedrag. Soms is dat gedrag seksueel. Maar wanneer is iets over de grens? Hoe ga je daarmee om? Hoe reageer je en hoe praat je erover met alle betrokkenen? Daarvoor ontwikkelde Sensoa het Vlaggensysteem.

### Hoe werkt het Sensoa Vlaggensysteem?

De methodiek gebruikt 6 objectieve criteria waaraan je seksueel gedrag toetst.

1. Toestemming
2. Vrijwilligheid
3. Gelijkwaardigheid
4. Context
5. Gepast voor het ontwikkelings- en functioneringsniveau
6. Impact

Op basis van je inschatting ken je daarna een vlag toe aan het gedrag. Een groene vlag voor gezond gedrag, een gele, rode of zwarte vlag voor grensoverschrijdend gedrag. Aan de hand van concrete cases ontdek je waar het verschil precies zit. Je leert ook reageren op een pedagogische manier.

### Wat mag er wel nog?

Sexualiteit is een belangrijk deel van het leven. Het Sensoa Vlaggensysteem wil gezond seksueel gedrag daarom net stimuleren én grensoverschrijdend gedrag helpen voorkomen. Gezond gedrag kan mits respect voor de integriteit van mensen. Daarom is er ook een groene vlag voor situaties die perfect passen binnen de seksuele ontwikkeling en seksuele rechten van alle betrokkenen.

### Een duidelijke meerwaarde

Het Vlaggensysteem biedt een gemeenschappelijke taal. Dat maakt het makkelijker om te praten over seks. Open communicatie werkt ook preventief: het creëert een cultuur waarin je vooraf, vóór een incident gebeurt, over principes en afspraken kan praten.

De reactiewijzer van het Vlaggensysteem helpt je als zorgverlener gepast te reageren naar alle betrokkenen na een incident. Het Sensoa Vlaggensysteem helpt ook een reactiebeleid uit te werken binnen je organisatie.

### Het Vlaggensysteem is nu online en gratis bruikbaar

Op de vernieuwde website van Sensoa vind je onder meer:

- Meer uitleg over de criteria, vlaggen, reactiewijzer en andere aspecten van het Vlaggensysteem
- Een database met allerhande veelvoorkomende situaties van seksueel (grensoverschrijdend) gedrag ingeschat volgens de criteria
- Handige werkvormen en methodes om met je team, bewoners, patiënten of cliënten aan de slag te gaan
- Een gids vol tips en tricks die je kan helpen om het Vlaggensysteem uit te rollen op maat van jouw organisatie
- Een link naar een gloednieuwe gratis online cursus over de methodiek, waarbij je de theorie zelfstandig doorloopt, op je eigen tempo, waar en wanneer je maar wil.



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

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

**Hoofdredactie en coördinatie:**  
Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

**Vormgeving:**  
[www.engage.studio](https://www.engage.studio)

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

V.U.: Margot Cloet  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

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

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 114, maart 2024, p. 32). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)

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

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



