

ZORG WIJZER



DOSSIER
PREVENTIE

“Investeren in preventie doet op termijn de zorgkosten dalen”

zorg net
ICURO

- 06 Interview met gezondheidseconoom Lieven Annemans
- 18 Zorgcentra na seksueel geweld
- 21 Interview met dr. Marc Moens

Colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

© Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.
www.zorgneticuro.be
www.zorgwijzermagazine.be

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 14 april.

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

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

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 78, september 2018, p. 6-9). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

Wil je adverteren in Zorgwijzer? Stuur dan een mailtje naar communicatie@zorgneticuro.be. We bezorgen je graag onze tarieven.

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.zorgwijzermagazine.be

90

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten

Dossier: preventie

- 06 Interview met gezondheidseconoom Lieven Annemans
- 10 In Vlaanderen wordt goed gevaccineerd, maar we moeten waakzaam blijven
- 13 Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)
- 16 WZC Heilige Familie in Kuurne knoopt de strijd aan tegen ondervoeding
- 18 Zorgcentra na Seksueel Geweld
- 21 Interview met dr. Marc Moens
- 24 CGG Noord-West-Vlaanderen getuigt over hun ervaring met CAPA
- 27 LUCAS organiseert tweede wereldcongres InterRAI: BelRai rijp voor versnelling
- 30 Nieuwe audit ziekenhuizen in 2020 op kruissnelheid

Preventie: investeren en connecteren

Wanneer dit nummer van Zorgwijzer bij u in de bus valt, zitten we midden in de Week van de Zorg die traditioneel eindigt met een grote opendeur op zondag. Dan zetten tal van Vlaamse zorgvoorzieningen hun deuren open. Thema dit jaar is 'Werken in de Zorg'. En terecht. Zowat iedereen in de sector weet dat we afstevenen op een gigantisch tekort aan zorgpersoneel. Het dreigt onze kwaliteitsvolle zorg onderuit te halen.

We lijken in een vicieuze cirkel te zitten. De uitstroom in het beroep is groter dan de instroom; er is een groeiende en complexere zorgvraag, vacatures raken niet ingevuld, de werkdruk stijgt voor zij die in het beroep staan; daardoor is er meer ziekteverzuim en vervroegde uitstroom; gevolg: nog minder personeel beschikbaar en een beroep dat jongeren percipiëren als zwaar en onaantrekkelijk... Tal van mogelijke pistes tot oplossing passeren de revue. Er zal veel creativiteit en innovatie nodig zijn om aan de personeelsschaarste het hoofd te bieden. We hopen dat de Week van de Zorg de sector een nieuwe boost van positiviteit geeft en onze jongeren kan tonen hoeveel mooi er dagdagelijks in de zorg gebeurt. Want #zorgwerkt!

We nemen u in dit nummer mee in het verhaal van de Zorgcentra voor Seksueel Geweld. Die verrichten baanbrekend werk in de zorg voor slachtoffers. Ze zorgen ervoor dat mensen die zich geconfronteerd weten met seksueel geweld alle kansen krijgen op de juiste ondersteuning

en gehoord worden door politie en justitie. Ze pionieren en bewijzen dat ze, helaas, broodnodig zijn.

Verder laten we ook enkele gezaghebbende stemmen aan het woord over preventie. "Universele preventie is binnen de gezondheidszorg het meest kosteneffectief", aldus gezondheidseconoom Lieven Annemans. Waarom investeren we dan zo weinig in preventie en gezondheidspromotie? Historisch hinkt on land achterop inzake preventie; we investeren ruim onder het Europese gemiddelde. En dat terwijl er zoveel gezondheidswinst te rapen valt. Annemans suggereert meer "power" om moeilijke lange-termijnbeslissingen te kunnen nemen en te investeren in zaken die pas in de long run de terugverdieneffecten laten zien. Maar lange-termijnpolitiek is in de Belgische politiek steeds minder een verhaal van het haalbare. Dat weet onderhand wel iedereen.

Wat werkt er in preventie en wat niet? Wat zijn de belemmerende factoren? Wanneer zijn campagnes een succes? Rode draad doorheen de interviews is het belang van goede en correcte informatie, wetenschappelijk onderbouwd en aange-reikt via goede methodieken en tools. Niet met een beschuldigend vingertje wijzen, maar de mensen meenemen in het verhaal, connecteren op de tijdsgeest. Het mooiste voorbeeld daarvan is "Tournée Minérale", een van de grootste successen van het Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs. Maar je hebt evengoed

nooit alles onder controle, luidt het in datzelfde interview.

Waar er ruimte is voor creativiteit, moeten we die ook durven te grijpen. We moeten met zijn allen meer out of the box denken en de platgetreden paden durven verlaten. En de beleidsmakers appelleren aan een lange-termijnbeleid. Alleen zo krijgt preventie een echte kans.



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Doe mee met de Week van de dikke merci! van OKRA

Tijdens de week van 20 tot 26 april 2020 organiseert de ouderenvereniging OKRA, de 'Week van de dikke merci!'. In die week nodigt OKRA iedereen uit om een persoon in zijn omgeving te bedanken voor de geboden hulp, de opbeurende gesprekken of gewoon het aanwezig zijn. Wedden dat jouw dankbaarheid aanstekelijk werkt en je zo mee de microbe verspreidt om goed te zorgen voor elkaar? Speciaal voor de woonzorgcentra is er in die week een actie voor personeel, bewoners en mantelzorgers: laat je dank blijken door middel van een heerlijke cupcake, vraag een plaatje aan bij 'radio merci!' of stuur gewoon een 'dikke merci!' -kaart.



Organiseer een cupcake-moment

Breng tijdens de 'Week van de dikke merci!' bewoners, personeel, vrijwilligers en mantelzorgers van woonzorgcentra samen met een heerlijk cupcake-moment. Op die manier wil OKRA zijn dank uitspreken voor iedereen die er is voor de bewoners. En de bewoners krijgen op hun beurt ook de kans om hun appreciatie te uiten.

Wil je graag meedoen? Laat het zo snel mogelijk weten via zorgrecht@okra.be en we maken jouw initiatief bekend bij de vrijwilligers van OKRA. We bezorgen je heerlijke recepten en leuke cupcake-prikkers.

Vraag een liedje aan bij 'radio merci!'

Om het merci-virus helemaal verder te verspreiden, kunnen mensen liedjes aanvragen bij Radio VBRO. Radio VBRO is een Vlaamse radiozender en zet haar schouders onder de 'Week van de dikke merci!'. Tijdens die week kunnen luisteraars iemand speciaal verrassen met een pakkend liedje.

Vraag je favoriete plaatje aan via merci@vbro.be en beluister in de week van 20 tot 26 april tijdens 'radio merci' je verzoeknummers. Meer info? Check de website van Radio VBRO op www.vbro.be.

Stuur een 'dikke merci!' -kaart om iemand speciaal te bedanken

OKRA geeft je de kans om diegene die veel voor je betekent in het zonnetje te zetten. Soms vind je niet de juiste manier om dank te zeggen. Met de digitale 'dikke merci!' -kaart kan je heel gemakkelijk iemand verrassen.

Surf naar www.okra.be, stuur je kaart en maak de dag van jouw vriend(in), mantelzorger, vader, moeder, verzorger ... Alvast een dikke merci!

Zomercursus

Ethiek in de dementiezorg

Van 7 tot 10 juli 2020 organiseert het **Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven** de 6^{de} editie van de zomercursus 'ethiek in de dementiezorg'. De cursus wordt gecoördineerd door professor Chris Gastmans, Stafmedewerker Ethiek bij Zorgnet-Icuro, en vindt plaats in het Iers College in Leuven.

Programma

Tijdens de cursus zullen experts uit binnen- en buitenland lezingen geven over verschillende ethische topics binnen de zorg voor personen met dementie zoals het omgaan met kwetsbaarheid en waardigheid van

patiënten, familieleden en hulpverleners. Maar ook maatschappelijke denkbeelden over dementie, vroegtijdige zorgplanning, vroege diagnose van dementie, euthanasie en seksualiteit en intimiteit komen aan bod. Er is veel tijd voor discussie aan de hand van concrete casussen. De voertaal is Engels.

Doelpubliek

Deze internationale en interdisciplinaire cursus richt zich tot deelnemers met diverse professionele achtergronden zoals artsen (geriaters, psychiaters, huisartsen, ...), verpleegkundigen, gerontologen, psy-

chologen, paramedici, pastores, maatschappelijk werkers, ethici en juristen, managers en bestuurders van zorginstellingen. In het bijzonder worden leden van de commissies voor medische ethiek en managers en bestuurders van zorgvoorzieningen uitgenodigd om aan deze opleiding deel te nemen.

Voor meer informatie en aanmelding, kan u terecht op de website www.cbmer.be of u kan mailen naar: Chris.Gastmans@kuleuven.be.

Big data in de gezondheidszorg – Brussel, 1 april 2020

Voorwaarden en voorstel voor (her)gebruik van klinische gegevens

Ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers beheren grote hoeveelheden gegevens van hun patiënten. Die gegevens bevatten potentieel een schat aan informatie. Maar mogen die gegevens zomaar gebruikt worden voor (secundair) onderzoek? Wat zijn daarvoor de juridische en ethische randvoorwaarden? Bestaan er goede voorbeelden in het buitenland? En wat vinden al de betrokken stakeholders hiervan?

Zorgnet-Icuro boog zich over dit thema, bracht de randvoorwaarden in kaart en lanceert het voorstel voor een big data onderzoeksplatform vanuit een samenwerking tussen verschillende zorgactoren. Hartelijk welkom op woensdag 1 april in KVS in Brussel. Inschrijven kan via de website www.zorgneticuro.be.

Programma

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 12u00 | Verwelkoming met broodjes | 15u30 | Wat met de stakeholders? Een blik op hun perspectieven |
| 13u00 | Opening van de studiedag
<i>Margot Cloet (Zorgnet-Icuro)</i> | | <i>Yvonne Denier (Zorgnet-Icuro/KU Leuven)</i> |
| 13u15 | Wat zijn de mogelijkheden en wat is het voorstel?
<i>Peter Raeymaekers (Zorgnet-Icuro)</i> | | Paneldebat met:
- Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform)
- Jo De Cock (RIZIV)
- Bart Van den Bosch (UZ Leuven)
- Tine Lewi (Johnson & Johnson)
- Dirk Dewolf (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
- Jef Hooyberghs (Vito) |
| 14u00 | Voorbeeld van een big data platform uit het buitenland | 16u15 | What's next?
<i>Marc Geboers (Zorgnet-Icuro)</i> |
| 14u30 | Technisch kan het, maar mag het ook? Een juridische analyse
<i>Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro/UGent)</i> | | |
| 15u00 | Wat zijn de ethische pistes? Richtlijnen voor een verantwoord gebruik
<i>Mahsa Shabani (UGent)</i> | | |

Gegevensbescherming in de zorg

Een praktische gids bij de GDPR



Op 25 mei 2018 werd de **privacywetgeving grondig hervormd** en aangevuld door een veel besproken Europese verordening: de **GDPR**. Dit brengt heel wat nieuwe verplichtingen mee, ook voor zorgvoorzieningen. Hun bewoners en patiënten mogen er immers op rekenen dat vertrouwelijk en voorzichtig omgegaan wordt met de vele gezondheidsgegevens.

In dit boek krijgt u:

- **vragen en antwoorden** om de GDPR **gedetailleerd en praktisch** toe te lichten
- **12 modellen** om de nieuwe verplichtingen zo vlot mogelijk uit te voeren
- een **beknopte inleiding bij de GDPR**, samen met nuttige verwijzingen om verder te werken aan de optimale bescherming van de privacy

EDITOR(S) Tom Balthazar, Peter Raeymaekers
PRIJS € 23
UITGAVEJAAR 2018

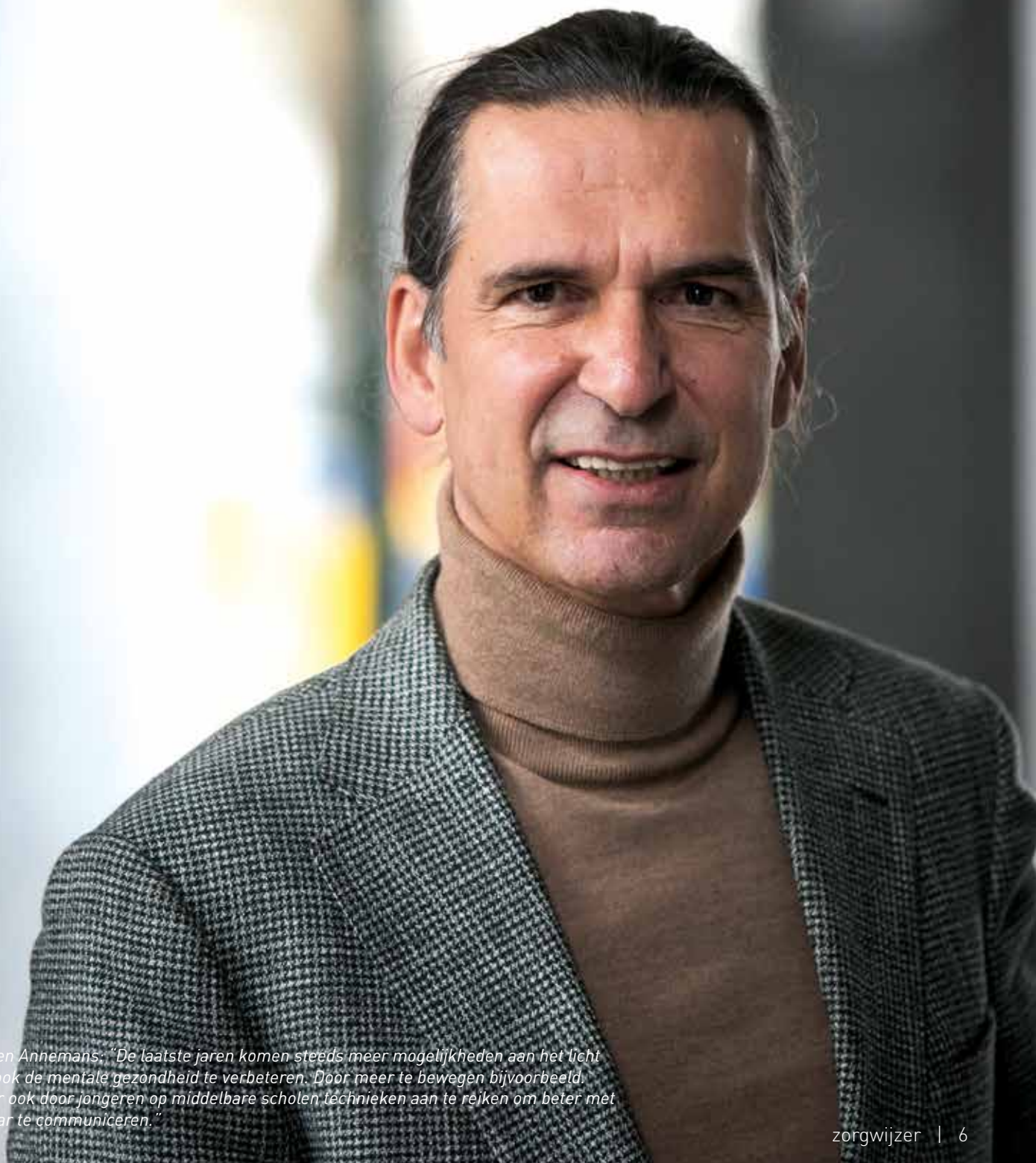
BESTELCODE 202 185 301
ISBN 978 90 4863 274 9
AANTAL PAGINA'S 168

Meer info en bestellen via www.diekeure.be/professional

INTERVIEW MET GEZONDHEIDSECONOOM LIEVEN ANNEMANS

“Besparen op preventie en gezondheidspromotie? Totaal onlogisch”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: JAN LOCUS



Lieven Annemans: “De laatste jaren komen steeds meer mogelijkheden aan het licht om ook de mentale gezondheid te verbeteren. Door meer te bewegen bijvoorbeeld. Maar ook door jongeren op middelbare scholen technieken aan te reiken om beter met elkaar te communiceren.”

“De zorgvoorzieningen zitten vol specialisten op het vlak van genezing, maar niet altijd op het vlak van preventie. Je kunt natuurlijk niet eisen dat elke arts, verpleegkundige en kinesist plots een gezondheidspromotor wordt. Maar er zou wel meer samenwerking mogen zijn.”

Eind vorig jaar ging een schok door het Vlaamse welzijns- en gezondheidslandschap toen kersvers minister Wouter Beke besloot om stevig te besparen op preventieve hulp. Intussen is een groot deel van die beslissing teruggedraaid. Terecht, vindt gezondheidseconoom Lieven Annemans (UGent) “Universele preventie is binnen de volledige gezondheidszorg het meest kosteneffectief. Als je daarop bespaart, is de logica ver zoek.”

U bent een belangrijk voorvechter van meer preventie in de gezondheidszorg. Hoe is dat inzicht gegroeid?

Ik werk intussen al 25 jaar als gezondheidseconoom: dan kom je honderden projecten en onderzoeksresultaten tegen. Er zijn verschillende manieren om je geld goed te besteden binnen de gezondheidszorg, maar steevast komen gezondheids promotie en preventie – en dan vooral universele preventie – als de meest efficiënte naar voren. Universele preventie wil zeggen dat je een hele bevolking(sgroep) bereikt. Minder zout aan het brood toevoegen is een goed voorbeeld. Of in scholen enkel nog water en gezonde voeding aanbieden. De kost per persoon is laag, het effect gigantisch. Daarnaast zijn er nog drie vormen van preventie. Bij selectieve preventie richt je je op risicogroepen. Een actie rond mentale gezondheid voor mensen die het socio-economisch moeilijk hebben, bijvoorbeeld. En dan is er geïndiceerde preventie, voor mensen die al een probleem ontwikkelen. Zo moet je mensen met een hoge bloeddruk aanmoedigen om gezond te eten, om te voorkomen dat er meer problemen ontstaan. En ten slotte is er nog zorggerelateerde preventie: hoe vermijd je bijvoorbeeld dat iemand die een depressie heeft overwonnen, hervalt?

Zou de Belg gezonder en gelukkiger zijn, mocht er meer in preventie worden geïnvesteerd?

Ja. Volgende vraag! (*lacht*) We weten al lang dat een gezonde levensstijl – genoeg

bewegen, gevarieerd eten, niet roken, matig alcohol drinken... – de gezondheid van mensen verbetert. Maar de laatste jaren komen steeds meer mogelijkheden aan het licht om ook de mentale gezondheid te verbeteren. Door meer te bewegen bijvoorbeeld. Maar ook door jongeren op middelbare scholen technieken aan te reiken om beter met elkaar te communiceren. Ook dát is een vorm van universele preventie. En die verbetert de kans op een gelukkig leven.

Eind vorig jaar was er veel ophef omdat minister van Welzijn Wouter Beke besliste om fors te snoeien in preventie. Schrok u van die beslissing?

Ik had al een paar waarschuwingssignalen ontvangen van mensen uit de sector, die vreesden dat er nogal lineair bespaard zou worden. Zelf was ik er eigenlijk gerust in. Ik had de visienota van Beke gelezen, waarin letterlijk staat dat preventie zichzelf terugverdient. Dus vermoedde ik dat ze wel goed zouden nadenken en zeker niet veralgemeend zouden besparen. Uiteindelijk zijn sommige zaken inderdaad de dans ontsprongen. Zo wordt de HPV-vaccinatie (*tegen het humaan papillomavirus, red.*) uitgebreid: een zeer goede zaak. Maar toch vind ik dat er nog te lineair is geredeneerd, waardoor ook erg goede, kosteneffectieve initiatieven – vooral met expertise rond gezonde levensstijl – eraan moeten geloven. Dus ja, ik was geschrokken. Maar ter verdediging van de minister: het moest heel snel gaan. Gelukkig is er sindsdien al een deel geredeneerd, na gesprekken met de sector.

Legt minister Beke wel de juiste klemtoon? Hij investeert meer in ziektepreventie dan in gezondheids promotie.

Ziektepreventie, in de vorm van vaccinaties bijvoorbeeld, is ook erg doeltreffend en kosteneffectief. Dat is dus zeker geen slechte investering. Maar aan gezondheids promotie mag je eigenlijk niet raken. Omdat we nog een inhaalmanoeuvre moeten maken, want historisch gezien

hinken we als land achterop. Bovendien investeren we ook nu nog minder dan het Europese gemiddelde. Terwijl het toch het meest kosteneffectieve is wat je kunt doen. Als je dan bespaart, is de logica ver zoek.

Waarom wordt dan toch zo weinig geïnvesteerd?

Volgende vraag! (*lacht*) Ik denk dat we historisch een beetje de boot hebben gemist. Ik ben ervan overtuigd dat de minister van Gezondheid ook de eerste minister zou moeten zijn, zodat hij wat meer *power* zou hebben om moeilijke beslissingen te nemen. Ik ben geen specialist in wegenwerken, maar als ik zie dat bestaande wegen in goede staat plots weer worden opengelegd, gewoon om ze te verfraaien of een rond punt aan te leggen, dan frons ik toch de wenkbrauwen. Als je dan naar kosten en baten kijkt, is dat veel minder efficiënt dan gezondheids promotie.

Is gezondheids promotie enkel een taak voor de overheid? Of ook voor bedrijven en scholen bijvoorbeeld?

Zeker. ‘*Health is in all policies*’: ook dat stond in de visienota. Dat wil zeggen dat de minister van Werk erop moet toezien dat werkgevers gezondheid als een prioriteit zien. En dat de minister van Onderwijs scholen moet aanmoedigen of zelfs verplichten om bij hun leerlingen een gezonde levensstijl te promoten. Slim gezien, want daardoor moeten die andere ministers daarvoor ook budget vrijmaken. Maar met middelen alleen red je het niet, er is ook expertise nodig. Als een school wil investeren in gezondheid, komt er meer bij kijken dan enkel gevarieerde maaltijden. Dan geldt het BOEM-principe: je moet inzetten op Begeleiding, de Omgeving aanpassen, Educatie en indien nodig ook strenge Maatregelen nemen. Ouders verbieden om nog zoetigheden mee te geven naar school, bijvoorbeeld. En het is ook op die expertise dat men nu bespaart.



Kan de minister van Onderwijs zulke regels niet gewoon opleggen aan alle scholen?

Zo'n top-down-aanpak kan werken, maar in ons land hebben we daar niet zoveel ervaring mee. In de Scandinavische landen lukt dat wel. Neem nu Finland: dat is op enkele decennia uitgegroeid van een zeer ongezond land tot een zeer gezond. Op scholen krijgen leerlingen daar enkel nog gezonde voeding en water, en ook de andere BOEM-voorwaarden zijn ingevuld. Eenmaal dat plan klaar was, heeft iedereen het gevolgd. Bij ons is de boodschap vaker: kies maar. Dan heb je *early adopters*, die er vol overtuiging invliegen, maar soms expertise en ondersteuning missen. Daarnaast zijn er scholen die zich afwachtend opstellen. En je hebt ook een deel dat tegenwerkt: hoe durf je aan onze vrijheid te raken?

Dat gevoel leeft ook bij burgers. Veel mensen zijn boos omdat er zoveel wordt verboden. Hoe vermijd je dat 'wijzende vingertje'?

In Finland vonden weinig ouders dat hun privéleven werd geschaad toen kinderen enkel nog gezonde voeding kregen op school. Net omdat die actie tot in de puntjes was voorbereid, met veel overleg en correcte informatie. En als je dan ook nog kunt tonen dat gezonde voeding superlekker is, zal niemand tegensputteren. Of neem een ander voorbeeld, uit Zweden. Daar lopen op middelbare scholen programma's om pestgedrag te vermijden, waarbij ook de ouders betrokken worden. Er wordt niet met een beschuldigend vingertje gewezen naar pesters, maar gekeken naar de impact op slachtoffers. Stilaan beseft iedereen dat een omgeving waarin niet gepest wordt, tien keer fijner is, voor iederéén. Maar daarom is expertise zo belangrijk. Aan de UGent hebben we nu de opleiding Master in de Gezondheidsbevordering. De studenten leren hoe ze het gedrag van mensen kunnen veranderen, zonder dat het paternalistisch overkomt. De truc is ervoor te zorgen dat mensen het zelf willen en het zelfs leuk vinden. Daarvoor heb je correcte informatie nodig, in de juiste hoeveelheid – niet te weinig maar ook geen *overload* – en stijl, het juiste aanbod én een snel resultaat.

“Ik ben ervan overtuigd dat de minister van Gezondheid ook de eerste minister zou moeten zijn, zodat hij wat meer *power* zou hebben om moeilijke beslissingen te nemen.”

En wat met de veelbesproken vet- of suikertaks: is die efficiënt?

Dat is een laatste toevlucht, als al de rest niet werkt. Het is effectiever om met de industrie samen te werken, zodat voeding gezonder wordt. Daar wordt volop aan gewerkt. Maar zo'n taks kan dus ook een optie zijn. Maar dan moet je minstens 20% heffen op frisdrank, anders heeft het geen zin. En belangrijk: er moeten ook subsidies tegenover staan, zodat gezonde voeding goedkoper wordt. Anders worden mensen in armoede het slachtoffer. En ten slotte zou ik ook iets doen aan de naam: als je zoiets een 'gezondheidsbijdrage' noemt, in plaats van een taks, klinkt het al minder pesterig. Je moet mensen duidelijk maken dat het draait om gezonde alternatieven, niet zomaar om een extra belasting.

Wat met de gezondheidssector zelf? Besteden ziekenhuizen, woonzorgcentra en andere voorzieningen genoeg aandacht aan preventie?

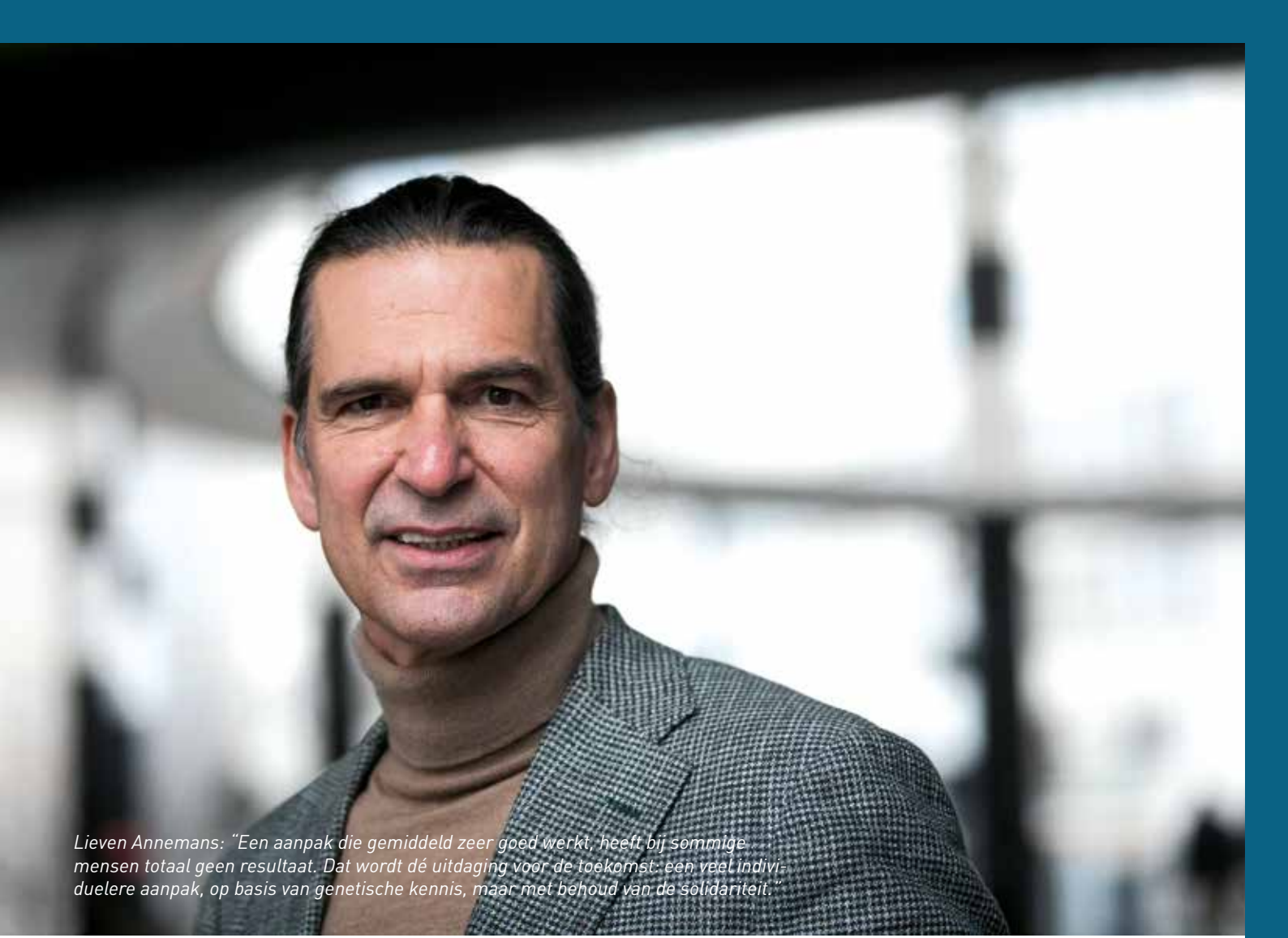
Daar raakt u toch een zere plek aan. Veel werknemers in die sector leiden geen al te gezond leven. De zorgvoorzieningen zitten vol specialisten op het vlak van genezing, maar niet altijd op het vlak van preventie. Je kunt natuurlijk niet eisen dat elke arts, verpleegkundige en kinesist plots een gezondheidspromotor wordt. Maar er zou wel meer samenwerking mogen zijn. Er zijn nu al enkele mooie projecten. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld beweging voorschrijven, aan mensen met prediabetes bijvoorbeeld. Maar het kan nog veel beter. Soms hoor ik dat een gemeente een cursus 'gezond koken' organiseert,

maar dat de huisartsen niet op de hoogte zijn, waardoor ze er ook niet enthousiast over zijn.

Er wordt vaak geschermd met cijfers: één euro in preventie zal een veelvoud besparen voor de ziekteverzekering. Maar kan dat wel zo makkelijk becijferd worden?

Daar dienen gezondheidseconomen voor. Maar met hen moet je opletten. (*lacht*) Wij voelen soms de verleiding om er sterke cijfers op te plakken: 'elke euro in gezondheids promotie verdient zich vier keer terug'. Dat is wel degelijk gebaseerd op grondige studies. Maar in die studies zitten helaas altijd onzekere factoren. Gemiddeld kloppen die cijfers, maar als één of twee variabelen veranderen, verandert alles. Wij proberen zo genuanceerd mogelijk te communiceren, maar de media hebben natuurlijk ook sprekende koppen nodig.

Bij een Europees project rond beweging en gezonde voeding in de kleuterklas, ontdekten we dat zoiets zeer goede resultaten kan hebben: die kindjes dronken meer water en waren actiever. Dus zochten wij, gezondheidseconomen, naar studies waaruit blijkt dat kinderen die op vijf jaar gezond zijn, dat op hun 18de vaak ook nog zijn. Plus: wie op zijn 18de zwaarlijvig is, heeft op zijn 50ste veel meer kans om dat nog steeds te zijn. Kort door de bocht kun je uit zulke studies afleiden dat als je nu investeert in kleuters, je zeer veel zult besparen over 50 jaar. Bij zo'n berekening spelen natuurlijk veel onzekere factoren. Maar hebben we een andere keuze? Moeten we die kinderen eerst 50 jaar opvolgen en dan pas iets veranderen? Als beleids-



Lieven Annemans: "Een aanpak die gemiddeld zeer goed werkt, heeft bij sommige mensen totaal geen resultaat. Dat wordt dé uitdaging voor de toekomst: een veel individuelere aanpak, op basis van genetische kennis, maar met behoud van de solidariteit."

maker ben je nu eenmaal afhankelijk van voorspellingen.

Preventie heeft ook een schaduwzijde. Denk maar aan de grootschalige screenings op verschillende kankers. Die leiden tot overdiagnose, veel mensen worden onnodig patiënt.

Van de vorige minister, Jo Vandeurzen, kregen we een tijdje geleden de vraag om een kosten-batenanalyse te maken van enkele screenings, voor borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. Daaruit bleek dat die wel degelijk hun geld waard zijn, als je ze correct toepast – bij de juiste mensen, met de juiste techniek én de juiste frequentie. Bij prostaatcancer ligt dat veel moeilijker, omdat er niet genoeg bewijs is dat de positieve effecten opwegen tegen de negatieve. Zoiets moet je onderzoeken met harde cijfers, niet met slogans of anekdotes. Als ik iemand hoor zeggen dat zijn grootvader elke dag frieten at en toch 95 jaar is geworden, denk ik: 'wel, proficiat'. Maar daar kunnen we niets op baseren. We beginnen trouwens steeds meer te ontdekken dat iedereen verschillend is: een aanpak die gemiddeld zeer goed werkt,

heeft bij sommige mensen totaal geen resultaat. Dat wordt dé uitdaging voor de toekomst: een veel individuelere aanpak, op basis van genetische kennis, maar met behoud van de solidariteit.

Maar is dat soort doorgedreven preventie, met volledige genetische screenings bijvoorbeeld, geen vorm van medische overconsumptie?

We moeten inderdaad opletten dat we niet obsessief met onze gezondheid bezig zijn, want dan gaat de mentale gezondheid er weer onder lijden. Het moet een beetje *plezant* blijven. (*glimlacht*) Er is trouwens nog een andere trend die eraan komt: het zogenaamde transhumanisme, waarbij je – als we niet opletten – een nieuwe elite van geüpgrade mensen krijgt. Ik ben geen ethicus, maar als samenleving moeten we heel dringend nadenken over wat we ethisch toelaatbaar vinden.

U leidt ook het Nationaal Geluksonderzoek. Wat kunnen we daaruit leren, met het oog op preventie?

Een van de pijnpunten uit dat onderzoek

was eenzaamheid, iets waar zeer veel Belgen mee kampen. En we weten uit onderzoek dat daar gezondheidsrisico's aan vasthangen. Het beleid moet daartegen strijden – er zijn al veel steden en gemeenten die dat fantastisch doen. Maar wij hebben zelf ook allemaal een belangrijke verantwoordelijkheid. Veel mensen besteden hun vrije tijd aan sociale media en Netflix. Terwijl net aangetoond is dat je véél gelukkiger wordt als je aansluit bij een groep. Dat kan een sportclub zijn, een culturele vereniging of – misschien nog de beste optie – vrijwilligerswerk. Altruïsten zijn overigens gemiddeld gelukkiger en maken ook anderen gelukkiger.

IN VLAANDEREN WORDT GOED GEVACCINEERD, MAAR WE MOETEN WAAKZAAM BLIJVEN

Vaccinatiebeleid en vaccinatietwijfel

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: JAN LOCUS

Vaccinatie is een van de belangrijkste pijlers van preventie. Maar steeds vaker duiken berichten op over vaccinatietwijfel en zelfs antivaccinatiegroepen. Dr. Geert Top, het aanspreekpunt voor vaccinaties bij het Agentschap Zorg en Gezondheid, maakt zich nog geen grote zorgen. “Het komt erop aan mensen correct te informeren, met wetenschappelijke argumenten.”

Hoe is het in Vlaanderen gesteld met de algemene vaccinatiegraad?

Vrij goed. Voor alle kinderziektes zitten we bij baby's en jonge kinderen aan de voorziene vaccinatiegraad van 95% of meer. En met het HPV-vaccin (humaan papillomavirus, red.) bereiken we bijna 91% van de 12-jarige meisjes. Dat kunnen niet veel Europese landen zeggen. Wallonië doet het ook een heel stuk minder, omdat in de Franstalige pers vaker stemmen tegen vaccinatie te horen zijn. Daar hebben ouders ook nog meer de gewoonte om hun kind te laten vaccineren bij de pediater. In Vlaanderen kiest ruim 85% van de ouders voor vaccinatie via Kind en Gezin en later het CLB. Dat is historisch zo gegroeid en het blijft onze grote kracht.

Zijn er ook bepaalde pijnpunten?

Qua vaccinatiebeleid niet echt. Het blijft alleen een uitdaging om de continuïteit in de beschikbaarheid van vaccins te garanderen. Soms is de vraag naar bepaalde vaccins heel groot, in Europa of wereldwijd. Als één bedrijf dan een tekort heeft – zoals onlangs met mazelen-bof-rubella – dan springen alle landen op de concurrerende bedrijven. Als wij daar als Vlaamse overheid nu net een contract mee hebben, kan dat problemen opleveren. Zeker bij jonge kinderen weten we dat uitstel het risico op afstel verhoogt.

Onlangs is de toediening van het HPV-vaccin uitgebreid: nu kunnen ook jongens gratis ingeënt worden door het CLB. Een goede keuze?

Die beslissing is gekomen na een advies van de Hoge Gezondheidsraad. Dat vaccin beschermt niet alleen tegen baarmoederskanker, wat een wereldwijde prioriteit is, maar ook tegen andere genitale kankers en kankers in de aarsstreek, bepaalde keelkankers en genitale wratjes. Het lijkt me een goede zaak dat er niet meer wordt gediscrimineerd op basis van gender.

Is het budget voor vaccinaties op dit moment toereikend?

Gelukkig wel, anders zouden we onze facturen niet kunnen betalen. Soms gebeurt het natuurlijk dat het contract voor een bepaald vaccin afloopt en de opvolger ineens vijf euro per vaccin duurder is. Dan is het aan de politiek om te beslissen waar die extra middelen vandaan moeten komen. Maar voorlopig loopt alles vlot.

Nochtans kwam er onlangs kritiek, omdat het advies van de WHO en de Hoge Gezondheidsraad om het tweede mazelenvaccin eerder toe te dienen, nog niet wordt toegepast.

Dat is puur een kwestie van organisatie, niet zozeer van een tekort aan middelen. Als je zo'n vaccin vervroegd wil toedienen, moet je minstens één jaar dubbel zoveel vaccins aanbieden. En die extra vaccins zijn simpelweg niet voorzien. We kregen meteen vragen van huisartsen: of ze nu al mogen vaccineren op zeven jaar. Neen dus, eerst moet het praktisch geregeld worden. Zo'n vaccinatieschema verandert je niet op één-twee-drie.

Er klinken regelmatig oproepen om bepaalde (dure) vaccins te laten terugbetalen, zoals meningokokken B of pneumokokken. Als je zo levens kunt redden, waarom niet?

Om te beslissen welke vaccins in het vaccinatieschema belanden, moet je ook kijken naar kosten en baten. Bepaalde ziektes, zoals mazelen, wil Europa elimineren. Dan moeten zoveel mogelijk mensen gevaccineerd worden. Andere ziektes komen erg veel voor, dus daar zetten we ook maximaal op in. Maar er zijn ook ziektes die wel ernstig zijn, maar zeldzaam. Of het kan gaan om vaccins waarmee je wel individuen kunt beschermen, maar die minder impact hebben op de epidemiologische ontwikkeling.

Riskeer je op die manier geen geneeskunde met twee snelheden?

Deels wel. Tegen pneumokokken bestaat bijvoorbeeld een vrij duur vaccin. Een stuk duurder dan het griepvaccin, waardoor veel ouderen zich wél laten vaccineren tegen de griep, maar niet tegen pneumokokken. Terwijl ze in beide gevallen een risicogroep zijn. Dat kan misschien beter. Maar over een (gedeeltelijke) terugbetaling moet het RIZIV beslissen, daar heeft Vlaanderen geen impact op.

Er wordt nu veel geschreven over de antivaccinatiebeweging. Hoe groot is die in België?

Niet zo groot, maar we moeten er wel rekening mee houden. Er is een groep die per definitie tegen vaccinatie is. Ik vrees dat het heel moeilijk is om zulke mensen te overtuigen. Maar er zijn ook burgers die een gezonde, kritische geest hebben. Daar heb ik geen problemen mee. Op onze gezondheidsconferentie over vaccinaties van enkele jaren geleden hebben



Geert Top: "Het probleem is dat mensen sommige ziektes niet meer kennen. Dat is een belangrijke paradox bij vaccinatie: het wordt het slachtoffer van zijn eigen succes."

we bijvoorbeeld een antroposofische arts uitgenodigd die zijn visie uit de doeken kwam doen. Niet om hem in diskrediet te brengen, wel om meer inzicht te krijgen in hoe zij over vaccinatie denken.

De groep rabiate tegenstanders groeit misschien niet in Vlaanderen, maar de twijfelaars mogelijk wél. Het is cruciaal dat onze vaccinatoren correcte informatie aanbieden en wetenschappelijk onderbouwde argumenten geven. Mensen hebben meestal veel vertrouwen in hun huisarts, dus die moet de juiste attitude hebben. Als iemand twijfelt over het HPV-vaccin en aan zijn huisarts vraagt: 'dokter, wat zou jij doen met jouw dochter?', dan lijkt het me niet slecht dat die arts zegt: 'mijn dochter is gevaccineerd'.

Online circuleert zeer veel *fake news* rond vaccinaties, terwijl dat al heel vaak weerlegd is. Wat kun je daartegen doen?

Er zijn de beruchte 'fake papers' van Andrew Wakefield, die in 1998 verschenen in *The Lancet*. Daarin werd gesuggereerd dat het vaccin tegen mazelen, bof en rubella kan leiden tot autisme. Maar dat bleek vervalst onderzoek en *The Lancet* heeft die publicatie ingetrokken, voor het eerst in haar geschiedenis. In Engeland zijn ze er trouwens in geslaagd om het vertrouwen te herstellen: na een tijdje stonden de studenten in de rij om weer een mazelenvaccin te krijgen. En ook nu hebben ze nog een zeer goede vaccinatiegraad.

Brengen vaccins dan helemaal geen risico's met zich mee?

Vaccins zijn geneesmiddelen, dus er zijn altijd nevenwerkingen mogelijk. Al zijn die meestal banaal: wat roodheid of lichte koorts. Zéér uitzonderlijk zijn de neven-



“De groep rabiate tegenstanders groeit misschien niet in Vlaanderen, maar de twijfelaars mogelijk wél. Het is cruciaal dat onze vaccinatoren correcte informatie aanbieden en wetenschappelijk onderbouwde argumenten geven.”

werkingen ernstig. Maar het is niet omdat er na zo'n vaccinatie iets gebeurt, dat het ook een gevolg is van die vaccinatie. Als je vandaag wordt gevaccineerd tegen mazelen, kun je morgen griep krijgen. Het een heeft niets met het ander te maken.

En wat met het argument dat ons lichaam beter zélf vecht tegen ziektes?

Bij een vaccin vecht ons lichaam ook tegen de ziekte. Je léért het te vechten, omdat het antistoffen moet aanmaken. Als je niet gevaccineerd bent en ineens de mazelen krijgt, raakt je lichaam zeer snel besmet, waardoor het minder efficiënt kan terugslaan. En de gevolgen kunnen heel ernstig zijn: één op de duizend kinderen sterft aan hersenontsteking ten gevolge van mazelen. Dat lijkt misschien niet veel. Maar als je weet dat in ons land jaarlijks 110.000 kinderen geboren worden, wil je er dan 110 zien sterven?

Het probleem is dat mensen die ziektes niet meer kennen. Dat is een belangrijke paradox bij vaccinatie: het wordt het slachtoffer van zijn eigen succes. Als een ziekte veel voorkomt en er een vaccin wordt ontwikkeld, is iedereen enthousiast. Steeds meer mensen laten zich vaccineren waardoor de ziektelast daalt, soms bijna tot nul. Maar doordat het aantal vaccinaties stijgt, stijgt ook het aantal nevenwerkingen. Dat doet de kritiek stijgen, waardoor de vaccinatiegraad daalt en opnieuw meer mensen ziek worden.

Heel eerlijk: als ik iemand hoor beweren dat hij liever wil dat zijn kind een ziekte krijgt dan een vaccin, voel ik weinig begrip. Als huisarts heb ik nog patiënten gezien die polio hadden doorgemaakt: dat is echt geen lachertje. Als je dan weet dat er in antroposofische kringen in Duitsland

'polioparty's' worden gegeven... Net als 'mazelenparty's' trouwens: stel je maar eens voor dat je kind daar een hersenontsteking aan overhoudt.

Waarom verplicht de overheid niet gewoon alle noodzakelijke vaccinaties?

Op dit moment is in ons land één vaccin verplicht: polio. Dat is al sinds 1966 zo. Nu polio bijna is uitgeroeid, zou het een verkeerd signaal zijn om dat nog te veranderen. Maar los daarvan zijn wij geen voorstander van verplichte vaccins. In Frankrijk en Italië hebben ze dat recent wél toegepast, omdat hun vaccinatiegraad begon te dalen. Maar dan ontstaat er vanzelf nog méér weerstand. Het lijkt me zinvoller om mensen te overtuigen met de juiste argumenten, zodat ze het heel bewust willen doen.

En wat met het griepvaccin? Laten mensen uit risicogroepen zich voldoende vaccineren?

Het kan altijd beter. Het probleem is dat er vrij veel 'economisch' gevaccineerd wordt: werkgevers bieden de vaccins gratis aan voor hun werknemers. Maar er is elk jaar slechts een beperkt aantal vaccins, waardoor er soms mensen uit de boot vallen die het meer nodig hebben dan de gemiddelde werknemer. Eigenlijk zouden de risicogroepen, zoals ouderen en zwangere vrouwen, altijd voorrang moeten krijgen. Als je in december merkt dat je zwanger bent, heb je waarschijnlijk pech, omdat de voorraad griepvaccins dan wellicht al uitgeput is.

Ook professionals uit de gezondheidszorg zouden zich moeten laten vaccineren tegen griep. Doen zij dat voldoende?

In Vlaanderen valt dat mee, zeker bij huisartsen. Er zijn ook zorgbedrijven die

hun personeel op een creatieve manier proberen te overtuigen, met incentives bijvoorbeeld. Maar we moeten blijven sensibiliseren. Soms hoor ik professionals beweren dat zij toch ook recht hebben op een weekje ziekteverlof. Wel, dan denk ik dat zij zo'n griep onderschatten: je bent er een week zéér ziek van. En bovendien laten ze hun patiënten en collega's in de steek. Wat mij betreft, zouden bepaalde zorgverleners trouwens nog wel wat extra vaccins mogen krijgen. Wie in de pediatrie werkt, zou zeker de twee vaccinaties tegen mazelen moeten hebben. En voor wie op neonatologie werkt, is een vaccin tegen kinkhoest ook onmisbaar.

“Tournée Minérale is een van onze grootste successen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: JAN LOCUS



Katleen Peleman: “Wat ons betreft mag er een totaalverbod op gokreclame komen.”

Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) kan steunen op bijna vier decennia ervaring met preventie. Katleen Peleman, directeur bij VAD – een functie die ze tot eind maart deelt met Marijs Geirnaert – en stafmedewerker Inge Baeten leggen uit wat een campagne succesvol maakt, en hoe je bij preventie nooit alles onder controle hebt.

In 1982 werd VAD opgericht. Zijn de ideeën over preventie in die 38 jaar sterk geëvolueerd?

Inge Baeten: “In 1982 zijn we officieel gestart als Vlaamse organisatie, maar er bestonden al soortgelijke initiatieven sinds de jaren 1950, op Belgisch niveau. In de prille jaren 1980 bleef preventie wel nog vrij beperkt, het ging vooral om affiches met waarschuwende boodschappen en lespakketten voor scholen. Maar in 1988 kwam alles in een stroomversnelling. VAD kreeg twee coördinatoren – onder wie Marijs Geirnaert, die hier nu 32 jaar als directeur heeft gewerkt en eind deze maand afscheid neemt – en elf centra voor geestelijke gezondheidszorg kregen een preventiewerker. Toen is alles snel ge-professionaliseerd, in de vorm van een beleidsmatige aanpak rond alcohol en drugs. Eerst werd die uitgewerkt voor het onderwijs, later onder meer voor bedrijven en de bijzondere jeugdzorg. Met de jaren ontstonden steeds meer varianten, op maat van heel diverse settings.

Zo'n beleid bestaat uit de visie van de organisatie op alcohol en andere drugs, en de vier pijlers – beter bekend als het BOEM-principe: Begeleiding, de Omgeving aanpassen, Educatie en indien nodig ook strenge Maatregelen nemen. Daarbij werkt VAD ook de nodige methodieken en tools uit om dat in de praktijk vorm te geven. Recent hebben we nog een beleidsmatige aanpak uitgewerkt voor de sector beschut wonen, waar een grote nood bleek te zijn. Sommige sectoren zijn zelf geen vragende partij, maar dat houdt ons niet tegen om





Inge Baeten: "Preventie en zorg horen bij elkaar en vormen een uitgebreide batterij aan interventies."

proactief aan de slag te gaan. Zo wilde destijds geen enkele school of dancing geassocieerd worden met drugsproblemen, maar intussen is een doordacht drugsbeleid een kwaliteitslabel geworden."

Wat moeten we ons bij zo'n beleidsmatige aanpak precies voorstellen?

Katleen Peleman: "Het betekent dat preventie in de structuur van de organisatie wordt verankerd. Dat begint bij het zoeken naar een draagvlak en sensibiliseren. Hier kunnen campagnes hun plek krijgen, maar het gaat veel verder. Preventie is maatwerk, het start vanuit de concrete vragen, noden en ervaringen van de verschillende groepen waarmee we werken.

Bovendien is preventie één groot continuüm. We vertrekken van het aanmoedigen van niet-gebruik en het uitstellen van de beginleeftijd. Maar het gaat ook over verantwoordelijk gebruik, vroegdetectie en vroeginterventie, schadebeperking en zorg. Preventie en zorg horen bij elkaar en vormen een uitgebreide batterij aan interventies. Die zijn niet eenmalig, maar goed opgebouwd in de tijd en afgestemd op de vragen en noden van iedereen. Dat maakt preventie zo complex en dus moeilijk om in één zin of methodiek te vatten."

Hoe efficiënt is preventie eigenlijk als het over verslaving gaat?

Peleman: "Dat valt heel moeilijk te meten. Om verandering te creëren, moet je op heel veel verschillende fronten werken en je hebt nooit alles onder controle. Neem nu alcohol: nu zien we een maatschappelijk draagvlak ontstaan voor nultolerantie in het verkeer en een minimumleeftijd van 18 jaar. Daardoor heeft preventie meer impact. Maar bij cannabis zien we een heel ander verhaal. Omdat er nu veel aandacht is voor het medicinale gebruik, worden de risico's van cannabis gebanaliseerd."

Welke preventiecampagnes hebben doorheen de jaren het beste gewerkt?

Peleman: "Preventie is zoveel meer dan campagnes, zoals eerder gezegd. Maar Tournée Minérale is zonder twijfel de bekendste. Die is vier jaar geleden gelanceerd en kwam toen op een zeer goed moment: er was discussie over de alcoholnorm en heel wat mensen namen uit zichzelf al een alcoholpauze. Bij VAD werd verwacht dat er hooguit 25.000 mensen zouden deelnemen, maar uiteindelijk werden dat er 120.000, een enorm succes. Uit recent marktonderzoek blijkt dat nu al 94% van de Belgen de campagne kent en dat 18% deelneemt."

Baeten: "Er was vanaf de eerste editie al zeer veel media-aandacht, net omdat er een groeiend draagvlak was. Bovendien heeft het een eenvoudige *call to action*: iedereen die wil, kan makkelijk deelnemen. En we hebben op vier jaar tijd het alcoholvrije aanbod in de horeca en de handel enorm zien toenemen."

Peleman: "Het is ook een sociale campagne: we moedigen mensen aan om samen met een groep vrienden of collega's deel te nemen, zodat ze elkaar kunnen motiveren. Zo vergroot je publiek natuurlijk ook."

Zijn er ook al effecten gemeten?

Baeten: "Het is heel moeilijk om het effect van zo'n campagne objectief vast te stellen. Je kunt niet verwachten dat het rechtstreeks zal leiden tot gedragsverandering, daarvoor is veel meer nodig. Maar bij Tournée Minérale zagen we toch uitzonderlijke resultaten. Na de eerste editie is door de UGent een onderzoek gevoerd, waaruit bleek dat deelnemers een half jaar na de campagne nog steeds minder dronken dan voordien."

Zijn er ook campagnes totaal mislukt?

Baeten: "Twee zomers geleden, tijdens

het WK voetbal, werden we overspoeld door reclame voor gokken. Wij hebben toen een campagne gelanceerd die wees op een belangrijk misverstand: dat voetbalkenners meer kans hebben op winst. Dat zat goed in elkaar, met filmpjes van sportjournalisten die werden verspreid via sociale media. Maar de reclame voor gokken was toen zo alomtegenwoordig dat onze campagne ondergesneeuwd raakte. Dat bewijst hoe afhankelijk we zijn van externe factoren: die kunnen je omhoog tillen, zoals bij Tournée Minérale, of helemaal ondergraven. Ik zal niet zeggen dat die WK-campagne zinloos was, want rond gokken beweegt nu heel veel. Maar we hadden er toch meer van verwacht.”

Hoe staan jullie tegenover de Nationale Loterij, die zichzelf een positief imago aanmeet doordat ze met *mystery shoppers* werkt en goede doelen steunt?

Baeten: “Gokken is gokken. Het risico op verslaving wordt niet bepaald door de aanbieder van gokspelletjes, maar door de aard van het spel. Als het lijkt alsof je het eindresultaat in de hand hebt – wat nooit het geval is natuurlijk – dan verhoogt het risico. Net als wanneer je heel snel resultaat ziet, zoals bij krasbiljetten.”

Peleman: “Ook de belofte van snelle rijkdom is zo’n risicofactor. De slogan van Euro Millions, ‘Word schandalig rijk’, speelt daar perfect op in. De overheid is begonnen met regulering, maar die moet verder gaan. Bovendien kreeg de Nationale Loterij aparte regels. Wat ons betreft mag er een totaalverbod op gokreclame komen.”

Jullie omschrijven alcohol steevast als een ‘legale drug’. Is zoiets moeilijker om aan te pakken dan illegale drugs?

Peleman: “Alcohol is in onze samenleving natuurlijk heel wijdverspreid, het zit ingebakken in ons sociaal leven. Dat maakt het enerzijds soms moeilijker om aan preventie te doen. Maar anderzijds: doordat het legaal is, kun je het ook makkelijker bespreekbaar maken. Bij illegale drugs zijn zowel hulpverleners als gebruikers meer op hun hoede. Je kunt ook moeilijk

richtlijnen voor verstandig gebruik geven – ‘een kwartje van een XTC-pil, geen volledige’: zoiets zou uiteraard onaanvaardbaar zijn bij het grote publiek.”

Jullie pleiten er al lang voor om de minimumleeftijd voor alle alcohol op te trekken tot 18 jaar. Waarom is dat zo belangrijk?

Peleman: “De wetenschappelijke inzichten zijn enorm toegenomen. We wéten dat alcoholconsumptie nefast is voor de ontwikkeling van een tienerbrein. En we zijn een van de laatste landen in Europa waar minderjarigen nog alcohol kunnen kopen.”

Wat met het idee dat “verboden vruchten” extra aantrekkelijk worden?

Baeten: “Voor een beperkte groep zal dat wel zo zijn. Maar voor de meeste jongeren – en hun ouders – is een minimumleeftijd een goed argument om alcohol te weigeren.”

Peleman: “Bij de laatste leerlingenbevraging zagen we dat er al een stuk minder wordt gedronken onder zestien jaar en veel jongeren gaven het verbod als reden. Er wordt veel gedronken onder sociale druk, dus zo’n wet kan helpen om nee te zeggen. En het zou ook het fenomeen van ‘indrinken’ kunnen inperken. Nu kopen veel jongeren een voorraad alcohol in de supermarkt om thuis op te drinken, voor ze op stap gaan. Daardoor drinken ze meer, want op café of in dancings is het natuurlijk veel duurder.”

Jullie krijgen te maken met rijke, machtige lobbygroepen. Hoe gaan jullie daarmee om?

Peleman: “Onlangs hebben we nog zo’n staaltje gezien. AB InBev pakte vlak voor de aftrap van Tournée Minérale uit met een ‘1+1 gratis’-actie voor bakken Jupiter. Toen hebben we fel gereageerd. Het leek erop dat ze iedereen wilden aansporen om nog snel genoeg bier in te slaan. Het wijst wel op het succes van Tournée Minérale: als zelfs bierfabrikanten er rekening mee beginnen te houden...”

Baeten: “Het moeilijke is dat de alcohol-industrie regelmatig uitpakt met zo-

genaamde preventie-initiatieven. Neem nu het groeiende gamma non-alcoholische bieren. Dat is natuurlijk geen actie om de gezondheid van burgers te bevorderen. Nee, ze zien de bierverkoop stagneren en gaan op zoek naar manieren om hun traditionele aanbod te diversifiëren. Voor de consument zijn die alternatieven welkom, maar we moeten toch benadrukken dat de doelen van de industrie héél anders zijn dan die van ons. Die visie hebben we zelfs op papier gezet: we werken niet samen met de alcoholindustrie. Ons doel is preventie, zij streven naar winst. We volgen hiervoor ook de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie.”

In december kondigde Vlaams minister Wouter Beke grote besparingen aan, ook bij VAD. Enkele dagen later werden die even plots weer teruggedraaid. Zijn jullie opgelucht?

Peleman: “Uiteraard. Nu hebben we de garantie dat we onze werking kunnen voortzetten. Dat geld hebben we trouwens heel hard nodig: omdat we voor zoveel verschillende domeinen werken en dat altijd op maat doen, is ons werk heel intensief. Het enige wat ons zorgen baart, is de strakke opsplitsing tussen zorg en preventie. Bij verslavingen zien we hoe dun die lijn is: mensen die al zorgen krijgen, hebben ook nood aan preventie, om te voorkomen dat hun situatie escaleert. Maar omdat er overal in de zorg- en welzijnssector schaarste is, plooit iedereen terug op zijn *core business*. Terwijl er in de praktijk heel vaak een overlap nodig is. Preventie en zorg maken deel uit van één continuüm. Hopelijk kan het beleid daar in de toekomst meer op inspelen.”

WZC HEILIGE FAMILIE IN KUURNE KNOOPT DE STRIJD AAN TEGEN ONDERVOEDING

“De grootste preventie zit in het aantrekkelijk maken van de maaltijd”

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: PETER DE SCHRIVER



Sjarel Van Cauter: “Onze procesbegeleider brengt een pak kennis en praktijkervaring mee en reikt ons heel wat expertise aan. Samen met haar doorlopen we het stappenplan en wordt er ook vorming voor ons eigen personeel georganiseerd.”

Ondervoeding is een reëel probleem in woonzorgcentra. Uit de cijfers van het Vlaams Instituut Gezond Leven blijkt dat 13% van de bewoners in een woonzorgcentrum ondervoed is. 43% loopt risico op ondervoeding. Dat wil zeggen dat meer dan de helft van de bewoners nauw opgevolgd moeten worden. Woonzorgcentra kunnen daarom een beroep doen op het project ‘procesbegeleiding voor preventie binnen zorg en welzijn’, een initiatief van de Vlaamse Overheid dat het Vlaams Instituut Gezond Leven coördineert. “Het is de beste manier om op korte termijn heel wat kennis over preventie in huis te halen”, vertelt Sjarel Van Cauter, interne voedingscoördinator van het project in wzc Heilige Familie Kuurne.

Voor een woonzorgcentrum staat de gezondheid van de bewoners voorop. Daarom startte het Vlaams Instituut Gezond Leven, samen met een stuurgroep, het project ‘procesbegeleiding voor preventie’ op. In dat project zetten ze in op vier thema’s: val- en fractuurpreventie, ondervoeding, preventieve mondzorg en psychofarmaca. Woonzorgcentra kunnen zich kandidaat stellen om samen te werken met een externe begeleider rond één van deze vier thema’s. De procesbegeleider werkt op maat van het woonzorgcentrum. Sjarel Van Cauter is interne voedingscoördinator in wzc Heilige Familie Kuurne en werkt samen met een procesbegeleider aan het thema ondervoeding: “Door mee te stappen in dit project kunnen we onze werking op een gerichte manier bijsturen,” vertelt Sjarel Van Cauter. “Ondervoeding kan veroorzaakt worden door verschillende redenen. Eerst en vooral hebben ouderen doorgaans minder eetlust, een snellere verzadiging en een trager verteeringsstelsel. Daarnaast komt ondervoeding ook vaak voor bij bewoners met dementie, mond- of gebitsproblemen, voedselproblemen of door interactie met de medicatie.”

> Procesbegeleider worden voor de thema's mondzorg, val- en fractuurpreventie of ondervoeding? Surf naar www.gezondleven.be/projecten/procesbegeleiding-voor-preventie-in-woonzorgcentra/meedoen-als-pb

> Als woonzorgcentrum een gratis procesbegeleiding aanvragen? www.gezondleven.be/projecten/procesbegeleiding-voor-preventie-in-woonzorgcentra

Hoe start je met een preventieproject?

Sjarel Van Cauter: "We hadden geen zicht op projecten die werken rond ondervoeding en we hadden ook geen idee wat de voedingstoestand van onze bewoners was. Daarom zijn we gestart met een nulmeting. Die hebben we gedaan via de *Mini Nutritional Assessment*, een vragenlijst die bestaat uit 14 punten en peilt naar bijvoorbeeld de mobiliteit van de bewoner. Heeft hij of zij de laatste drie maanden gewicht verloren? Wat is de *Body Mass Index* van de bewoner? Aan de hand van die bevraging konden we afleiden hoe het gesteld is met de voedingstoestand van de bewoners in ons woonzorgcentrum. Daaruit bleek dat wij op het gemiddelde zitten van alle Vlaamse woonzorgcentra. 44% van onze bewoners heeft risico op ondervoeding; 13% is ondervoed. We hebben die bevraging nu systematisch in onze werking opgenomen. Dat houdt in dat we bij elke intake deze vragenlijst voorleggen aan de nieuwe bewoner. Zo kunnen we dit nauwer opvolgen in samenwerking met de verzorging, verpleging en eventueel huisarts."

Ligt er dan nu een plan klaar om ondervoeding aan te pakken?

"Zo simpel is het niet. Het is niet zo dat je met één scenario aan de slag kan. We proberen per bewoner te achterhalen wat de reden van de ondervoeding is. Het is een probleem dat echt een persoonlijke aanpak vereist. Het kan zijn dat het vooral een fysiek probleem is. Ik denk bijvoorbeeld aan een bewoner die zelf het eten niet meer naar zijn mond kan brengen. In zo'n geval kunnen we werken met aangepast bestek of bekertjes, zodat die persoon weer wat vlotter kan eten. We kunnen ook in samenspraak met de keuken 'bouwstenen' aanbieden. Dat is een compact gerecht dat veel weg heeft van een mooi taartje en waar alle nodige voedingsstoffen inzitten. Het is heel klein en makkelijk om op te eten en op die manier heeft de bewoner alle nodige eiwitten, vitamines en andere essentiële voedingsstoffen binnen. In de toekomst willen we ook *fingerfood* aanbieden. Kleine, aantrekkelijke hapjes die de bewoners met hun handen kunnen eten."

De bewoners die een risico lopen op ondervoeding volgen we nauwgezet op. Onvoldoende eten kan verschillende redenen hebben. Heeft iemand dementie, mond- of gebitsproblemen, verminderde eetlust door medicatie of gaan ze door een

periode van rouw? Het is belangrijk dat we het eetgedrag in de gaten houden. De logistieke medewerkers noteren dagelijks wat de bewoners eten en drinken. Op die manier houden we de vinger aan de pols."

Welke preventieve maatregelen nemen jullie voor de groep die risico loopt?

"De grootste preventie zit volgens mij in het aantrekkelijk maken van het eten. Onze bewoners hebben elke dag de keuze om te eten in de leefruimte van hun eigen afdeling of in de bistro. We proberen in de bistro een restaurantgevoel te creëren met een mooie inrichting, zachte muziek op de achtergrond en eten dat mooi gepresenteerd wordt. Soms organiseren we een speciale maaltijd. Zo serveerden we tijdens de Week van de Senioren een uitgebreid ontbijt met niet alleen brood en beleg zoals gewoonlijk, maar ook met eitjes, vers geperst fruitsap en boterkoeken."

Er loopt op dit moment ook een proefproject waarin we experimenteren met desserts. Drie keer per week kunnen de bewoners nu kiezen voor fruit en dat wordt goed ontvangen. Hetzelfde doen we met het soepmoment in de voormiddag. Wie wil kan ook een bordje pap of een glas karnemelk vragen. Kortom, we doen er alles aan om van het eetmoment iets te maken waar bewoners naar uitkijken. Of ze nu eten in de leefruimte of in de bistro. Het is belangrijk dat onze bewoners niet met tegenzin eten, dat ze op hun gemak zitten in een huiselijk en gezellig kader waar er tijd is om te eten en om na te praten. Om dit huiselijk kader te creëren, nemen we op dit moment een enquête af bij onze bewoners. Zo willen we peilen naar hun mening over het maaltijdgebeuren. Door te luisteren naar hun ervaringen proberen we zo gericht mogelijk te werken en het maaltijdgebeuren daaraan aan te passen."

Welke rol speelt de procesbegeleider in dit verhaal?

"De sterkte van dit project is dat je als woonzorgcentrum wordt begeleid door een externe begeleider die veel expertise heeft, in ons geval op vlak van ondervoeding. Isabelle, onze procesbegeleider zit elke twee maanden samen met het multidisciplinair team. Ze brengt een pak kennis en praktijkervaring mee en reikt ons heel wat expertise aan. Samen met haar doorlopen we het stappenplan en wordt er ook vorming voor ons eigen personeel georganiseerd. Zo worden alle

zorg- en logistieke medewerkers binnenkort ondergedompeld in belevingsgerichte simulatieoefeningen. Door de samenwerking met de procesbegeleider wordt zo op korte termijn heel wat knowhow in de organisatie geïnjecteerd."

Merk je een verschil in de werking nu jullie ondersteund worden door een procesbegeleider?

"Ja, heel zeker. Net door die input merken we dat er heel wat leuke ideeën opborrelen in het multidisciplinair team. Ik ben dan ook heel fier op de input en het enthousiasme van de uiteenlopende disciplines uit de zorg- en woondiensten van het woonzorgcentrum en het centrum voor dagverzorging. Maar misschien nog belangrijker is dat de nieuwe voorstellen gedragen worden. In een grote organisatie is het niet altijd evident om iets nieuws op te starten. Maar met de steun van de procesbegeleider is het team enorm gemotiveerd om nieuwe zaken uit te proberen. Zo experimenteren we sinds kort om meer verschillende dranken aan te bieden, waaronder karnemelk. In het team werd ook gesignaleerd dat sommige bewoners 's nachts onrustig waren omdat ze honger hadden. Nu zijn we aan het nadenken over hoe we een snack kunnen aanbieden tijdens de avondronde en hoe we dat systematisch over het hele woonzorgcentrum kunnen organiseren. We moeten natuurlijk wel rekening houden met het feit dat we een onderdeel zijn van een groter geheel. Dat merkten we bijvoorbeeld toen we de maaltijden meer wilden spreiden. Wanneer we het middagmaal een kwartier later laten starten, loopt de rest van de dag ook vertraging op. De puzzel met het dagprogramma moet dan helemaal opnieuw gelegd worden."

"De procesbegeleiding werd opgestart in april 2019 en loopt tot 2021. In die twee jaar kunnen we 65u beroep doen op onze procesbegeleider. Maar nu al staat vast dat we deze maatregelen zullen bestendigen en verankeren in onze werking. Het verschil is duidelijk zichtbaar. Onlangs liep ik de bistro binnen tijdens het middageten en ik voelde dat er een goede sfeer hing. Er speelde mooie muziek, de bewoners aten zichtbaar met smaak. Ze namen hun tijd en bleven wat langer zitten om na te praten. Kortom, ze genoten niet alleen van het eten, maar van het hele gebeuren errond. Wel, als ik dat zie, dan ben ik een tevreden mens."

“Slachtoffers krijgen de regie in handen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: SOPHIE NUYTTEN



Liesbet Stevens: “Dat elk centrum aan een ziekenhuis verbonden is, is noodzakelijk. Het medische en het forensische gebeuren er tegelijkertijd. Zo moet een vrouw maar naar één plek, terwijl ze vroeger van hot naar her werd gestuurd.”

Sinds 2017 telt ons land drie Zorgcentra na Seksueel Geweld: in Gent, Brussel en Luik. Dit jaar of volgend jaar openen drie bijkomende centra, met name in Antwerpen, Leuven en Charleroi. De zorgcentra bewijzen hun waarde. Dankzij de nauwe samenwerking tussen ziekenhuizen, politie en parket krijgen slachtoffers de hulp en ondersteuning die ze zelf willen. Een belangrijke partner van de Zorgcentra is het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen. Wij gingen praten met adjunct-directeur Liesbet Stevens en adviseur Marijke Weewauters.

“België ratificeerde in 2015 de Conventie van Istanbul die voorschrijft dat een holistische, multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is na seksueel geweld. Om te zien of zo'n systeem ook in België kon bestaan, gingen we op werkbezoek naar Portugal, een land waar die holistische aanpak reeds aanwezig was. Enkele ziekenhuizen die al samenwerkten met parket en politie namen het voortouw. Zij openden in het najaar van 2017 de eerste Zorgcentra na Seksueel Geweld: het UZ Gent, UMC Sint-Pieter in Brussel en UMC Luik. Na een positieve evaluatie openen binnenkort drie extra centra: in UZ Antwerpen, CHU Charleroi en UZ Leuven”, vertelt Marijke Weewauters.

“De evaluatie was over de hele lijn positief”, zegt Liesbet Stevens. “De centra vertrekken vanuit de noden van het slachtoffer. Elk slachtoffer krijgt medische hulp en psychologische ondersteuning, maar ook een forensische analyse, als ze dat willen. Door bewijsmateriaal te verzamelen, geef je de slachtoffers meer tijd om te beslissen of ze al dan niet klacht indienen. Het materiaal wordt standaard zes maanden bewaard. Het is immers niet altijd evident voor slachtoffers om onmiddellijk hulp te zoeken, laat staan klacht in te dienen. Vroeger ging bewijsmateriaal daardoor vaak verloren. Het revolutionaire aan de Zorgcentra na Seksueel Geweld is dat de noden van het slachtoffer centraal

“De centra vertrekken vanuit de noden van het slachtoffer. Elk slachtoffer krijgt medische hulp en psychologische ondersteuning, maar ook een forensische analyse, als ze dat willen.”

staan, niet het aanbod. Het slachtoffer krijgt het stuur in handen. Dat is psychologisch ontzettend belangrijk na een negatieve ervaring met een totaal verlies van controle.”

“Hoewel de eerste drie centra binnen een relatief beperkte regio van start gingen en er nauwelijks ruchtbaarheid aan werd gegeven, vonden op twee jaar tijd 2.300 slachtoffers hun weg ernaartoe. 67% van die slachtoffers diende effectief een klacht in, van wie velen pas na goede informatie over alle opties, ook de juridische. Klacht indienen blijft belangrijk, omdat dat de kans verhoogt dat de dader gestraft wordt en we misschien meer slachtoffers kunnen voorkomen. Voor veel slachtoffers is het van betekenis dat de dader zijn misdrijf erkent en dat ook de maatschappij erkent dat er iets gebeurd is wat niet had mogen gebeuren. Toch is het voor veel slachtoffers een drempel om klacht in te dienen. Het slachtoffer moet er klaar voor zijn.”

Acute opvang

“Een Zorgcentrum na Seksueel Geweld is geen hulpverleningscentrum in de klassieke zin,” verduidelijkt Marijke Weewauters. “Het is een centrum voor acute opvang, binnen de zeven dagen na de feiten. Het is nooit een goed idee als een slachtoffer met haar verhaal blijft zitten. Het gevaar op posttraumatische stress is groot. Een Zorgcentrum toont slachtoffers wat ze kunnen doen en dan kan de vrouw – want tot hiertoe melden hoofdzakelijk vrouwen zich aan bij de centra – zelf beslissen.”

“Wie ooit slachtoffer van seksueel geweld was, loopt een verhoogd risico om opnieuw slachtoffer te worden. 45% van de slachtoffers maken het nog eens mee, van wie 20% door een andere dader. Ook dat is een reden om vrouwen hulp en ondersteuning te bieden. Slachtoffers zijn vaak geneigd de verkrachtingsmythes te internaliseren. Dat ze er zelf mee schuld aan hebben, bijvoorbeeld. Door dat te

geloven, stellen ze zich kwetsbaar op en daders ‘voelen’ die kwetsbaarheid. We moeten die mythes ontkrachten. Veel slachtoffers verzetten zich niet tijdens een verkrachting, omdat ze verlamd zijn. Dat zorgt achteraf voor schuldgevoelens. Maar zo simpel is het niet. We denken allemaal dat we ons zullen verzetten en vechten, maar de helft van de vrouwen bevriest. Daar kan je niets aan doen. Sommigen ervaren zelfs een orgasme, wat nog meer schuldgevoel teweegbrengt.

Die spiraal van zelfverwijten niet aanpakken, is schadelijk voor slachtoffers. Ze durven het taboe niet doorbreken, gaan zich afzonderen en soms zelfs roekeloos gedrag vertonen. Daarom is snel ingrijpen zo wezenlijk. Een ander rokje of wat minder drank op had niets aan de situatie veranderd. Dat moet duidelijk zijn. Je mag bij wijze van spreken naakt op straat lopen, dan nog is dat geen toestemming om seks te hebben. Die verkrachtingsmythes zijn hardnekkig aanwezig in de samenleving en slachtoffers krijgen die ook te horen: ‘Je had je maar iets deftiger moeten gedragen.’ Terwijl dat onzin is. Als je een slachtoffer wil helpen, dan moet je vooral niet te veel praten. Luister. En stel je oordeel of je oplossing uit. Seksueel geweld houdt een totaal verlies aan macht in. Om slachtoffers te helpen, moet je ze de handvatten teruggeven”, zegt Liesbet Stevens.

De meerwaarde van het ziekenhuis

“De tevredenheid bij de slachtoffers over de Zorgcentra na Seksueel Geweld is erg hoog”, weet Marijke Weewauters. “Alle medewerkers zijn dan ook speciaal opgeleid, ook de verpleegkundigen die bewijsmateriaal verzamelen en de zedeninspecteurs die de slachtoffers onderwerpen. Dat is nieuw en leidt tot sterkere dossiers. Vroeger moest een wetsdokter het slachtoffer onderzoeken, maar die was niet opgeleid om met levende mensen

BEROEPSGEHEIM OF MELDINGSPLICHT?

Meldcode helpt artsen juiste beslissing te nemen

In 2019 werd ook een Meldcode Seksueel Geweld voor artsen ingevoerd. Waarover gaat dit precies?

Liesbet Stevens: “De Meldcode is een initiatief van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen en de Orde der Artsen. De Meldcode helpt artsen om te beslissen wanneer ze als vertrouwenspersoon toch best melding maken, of zelfs moeten maken, van de feiten. Vaak zien we ‘handelingsschaamte’ bij huisartsen, uit onzekerheid of een gebrek aan kennis, wat leidt tot zwijgen, zelfs al laat het beroepsgeheim toe om bepaalde feiten te melden. Met een beslissingsboom geven we artsen een instrument om de juiste afweging te maken. Het is niet meer dan een advies. Maar soms moet je ingrijpen om het slachtoffer te beschermen of om meer slachtoffers te voorkomen. Het instrument helpt artsen gestructureerd een analyse te maken. Soms geven artsen zelf aan dat ze niet weten hoe ze correct kunnen handelen in een specifieke situatie. De wetgeving is erg complex. De beslissingsboom brengt licht in die duisternis.

Dat de Orde der Artsen hieraan meewerkte, geeft de Meldcode extra gewicht. Het zou goed zijn mocht het opleidingspakket voor huisartsen, gynaecologen, spoedartsen en forensische artsen de Meldcode opnemen. Zij komen geregeld in contact met slachtoffers van seksueel geweld, maar velen vinden het moeilijk om erover te praten. Er is een zekere terughoudendheid bij hulpverleners. Ook de slachtoffers moeten een drempel overwinnen: zij moeten zich opnieuw overgeven, deze keer aan de hulpverlener. Sommigen gaan zorg vermijden, omdat ze de controle niet meer willen afgeven. Hulpverleners moeten dat weten én herkennen. Het gebeurt dat een arts een lang gesprek heeft met een patiënt die een hele rugzak meezeult, zonder dat de rugzak tijdens het gesprek in beeld komt. Hulpverleners moeten weten hoe ze hierover kunnen spreken en welke woorden ze dan kunnen gebruiken.”



Federale regering investeert 2,1 miljoen euro in uitbreiding van Zorgcentra na Seksueel Geweld

Nathalie Muylle, federaal minister van Gelijke Kansen (CD&V): "Meer en meer slachtoffers vinden hun weg naar de zorgcentra. In 2017 meldden zich elke dag gemiddeld twee slachtoffers aan, ondertussen zijn dat er drie per dag. Omdat steeds meer politiezones samenwerken met de centra, verwachten we een verdere stijging van het aantal meldingen. We voorzien daarom extra middelen voor de bestaande zorgcentra, naast de oprichting van drie nieuwe centra. De middelen gaan naar infrastructuur, werkingsmiddelen en de opleiding van 180 zedeninspecteurs. Het werk van die inspecteurs loont, want maar liefst 67% van de slachtoffers dient klacht in. In een klassieke situatie doet slechts 10% van de slachtoffers aangifte."

De bestaande zorgcentra krijgen elk 250.000 euro om hun infrastructuur uit te breiden. In Brussel zijn de werken al gestart. In Gent zal het zorgcentrum worden ondergebracht in nieuwe infrastructuur, dicht bij de spoeddienst en de huisartsenwachtpost. In Luik zal de uitbreiding pas later plaatsvinden. De werkingsmiddelen stijgen met 30% (+ 680.000 euro). Het universitair ziekenhuis in Gent krijgt daardoor een jaarbudget van 919.000 euro, dat van Brussel 1,16 miljoen euro en dat van Luik 869.000 euro.

te werken. Nu zijn het verpleegkundigen die getraind worden voor het forensisch onderzoek. In principe lijkt dat werk voor een arts, maar zo'n forensisch onderzoek duurt al snel anderhalf tot twee uur. Bovendien is een gynaecoloog nog geen forensisch expert. Daarom neemt een forensisch verpleegkundige nu de stalen en het *casemanagement* op zich."

"Dat elk centrum aan een ziekenhuis verbonden is, is noodzakelijk", zegt Liesbet Stevens. "Het medische en het forensische gebeuren er tegelijkertijd. Zo moet een vrouw maar naar één plek, terwijl ze vroeger van hot naar her werd gestuurd. Een ziekenhuissetting laat ook toe om een hiv-test te doen en soa-medicatie voor te schrijven. Omdat de slachtoffers in de acute fase komen, is het verder goed dat de diverse disciplines aanwezig zijn: spoedgevallendienst, gynaecologie, urologie, chirurgen, enzovoort. De verdere opvolging hoeft niet per se in het ziekenhuis



Marijke Weewauters: "De tevredenheid bij de slachtoffers over de Zorgcentra na Seksueel Geweld is erg hoog. Alle medewerkers zijn dan ook speciaal opgeleid, ook de verpleegkundigen die bewijsmateriaal verzamelen en de zedeninspecteurs die de slachtoffers ondervragen."

te gebeuren. Een CGG of een CAW kunnen dat ook opnemen. Maar die connecties moeten we nog maken."

"Elk centrum heeft een medisch coördinator, een arts van het ziekenhuis. Afhankelijk van de context en de historiek komen hiervoor verschillende disciplines in aanmerking. In Gent is aansluiting gezocht bij de dienst gynaecologie, in Luik bij de spoedgevallendienst en in Brussel bij het centrum voor gezinsplanning en genitale vermindering. Elk centrum beschikt over een verhoorkamer, waar elk verhoor gefilmd wordt, zodat het slachtoffer maar één keer haar verhaal moet doen. Politie is niet permanent aanwezig in het ziekenhuis, maar is wel 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 oproepbaar."

In heel België

"Na het proefproject met de drie centra in Gent, Brussel en Luik is er voldoende financiering om de centra te bestendigen en uit te breiden. Dat is nodig, gezien het groot aantal meldingen. De drie nieuwe centra in Antwerpen, Charleroi en Leuven zijn in voorbereiding. Er komt heel wat bij kijken: de infrastructuur moet worden voorzien, er moeten afspraken komen tussen het ziekenhuis, de politie en het parket en de nodige opleidingen moeten worden gegeven. We hopen dit jaar nog

de drie nieuwe centra te openen", zegt Marijke Weewauters.

"Uiteindelijk streven we naar een gebiedsdekkend systeem. De plaats waar je woont, mag niet de kwaliteit van de zorg en ondersteuning bepalen die je krijgt. Het principe is dat een slachtoffer niet langer dan één uur onderweg zou mogen zijn. Maar er is ook de gerechtelijke realiteit. Het systeem moet ook afgestemd zijn op de grenzen van gerechtelijke arrondissementen," aldus Weewauters. "Ook het wettelijk kader moet aangepast worden aan de nieuwe realiteit waarin politie, justitie en gezondheidszorg nauw samenwerken. De drie invalshoeken moeten perfect op elkaar afgestemd worden. Op het terrein zien we in elk geval heel veel goede wil."

Op dinsdag 2 juni vindt het nationaal colloquium "Belgische Zorgcentra na Seksueel Geweld" plaats in de Crowne Plaza Le Palace in Brussel. Dit nationaal colloquium wordt georganiseerd in samenwerking met de primaire partners van de Zorgcentra na Seksueel Geweld en zal volgende thema's aankaarten:

- Het nationaal model ZSG
- De evaluatie van het pilotageproject ZSG
- Praktijkvoorbeelden en good practices inzake de werking van ZSG

“Geef niet te snel op. Durf op je strepen te staan”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Op 24 januari organiseerde de Vlaamse afdeling van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) een jubileum-symposium ter ere van dr. Marc Moens, die zich al 40 jaar inzet voor een leefbare en kwaliteitsvolle geneeskunde. Dr. Moens kwam in 1998 voor het eerst aan het hoofd van BVAS. Gespreid over 21 jaar stond hij 12 jaar aan het roer van het syndicaat. Vorig jaar gaf hij de fakkel als voorzitter door. In 2019 werd hij verkozen tot ‘Specialist van het Jaar’. We spraken dr. Moens enkele dagen na het symposium.

Hoe was het jubileumsymposium, dr. Moens?

Dr. Marc Moens: Het was een onverwacht cadeau en een schitterende organisatie. Ik ben nog altijd wat van mijn sokken geblazen, om eerlijk te zijn. Er was een mooie opkomst en er waren eminente sprekers als minister De Block, minister Beke en de topmensen van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. Verder ook heel wat collega’s, vrienden en kennissen. Ik heb het symposium ervaren als een erkenning voor mijn hele loopbaan. Ik heb me 40 jaar ingezet voor de verdediging van het artsenberoep én voor de patiënten. Dat laatste vergeet men weleens. Uiteindelijk is elk van ons vroeg of laat patiënt. Ik ben enkele jaren geleden zelf ernstig ziek geweest. Je kan dat niet loskoppelen. Ik heb me ingezet voor alle artsen, van alle specialismen, en dat bleek ook mooi uit de getuigenissen van de verschillende sprekers.

Wie van de sprekers of welke boodschap heeft u het meest verrast?

De visie van directeur-generaal Pedro Facon van de FOD Volksgezondheid op de organisatie van de gezondheidszorg wijkt af van de visie van de BVAS, maar ik ben niet blind voor de evoluties. De jongere

“De netwerkvorming is een noodzakelijke evolutie. Maar natuurlijk is er ongerustheid. Artsen moeten veranderen van werkplek of zullen soms van het ene naar het andere ziekenhuis moeten trekken voor hun patiënten. Daar moeten we leren mee leven.”

generatie kijkt anders naar de dingen. Je kan de context vandaag niet vergelijken met de jaren 1970 of 1980, toen ik als arts aan het begin van mijn loopbaan stond. De toenemende aandacht voor een gezonde werk-privébalans heeft ook een impact op de organisatie van de gezondheidszorg. Al mag de slinger wat mij betreft ook niet naar de andere kant door slaan. De vrije keuze van de patiënt geeft, samen met de vrijheid van therapie van de arts, het beste resultaat. Die vrijheden mogen niet in het gedrang komen. Pedro Facon zoekt oplossingen in de nieuwe context, maar zoals administrateur-generaal Jo De Cock van het RIZIV opmerkte: door de beperkte budgetten is niet alles mogelijk. Dat kan weleens botsen met de vrijheid van de patiënt en van de arts.

Er is de vrijheid van de arts, maar meer en meer zet Evidence Based Medicine (EBM) toch de norm?

Dat klopt, maar ook EBM is voor verbetering vatbaar. Niet voor alle aandoeningen zijn er vandaag al EBM-richtlijnen. En dan nog... De dingen evolueren. Ik ben 42 jaar actief geweest in de laboratoriumgeneeskunde. Kijk bijvoorbeeld naar de antibioticaresistentie, continu in evolutie. De vrijheid van therapie betekent overigens niet dat de arts om het even wat kan doen. Het moet wetenschappelijk verantwoord zijn, waar mogelijk. Daarnaast zijn er andere aandachtspunten: empathie bijvoorbeeld, geen EBM, maar ze vormt wel een cruciaal element in de therapie. Er bestaat ook

nog altijd iets als *fingerspitzengefühl* in de geneeskunde. Het is niet allemaal EBM.

U was jaren actief als arts in het Imelda-ziekenhuis. Ook daar nam u beleidsverantwoordelijkheid op. Hoe kijkt u vandaag naar de rol van de medische raad en de samenwerking tussen artsen en bestuur?

Een goede wisselwerking tussen raad van bestuur, directie en artsen is cruciaal voor een ziekenhuis. Zonder goed overleg kan een ziekenhuis niet functioneren. Daarom hebben we met BVAS zo hard de nadruk gelegd op het medezeggenschap van de medische raad in de ziekenhuisnetwerken. Ik ben zelf 15 jaar ondervoorzitter van de medische raad geweest, tot mijn afscheid twee jaar geleden. De inbreng van artsen is essentieel. In het Verenigd Koninkrijk hebben ze die inbreng verwaarloosd, met catastrofale gevolgen: schandalen, vermijdbare overlijdens... Dé oorzaak van het falen van het Britse systeem is onvoldoende inbreng van artsen in het beleid van de ziekenhuizen. Mijn ervaring in de medische raad bevestigt het tegenovergestelde. Ik pleit trouwens ook voor continu overleg met verpleegkundigen en andere zorgprofessionals in het ziekenhuisbeleid.

Als artsen mee besturen, vergt dat nieuwe inzichten en andere vaardigheden van de artsen. Ziet u hier een evolutie?

Absoluut! Artsen die zich engageren, moeten hiervoor tijd kunnen vrijmaken. Daarover moeten afspraken gemaakt



worden binnen de artsenassociaties. Dat engagement moeten de collega's tolereren en waarderen. Een engagement in de medische raad zou financieel vergoed moeten worden met een bijdrage vanuit het budget voor financiële middelen aan de associatie die een collega afvaardigt. Van zijn kant heeft de arts die beleidsverantwoordelijkheid opneemt de plicht om de nodige vaardigheden te verwerven. Ik heb dat mijn hele loopbaan gedaan. Enige kennis van management is noodzakelijk als je wil meepraten met de managers. Ik zie bij de artsen trouwens een groeiende belangstelling en dat doet me plezier.

Wat vindt u overigens van het verloop van de netwerkvorming?

Het is een noodzakelijke evolutie. Maar natuurlijk brengt de overgang problemen en ongerustheid met zich mee. Niemand verandert graag. Artsen moeten veranderen van werkplek of zullen soms van het ene naar het andere ziekenhuis moeten trekken voor hun patiënten. Daar moeten we leren mee leven. Soms moet je minder populaire beslissingen durven te nemen. BVAS verzet zich bijvoorbeeld niet tegen het sluiten van kleinere materniteiten. Om economische redenen, maar in de eerste plaats om redenen van kwaliteit. Elke arts moet de nodige ervaring kunnen opdoen om voorbereid te zijn op noodsituaties. Dat is de enige juiste reden. Ik ben bestuurder van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en heb er mee de studie goedgekeurd. Tegelijk kom ik op voor de gynaecologen en pediaters die uit de boot dreigen te vallen. Zij moeten een plaats in het netwerk krijgen. Je kan die artsen hun beroep niet afpakken. Het zijn zelfstandigen, zonder vangnet. Concentratie van hooggespecialiseerde zorg? Ja! Op voorwaarde dat elke arts in het netwerk aan de slag kan blijven.

Wat beschouwt u als uw grootste realisatie?

Dat ik er al die jaren in geslaagd ben de samenwerking tussen de diverse specialisten onderling én met de huisartsen optimaal te houden, over de taalgrens heen.



Dr. Marc Moens: "De jongere generatie kijkt anders naar de dingen. De toenemende aandacht voor een gezonde werk-privébalans heeft ook een impact op de organisatie van de gezondheidszorg. Al mag de slinger wat mij betreft ook niet naar de andere kant doorslaan."

“Mijn grootste realisatie? Dat ik er al die jaren in geslaagd ben de samenwerking tussen de diverse specialisten onderling én met de huisartsen optimaal te houden, over de taalgrens heen. Ik weet niet hoe lang de samenhang Noord-Zuid nog zal lukken.”

In het bestuur en de directie van de BVAS zitten Franstalige en Nederlandstalige huisartsen en artsen van uiteenlopende specialismen samen aan één grote tafel. De goede verstandhouding in stand houden, is niet evident. Ik weet ook niet hoe lang de samenhang Noord-Zuid nog zal lukken.

U hebt al veel masseerwerk moeten verrichten?

Dat mag je wel zeggen. Daar kruipt tijd in. Het is werk achter de schermen dat je niet naar buiten brengt. Uiteraard zijn er soms conflicten. We zijn mensen zoals andere mensen.

Wat is uw grootste teleurstelling?

De medische verkiezingen van juni 2018. De lage opkomst heeft me zwaar teleurgesteld. Amper 24% van de 51.000 stemgerechtigde artsen heeft zijn stem uitgebracht. We hadden nochtans extra inspanningen gedaan, ook via sociale media en onze nieuwsbrieven. In 2014 bedroeg de opkomst 38% en dat cijfer wou ik minstens evenaren. Het werd dus een stevige opdoffer.

Wat hebt u daaruit geleerd?

Ach, ik zou kunnen verwijzen naar enkele technische problemen bij de organisatie door het RIZIV, maar dat zou hoop en al 2 of 3% verschil gemaakt hebben. Het heeft me geleerd dat artsen de impact van het syndicale werk onderschatten. Het gevoel is nu wel dat we zwakker staan in het

overleg met de overheid. Als de minister of de kabinetschef je impact in vraag stelt, dan is dat niet leuk. ‘Wat stelt u eigenlijk nog voor, meneer Moens? U scoort 56% op een opkomst van 24%, dat maakt dat u de steun hebt van 13% van de artsen.’ Dat is me letterlijk gezegd. Nadien is die sfeer gelukkig wat weggeëbd. Uiteindelijk heeft Open VLD ook maar 10% van de Belgische stemmen.

Hebt u een idee van de oorzaak van de desinteresse bij de artsen?

Het klinkt misschien overmoedig, maar ik geloof dat we het te goed hebben gedaan. Misschien troost ik mezelf met die gedachte. Te veel collega’s denken dat alles vanzelf gaat, net omdat we het zo goed gedaan hebben. In 2022 zijn er opnieuw medische verkiezingen. We zullen het belang van het syndicalisme goed in de verf moeten zetten. Wij zijn natuurlijk niet uit op stakingen zoals klassieke werknemerssyndicaten, maar wij willen de drijvende kracht blijven achter de modernisering van de medische werking. Er komen zoveel nieuwe uitdagingen op ons af: moleculaire diagnostiek, moleculaire therapie, genetica... Hoe kunnen we al die prachtige ontwikkelingen aan de patiënten aanbieden op een ethisch verantwoorde manier? Voor een bepaald type kanker is er bijvoorbeeld een immuuntherapie die 300.000 euro kost. Wie beslist wie deze therapie krijgt? En wie ze niet krijgt? Op welke gronden? Dat zijn de vragen van de toekomst. Het zijn bijzonder moeilijke vragen. Denk

aan de kleine Pia. Geloof me: er zijn nog veel Pia’s.

Welk standpunt nemen artsen in deze ethische discussies in?

Het bijzondere standpunt van de arts is dat hij de patiënt voor zich heeft, letterlijk, in zijn praktijk. Je kijkt die patiënt in de ogen. En dan moet je hem een mogelijkheid verzwijgen? Of de mogelijkheid wel vernoemen maar zeggen dat er geen geld voor is? Artsen zijn de beste verdedigers van de patiënt, net door hun positie: we kijken elkaar in de ogen. Daarom kiezen artsen in ethische debatten veeleer de kant van de patiënt dan van de overheid, die het geld beheert. Terwijl we ons natuurlijk wel bewust zijn van de budgettaire beperkingen. Ik zie hier niet meteen een oplossing.

Wat is de grootste les die u geleerd hebt tijdens uw lange loopbaan?

Geef niet te snel op. Als je goede argumenten hebt, maar je gesprekspartners die de wetten maken denken daar anders over, dan moet je op je strepen staan. Met rationele argumenten. Dan mag je niet opgeven. Zo nodig breng je een besluit of wet voor de Raad van State of het Grondwettelijk Hof. Dat is gelukkig niet zo vaak gebeurd, maar als je overtuigd bent van je zaak, dan moet je volhouden. Ook al kost het handenvol geld en energie. Uiteindelijk haal je het.

U bent nog bestuurder bij de BVAS en hebt nog een aantal functies in het RIZIV. U blijft zich actief engageren?

Ik treed minder naar voren, maar ik blijf de zaken nog even volgen, ja. Tot de volgende artsenverkiezingen in 2022. Dan trek ik me stilletjes terug.



In het zwembad hebben de recreatieve zwemmers hun plek en zijn er baantjes vrijgehouden voor de sporters die - al dan niet langzame - baantjes willen trekken. In de supermarkt zijn er tegenwoordig snelle kassa's voor de klanten die enkel een pakje boter en een kilo appels kopen. Op die manier moeten ze niet aanschrijven achter mensen met een volle winkelkar. Zo kan je ook CAPA bekijken, een organisatie-model voor de geestelijke gezondheidszorg die vraag en aanbod gericht op elkaar afstemt. Filip Desmit, directeur Zorgverlening bij CGG Noord-West-Vlaanderen, getuigt over zijn ervaring met het CAPA-systeem.

CAPA staat voor *Choice And Partnership Approach*. Dit organisatie-model voor de kinderspsychiatrische hulpverlening werd ontwikkeld door de Londense kinderspsychiaters Ann York en Steve Kingsbury. De hulpverlening wordt volgens dit model opgebouwd rond de kernbegrippen 'keuze' en 'participatie'. Tien jaar terug haalde kinder- en jeugdpsychiater Eric Schoentjes (UZ Gent) beide collega's voor het eerst naar Vlaanderen en ging er in zijn ziekenhuis mee aan de slag. In 2013 organiseerde Zorgnet-Icuro een meerdaagse CAPA masterclass. Intussen werken verschillende Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) met dit model, waaronder CGG Noord-West-Vlaanderen.

"CAPA is een systeem dat ervoor zorgt dat een organisatie in de geestelijke gezondheidszorg het juiste kan doen met de geschikte hulpverleners op het juiste moment", zegt Filip Desmit, directeur zorgverlening bij CGG Noord-West-Vlaanderen. "Ik vond het vreemd dat je in de sector van de geestelijke gezondheid zo goed als altijd werd voortgeholpen door de persoon aan wie je jouw hulpvraag in eerste instantie voorlegde. De realiteit is natuurlijk dat dit niet altijd de geschikte

Filip Desmit: "De omslag vraagt echt een management van veranderen en er is een duidelijk beleid nodig."

“De juiste hulpverlener op de juiste plaats, zonder wachten”

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

hulpverlener is, maar wel diegene die op dat moment beschikbaar is. CAPA brengt daarin verandering.”

Wat zijn de grote voordelen van werken met CAPA?

“De grote troef van CAPA voor mij is dat een patiënt nooit op een externe of interne wachtlijst terecht komt. Er zijn geen wachtlijsten vooraleer iemand op een eerste gesprek kan komen en er zijn evenmin flessenhalzen om na het eerste gesprek door te stromen naar de behandeling. De kernbegrippen van CAPA zijn ‘keuze’ en ‘partnerschap’. In een eerste gesprek gaat de hulpverlener actief met de patiënt aan de slag om een gedeelde doelstelling te bepalen. ‘Wat is precies jouw hulpvraag en hoe kunnen we hier met jouw actieve inbreng en onze expertise aan werken?’ In CAPA-termen noemen we dat het *Choice-gesprek*. Uit de doelstelling blijkt of de patiënt geholpen is met een *core-behandeling* of een *specific-traject* nodig heeft.”

“De *core-behandeling* kan je vergelijken met de snelkassa in de supermarkt. Je hebt als patiënt begeleiding nodig, maar het gaat om basisinterventies zoals werken aan spanningsproblematieken of het versterken van vaardigheden bij crisis. De *specific-behandeling* buigt zich over complexe problemen zoals persoonlijkheidsstoornissen of traumaverwerking. Als we teruggaan naar de supermarktanalogie is dat iemand met een volle kar. Met die doelstelling voor ogen gaan we op zoek naar de hulpverlener die het best met de patiënt hieraan kan werken. Dat kan de persoon zijn die het eerste gesprek deed, maar dat kan ook een andere medewerker in het team zijn die beter *matcht* met de doelstelling. Net door de opsplitsing te maken tussen de twee soorten behandelingen, kunnen we een snellere doorstroom garanderen. We hebben als team

een duidelijk zicht op onze capaciteit en hoe lang de lopende behandelingen zullen duren.”

Hoe maakten jullie de omslag in CGG Noord-West-Vlaanderen?

“De omslag vraagt echt een management van veranderen en er is een duidelijk beleid nodig. De verandering was een heel proces waarin we op verschillende terreinen werkten. Eerst en vooral creëerden we een draagvlak, daarnaast informeerden we onze medewerkers en betrokkenen in de uitwerking. We organiseerden interne CAPA-denkdagen en namen onze tijd om de flow van het systeem helder uit te schrijven. We pasten alle noodzakelijke tools en formulieren aan de CAPA-werking aan. CAPA werd ook het thema van de functioneringsgesprekken. Eerst en vooral om te polsen waar een medewerker stond in dit verhaal. Waar voel je weerstand? Waar heb je twijfel bij? Maar ook om scherp te stellen wat het profiel van de medewerker was. *Welke core-behandelingen* en *welke specific-behandelingen* kan jij doen en in welke verhouding zie je dat?”

Wat waren de grootste moeilijkheden in het veranderproces?

“Het feit dat je niet van een wit blad start. Je werkt met een draaiende organisatie en zijn eigen realiteit. Bij een van onze teams was er een wachtlijst van meer dan zes maanden. Daardoor moesten we een aantal maanden heel hard inzetten op het afsluiten van behandeltrajecten en de wachtlijst. Dat is geen makkelijke opgave. Daarnaast blijf je ook werken met mensen. De grootste opdracht lag in de omslag maken in het denken van de medewerkers. Werken met CAPA vraagt een andere manier van werken. Het is van essentieel belang dat je alle medewerkers meehebt in die filosofie. Het is

bijvoorbeeld een systeem dat gaat voor maximale transparantie. Als medewerker kan je geen consultaties meer doen achter een gesloten deur en zelf bepalen wanneer je plaats hebt voor nieuwe patiënten. Je agenda staat open voor iedereen. Niet alleen kunnen alle collega's die volledig inkijken, ze boeken ook afspraken voor je in. Je werkbelasting is inzichtelijk voor iedereen.”

Zijn er elementen die een boost gaven aan de invoering van CAPA wanneer je terugkijkt op die omslag?

“De grootste boost was toch dat de medewerkers zelf heel snel tevreden waren over de grotere en vlottere doorstroom. Simpelweg aan de lijve ondervinden dat het systeem werkt, was heel belonend. Daarnaast ontdekten we een paradox door met CAPA te werken. Het bleek dat heel wat medewerkers mensen in behandeling hielden net omdat er zo'n lange wachtlijsten waren. Op zich ook niet verwonderlijk. Stel dat een patiënt op het eind van zijn behandeling is, maar nog niet zeker weet of hij al dan niet wil stoppen, dan staat de hulpverlener voor een moeilijke beslissing. In het oude systeem belandden patiënten immers opnieuw op de lange wachtlijst als ze zich na de stopzetting opnieuw aanmeldden. Met CAPA stelt dat probleem zich niet meer. Net omdat de medewerkers weten dat iemand, mocht het nodig zijn, heel snel terug kan worden geholpen, sluiten ze dossiers vlotter af.”

In welke mate is de cultuur veranderd bij het CGG Noord-West-Vlaanderen door te werken met dit systeem?

“We merken dat de medewerkers meer aan managementdenken doen. Er wordt veel meer nagedacht over capaciteitsbeheersing en de noodzaak daarvan. Vroeger deed iedereen zijn best: ‘Ik kan



“De grote troef van CAPA is dat een patiënt nooit op een externe of interne wachtlijst terechtkomt. Er zijn geen wachtlijsten vooraleer iemand op een eerste gesprek kan komen en er zijn evenmin flessenhalzen om na het eerste gesprek door te stromen naar de behandeling.”

alleen maar verder doen’, hoorde je vaak als reactie op de wachtlijsten. Nu hebben we een duidelijk idee van de capaciteit die we aankunnen en hoe we daarmee zo goed mogelijk kunnen omgaan. Door de duidelijkheid denken de medewerkers mee en is de betrokkenheid gestegen. Er is een cultuur ontstaan waarin de medewerkers van bij aanvang ‘eindigheid’ in de behandeling inbrengen en waarin de doelstellingen permanent geëvalueerd worden.”

Heeft het werken met CAPA een invloed op jullie aanwervingsbeleid?

“Zeer zeker. Je hebt mensen nodig die over de juiste vaardigheden beschikken. Dat bereik je enerzijds door vorming, maar anderzijds ook door een goede selectie van nieuwe hulpverleners. We zoeken hulpverleners die brede klinische vaardigheden hebben, die kunnen werken met doelstellingen en die in dit model kunnen functioneren. Door de jobplanning hebben we ook een zicht op de noden van onze organisatie. Als blijkt dat er veel aanmeldingen zijn voor specifieke thema’s waarvoor we nog niemand in dienst hebben, bijvoorbeeld autismespectrumstoornissen en eetstoornissen, dan weet je onmiddellijk voor welk profiel je een vacature moet uitschrijven.”

Welke tips zou je geven aan CGG die met CAPA willen starten?

“Eerst en vooral moet CAPA een duidelijke beleidskeuze zijn. De directie en de artsen moeten helemaal gewonnen zijn voor die werkwijze. Daarnaast is het essentieel om je medewerkers mee te laten parti-

ciperen in de uitbouw van CAPA. Laat hen zelf de ingrediënten van CAPA uitpikken en toevoegen. Wanneer je met CAPA gaat werken, moet je gaan voor volledigheid. Ik hoor soms dat organisaties werken met de lightversie of slechts enkele elementen uit het systeem implementeren. Je kan dat systeem volgens mij echter niet half toepassen. CAPA verliest zijn kracht als je er maar enkele delen van toepast. Daarnaast moet je er niet aan beginnen als er geen cultuur is van transparantie. Het beleid moet de keuze maken voor CAPA, maar de hulpverleners zijn diegenen die het concreet moeten maken. Zij moeten mee zijn in het verhaal van maximale transparantie.

Ik zou de centra ook aanraden om te zorgen voor een duidelijke administratieve ondersteuning en een heldere uitwerking van het systeem, dat heb je zeker nodig. En ten slotte: neem de nodige tijd. CAPA vraagt een serieuze omslag. Dat doe je niet van vandaag op morgen. Bij ons in het CGG Noord-West-Vlaanderen hebben we twee jaar aan die overstap gewerkt. Maar ik kan me niet meer voorstellen dat we niet met CAPA zouden werken en dat is volgens mij de beste aanbeveling voor deze aanpak.”

Wat vinden de andere CGG die met het model werken zo sterk aan CAPA?

Kim Leën - CGG De Pont Mechelen

“CAPA hielp ons om meer vraaggestuurd te werken en een stevige werkkrelatie met de cliënt te realiseren waardoor ze terugkomen bij nieuwe vragen en zorgen. De cliënt staat aan het roer. Het vraagt wel van hulpverleners om bewuster los te laten en te vertrouwen op de eigen en verworven vaardigheden van cliënten. Dat werkt versterkend voor de zorggebruiker.

Dirk Kaethoven - CGG Andante Antwerpen

“Door radicaal te kiezen voor CAPA is het effectief de zorggebruiker zelf die aan het stuur van zijn zorg zit.”

Dirk Aelbrecht - RCGG Deinze - Eeklo - Gent

“Een van de meest positieve zaken aan CAPA is dat we samen met de cliënten duidelijker doelstellingen formuleren. Dat zorgt voor een sneller hulpverleningsproces waardoor de cliënten geëngageerd zijn en meer verantwoordelijkheid dragen.

“Meerwaarde van BelRAI voor goede zorg is ontzettend groot”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: PETER DE SCHRYVER

In Leuven vond begin februari 2020 het driedaagse Wereldcongres InterRAI plaats. Experten uit dertig landen namen eraan deel. Een van hen was Ludo Vanderaspolden, al jaren een actief promotor van BelRAI in de ouderenzorg in ons land. Officieel is hij met pensioen, maar hij is door de BelRAI-microbe gebeten en laat niet los. Prof. Anja Declercq van LUCAS, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven, was samen met prof. Chantal Van Audenhove de organisator van het congres.

Ludo Vanderaspolden is al 15 jaar begaan met InterRAI en de ontwikkeling van de Belgische versie BelRAI. In 2005 maakte hij met het toenmalige VVI (nu Zorgnet-Icuro) een studiereis naar Canada, dat ook vandaag nog een voortrekker is. “De minister van Volksgezondheid had aan dr. Jan De Lepeleire gevraagd te onderzoeken welk instrument de geriatrie populatie goed in beeld kon brengen”, zegt Ludo Vanderaspolden. “Met Zorgnet-Icuro wilden we mee aan de kar trekken en zo snel mogelijk een test met InterRAI organiseren. Er werd een stuurgroep opgericht, waarvan ik voorzitter werd. Dertien woonzorgcentra in Vlaanderen hebben toen voor het eerst InterRAI getest. Er bestond alleen een Amerikaanse versie, in het Nederlands vertaald. Zo ging de bal aan het rollen. Vrij snel, al in 2007, bleek dat we een eigen versie nodig hadden: de BelRAI. Prof. Anja Declercq van LUCAS stond mee aan de wieg hiervan.”

“Met de stuurgroep van Zorgnet-Icuro bleven we het project ondersteunen. Drie woonzorgcentra namen het voortouw, waaronder Huize Ter Walle in Menen waar ik directeur was. We spraken af om alle bewoners te ‘RAI-en’, zoals we dat noemden. Dat was een hele klus, maar

Ludo Vanderaspolden: “Ook al ben ik met pensioen, de BelRAI-microbe heeft me te pakken. De meerwaarde van BelRAI voor goede zorg is ontzettend groot. Ik voel dat we nu echt een versnelling beleven.”



het bracht op: de BelRAI geeft met circa 350 vragen op basis van observaties een holistisch beeld van iemands zorgnoden. Omdat het een digitaal systeem is, kunnen we er ook allerlei extra informatie uit halen. Het systeem signaleert bijvoorbeeld op basis van de input of iemand extra risico loopt op valgedrag, een depressie of eenzaamheid. Zo heb je meer handvatten om preventief te werken en zorg op maat te bieden. Vroeger kon dat in principe ook, maar dat waren allemaal afzonderlijke systemen. Nu hanteren we één instrument. Met de resultaten organiseren we een multidisciplinair overleg om een beter zorgplan voor de bewoner op te stellen.”

Katz-schaal afgedaan?

“De KATZ-schaal wordt nog altijd gebruikt, maar die kijkt alleen naar de ADL-functies, de functies van het algemeen dagelijks leven. Daardoor krijgen die ADL-functies de meeste aandacht van de zorgverleners en blijven andere noden op de achtergrond. Ook de financiering focust op de ADL-functies zoals zelfstandig kunnen eten, je kunnen aankleden, mobiel zijn... Een bewoner die motorisch perfect in staat is om zichzelf te wassen en te kleden maar door een psychische kwetsbaarheid zichzelf verwaarloost, scoort een A of een O-profiel, wat betekent dat er maar weinig financiering tegenover staat. Terwijl die bewoner net extra aandacht nodig heeft. Maar economisch gezien is hij voor een woonzorgcentrum ‘niet interessant’. Interessanter zijn de mensen die niet zelfstandig kunnen eten of incontinent zijn. De KATZ-schaal legt in die zin te beperkte klemtonen en heeft voor heel wat noden te weinig oog. BelRAI besteedt hieraan wel aandacht. Het geeft een meer holistisch, correcter en realistischer beeld van iemands noden. Het is een wetenschappelijk gevalideerd instrument; het is geen kwestie van louter aanvoelen. Aangezien wetenschappelijke inzichten evolueren, worden ook InterRAI en dus ook BelRAI voortdurend bijgestuurd.”

“Ik ben blij dat de BelRAI als instrument nu ook is opgenomen in het Vlaams Regeerakkoord en in het woonzorgdecreet. Het is de bedoeling om voor elke bewoner binnen de vier weken na opname een BelRAI uit te voeren. Deze richtlijn wordt van kracht op 1 januari 2023. De koepelorganisaties in de ouderenzorg, waaronder Zorgnet-Icuro, hebben middelen gekregen om de woonzorgcentra voor te bereiden.”



Prof. Anja Declercq

Piloten

“Een eerste stap is net gestart met een pre-pilot met zes voorzieningen, waaronder drie woonzorgcentra van het eerste uur: Zorgnetwerk Trento in Moerzeke, Meunynckenhof in Koekelare en Huize Ter Walle in Menen. De zes centra krijgen een opleiding door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek in Gent. In een eerste fase testen we het opleidingspakket, om het daarna in april en oktober in twee golven uit te rollen in 45 woonzorgcentra die de BelRAI op al hun bewoners zullen toepassen. Ik ben projectmanager van dit consortium. Elk van de 45 woonzorgcentra krijgt drie dagen opleiding train-the-trainer. In ruil geeft de directie haar engagement om hiervoor voldoende tijd vrij te maken en alle bewoners te betrekken. Dat is een stevige verbintenis, want terwijl een KATZ-schaal invullen maar twee minuten duurt, neemt de BelRAI al snel veertig minuten in beslag, zeker in het begin. Dat is een drempel. Gelukkig hebben we een handig instrument van Pyxicare, dat toelaat om met een tablet tot bij de bewoner te gaan om de observaties te doen en de vragen te stellen.”

“Alle 850 woonzorgcentra in Vlaanderen hebben de kans gekregen om in het pi-

lootproject te stappen. We hoopten op een 40-tal gegadigden, er rekening mee houdend dat het engagement niet min is. Maar we zijn overstelpt met aanvragen: 154 woonzorgcentra stelden zich kandidaat. Jammer genoeg kunnen we er maar 45 weerhouden om budgettaire redenen.”

“Uiteindelijk is het doel om BelRAI in de verschillende sectoren in te voeren, ook in de thuiscontext en in de ziekenhuizen. Elke context heeft zijn BelRAI op maat. Zo is er naast de BelRAI LTCF (*Long Term Care Facilities*) voor woonzorgcentra ook een BelRAI Homecare voor alle zorg, ondersteuning en verpleging aan huis. Uiteraard zijn alle systemen op elkaar afgestemd, met respect voor de privacy, zodat de gegevens over de contexten heen gedeeld kunnen worden.”

“Ik beschouw dit als een stukje van mijn levenswerk”, zegt Ludo Vanderaspolden. “Ik ben ondertussen met pensioen, maar dit wil ik nog niet loslaten. Ik ben gebeten door de microbe. De meerwaarde van BelRAI voor goede zorg is ontzettend groot. Ik voel dat we nu echt een versnelling beleven. Ik blijf dit nog eventjes volgen. Het is veel te boeiend om er nu mee te stoppen. Ik zie het als een mooie afsluiting van mijn loopbaan.”

Overheden willen vooruit met BelRAI

“Het InterRAI-congres in Leuven was pas het tweede wereldcongres”, vertelt prof. Anja Declercq van LUCAS, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de K.U. Leuven, dat het congres organiseerde. “Vier jaar geleden vond het eerste plaats in Toronto. Omdat prof. Chantal Van Audenhove en ikzelf InterRAI-fellows van het eerste uur zijn én omdat we naar aanleiding van dertig jaar LUCAS iets extra wilden doen, hebben we de organisatie van het wereldcongres op ons genomen. Met 350 deelnemers uit dertig landen was dat geen sinecure.”

“Het congres richtte zich zowel tot onderzoekers als beleidsmakers en mensen uit de praktijk. De focus lag op de implementatie van het instrument. InterRAI vormt één geheel, maar elk land past de implementatie ervan aan de eigen context aan. Je kan wel een en hetzelfde instrument hanteren in Zuid-Afrika, Singapore en Finland, maar het proces van implementatie

zal verschillen. Toch botsen we op veel gelijkaardige problemen en zijn sommige oplossingen nuttig voor iedereen. In die zin is het interessant om te leren van elkaar en te zien hoe andere landen de dingen aanpakken.”

“België staat relatief ver met zijn BelRAI. We zijn het eerste land dat het over verschillende sectoren heen gebruikt heeft. Technisch kan het, dat hebben we voldoende ervaren. Ik heb er goede hoop op dat we dit op korte termijn kunnen implementeren. Het zou de dagelijkse werking in woonzorgcentra, in de thuiszorg en de ziekenhuizen een extra ondersteuning geven.”

“Daarnaast biedt BelRAI andere mogelijkheden, waaraan LUCAS zal meewerken. Als het instrument eenmaal ingevoerd is, kunnen de geaggregeerde gegevens ons bijvoorbeeld heel wat leren over de zorgzwaarte-indicatoren. Welke bewoners wonen in welk woonzorgcentrum en welke zorg hebben zij nodig? We voeren dit onderzoek uiteraard uit op anonieme data. Op basis daarvan kan je beter gefundeerde

beleidsbeslissingen nemen over de noodzakelijke bestaafing, over kwaliteitsvereisten en over een correcte financiering. Een financiering op basis van de BelRAI zal nauwkeuriger en juist zijn dan op basis van de Katz-schaal.”

“Op termijn zullen ook andere sectoren met de BelRAI werken, zoals de sector voor geestelijke gezondheidszorg, de revalidatie en misschien ook die voor personen met een handicap, zodat er een gemeenschappelijk instrument is om zorgnoden in kaart te brengen.”

“In de marge van het wereldcongres in Leuven, was er een ontmoeting met een internationale afvaardiging van InterRAI en de verschillende overheden. De federale overheid heeft met Jo De Cock van het RIZIV en Pedro Facon van de FOD Volksgezondheid bij die gelegenheid de door minister Maggie De Block en de vzw InterRAI ondertekende overeenkomst ontvangen. Dat is een sterk signaal dat ook de federale overheid hier voluit mee vooruit wil”, zegt prof. Anja Declercq.



In een nieuwe reeks **Z-Healthcare** zoomt Kanaal Z in op het ziekenhuis en de zorg van de toekomst. Wat zijn de maatschappelijke, medische en technologische evoluties? Welke implicaties hebben innovaties voor de zorg- en welzijnssector? Hoe zorgen we ervoor dat ziekenhuizen uitgebouwd worden tot moderne centra voor gezondheidszorg, met kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg?

20 weken lang praat **Z-Healthcare** met patiënten, zorgverstrekkers en experts en stellen we tal van innovatieve projecten in de kijker.

Z-Healthcare, elke woensdag in herhalingslus op Kanaal Z vanaf 20 uur. Ook te bekijken op www.kanaalz.be

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren vzw

Life Is On

Schneider Electric

“We willen de beste praktijken naar voor halen en promoten”

TEKST: BJÖRN CRUL / BEELD: DIETER MEYNS

Het toezicht van de federale overheid op de ziekenhuizen zal de komende jaren grondig veranderen. Het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) hebben samen de nieuwe dienst ‘Audit Ziekenhuizen’ opgericht. Het project komt stilaan op kruissnelheid: de methodiek voor de audits is bepaald, een eerste auditronde op het terrein is uitgevoerd en de dienst is volop aan het aanwerven. Zorgwijzer klopte voor tekst en uitleg aan bij dokter Nick De Swaef, waarnemend leidinggevende van de nieuwe dienst.

Het toezicht van de federale overheid op de ziekenhuizen wordt op een nieuwe leest geschoeid. Tot voor kort gebeurde de federale inspectie in ziekenhuizen apart door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG, die elk vanuit hun eigen bevoegdheid optraden. In het kader van de hertekening van de gezondheidsadministraties, waarvoor er een gezamenlijke sokkel in de bestuursovereenkomsten van het RIZIV, de FOD en het FAGG werd opgenomen, namen de drie administraties het initiatief voor dit nieuwe project. Het inzicht was gegroeid dat er naast de klassieke inspecties ook nood was aan een andere vorm van toezicht, dit om ervoor te zorgen dat patiënten in elk ziekenhuis een optimale zorg kunnen krijgen binnen de best mogelijke besteding van de middelen.

Een meer sturend toezicht

Zo werd het project ‘Audit Ziekenhuizen’ geboren. Dokter Nick De Swaef: “De opdracht luidde om een nieuwe audit uit te werken die de doelmatigheid en efficiëntie van de zorg zou bevorderen. In eerste instantie brengen de drie gezondheidsadministraties daarvoor hun competenties en data samen. De analyse van die gekoppelde

data heeft immers een significante meerwaarde voor het inzicht in de geleverde zorg. Mogelijk kunnen later ook nog andere administraties aansluiten bij het project.”

Door een geïntegreerde aanpak en meer linken tussen de verschillende diensten te leggen, wil de federale overheid een meer sturend toezicht voeren. “We houden de ziekenhuizen als het ware een spiegel voor. Deze audits vormen immers het sluitstuk in het toezicht op de kwaliteit van de zorg. We willen precies de artsen, gezondheidsprofessionals en beheerders prikkelen en ondersteunen om na te denken over de doelmatigheid en efficiëntie van de zorg en hen aanzetten tot bijsturing waar nodig. Zo willen we samen met hen werken aan continue verbetering.”

Voor dit verhaal werd van een wit blad vertrokken. “De uitdaging was om een volledig nieuwe dienst op te richten, de juiste mensen bijeen te brengen en op te leiden tot auditor, en de methodiek en processen uit te werken. In goed anderhalf jaar tijd hebben we alle praktische zaken georganiseerd en onze nieuwe werkwijze ontwikkeld”, legt De Swaef uit. “We zijn zo goed als klaar om onze missie uit te voeren. Alleen moet het team nog verder worden ingevuld. Er is ook een stukje wetgevend werk nodig om de laatste zaken, bijvoorbeeld rond de verbetertrajecten, formeel te regelen.”

Thematische en datagedreven audits

De nieuwe audits in ziekenhuizen zullen thematisch en datagedreven zijn. “De eerste stap in onze methodiek is dat we over een bepaald onderwerp – denk aan een specifieke behandeling of zorgtraject – alle relevante data van de drie instellingen koppelen en analyseren. Mocht blijken dat

we over onvoldoende data beschikken of dat die niet genoeg gedetailleerd zijn, dan bevragen we de ziekenhuizen tijdens een vooronderzoek. Onze eerste analyse heeft immers tot doel om een set indicatoren op te bouwen, ook op basis van de beschikbare literatuur over best practices.”

In een tweede fase maakt de dienst een selectie van ziekenhuizen waar ze ter plekke wil gaan om verder zicht te krijgen op de verstrekte zorg. Nick De Swaef: “We willen weten hoe een zorgproces in elkaar zit, nagaan of de data waarover we als overheid beschikken overeenstemmen met de data in het dossier in het ziekenhuis en ziekenhuizen tevens de kans geven om duiding te geven bij hun aanpak. Zo kunnen we niet alleen de beste praktijken in de Belgische ziekenhuiszorg identificeren en promoten, maar ook verbetertrajecten voorstellen.”

Eindrapport met geanonimiseerde scores

Finaal publiceert Audit Ziekenhuizen een eindrapport waarin de resultaten per ziekenhuis geanonimiseerd worden weergegeven. “Dat moet de objectiviteit van de audit garanderen. We zullen in een eerste fase werken met cijfercodes, waarbij elk ziekenhuis enkel zijn eigen code kent en dus kan zien hoe het scoort in de benchmark. In functie van de vooropgestelde indicatoren kan men dan nagaan wat er nodig is om nog beter te doen.”

“Mocht een bepaalde drempel niet worden gehaald, dan kunnen er in de toekomst ook meer dwingende verbetertrajecten komen. Die zouden wij dan als dienst kunnen opvolgen”, aldus dokter De Swaef. “Let wel: vastgestelde, manifeste en intentionele inbreuken op de regelgeving van de drie betrokken instellingen behoren niet tot de scope van Audit Ziekenhuizen maar

blijven de bevoegdheid van de betrokken inspectiediensten zoals RIZIV-DGEC of de Inspectie FAGG.”

Eerste test over bariatrische heelkunde

De voorbije maanden werd de nieuwe methodiek een eerste keer toegepast voor een audit over de bariatrische heelkunde. “We vormden een set van testgegevens op basis van de 97 ziekenhuizen die in 2016 bariatrische ingrepen aanboden. De gegevens waarover de drie administraties beschikten, werden geanalyseerd en leverden de indicatoren voor de benchmark op.”

“Vervolgens zijn we naar 19 ziekenhuizen gestapt met specifieke vragen: enerzijds om meer te weten te komen over hun zorgtraject, maar anderzijds ook om na te gaan of de gegevens die we hadden gevonden, overeenstemden met de praktijk.”

De bevindingen van de auditors leverden een rapport van een 80-tal bladzijden op dat recent openbaar werd gemaakt. Nick De Swaef: “Zowel de methodiek als het eindrapport, waaraan een kernteam van een zestal artsen heeft gewerkt, is goedgekeurd door de stuurgroep van Audit Ziekenhuizen. Die bestaat uit directeurs-generaal en leidinggevende ambtenaren van de drie betrokken administraties. We kunnen dus de ziekenhuizen informeren en de communicatie opstarten.”

Lijst met geplande audits verschijnt in het voorjaar

Intussen is het team in volle ontplooiing. Binnenkort moet de nieuwe dienst een ploeg van 13 artsen tellen, aangevuld met verpleegkundigen, data-analisten, een apotheker en een gezondheidseconoom. “We zijn nu een tweede project opgestart, een audit over de zware medische beeldvorming. We zullen werken binnen een meerjarenplanning. De lijst van onderwerpen zal vooraf worden gepubliceerd, zodat de ziekenhuizen zelf ook zullen weten wanneer ze in aanmerking komen. Dat zal de eerste keer gebeuren in het voorjaar van 2020”, besluit dokter De Swaef.

Het algemeen auditrapport ‘bariatrische heelkunde’ kan je raadplegen op de website van het RIZIV: www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/federaal-toezicht-audit-ziekenhuizen.aspx



Nick De Swaef: “Mocht een bepaalde drempel niet worden gehaald, kunnen er in de toekomst ook meer dwingende verbetertrajecten komen, die wij als dienst dan zouden kunnen opvolgen.”

Hoe situeert de audit ziekenhuizen zich in het Vlaamse kwaliteitslandschap?

De laatste jaren zetten de Vlaamse ziekenhuizen grote stappen om hun kwaliteit van zorg beter kenbaar te maken en systematischer op te volgen.

Eerste pijler is het nalevingstoezicht en eventueel het systeemtoezicht door Zorginspectie. Dat laat toe de Vlaamse ziekenhuizen te toetsen op de Vlaamse eisenkaders en de federale wetgeving. De tweede pijler is het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) binnen het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. De derde pijler is de internationale accreditering door JCI of NIAZ, beiden ISQua geaccrediteerd. Deze accrediteringen maken het mogelijk om te vergelijken met wat er internationaal gangbaar is inzake kwaliteitsbeleid. Aan

de tweede en derde pijler participeren bijna alle Vlaamse ziekenhuizen op vrijwillige basis.

De federale audit ziekenhuizen kan bijkomende inzichten aanreiken voor de medische en verpleegkundig zorgaspecten zelf. In deze audits kunnen onder meer MZG-data en nomenclatuurdata samen worden geanalyseerd en getoetst aan EBM richtlijnen. Op die manier vullen ze dus de tweede pijler, de Vlaamse indicatoren, aan met inhoudelijke proces- en outcomegerichte data. Doen we de juiste dingen en met welk resultaat? Daarnaast toetst de audit ziekenhuizen de conformiteit van de coderingen en de doelmatige aanwending van de federale middelen af die naar de sector gaan.



HEALTH & CARE

DÉ VAKBEURS VOOR DE ZORGSECTOR

21-22-23
APRIL 2020

FLANDERS
EXPO GENT



250 BEDRIJVEN

uit verschillende sectoren bieden
u oplossingen voor

bouw, architectuur, interieur & meubilair
care equipment & zorgkledij
facility, grootkeukens, hospitality & foodservices
ict & technology, start-ups
consultancy & vorming



by EASYFAIRS

LAAT U INSPIREREN DOOR

- 30 geaccrediteerde seminars
- workshops & demo's
- een interactief zorg- praatcafé
- een experience village

ONTMOET MEER DAN 5000 COLLEGA'S

beslissingnemers, verpleeg- en zorgkundigen uit
ziekenhuizen, woonzorgcentra, thuiszorg, geestelijke
gezondheidszorg en gehandicaptenzorg

REGISTREER U NU via www.health-care.be met uw code: BAAA000021BBU

Partners



Belgische Vereniging van
Ziekenhuisdirecteuren VZW



BlueHealth
Innovation Center



IN4care

HEALTH-CARE.BE