

ZORG WIJZER

Wat Covid-19 ons leerde Is de Zorg nu eindelijk aan Zet?

- 04 Eén jaar en één Covid-crisis later: beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro
- 18 Geert Van Hootehem over innovatieve arbeidsorganisatie
- 26 De ZorgSamen: wie werkt in zorg en welzijn is veerkrachtig, maar ondersteuning is wenselijk

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 22 september.

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

91

03 Editoriaal

Dossier: beleidsaanbevelingen

- 06 Eén jaar en één Covid-crisis later: beleidsaanbevelingen Zorgnet-Icuro
- 10 Gezondheidseconoom Lieven Annemans
- 12 Arbeidssocioloog en HR-expert Peggy De Prins
- 14 Journalist Guy Tegenbos
- 16 Fotograaf en documentairemaker Lieve Blancquaert
- 18 Geert Van Hootegem over innovatieve arbeidsorganisatie
- 22 VDAB-topman Wim Adriaens over werken in de zorg
- 26 De ZorgSamen: psychische ondersteuning voor wie werkt in zorg en welzijn
- 30 Fotowedstrijd 'bezoek in het woonzorgcentrum'

Post-Corona: is de Zorg nu eindelijk aan Zet?

In het voorjaar 2019 organiseerde Zorgnet-Icuro onder de naam "Zorg aan Zet" een brede burgerbevraging over de toekomst van de zorg. Burgers en zorgverleners dachten na en discussieerden over ons zorgsysteem, waar we naartoe moeten en hoeveel we daarvoor over hebben. Een rapport van meer dan 30 pagina's toonde wat mensen belangrijk vinden, signaleerde problemen en stelde concrete hervormingen voor. Toch was zorg in de verkiezingscampagne van 2019 nooit een groot thema; geen enkele partij wilde zich hierop profileren.

We zijn nu ruim één jaar en één Covid-crisis later. Die crisis blies alles weg en zette de pijnpunten van ons zorgsysteem op scherp. Bevragingen bij het brede publiek tonen dat mensen wakker liggen van de gezondheidszorg. We vragen ons af of nu de tijd eindelijk aangebroken is om ons zorgsysteem krachtadig te transformeren. Zullen politici hiervan de eerste beleidsprioriteit maken? Is de Zorg nu eindelijk aan Zet?

Zorgnet-Icuro wil geen analyse of evaluatie maken van de aanpak van de Corona-crisis. Gewapend met de kennis en de ervaring uit de crisis willen we vooruit kijken. Covid-19 heeft ons zorgsysteem zwaar op de proef gesteld. Zeker in het begin was er vaak een gevoel van chaos, zowel bij personeel als zorgvragers. Maar de disruptie toonde ook dat als de nood het hoogst is, er veel mogelijk wordt. Het draagvlak voor transformatie, voor door-

gedreven verandering in de sector en bij de bevolking is groot. We moeten van dit momentum van eensgezindheid ook een hefboom kunnen maken.

Zorgnet-Icuro wil niet aan de kant staan kijken, maar samen met de sector de veranderingen mee sturen en op poten zetten. Op 4 juni presenteerden we onze beleidsaanbevelingen voor de uitbouw van een solied en solidair zorgsysteem dat de gezondheid en het welzijn van onze bevolking op de eerste plaats zet. We zetten ze ook in deze Zorgwijzer graag prominent vooraan. We laten ook een aantal gezaghebbende stemmen daarop reflecteren. We hopen dat het beleid de stem van velen – zorgverleners én burgers – ernstig zal nemen. Er zal moed, durf en lef nodig zijn om te doen wat nodig is, en deze keer niet over te gaan tot business as usual. Dat is het mandaat dat de politici ruim een jaar geleden van ons kregen. Covid-19 heeft het alleen maar versterkt.

Er liggen vier onwerkelijk drukke maanden achter ons. We weten hoe zwaar het voor de zorgsector was, maar we weten niet wat voor ons ligt. Er zijn tal van onvoorspelbare factoren. We hebben nog geen zicht op de omvang van de economische schade en de evolutie van het virus. Maar er is ook vertrouwen. Ik heb de afgelopen maanden een enorme veerkracht gezien bij iedereen in zorg en welzijn, een wil om dit samen door te komen en ervoor te gaan met hart en ziel. Zorg is wat door het hart gaat, wat dicht

bij de mensen komt. Ik wil iedereen in zorg en welzijn van harte bedanken voor hun tomeloze inzet en een rustgevende en mooie zomer toewensen. Tijd om de batterijen op te laden!



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Wat Covid-19 ons leerde



De versnippering in de bevoegdheidsverdeling voor gezondheid en welzijn is vroeger al vaker aangekaart, maar kwam tijdens Corona als een monster van Loch Ness ongemeen sterk naar boven. De complexiteit van structuren maakte een eenheid van commando onmogelijk en werkte sterk vertragend in een tijd waarin snel beslissen en uitvoeren cruciaal is.

In de woonzorgcentra werd het gebrek aan handen en middelen voor medisch beleid pijnlijk duidelijk. Is het verwonderlijk dat velen onder ons zich luidop afvragen of onze maatschappij haar ouderen nog wel waardig wil verzorgen? Ziekenhuizen kampen met financiële zorgen door de capaciteitsbeperkingen. Het prestatiegebonden vergoedingsmodel van artsen en ziekenhuizen onthulde zich in deze bijzondere omstandigheden als de achillespees van het systeem: geen prestaties, dus geen inkomsten. De effecten op het welbevinden van de burgers en de geestelijke gezondheidszorg leken pas in tweede instantie aan bod te komen. De somatische aanpak primeerde in de benadering van de pandemie, wat leidde tot schrijnende toestanden bij erg kwetsbare mensen. Wat gebeurde zullen we nog een tijd met ons meedragen.

Bestaande samenwerkingsvormen, zij het in lokaal verband of via functionele bindingen in netwerken loonden en werden versterkt. Mensen die elkaar kennen in gewone tijden vinden elkaar ook sneller in crisistijd. Het is dankzij de verregerende samenhang van al dat zorgpersoneel dat de samenwerking tussen actoren op het terrein, over de sectoren van zorg en welzijn heen, op heel wat plaatsen heel vlot verliep. Ziekenhuizen en thuiszorg detacheerden medewerkers naar de woonzorgcentra in nood. Apothekers, ziekenhuizen, ggz-voorzieningen, huisartsen en

“Is de tijd eindelijk aangebroken om ons zorgsysteem krachtadig te transformeren? Zullen politici hiervan de eerste beleidsprioriteit maken? Is de Zorg nu eindelijk aan Zet?”

woonzorgcentra ondersteunden elkaar op verschillende manieren, bijvoorbeeld in de voorziening van het levensnoodzakelijke beschermingsmateriaal of in de organisatie van triagepunten. Regeltjes werden hiervoor eventjes opzij gezet. De aanpak van de sector in deze crisis bewijst dat we het vertrouwen waard zijn om veel zelf te organiseren. Meer nog: de sector had in deze crisis nog beter gepresteerd, wanneer zij nog meer was gerespecteerd als expert op het terrein.

“Ik heb geleerd dat ik onze mensen tegen zichzelf moet beschermen”, vertelde een CEO van een zorginstelling. *“We kunnen onze mensen appelleren op hun intrinsieke motivatie, maar dat mag ons er niet van ontslaan om te blijven gaan voor de juiste loons- en arbeidsvoorwaarden voor onze mensen.”* De zorgsector kreeg de voorbije maanden dan misschien wel een imagoboost, maar de schaarste aan zorgpersoneel blijft als een zwaard van Damocles boven de sector hangen. De roep naar een hogere waardering van de zorgmedewerkers ging doorheen de crisis steeds luider klinken.

Het complexe financieringsmodel van onze gezondheidzorg gecombineerd met het rigide beleidskader is al te vaak een hinderpaal voor een flexibele, verantwoordelijke en mensgerichte invulling van de zorg. Het beleidskader zou moeten focussen op wat de gezamenlijke opdracht is en welke middelen je daar tegenover zet. Maar dat veronderstelt dat de overheid de financiële controle op een andere manier organiseert. In de afgelopen weken waren we getuige van een aantal veranderingen die ons positief kunnen stemmen over een mogelijke toekomstige evolutie naar meer regelluwte en responsabilisering. Een versoepeling van het KB78, de regelgeving die zegt welk beroep welke handeling

mag uitvoeren, en andere beslissingen van bevoegde administraties creëerden omstandigheden die meer ruimte boden om de zorg en welzijn af te stemmen op de actuele noden. Een schijnbaar eenvoudige toevoeging aan de nomenclatuur maakte digitale consultaties plots wel mogelijk, terwijl daarover al jaren is gedebatteerd. Het ogenblik is er om die mogelijkheden een blijvend karakter te geven. Het kan en het werkt.

Het mag duidelijk zijn dat het huidige financieringsmodel ook niet de juiste stimulansen geeft voor preventie, efficiëntie en resultaatgedrevenheid van zorgtrajecten, noch voor de samenwerking op het terrein. Er wordt bijvoorbeeld slechts beperkt ingezet op doorverwijzing van een patiënt naar de best geplaatste arts, dienst of ziekenhuis voor een specifieke behandeling. Door de huidige hokjesstructuur, met prestatiegebonden financiering erbovenop, krijg je een systeem zonder beperking op niet-doelmatige medische consumptie.

Het budget van zorg en welzijn zal in de komende decennia bovendien steeds verder onder druk komen te staan van evoluties zoals de vergrijzing, het stijgend aantal mensen met een chronische aandoening en de groeiende zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg. Een noodzakelijke, gecontroleerde groei van dat budget dringt zich hoe dan ook op. Gezonde mensen zijn noodzakelijk voor een gezonde economie.

We hopen dat het verhoogd solidariteitsgevoel van de mensen voor de welzijns- en gezondheidssector zal worden vertaald in een duurzamer gezondheidsmodel. Werken met middelen van de maatschappij vergt echter ook een grote verantwoordelijkheid op vlak van transparantie en participatie.

Laat ons de “best practices” die tijdens de crisis ontstonden en waarmee we op het terrein succesvol proefdraaiden ook vasthouden en verankeren. Deze tijd vormt een opportuniteit om sprongen voorwaarts te maken die in normale omstandigheden veel tijd in beslag nemen. Zo kunnen er misschien voor één keer tussen droom en daad minder wetten en praktische bezwaren in de weg staan.

1. Bevoegdheidsverdeling en besluitvorming

Creëer een homogeen bevoegdheidspakket. Breng zorg en welzijn samen op één enkel beleidsniveau met één bevoegde minister, ondersteund door een vernieuwd overlegmodel. Vertrek- en ijkpunt zijn gezondheids- en welzijnsdoelstellingen.

De voorbije jaren stelden we vast dat de huidige versnipperde bevoegdheidsverdeling inefficiëntie in de hand werkt. Dat werd tijdens de Covid-crisis pijnlijk duidelijk. We hebben nood aan een slagkrachtig beleid dat zich focust op een geïntegreerde aanpak van preventie, gezondheid en welzijn, vertrekkende van duidelijke doelstellingen. De houdbaarheidsdatum van de huidige bevoegdheidsverdeling is verstreken.

Zorg en welzijn van elkaar loskoppelen is voor ons geen optie. Zorgnet-Icuro pleit daarom voor een **homogenisering van alle bevoegdheden voor welzijn en zorg op één beleidsniveau**, met één bevoegde minister. Het gewestelijk niveau is daarvoor het meest aangewezen. Dat impliceert dat de woonplaats de leidraad wordt voor de burger en dat Vlaanderen, Wallonië en Brussel de volle bevoegdheid krijgen. Het zal evenwel belangrijk zijn dat de gewesten onderling goede afspraken maken.



“Het is dankzij de verregaande samenhang van al dat zorgpersoneel dat de samenwerking tussen actoren op het terrein, over de sectoren van zorg en welzijn heen, op heel wat plaatsen heel vlot verliep.”

Alleen zo kunnen we een homogeen en coherent beleid voeren dat de middelen efficiënter inzet.

Die grondige herschikking mag niet bestaan uit het louter overhevelen van bevoegdheden en middelen. Het vraagt ook een diepgaande herdenking van de aansturing (governance) en de introductie van een **nieuw doorgedreven overlegmodel** voor welzijn en gezondheid in de gewesten. Het overlegmodel dat het RIZIV al jarenlang hanteert, heeft ons belangrijke zaken geleerd. Goede praktijken hieruit nemen we mee. Concreet pleiten we voor een nieuw uitgezuiverd overlegmodel (naar het model van een raad van bestuur van zorg en welzijn) waaraan minstens vertegenwoordigers van zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen, burgers (alle burgers zijn zorgvragers), zorgverzekeraars en overheid deelnemen. Die raad probeert naar een consensus te zoeken en geeft zijn beslissingen door aan de minister en de regering. Ook naar de brede bevolking zal de raad transparant communiceren. Dat betekent een medebeheer, maar ook een responsabilisering van alle betrokkenen. Finaal is het aan de ministerraad en het bevoegde parlement om in een democratie de beslissingen te nemen. Indien zij afwijken van de beslissingen van de raad zullen ze dat grondig moeten motiveren. Per periode van vijf jaar worden samen met de politieke verantwoordelijken de inhoudelijke en budgettaire contouren vastgelegd. Dat zal eveneens een sterke administratie vragen, die over voldoende expertise beschikt.

Leidraad en strategische kapstok voor de beslissingen zijn de samen vastgelegde **zorg- en welzijnsdoelstellingen/indicatoren** en een aan de noden (zorgvraag, zorgzwaarte, kwaliteit) aangepaste budgettaire groeinorm. Het gaat daarbij over coherente beleidslijnen die gebaseerd zijn op onderbouwde doelstellingen en welzijns- en gezondheidsindicatoren. Ook de wetenschap speelt daarin een rol.

De integratie van zorg en welzijn staat voorop. Hierbij denken we onder andere aan:

- indicatoren die zowel inzetten op kwaliteit, proces als outcome;
- de versterking van het gezondheids- en welzijnsbeleid via responsabilisering van andere beleidsdomeinen (wonen, werk, onderwijs...): “health in all policies”;
- een resolute keuze voor preventie in een geïntegreerde benadering;
- kwaliteitsvol leven voor kwetsbare mensen die nood hebben aan langdurige zorg en ondersteuning.

2. Financiering en financieringsmechanismen

Creëer een nieuw geharmoniseerd financieringsmodel voor welzijn en zorg dat ontschotting en responsabilisering van de zorgorganisaties bevordert.

Internationale vergelijkende studies tonen aan dat een solidaire financiering de beste manier is om een brede, niet discriminerende toegang tot zorg te vrijwaren. Er is ruimte tot verbetering in de manier waarop we de publieke middelen voor zorg en welzijn in ons land besteden. De huidige financierings- en vergoedingsystemen bevorderen de samenwerking tussen zorgverstrekkers onvoldoende. Het systeem stimuleert in sommige omstandigheden ook minder optimale vormen van zorg/behandelingen omdat die worden terugbetaald en andere niet. Via de vergoedingen die zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen ontvangen voor activiteiten en investeringen kunnen we accenten leggen die de efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit van zorg ten goede komen. Denk aan multidisciplinaire samenwerking en expertisebundeling. Uitwassen zoals overconsumptie kunnen in eenzelfde beweging tot een minimum herleid worden. Een waardegedreven financieringssysteem is hierbij ons uitgangspunt.

We pleiten voor een financieringssysteem waarvan de inkomsten grotendeels gefinancierd worden uit solidariteit. Solidariteit tussen de burgers, tussen de bedrijven en tussen de gewesten. Met duidelijke en transparante criteria om de middelen te verdelen en te oormerken in de begroting van het ontvangende gewest. Zo creëren we hiervoor draagvlak in de samenleving. We stellen voor om te voorzien in een groeinorm van het budget aangepast aan de bevolkingsaantallen en de zorgnood en -zwaarte in de bevolking van elk gewest. Hierbij moeten we rekening houden met de kosten van de vergrijzing, de langdurige zorgnoden, en noodzakelijke investeringen in kwaliteit en innovatie. De gewesten kunnen hierbij (financieel) geresponsabiliseerd worden voor het behalen van doelstellingen. Het betreft hier zowel de geestelijke als de somatische zorg. Daarnaast is er nood aan een (innovatief) investeringsprogramma dat onze zorginfrastructuur voorbereidt op de toekomst.

Vlaanderen voegde, met de Vlaamse sociale bescherming, een laag toe aan de sociale zekerheid. Dat systeem, dat bestaat uit een bijdrage (premie) en zorgtickets en -budgetten, wordt best verder uitgebouwd.

Het is tijd om fundamenteel na te denken over een totaal nieuw financieringsmodel voor de welzijns- en gezondheidszorg. Daarbij onderzoeken we hoe we van het vorige model kunnen overgaan naar dat nieuwe model. Het financieringsmodel van artsen, zorgvoorzieningen en -medewerkers zou meer forfaitair moeten worden en minder prestatiegericht. Het bevat best ook elementen van kwaliteits-, traject- en populatiefinanciering en – waar dat gepast is – vormen van persoonsvolgende financiering.

Op basis van bestaande modellen in het buitenland en academische studies willen we duidelijkheid brengen in wat de reële bijdrage van verschillende financierings-



modellen of een combinatie daarvan kan zijn voor het stimuleren van de kwaliteit en kostenefficiëntie van zorg. Voorbeelden zijn preventiegerichte activiteiten, doorverwijzing tussen artsen of instellingen, expertisebundeling in het landschap, innovatie, maar ook multidisciplinaire samenwerking afgestemd op de specifieke zorgnood van de zorgvrager, globaal medisch beleid... In plaats van te vertrekken van de bestaande systemen en die te hervormen, pleiten we ervoor om te vertrekken van een 'wit blad'. Eens het financieel beleid is uitgezet, kunnen we overgaan tot een stapsgewijze implementatie van nieuwe deelsystemen.

3. Zorgorganisatie

Kies resoluut voor geïntegreerde netwerken voor personen met een zorg- of ondersteuningsnood. Ondersteun de samenwerking door in te zetten op vereenvoudiging van de structuren, regelluwt, geografische afstemming en slimme digitalisering.

De crisis heeft bewezen dat de verschillende zorgaanbieders kunnen samenwerken en in staat zijn om hun koudwaterrees te overwinnen. Ze zetten hiervoor spontaan veel regeltjes opzij. Samenwerking in zorg en welzijn is een essentiële voorwaarde voor kwaliteit en continuïteit van zorg en komt de ondersteuning van kwetsbare mensen ten goede.

Geïntegreerde zorg- en ondersteuning is flexibel, gepersonaliseerd en naad-

“Samenwerking in zorg en welzijn is een essentiële voorwaarde voor kwaliteit en continuïteit van zorg en komt de ondersteuning van kwetsbare mensen ten goede.”

loos. Ze overstijgt de traditionele lijnen en structuren. Het uitgangspunt hierbij is het welzijn en de gezondheid van de zorgvrager, zijn zorgvragen en -noden. Er is samenwerking tussen de huisarts en het woonzorgcentrum, tussen het woonzorgcentrum en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, tussen het psychiatrisch verzorgingstehuis en het ziekenhuis... Alle expertise voor en met de zorgvrager wordt samengebracht. De samenwerking in netwerken mag echter geen aanleiding geven tot de ontwikkeling van nieuwe structuren, noch tot bijkomende administratieve lasten en regelgeving.

Geïntegreerde zorg- en ondersteuning gaat gepaard met een goede communicatie tussen de zorgvrager, zijn mantelzorger en de verschillende zorgverleners. Een gedeeld **digitaal dossier**, waar de burger mee aan het stuur zit, is een essentiële voorwaarde om samenwerking te doen slagen. Hierbij wordt aandacht gegeven aan álle aspecten van de gezondheid en het (mentaal) welbevinden, alsook aan het preventieve luik. Preventie moet veel meer centraal te staan. Het is belangrijk

om de nodige *incentives* te voorzien voor de realisatie van een gedeeld zorg- en ondersteuningsdossier.

We moeten de juiste zorg en ondersteuning op het juiste niveau en op de juiste plaats geven (subsidiariteit). Dit alles binnen een zorgstrategische planning met een heldere, onderbouwde programmatie van het aanbod. Een geografische afstemming van de ziekenhuisnetwerken, eerstelijnszones en andere samenwerkingsverbanden die ontstaan, is wenselijk. Zo kunnen de partners in de eerste lijn, de welzijnszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuizen beter (interdisciplinair) samenwerken. Belangrijk hierbij zijn goede afspraken over de coördinatie van de zorg en dienstverlening.

Stimuleer verdere efficiëntiewinst en innovatie in zorg en welzijn, bijvoorbeeld door stimulansen te geven tot vrijwillige schaalvergroting zoals bij de lokale besturen. Zo kunnen we middelen vrijmaken voor innovatieve zorgmodellen die een antwoord kunnen bieden aan onbeantwoorde uitdagingen. Schaalvoordelen





zullen, naast de juiste financiële *incentives*, een verdere reorganisatie van het zorglandschap in de hand werken. Residentiële settings, zoals woonzorgcentra en psychiatrische verzorgingstehuizen, moeten verder in staat worden gesteld om als sociale ondernemers een continue dienstverlening voor de langdurige zorg te kunnen opnemen. Een quantumsprong inzake digitalisering en het veilig gebruik van data is hierbij eveneens aan de orde.

We vragen meer vertrouwen in de competenties en verantwoordelijkheid van actoren op het terrein om adequate en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te leveren. Kies voor een omkaderend en voorwaardenscheppend veeleer dan een sturend en controlerend beleid. Het beleid moet ruimte laten voor een zekere autonomie, weliswaar met de garantie dat de rechten van de zorgvrager worden gevrijwaard.

Concreet denken we hierbij aan:

- Administratieve vereenvoudiging die de sector zal toelaten om meer mensen en middelen in te zetten met focus op de basisopdracht van de zorg: de gezond-

“We pleiten voor een financieringssysteem waarvan de inkomsten grotendeels gefinancierd worden uit solidariteit. Solidariteit tussen de burgers, tussen de bedrijven en tussen de gewesten.”

heid en het welzijn van onze bevolking dienen;

- Een daadkrachtig geïntegreerd innovatiebeleid in een flexibel financieel en regelgevend kader met de nadruk op een forse inzet op slimme digitalisering;
- Een fijnmazige dataverzameling (met respect voor de privacy) die essentieel is om op basis van kennis (data) beleidsbeslissingen te nemen en incentives voor samenwerking uit te werken.

4. Zorgpersoneel

Formuleer een adequaat antwoord op de zoektocht naar medewerkers met aantrekkelijke zorgberoepen en een innovatieve, flexibele arbeidsorganisatie.

Het is evident dat we blijven investeren in campagnes om de zorgberoepen in de kijker te zetten en jongeren te motiveren hiervoor te kiezen, met bijzondere aandacht voor kansengroepen en zij-instromers. We moeten samen constructief werken aan een positieve beeldvorming van de sector. De basisopleidingen dienen voldoende generiek te zijn, met specialisatiemogelijkheden, zodat zorgpersoneel doorheen hun loopbaan voldoende flexibel inzetbaar is, en ook gemakkelijk van job kan switchen naar andere contexten en inhoud.

Algemeen, en in het bijzonder in de woonzorgcentra, vragen we een ruimere personeelsnorm, aangepast aan de reële zorgzwaarte en de nodige kwaliteit. Een

“Zorgnet-Icuro pleit voor een homogenisering van alle bevoegdheden voor welzijn en zorg op één beleidsniveau, met één bevoegde minister. Het gewestelijke niveau is daarvoor het meest aangewezen.”

betere personeelsomkadering zal positief bijdragen aan de werkomstandigheden en bijgevolg aan de aantrekkelijkheid van bepaalde zorgberoepen. Een verhoging van de personeelsnorm vraagt een kosten-dekkende financiering ervan.

Het is absoluut aangewezen het zorgpersoneel meer te waarderen, in termen van aanzien en verloning. Er is nood aan een verdere herziening van de lonen en vergoedingen in zorg en welzijn. Het zou billijk en transparant zijn om de extreme ongelijkheden, tussen artsen onderling, maar meer nog tussen artsen en zorgmedewerkers, uit te vlakken. Er zal altijd variatie zijn volgens opleidingsniveau en verantwoordelijkheden, maar vandaag zijn de verschillen te groot. Het optrekken van het loon van zorgmedewerkers, in lijn met de zware werkomstandigheden van bepaalde beroepen, vergroot ook de aantrekkelijkheid. Onder andere naar aanleiding van de situaties die zich tijdens de crisis in de woonzorgcentra afspeelden, denken we bijvoorbeeld aan de vergoeding van de coördinerend en raadgevend arts in woonzorgcentra (CRA). Die vergoeding is vandaag ondermaats en voldoet niet om de nood aan medische ondersteuning van de ouderenzorg af te dekken. Ook voor de ondersteunende functies, zoals boekhouding en IT is een aan de arbeidsmarkt aangepaste honorering nodig.

Vandaag moeten er in de zorg x aantal medewerkers (specialisten, verpleegkundigen...) met een specifieke beroepstitel of diploma aanwezig zijn. Dat is niet meer haalbaar en zeker niet in crisistijd. Wij pleiten voor de vrijheid van zorginstellingen om, binnen een ruimere normering, op basis van de specifieke noden van een populatie en kwaliteitsindicatoren, de

meest aangewezen mix van vaardigheden te voorzien op de werkvloer.

Personeel moet indien nodig flexibel inzetbaar zijn. Dat vraagt een grondige hervorming van KB78. In die zin zullen we ook de opleidingen moeten herdenken. We doen een oproep aan het sociaal overleg, de beroepsgroepen en het onderwijs om daarover mee te reflecteren vanuit een strategisch maatschappelijk perspectief.

De mogelijkheid om zorgmedewerkers uit te wisselen en daar in te zetten waar de nood hoog is, over de verschillende zorgsectoren heen, zoals dat tijdens de crisis het geval was, moet worden bestendigd. Sectoren en voorzieningen moeten staffuncties en andere overheaddiensten zoals ICT kunnen delen, zonder daarvoor bestraft te worden met onbegrijpelijke btw-heffingen. Zo kan elke organisatie genieten van een zeker schaalvoordeel, en rekenen op bijvoorbeeld intersectorale multidisciplinaire teams.

We moeten verder inzetten op projecten die de implementatie van de innovatieve arbeidsorganisatie in de voorzieningen bevordert. Een goed loopbaanbeleid heeft aandacht voor de balans werk-privé en het aantrekkelijk maken en houden van de job in alle loopbaanfasen. Dat heeft, naast de nodige vorming, coaching en opleiding, ook zijn effect op het welbevinden van de medewerkers. Verschillende zaken moeten hierbij aan bod komen:

- De inzet en mogelijke spreiding van de extra verlofdagen waarop oudere medewerkers in de zorg momenteel recht hebben (12 extra dagen op 45 jaar, 24 op 50 jaar en 36 op 55 jaar). Dit impliceert het herdenken naar een systeem van “loopbaansparen”. In plaats van alle

extra verlof te concentreren op het einde van de loopbaan geeft dat systeem zorgmedewerkers de kans om hun extra verlofdagen flexibel in te zetten doorheen hun hele loopbaan.

- Vorming en opleiding: groeikansen creëren tijdens de gehele loopbaan;
- Valorisatie van elders verworven competenties. Dat moedigt zij-instromers aan voor een zorgberoep te kiezen, en helpt medewerkers bij het geven van een nieuwe wending aan hun loopbaan.

We mogen met andere woorden niet enkel focussen op collectieve maatregelen om het werk werkbaar te houden tot op het einde van de loopbaan, maar evenzeer op maatregelen die het voor werknemers mogelijk maken hun loopbaan op hun persoonlijke maat vorm te geven. Meerdere werknemers worstelen immers met de combinatie werk-privé en de verschillen in noden kunnen individueel groot zijn. Daarom pleiten we voor een meer persoonlijke aanpak.

GEZONDHEIDSECONOOM LIEVEN ANNEMANS

“Toen ik de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro voor het eerst las, dacht ik: eindelijk!”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: SOPHIE NUYTEN

Lieven Annemans, gezondheidseconoom aan de UGent, pleit er al jaren voor om meer te investeren in preventie. Hij toont zich dan ook tevreden dat Zorgnet-Icuro dat element specifiek heeft opgenomen in zijn beleidsaanbevelingen.

Wat is uw kijk op de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro?

Ik destilleer in totaal tien aanbevelingen voor een betere gezondheidszorg uit het rapport van Zorgnet-Icuro. Meer preventie is daar een van, maar ook de andere negen sluiten stuk voor stuk aan bij de visie die ik intussen al tien jaar uiteenzet. Ik herinner me nog goed dat, bij de presentatie van mijn eerste boek *‘De prijs van uw gezondheid: is onze gezondheidszorg in gevaar?’* in 2014, Peter Degadt, de toenmalige gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro en de voorganger van Margot Cloet, me vertelde dat er in het boek juiste conclusies werden getrokken en dat de zorgsector in die zin zou moeten evolueren. Veel zaken uit de nu door Zorgnet-Icuro gepubliceerde beleidsaanbevelingen sluiten naadloos aan bij de bevindingen uit mijn eerste boek. Het toont aan dat Zorgnet-Icuro al een hele tijd bezig is met de toekomst van de gezondheidszorg en dat nu ook de leden mee zijn in het verhaal en de nood begrijpen om te transformeren en te hervormen. Dat laatste is van cruciaal belang want het is in de organisaties zelf dat het allemaal moet gebeuren natuurlijk.

Wat zijn voor u de belangrijkste hefbomen voor een transformatie van de gezondheidszorg?

Het rapport van Zorgnet-Icuro is een

“De uitdaging bestaat erin om zoveel mogelijk mensen te overtuigen van het belang van deze beleidsaanbevelingen. Het is een enorme stap vooruit dat Zorgnet-Icuro én zijn leden het belang erkennen van een transformatie in de gezondheidszorg.”

beperkt document, qua aantal pagina's bedoel ik dan. Het is behapbaar, consistent en gebald. Je ziet een sterk pleidooi voor homogene bevoegdheden, de vraag naar stevige gezondheidsdoelstellingen en -indicatoren, investeren in preventie wordt aangeprezen, de nood om samen te werken weerklinkt luid, ook met andere sectoren want *health is in all policies*, de financiering moet op solidaire basis worden voorzien, er wordt een klemtoon gelegd op digitalisering en meer autonomie. Het zijn allemaal zaken die ik onderschrijf. Maar sta me toe om wat dieper in te gaan op twee aanbevelingen die duidelijk in het rapport van Zorgnet-Icuro staan en ik hierboven nog niet heb opgesomd.


Ten eerste: kwaliteit van werk. Ongelooflijk belangrijk, dat heb ik ook geleerd door mijn onderzoeken naar geluk. Iemand die zonder werk zit, is gemiddeld genomen ongelukkiger dan iemand die wel een job heeft. Maar het plezier beleven aan het werk dat men doet, speelt een heel grote rol bij hoe gelukkig iemand zich voelt. Kwaliteit van werk is dus van groot belang, zeker in de zorg waar meer handen nodig zijn.

Een tweede aanbeveling van Zorgnet-Icuro die ik graag even extra uitlicht, is

het afbouwen van het systeem waarbij de patiënt betaalt per prestatie. Ik sta helemaal achter die aanbeveling. Laat ons wel wezen, die betaling per prestatie is ook niet de baarlijke duivel, maar het zorgt er wel voor dat sommige behandelingen of onderzoeken die niet echt noodzakelijk zijn, toch plaatsvinden. Nu zien we al via het systeem van de conventies dat bijvoorbeeld diabetologen een vast bedrag krijgen om bepaalde patiënten op te volgen. Door dat principe van betaling per patiënt per maand verder uit te breiden, kunnen we intensievere zorg in sommige gevallen ook effectief vermijden. Het is dus een voordeel voor de patiënt, maar ook een voordeel voor de zorgverlener die op die manier een vaster inkomen heeft en minder afhankelijk is van eenmalige prestaties. Het zou goed zijn om dat systeem verder uit te rollen, maar wel met het behoud van een stukje *fee for service* waarbij er wel een betaling blijft gebeuren per medische prestatie. Ik zou dus pleiten voor een *blended system*.

Wat ziet u als de grootste hinderpaal om uw voorstel in de praktijk te brengen?

De uitdaging bestaat erin om zoveel mogelijk mensen te overtuigen van het belang van de beleidsaanbevelingen.

A portrait of Lieven Annemans, a middle-aged man with dark hair, wearing a grey checkered blazer over a blue shirt. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a blurred pattern of vertical lines in shades of blue and orange.

Het is al een enorme stap vooruit dat Zorgnet-Icuro én zijn leden het belang erkennen van een transformatie in de gezondheidszorg. Nu is het noodzakelijk ook die laatsten te overtuigen die op dit moment nog wat koudwatervrees hebben. Misschien omdat ze vinden dat het huidige systeem voor hen ook perfect werkt en dat er dus geen verandering nodig is. Door hen te overtuigen dat ze in een nieuw systeem ook hun boterham zullen verdienen, betere zorgkwaliteit kunnen bieden en er mogelijk zelfs een betere werk-privébalans op na zullen houden.

Wat is uw belangrijkste boodschap voor de regering?

Ik zou hen het advies geven om bij het gezondheidsbeleid dat ze uittekenen, steeds het perspectief te hanteren van wie dagelijks in de zorg werkt. Een goede gezondheidszorg is van groot belang, het is zelfs een universeel mensenrecht. Maar ik moet zeggen dat de verschillen tussen de Vlaamse partijen over hoe ze die gezondheidszorg willen vormgeven vrij beperkt zijn. Volgens mij was dat ook de grootste reden waarom gezondheidszorg zo afwezig bleef tijdens de verkiezingsdebatten vorig jaar.

Lieven Annemans: "Een goede gezondheidszorg is van groot belang, het is zelfs een universeel mensenrecht. Maar de verschillen tussen de Vlaamse partijen over hoe ze die gezondheidszorg willen vormgeven, zijn vrij beperkt."



Peggy De Prins: "Ik ben ervan overtuigd dat we in een mindset van witte trots ook meer ruimte moeten kunnen vinden om te investeren in sociale innovatie."

ARBEIDSSOCIOLOOG EN
HR-EXPERT PEGGY DE PRINS

“Van witte woede naar witte trots”

TEKST: MIEKE VASSEUR / BEELD: SOPHIE NUYTEN

Wat is uw kijk op de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro?

De beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro vertrekken vanuit een aantal positieve lessen uit de coronacrisis zoals het verhoogd solidariteitsgevoel en de spontane samenwerking tussen zorgaanbieders. Van daaruit worden voorstellen geformuleerd die de ontstane positieve *vibe* en maatschappelijke waardering voor de sector kunnen verduurzamen en consolideren. Ik juich die waarderende aanpak sterk toe.

De crisis heeft ons bijzonder veel geleerd over het belang van de zorgsector in onze maatschappij. We mogen trots zijn dat ons zorgpersoneel en het management van de voorzieningen de crisis op zo'n moedige manier hebben aangepakt. Dat gevoel moeten we vandaag aangrijpen om onze sector substantieel te versterken.

De crisis heeft ook het belang van volksgezondheid nog eens in de verf gezet, vanuit menselijk en organisatorisch perspectief. Ik heb de afgelopen periode heel wat HR-managers gesproken, bij wie de eerste zorg de gezondheid van hun werknemers zelf was. Zonder gezonde werknemers immers geen optimale personeelsbezetting, wel (nog) meer werkdruk en werkstress voor de collega's die overblijven.

Wat zijn voor u de belangrijkste hefboomen voor een transformatie van de gezondheidszorg?

Samengevat in een aantal kernwoorden gaat het om de klassiekers zoals 'meer middelen, meer mensen', maar ook om

“Als sector moeten we het maatschappelijk applaus durven ontvangen en verzilveren. Een sterk en positief imago opbouwen start door te waarderen van wat wél goed loopt.”

nieuwere ambities zoals ‘meer innovatie, meer samenwerking en meer professionalisering’. Bij personeel moeten we durven streven naar een én-én-verhaal. Het ‘boter bij de vis’-verhaal dat we vanuit de witte woede-beweging al langer kennen in combinatie met een ander, nieuwer verhaal, nl. dat van witte trots. Ik denk dat we als sector het maatschappelijk applaus moeten durven ontvangen en verzilveren. Een sterk en positief imago opbouwen start door te waarderen van wél goed loopt en waarop we wél trots kunnen zijn. Veel van de zorginstellingen die ik ken, zijn bij uitstek waardegedreven organisaties, geen winstmachines. Ook een job in de zorg is zinvol en zingevend, levensreddend zelfs, zo bleek tijdens deze crisis. Heel anders dan wat we soms als *bullshit jobs* bestempelen: jobs die misschien wel goed betaald zijn, maar die als zinloos en als onnuttig worden ervaren. Als we die boodschap op een juiste manier verpakken, kunnen we daarmee niet alleen onze jongeren, maar ook de tweede-carrière-zoekers aanspreken.

Ik ben ervan overtuigd dat we in een *mindset* van witte trots ook meer ruimte moeten kunnen vinden om te investeren in sociale innovatie. Denk bijvoorbeeld aan het pleidooi voor kleinschaligheid in de woonzorgcentra. In zo’n kleinschalig team is een zorgkundige niet bezig met het afvinken van een anoniem takenlijstje, maar met het verlenen van warme en gepersonaliseerde zorg. Daarnaast zie ik veel potentieel in samenwerking tussen voorzieningen binnen netwerken op vlak van bijvoorbeeld personeelsbeleid. Zorgprofessionals, die net zoals tijdens

de crisisperiode, elkaar spontaan bijstaan over de grenzen van de eigen zorginstelling heen. Daarin zit veel toekomstmuziek. Interne mobiliteit binnen de instelling, maar ook ruimer binnen een netwerk, zou op die manier veel meer dan nu regel dan uitzondering kunnen worden.

Verder zie ik ook een verdere professionalisering van het management als een belangrijke, complementaire hefboom. De sector heeft bekwame directies en middenkaders nodig, die de spreidstand tussen efficiëntie en menselijkheid op een slimme en duurzame manier kunnen dichtten. Daarover systematisch kennis delen én opbouwen beschouw ik als een belangrijke en blijvende *to do*.

Wat is uw belangrijkste boodschap voor de regering?

Evolueer van een besparingsdiscours naar een investeringsdiscours voor het zorgpersoneel, met als dubbel doel: een versterking van de slagvaardigheid én de werkbaarheid in de sector. Beide gaan samen, het zijn communicerende vaten. Lonen in de sector moeten extern competitief en intern billijk worden. De werkdruk moet systematisch worden verlaagd. Daarvoor zijn zeker meer handen nodig, maar dat niet alleen.

Meer dialoog en een sterk vertrouwensklimaat zijn even essentieel. We moeten dringend af van het idee dat werkdruk enkel kwantitatief beïnvloedbaar is. Onlangs las ik een mooi initiatief waarbij bestaande kledij van bewoners in een woonzorgcentrum op een creatieve ma-

nier werd aangepast. Bewoners konden daardoor makkelijker worden omgekleed en behielden tegelijkertijd hun persoonlijke stijl. Voor de verzorgenden kwam er daardoor meer tijd vrij voor een praatje. Dat soort micro-initiatieven promoten en ondersteunen kan werkdruk structureel mee oplossen.

Wat ziet u als de grootste hinderpaal om uw voorstel in de praktijk te brengen?

Een blijvende en structurele krapte op de arbeidsmarkt. We moeten het arbeidspotentieel dat vandaag aanwezig is op de arbeidsmarkt, definitief over de streep kunnen trekken. Niet enkel door te bouwen aan een sterk imago en een stevige *employer brand*, maar ook door blijvend in te zetten op een warm en duurzaam werkklimaat. Mensen met affiniteit moeten we immers niet enkel verleiden, maar ook in de zorg houden. Daarbij is een persoonlijke aanpak belangrijk. Opvallend is dat niet enkel zorgvragers, maar ook de zorgaanbieders vandaag meer en meer ‘maatwerk’ op prijs stellen. Een gepersonaliseerde job en werkomgeving waar rekening wordt gehouden met de eigen, unieke individuele sterktes en behoeften.

JOURNALIST GUY TEGENBOS

“Netwerken zijn de toekomst”

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

In de toekomst kijken, het heeft Guy Tegenbos, jarenlang politiek journalist voor De Standaard met een stevige boon voor de gezondheidszorg, altijd al gefascineerd. In de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro ziet hij goede voorstellen om de zorgsector te transformeren. “Ik ben het grotendeels eens met de voorstellen van Zorgnet-Icuro.”

Wat is uw kijk op de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro?

“Zorgnet-Icuro durft het aan om met dit rapport twee fameuze bochten te maken die ik beide ondersteun. De eerste is die van de geografische indeling van de zorg. Het is tijdens de coronacrisis eens te meer duidelijk geworden dat de huidige verdeling van bevoegdheden niet werkt. In zijn beleidsaanbevelingen pleit ook Zorgnet-Icuro er nu voor om de zorgbevoegdheden over te hevelen naar de gewesten - dus de plaats waar je woont - en niet langer naar de gemeenschappen - de taal die je spreekt. Daardoor kunnen de Brusselaars zelf hun zorg organiseren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Maar daarvan kan maar sprake zijn als de Brusselaars bewijzen dat ze een deftige behandeling zullen geven aan de Nederlandstaligen. Op dit ogenblik worden de Vlaming en het Nederlands in de meeste Brusselse instellingen systematisch en bewust weggeduwd en genegeerd.”

Een herfederalisering om naar homogene bevoegdheden te gaan is niet wenselijk. Je kan het vergelijken met een tandpasta-tube: eens de tandpasta uit de tube is geknepen, dan krijg je die er niet meer terug in. Dat geldt evenzeer voor de bevoegdheden die geregionaliseerd werden, dus uit de tube werden geduwd, en nu terug zouden moeten gaan naar het federale niveau, de tube. Een tweede bocht



Guy Tegenbos: “In de politiek heeft men steeds de neiging om wat dichtstbij ligt, eerst aan te pakken. Nuttiger zou zijn om na te denken waar we naartoe zouden moeten evolueren. De administraties kunnen hier een vooraanstaande rol in spelen.”

“Met het oog op de toekomst en een mogelijke nieuwe opstoot van het coronavirus is het belangrijk dat ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, woonzorgcentra... met elkaar verbonden zijn. Voor de netwerkvorming zie ik een belangrijke rol weggelegd voor het Vlaamse niveau.”

die met deze beleidsaanbevelingen wordt genomen is die van de financiering. Ook Zorgnet-Icuro zit nu op de lijn van de meer forfaitaire of pathologiegebonden financiering, weg van de prestatiefinanciering.

Wat zijn voor u de belangrijkste hefboomen voor een transformatie van de gezondheidszorg?

Ik onderscheid er drie. Ten eerste is er de netwerkvorming: binnen de eerste-lijnshervorming zijn er eerstelijnszones en regionale zorgzones opgericht. Die moeten we verbinden met de ziekenhuisnetwerken. Met het oog op de toekomst en een mogelijke nieuwe opstoot van het coronavirus is het belangrijk dat ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, woonzorgcentra... met elkaar verbonden zijn. Voor de netwerkvorming zie ik een belangrijke rol weggelegd voor het Vlaamse niveau. Ten tweede is er de herziening van de financiering. Dat is meer federale materie. Toen de coronapandemie toesloeg, werkte het ziekenhuispersoneel als nooit tevoren, maar in het systeem van prestatiefinanciering, kregen ze haast geen cent. Een meer forfaitaire of een pathologiegebondenfinanciering zijn beter. Artsen krijgen zo een budget en tevens de verantwoordelijkheid om een aantal patiënten op te volgen. Zo

kunnen we onnodige onderzoeken sterk terugdringen. Tot slot zijn en blijven ook de patiënten een motor voor verandering. We moeten hen daarvoor ook expliciet uitnodigen. Aan hun perspectief is tijdens de coronacrisis te makkelijk voorbijgaan.

Al die bewegingen zouden kunnen plaatsgrijpen volgens hetzelfde stramien: de politiek die de krijtlijnen afbakent voor experts, die op hun beurt het terrein verkennen en alternatieven uitwerken. Hiervoor verdienen ze de nodige vrijheid om resultaten te boeken.

Wat ziet u als de grootste hinderpaal om uw voorstel in de praktijk te brengen?

Om te beginnen het feit dat er op dit moment geen volwaardige federale regering is. Dat zet meteen een rem op de snelheid om met de beleidsaanbevelingen aan de slag te gaan. Als een formatie nog lang uitblijft, zal de Vlaamse regering zelf de eerste zet moeten doen. Ten tweede, en dat is al herhaaldelijk gebleken in de geschiedenis, ontbreekt het in ons land vaak aan moed om knopen door te hakken, ook op politiek vlak. De grootste handicap echter is een gebrek aan visie. In de politiek heeft men steeds de neiging om wat dichtstbij ligt eerst aan te pakken. Nuttiger

zou zijn om na te denken waar we naartoe zouden moeten evolueren. De administraties kunnen hier een vooraanstaande rol in spelen. Mensen als Jo De Cock bij het RIZIV en Pedro Facon bij de FOD Volksgezondheid kunnen die langetermijnvisie mee ontwikkelen op het federale niveau.

Wat is uw belangrijkste boodschap voor de regering?

Zowel voor de federale als voor de Vlaamse regering: maak verder werk van de netwerken. Het moet gezegd dat Maggie De Block relatief ver is geraakt in het verhaal van de ziekenhuisnetwerken. Nu is het kwestie om hier – van onderuit – een nieuwe stap in te zetten.

FOTOGRAAF EN DOCUMENTAIREMAKER LIEVE BLANCQUAERT

“Zorg voor iedereen, niet voor een beperkte groep mensen”

TEKST: MIEKE VASSEUR / BEELD: SOPHIE NUYTEN

Wat is uw kijk op de beleidsaanbevelingen van Zorgnet-Icuro?

Ik ben geen expert, dat heb ik tijdens jullie Zorg aan Zet-debat sterk gemerkt. De andere panelleden, die in de sector werken, weten daarover veel meer. Ik voelde me een beetje een buitenstaander, maar dat was niet erg. Het maakte van mij een soort vertegenwoordiger, de stem van de burger zeg maar. Ik volg jullie voorstellen. Een vereenvoudiging van het zorgsysteem in België is echt een *must*, vind ik. Als je beseft dat ons land negen ministers van Volksgezondheid telt... Ik wist dat zelfs niet. Echt waar. Ik heb dat bij heel wat mensen in mijn omgeving nagevraagd. Ook zij vielen uit de lucht. Dat hebben we nu door de coronacrisis ontdekt. En dat vind ik een schande. Reken daarvan eens de kostprijs uit..., ja, dan snap ik de ergernis van de mensen.

Wat zijn voor u de belangrijkste hefboomen voor een transformatie van de gezondheidszorg?

Ik gaf het al aan in de vorige vraag, maar de vereenvoudiging van ons zorgsysteem is noodzakelijk. Negen ministers van Volksgezondheid... in cijfers betekent dat niet zo veel, dat weet ik, maar het gaat over de symboliek ervan: dat zijn negen chauffeurs, negen kabinetten, negen ministers die moeten betaald worden ... en dat voor een sector die in nood is. Dat krijg je aan niemand uitgelegd. Ik vind het wraakroepend.

Zo werkt zorg ook niet, volgens mij. Alles hangt aan elkaar. Als je dat systeem goed wil laten draaien, dan moet het worden geregeld vanuit één centraal punt, denk ik. En niet vanuit competitie of concurrentie, of al zeker niet vanuit geld. Zorg moet je regelen vanuit één bepaald centrum: een soort grote zorg voor ons allemaal.

Ik geloof ook dat zorg de spiegel is van de maatschappij. De manier waarop het gezondheidssysteem in een land wordt geor-



Lieve Blancquaert: “Als je bij verkiezingen voor iemand kiest, dan verwacht ik dat die persoon – of ruimer, dat die partij – voor mij zorgt zoals mijn vader en moeder voor mij zouden zorgen.”

ganiseerd, reflecteert hoe de maatschappij over haar burgers denkt. Bij de organisatie van zorg moet je daarvoor alert zijn en vertrekken vanuit: ‘wie zijn we, waarvoor staan we en wat is belangrijk voor ons?’

Bovendien vind ik het jammer dat de zorgsector ook een soort economie is en winstgevend moet zijn. Dat voorzieningen winst maken en dat die winst dan terugvloeit naar de zorg, dat is natuurlijk een andere vorm dan bijvoorbeeld je aandeelhouders vet uitbetalen. Als aandeelhouders eisen stellen, dan loopt het mis en dan zorg je niet voor mensen. Dat gebeurt nu ook in andere sectoren, in bedrijven, in de luchtvaartsector... Zonder uit te weiden, maar kijk eens naar de huidige situatie in Zaventem, daar zie je hetzelfde.

Wat is uw belangrijkste boodschap voor de regering?

Als je in een machtspositie zit, dan moet je heel hard opletten dat je niet vanuit die machtspositie denkt en beslist. In dat geval moet je altijd naar een soort microscoop-situatie keren. Van daaruit moet je naar jezelf kijken en nadenken: wat zou ik willen voor mijn geliefden en voor mijzelf? Dat vind ik zo belangrijk. Om niet vanuit een bepaalde hoogte te

kijken. Je moet er middenin gaan staan, tussen de mensen, elke keer opnieuw. Dat stellen we vaak vast: als het fout loopt, is het omdat machtshebbers uit de echte wereld stappen. Je moet bij elke beslissing durven in de wereld gaan staan en voelen: wat is hier belangrijk, wat is de essentie voor de burgers?

Als je bij verkiezingen voor iemand kiest, dan verwacht ik dat die persoon – of ruimer, dat die partij – voor mij zorgt zoals mijn vader en moeder voor mij zouden zorgen. Eigenlijk geef je hen een soort boodschap mee. ‘Zorg voor mij’, dat is wat wij vragen, dat is wat zij moeten doen en moeten blijven doen. En, belangrijk, ze moeten voor iedereen zorgen, en niet enkel voor een paar mensen. Dat klinkt misschien wat profetisch, maar ik meen wat ik zeg.

Wat ziet u als de grootste hinderpaal om uw voorstel in de praktijk te brengen?

Het kapitalisme. Altijd maar opnieuw die drang naar groei, dat is de grootste hinderpaal. En alleen maar denken aan cijfers. Zolang we blijvend vasthouden aan het gegeven dat – alleen – economische groei ons gelukkig maakt, zijn we slecht bezig. Dat valt als een pudding in elkaar. Dat kan je nooit volhouden.

NIEUWE PUBLICATIE

Big data in de gezondheidszorg

Big data spelen in toenemend tempo een steeds grotere rol in de samenleving. De hoeveelheid data die wordt opgeslagen groeit exponentieel. Dat komt doordat we zelf steeds meer data opslaan (in de vorm van bestanden, foto's, filmpjes), doordat overheden, organisaties en bedrijven steeds meer data over burgers opslaan (registratie van gegevens allerhande), en doordat veel apparaten zelf data verzamelen, opslaan en uitwisselen (sensor data of het zogenaamde Internet of Things).

Het bijzondere aan big data is dat we werken met datasets die te groot zijn om door reguliere datamanagementsystemen te worden onderhouden. In het Engels spreekt men ook wel over The seven V's of Big Data. Het gaat dan over: volume (enorme hoeveelheid), velocity (grote snelheid), variety (ongestructureerde diversiteit), variability (variatie in de data zelf), veracity (grote verschillen in kwaliteit), visualization (meestal via tabellen en grafieken) en value (welke meerwaarde haal je uit analyse). Die enorme hoeveelheden en vormen van data zijn een belangrijke bron van informatie voor onderzoek en ontwikkeling, innovatie, beleid en marketing.

Als we iets hebben geleerd uit de COVID-19 crisis die ons land en de wereld in de ban heeft gehouden de voorbije maanden, dan is het wel het belang van data. De aanpak ervan, elke mogelijke uitweg uit de pandemie en de toekomstige preventie van een nieuwe grootschalige outbreak zijn gebaseerd op data. Er zijn de cijfergegevens omtrent besmettingen, opnames, overlijdens. Discussies omtrent aanpak en organisatie van contactopsporing lopen volop. Ook in dit verband worden er ontzettend veel data geregistreerd en gedeeld. Het belang van een goed gebruik van data staat buiten kijf. Toch roept ook dit vele technische, juridische, ethische en privacy-gerelateerde vragen op.

Zorgnet-Icuro wil hierover een maatschappelijke reflectie en discussie op gang brengen. De publicatie probeert een antwoord te formuleren op de volgende vragen:

- Hoe kunnen we **meer doen** met wat er reeds bestaat aan geregistreeerde gezondheidsgegevens?
- Hoe kunnen we **het bestaande potentieel aan data** aanboren en inzetten voor een betere kwaliteit van zorg?
- Hoe kunnen we dat doen op een **gestructureerde, juridisch en ethisch verantwoorde wijze**?
- Volgens **de principes van verantwoord gebruik van gegevens**, dus in het kader van het algemeen belang en het publieke goed?
- Hoe kunnen we dat doen op **transparante wijze**?
- Hoe kunnen we dat doen op een manier waarop er **in het publieke debat** op verantwoorde wijze over kan worden gediscussieerd?
- Hoe kunnen we **het publieke vertrouwen** ter zake garanderen en behouden?

De publicatie is het resultaat van dialoog en overleg met vele belanghebbenden: patiënten en burgers, overheden, industriële spelers, zorgaanbieders, mutualiteiten en academici. Met deze publicatie wil Zorgnet-Icuro bijdragen aan de collectieve ontwikkeling van een duurzaam model voor het (her)gebruik van gezondheidsgegevens. Een model dat onderzoek toelaat met maatschappelijke finaliteit en dat uiteindelijk leidt tot een betere kwaliteit van zorg, een efficiëntere werking van het systeem, en verantwoorde technologie en innovatie in de zorg.

De publicatie kan je lezen en downloaden op www.zorgnet-icuro.be, rubriek publicaties. Je kan een papieren exemplaar aanvragen via post@zorgnet-icuro.be.



Peter Raeymaekers, Tom Balthazar & Yvonne Denier, red. *Big data in de gezondheidszorg. Technische, juridische, ethische en privacy-gerelateerde randvoorwaarden voor (her)gebruik van gezondheidsgegevens voor onderzoek.*

De publicatie kwam tot stand met ondersteuning van Flanders' Care en de Vlaamse overheid.

SAVE THE DATE

2 oktober 2020 · 13u - 17u · KVS Brussel
Studienamiddag en debat over big data in de gezondheidszorg

Hou onze volgende nieuwsbrieven in de gaten.



Als de zorgsector klaar wil zijn voor de complexe problemen van de 21ste eeuw, is er dringend nood aan innovatieve arbeidsorganisatie. Dat zegt professor Geert Van Hootegem van het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving HIVA (KU Leuven) al jarenlang. Profetische woorden, zo blijkt, nu zeker in tijden van Corona.

U pleit voor innovatieve arbeidsorganisatie. Maar kunt u eerst even schetsen hoe onze zorgsector traditioneel georganiseerd is?

Geert Van Hootegem: “De organisatie is gebaseerd op de ideeën van de 18^e-eeuwse econoom Adam Smith. Zijn motto was: specialiseer en je zult rijk worden. Dat idee is in alle sectoren doorgedrongen. In de zorgsector was het de commissie-Flexner in de Verenigde Staten die het sein heeft gegeven om het zorgsysteem op specialistische leest te schoeien. Intussen is die sector hypergespecialiseerd: steeds meer mensen weten steeds meer over steeds minder. Er zijn maar liefst driehonderd verschillende functies die met het behandelen en genezen van aandoeningen te maken hebben. En dan tel ik niet eens de verschillende soorten verpleegkundigen mee: dat zou tot een veelvoud leiden. Bovendien zijn al die beroepen opgedeeld in gespecialiseerde afdelingen en organisaties. Dat is bijvoorbeeld pijnlijk duidelijk in de thuiszorg: daar hebben onder meer verpleegkundigen, zorgkundigen en logistiek medewerkers hun eigen organisatie. Het voordeel van al die specialisatie is dat je effectief sneller rijk wordt. Al moeten we dat in de zorgsector vooral metaforisch opvatten: we hebben een relatief democratisch en toegankelijk zorgsysteem, met zeer bekwame mensen. Gelukkig waren er supergespecialiseerde virologen die het coronavirus snel konden ontdekken

Geert Van Hootegem: “Always change a winning team. Af en toe moet je mensen uit hun team halen en ergens anders inzetten. Zo creëer je netwerken binnen je organisatie en ontstaat ook meer ruimte voor innovatie.”

“Minder specialisatie, minder hiërarchie en méér samenwerking”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: SOPHIE NUYTTEN

en strategieën ontwikkelen. Maar specialistische zorg brengt niet altijd soelaas. Critici beweren dat dit systeem ook kan leiden tot therapeutische hardnekkigheid. Maar dat is een andere kwestie.”

Er zijn dus nog andere nadelen?

“In zo'n systeem wordt de patiënt in evenveel stukjes gesneden als er disciplines zijn. Zolang je met vrij eenvoudige aandoeeningen zit, is dat niet zo problematisch. Dan heb je veelal een één-op-éénrelatie tussen arts-specialist en patiënt. Maar de jonge, 'eenvoudige' populatie van de voorbije zestig jaar is razendsnel aan het veranderen. Enerzijds worden mensen ouder en ontstaan er veel meer complexe, multimorbide pathologieën. Anderzijds heb je natuurlijk een superdiverse samenleving, waardoor er culturele verschillen opduiken. En het traditionele gezin is allang niet meer de hoeksteen van de samenleving. Al die complexiteit zorgt ervoor dat er in de gezondheidszorg veel meer moet worden samengewerkt. Alleen leren we dat niet, in geen enkele artsenopleiding zit het vak 'organisatie'. Bovendien maakt ons hypergespecialiseerde systeem die samenwerking zeer moeilijk, bijna onmogelijk zelfs. Naast het goedkope, slagkrachtige systeem van basiszorg, hebben we dus een nieuw, innovatief systeem nodig dat inspeelt op de huidige complexiteit.”

Een van uw stokpaardjes daarbij is decentralisatie. Leg eens uit.

“Op dit moment geldt in bijna alle zorgvoorzieningen het motto: centraliseer, tenzij het niet anders kan. De poetsdienst, de keuken, de HR-dienst, het management... Alles wordt gecentraliseerd. En bovendien: alles wordt zo ver mogelijk van de patiënt georganiseerd. Wij pleiten ervoor om dat volledig om te gooien:

“Eén poetshulp per afdeling of per twee afdelingen: dat werkt voor iedereen beter. En waarom zou die poetshulp tijdens drukke momenten niet kunnen bijspringen bij de afwasser in de keuken, of omgekeerd?”

decentraliseer, tenzij het niet anders kan. Start bij de patiënt – in de praktijk: een groep gelijkaardige patiënten – en ontwerp een team op basis van de medische en menselijke noden. En kijk ook naar wat de leden van dat team willen én kunnen. Daar balanceer je wel op een juridische grens. Er zijn bijvoorbeeld veel activiteiten die de meeste zorgkundigen wel kunnen – een patiënt met slikstoornissen voeden bijvoorbeeld – maar wettelijk gezien niet mogen. Maar voor de medewerkers én de patiënten is het veel beter om in een hecht multidisciplinair team te werken, waar iedereen ruimte krijgt voor zijn competenties en voorkeuren. Zelfs de poetsdienst – die nu standaard centraal zit – kun je beter decentraliseren. Eén poetshulp per afdeling of per twee afdelingen: dat werkt voor iedereen beter. En waarom zou die poetshulp tijdens drukke momenten niet kunnen bijspringen bij de afwasser in de keuken, of omgekeerd?”

Efficiënter klinkt dat allemaal niet.

“Tegen de eerder vernoemde slogan 'specialiseer en je wordt rijk' kunnen we zeer moeilijk op. Maar doordat het traditionele systeem zo complex is, treden daar veel verliezen op. Die kun je door innovatie opvangen. Om terug te komen op decentralisatie: in een ziekenhuis zou je ook een keuken per afdeling kunnen installeren. Als ik dat vertel, verklaren de meesten me voor gek. Maar neem nu een afdeling gastro-enterologie. Daar zou nu tot de

helpt van de maaltijden verkeerd geleverd worden, door een complexe hoeveelheid verschillende diëten. Die moeten allemaal terugkeren naar de centrale keuken en vernietigd worden: een kost die niet in de boekhoudtabel opduikt, maar er wel is. Voor zo'n dienst zou een aparte keuken dus niet alleen verstandiger, maar ook efficiënter kunnen zijn.”

U pleit ook voor minder hiërarchie. Moeten alle managementfuncties verdwijnen?

“Dat niet, maar het kan toch met minder. Het traditionele organisatie-model, dat dus gebaseerd is op specialisatie, heeft veel en sterke leiding nodig. Enkel met *command & control* houd je het zaakje bij elkaar. Tegenwoordig wordt dat wel vermomd met de nodige schouderklopjes, maar door het systeem is 'coachend leiderschap' eigenlijk onmogelijk. En toch zie je dat leidinggevendend zeer vaak op de vingers worden getikt en constant cursussen moeten volgen om aan hun leiderschap te werken, terwijl ze net ongelofelijk hun best doen om al die systeemfouten te compenseren. Als je werkt met multidisciplinaire teams rond patiëntengroepen, is er minder leiding nodig. En ook een ander soort leiding. Het grote drama vandaag is dat de beste verpleegkundige van een ziekenhuisafdeling hoofdverpleegkundige wordt. Terwijl die niet is opgeleid om samen te werken én de afdeling een goede vakvrouw of -man verliest. Terwijl zo'n afdeling net zo goed kan worden geleid



“Voor intense innovatie hebben we nood aan dwang én drang. Het systeem moet ons in een wurggreep krijgen, iets wat vanzelf zal gebeuren. En er is *goesting* nodig om iets te veranderen, in alle lagen van een organisatie.”

door pakweg een maatschappelijk werker, die de kunst van het samenwerken goed begrijpt.”

Evolueren we dan naar zelfsturende teams?

“Dat hoor je inderdaad vaak, maar het is een misleidende term. Ik spreek liever van ‘zelfondersteunende teams’. Al heb je in de beginfase sowieso sterke leiding nodig om van een groep mensen een team te maken. Dan moet er strak worden gestuurd en gericht feedback worden gegeven op de samenwerking. Maar eens dat team goed werkt, moet zo’n leidinggevende ook de kunst verstaan om zich naar de achtergrond te verplaatsen en enkel op momenten van crisis, zoals een ruzie of een ontslag, de touwtjes weer strak in handen te nemen.”

Legt dat geen extra druk op de zorgverleners?

“Het is vooral belangrijk om binnen een multidisciplinair team te bekijken wat iedereen wil en kan doen. En naast het basispakket, met klinisch werk en administratie – al zal dat laatste binnen zo’n innovatief systeem wel verminderen – kan iedereen nog ‘sterrol-taken’ krijgen. Dat zijn taken die traditioneel door leidinggevenden worden uitgevoerd, maar die je nu bij anderen in het pakket stopt. Kwaliteitscontrole, duurzaamheid, orde en netheid, HR, sfeer... Dat wil niet zeggen dat de persoon met de sterrol ‘orde en netheid’ zelf de lokalen moet poetsen. Maar die persoon moet dat thema wel coördineren en krijgt er het nodige budget voor. Zo kan je voor mensen een persoonlijk ontwikkelingsplan creëren. Met die sterrollen, die regelmatig kunnen veranderen, kan iedereen nieuwe competenties uitbouwen.”

Worden die multidisciplinaire teams dan aparte “eilanden”?

“Nee, dat moet je natuurlijk voorkomen.

Zo’n team kan verstikkend werken of op drift slaan: ‘eigen team eerst’. Vandaar een ander motto dat ik graag gebruik (maar dat niet altijd graag wordt gehoord): *always change a winning team*. Af en toe moet je mensen uit hun team halen en ergens anders inzetten. Zo creëer je netwerken binnen je organisatie en ontstaat ook meer ruimte voor innovatie. Want de verschillende teams moeten natuurlijk ook samenwerken. Stel dat elk team in een ziekenhuis iemand met de sterrol duurzaamheid heeft. Dan is het geen slecht idee om een duurzaamheidsraad te creëren. De voorzitter daarvan hoeft niet uit het hoger management te komen, maar kan net zo goed een verpleegkundige of poetshulp zijn. Zo geef je iemand promotie, zonder die persoon weg te halen bij de patiënt, wat nu veel te vaak gebeurt.”

Wat zijn de voordelen van dit soort innovatie voor de patiënten?

“Dat zijzelf, met al hun noden en behoeften, veel meer centraal komen te staan. Neem bijvoorbeeld de manier waarop woonzorgcentra nieuwe bewoners toelaten. Dat gebeurt eigenlijk louter toevallig: wie bovenaan de wachtlijst staat, krijgt de plaats die vrijkomt omdat een andere bewoner is overleden. Maar er wordt geen rekening gehouden met de individuele verschillen: is die nieuwe bewoner zeer zorgbehoevend of niet, tenger van gestalte of net corpulent, van allochtone origine of niet...”

In Limburg stellen we vast dat veel ouderen van Italiaanse origine, die bijna allemaal perfect Nederlands spreken, die kennis verliezen als ze dement worden. In de Limburgse woonzorgcentra werken vast wel wat verpleegkundigen die Italiaans spreken, maar als oudere moet je al véél geluk hebben om bij zo iemand in het team te belanden. Dus worden veel mensen de laatste jaren van hun leven opgesloten in een communicatieloze doos. Dát is de goede zorg die wij hen bieden.”

Hoe kan je dat oplossen?

“Door te sorteren, met een oneerbiedig woord. Ik weet niet hoe u de afwas doet, maar ik sorteer die eerst en ik gebruik een bepaalde volgorde. Eerst de champagneglazen, dan pas de vuile pannen. Maar in de zorg – en bijvoorbeeld ook in het onderwijs – gooien we alles en iedereen in dezelfde grote kuip, waarop een afwasser geblinddoekt aan zijn werk begint. Voor iets banaals als de afwas vinden we het logisch om te sorteren, voor de zorg niet.

Of neem een ander voorbeeld, uit de geestelijke gezondheidszorg. Als iemand in crisis gaat, dan heeft die de keuze uit zeer veel toegangspoorten. Maar tragisch genoeg bepaalt die toegangspoort ook wat er nadien met zo’n persoon gebeurt. En tot maat van ramp verzamelen we geen data en zijn er veel blinde vlekken. Als die persoon dan voor de tweede keer in crisis gaat, en je hem dus logischerwijs meteen goed zou kunnen ‘sorteren’, begint men vaak weer van voren af aan. Onze ‘slimme’ organisatie heeft zestig jaar perfect gewerkt, maar is nu achterhaald. Je kunt die houden voor eenvoudige zorgvragen, maar voor de complexe problemen is een nieuw, innovatief systeem nodig waarin zeer intensief wordt samengewerkt, in alle transparantie.”

U pleit hier al langer voor, maar in de zorg lijkt er nog niet veel te veranderen.

“Hier moet ik u toch tegenspreken. Het aantal projecten in de zorg stijgt exponentieel. Ik ken tientallen voorbeelden van woonzorgcentra die een grote ommezwaai hebben gemaakt of daarmee bezig zijn. En ook veel ziekenhuizen denken erover na. Op dit moment werk ik samen met enkele van onze grootste ziekenhuizen. Zo’n groot ziekenhuis heeft enorm veel kennis en expertise in huis, maar daarvoor dreigt het een prijs te betalen: inertie. Terwijl we net wendbare organisaties nodig hebben. Maar voor intense innovatie hebben we



Geert Van Hootehem: "Ook in de opleidingen moeten we meer generaliseren: leg in alle paramedische opleidingen een basis verpleegkunde, zodat je al die mensen later kunt inschakelen als dat nodig is."

nood aan dwang én drang. Het systeem moet ons in een wurggreep krijgen, iets wat vanzelf zal gebeuren. En er is *goesting* nodig om iets te veranderen, in alle lagen van een organisatie. Van de poetshulp tot de (hoofd)arts."

Is het voor een klein woonzorgcentrum makkelijker dan voor een gigantisch ziekenhuis?

"Misschien wel. Maar je hebt ook een zekere schaal nodig. In de ouderenzorg is er geëxperimenteerd met genormaliseerd kleinschalig wonen. Op zich is dat een interessant idee, want woonzorgcentra zijn – ondanks alle inspanningen van het personeel – doorgaans niet de aangenaamste plaatsen om te wonen. Kleine, huiselijke omgevingen lijken dus ideaal. En dat zijn ze ook, voor de bewoners. Maar de werknemers worden daar ongelukkig van: ze moeten te geïsoleerd werken. En zonder gelukkige, dynamische en betrokken zorgverleners heb je natuurlijk geen goede zorg. Je hebt dus organisaties met een zekere schaal nodig, maar ook met een netwerk van teams die relatief autonoom werken. Zo kun je als organisatie richting geven, maar ook voldoende vrijheid bieden aan je teams."

Trek je daarmee ook nieuwe mensen aan?

"Absoluut. Al zullen er natuurlijk ook mensen afhaken. Als je dertig jaar goed werk hebt geleverd in een traditioneel systeem en ineens moet je alles omgooien, ligt dat soms moeilijk. Dat kan ik best begrijpen. Maar ik denk dat we vooral veel zij-instromers kunnen aantrekken. Daarvoor moeten we de verpleegkunde ombouwen van een *knelpunt*beroep tot een *knooppunt*beroep. In dat vak kunnen veel verschillende functies vervat zitten: stukjes sociaal werk, stukjes kine... Zo zal het veel bredere profielen aantrekken. En ook in de opleidingen moeten we meer generaliseren: leg in alle paramedische opleidingen een basis verpleegkunde, zodat je al die mensen later kunt inschakelen, als dat nodig is. Maar we moeten natuurlijk ook de 'lekken' in het systeem zien te dichten. Een deel van de instroom in de zorgsector rendeert niet, omdat afgestudeerden vertrekken naar andere sectoren, of meteen leidinggevende willen worden. En velen vallen uit door fouten in ons systeem. Dat moeten we proberen te voorkomen, door te innoveren."

De coronacrisis heeft bewezen dat we dringend de omslag moeten maken?

"Corona maakte de nood aan innovatieve

arbeidsorganisatie, zeker in de zorgsector, pijnlijk duidelijk. In woonzorgcentra zagen we – zoals voorspeld – dat voorzieningen die werken volgens de principes van de innovatieve arbeidsorganisatie, weinig getroffen werden. De pandemie lijkt wel één groot – maar jammerlijk – experiment waarin de noodzaak van anders organiseren werd getest. Wat in twintig jaar niet kon, werd op twee weken tijd al improviserend gerealiseerd. Artsen en verpleegkundigen die zonder werk vielen, schoolden zich in een razend tempo om tot coronaspecialisten. Leidinggevenden, zorgverleners en ondersteuners hebben uit het niets een totaal andere organisatie getoverd. De mensen in de vuurlinie hebben aangetoond dat het kan en hoe het moet. Daar moeten we moed uit putten om definitief te kantelen."

“De aandacht voor ‘coronahelden’ zal nog meer mensen warm maken voor de zorg”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: MARCO MERTENS

Een infarct op de arbeidsmarkt: zo noemt VDAB-topman Wim Adriaens de coronacrisis. Maar voor de zorgsector zijn er misschien wel opportuniteiten. «Nu ziet iedereen nog scherper het maatschappelijke belang van de zorg. En zo kunnen ook andere profielen, zoals IT-specialisten, overtuigd raken van deze sector.»

Door de coronacrisis wordt pijnlijk duidelijk hoe groot het personeelstekort is in de zorgsector. Denkt u dat dit een *wake-up call* zal zijn voor de maatschappij?

“Ik denk dat de maatschappij zich voordien wel al bewust was van dat grote knelpunt. Daar werd ook al volop aan gewerkt. Niet in het minst door VDAB. Wij organiseren, samen met onze opleidingspartners, 8.000 zorggerelateerde opleidingstrajecten per jaar. En op tien jaar tijd is het aantal studenten verpleegkunde met 40% toegenomen, wat volgens Vlaams zorgambassadeur Lon Holtzer vooral een verdienste van VDAB is. Door de coronacrisis ziet iedereen nu natuurlijk nog scherper het maatschappelijke belang van de zorg. Denk maar aan het kunstwerk *Game Changer* dat Banksy op de wereld losliet: een jongetje gooit zijn poppen van Batman en Spiderman in de prullenmand en heeft nu een superververpleegkundige in z'n handen. Ik denk dat deze crisis dus zeker zijn effect niet zal missen. Hogescholen merken nu al dat er veel meer interesse is in hun infodagen voor zorgopleidingen. En ook cursisten die al stage liepen vóór de crisis zijn dat blijven doen. Van hen horen we nu veel positieve

geluiden. De waardering die ze krijgen is een echte motivatieboost.”

Welke lessen kan VDAB trekken uit deze crisis?

“De mogelijkheden van de digitalisering zijn, net als in de rest van de samenleving, ook voor VDAB duidelijk geworden. Persoonlijk was ik heel verrast over hoe we als organisatie van de ene dag op de andere de omslag konden maken naar een volledig digitale werking, zonder die te moeten onderbreken. We bereiken langs digitale weg ook meer mensen dan vooraf gedacht. Dat is zeker positief. Ook onze online cursussen bleken een enorm succes: daarin schuilt nog veel potentieel. Minister van Werk Hilde Crevits heeft ons nog vier miljoen extra gegeven om die uit te breiden, iets waar we uiteraard heel blij mee zijn. En we hopen dat mensen uit deze crisis zullen leren dat het loont om te investeren in je loopbaan en extra opleidingen te volgen. Niemand had deze crisis kunnen voorspellen, en we weten ook niet wat er zich in de toekomst nog allemaal zal voordoen. Het is dus beter om te anticiperen dan op een dag onvoorbereid in de werkloosheid te belanden.”

Verwacht u na deze crisis grote verschuivingen op de arbeidsmarkt?

“Dit is in de eerste plaats een infarct op de arbeidsmarkt. Voor de crisis ging het heel goed, de werkzaamheidsgraad was aan het stijgen. De werkloosheid is de voorbije vijf jaar ook sterk gedaald, maar nu zien we plots weer een stijging met 12%, en

een halvering van het aantal vacatures. Vooral voor schoolverlaters, die vanaf juli de arbeidsmarkt betreden, zal dit een heel moeilijke periode worden. In het ideale geval zullen gezonde bedrijven snel een doorstart kunnen maken.”

Zou dit misschien positief kunnen uitdraaien voor de zorgsector?

“Het probleem is natuurlijk dat de zorg een sterk gekwalificeerde sector is: zonder opleiding kun je er niet zomaar starten. Maar misschien dat meer mensen nu wel geneigd zullen zijn om een opleiding te starten. Bovendien heeft de sector ook andere profielen nodig, zoals IT-specialisten. Zij denken niet altijd aan de zorg, maar nu liggen er misschien wel kansen om hen te overtuigen dat toch te doen. Misschien is de verloning in andere sectoren interessanter, maar de zorg heeft als grote voordeel dat de maatschappelijke relevantie zeer groot is.”

Voorlopig zijn zorgmedewerkers nog steeds zware knelpuntberoepen. Waarom blijft dit zo'n groot probleem?

“Enerzijds heb je de dubbele vergrijzing in de samenleving, die extra zwaar weegt op de zorgsector. Steeds meer zorgprofessionals gaan op pensioen, maar er zijn ook steeds meer ouderen die zorg nodig hebben. Hoewel het aantal zorgmedewerkers jaar na jaar toeneemt, blijft het aanbod te beperkt, want de vraag wordt ook steeds groter. De sector staat dus voor de grote uitdaging om haar HR-beleid anders te



Wim Adriaens: "Getuigenissen van 'ambassadeurs' zijn altijd motiverend. Al is het wel cruciaal om een realistisch en geloofwaardig beeld te schetsen."

organiseren. Zoals eerder gezegd, is de zorg een heel gekwalificeerde sector. Je kunt niet op één-twee-drie duizend verpleegkundigen uit je mouw schudden. Vanuit VDAB kunnen wij vooral veel anders gekwalificeerde mensen toeleiden, die dan later kunnen doorgroeien. Dat model van de 'aantrekkelijke schouw' is iets waarvoor we de zorginstellingen steeds meer warm proberen te maken, omdat het hen op middellange termijn enorm kan helpen. Al moeten ze zelf ook bereid zijn om extra te investeren. Daar is uiteraard capaciteit voor nodig. Grote ziekenhuizen en woonzorgcentra zijn wel mee in dat verhaal, maar voor kleinere organisaties ligt dat soms moeilijker."

Wat zijn de belangrijkste strategieën van VDAB om meer mensen warm te maken voor de zorg?

"We hebben een aantal laagdrempelige oriënteringstools waarmee mensen kunnen ontdekken of ze aanleg hebben voor een zorgberoep. Een zorgende aard, een talent om samen te werken, goed verbanden kunnen leggen... Voor wie zo'n aanleg blijkt te hebben, zijn er verschillende informatiepakketten. De opleidingstrajecten duren vrij lang en zijn niet goedkoop, dus door op voorhand goed te screenen willen we vermijden dat veel mensen afhaken. En daarnaast zijn er nog campagnes zoals Dag Van De Zorg, getuigenissen van zorgprofessionals én studenten, filmpjes over de verschillende beroepen... Zulke getuigenissen van 'ambassadeurs' zijn altijd motiverend. Al is het wel cruciaal om een realistisch



“De zorg is een heel gekwalificeerde sector. Je kan niet op één-twee-drie duizend verpleegkundigen uit je mouw schudden.”

en geloofwaardig beeld te schetsen. De huidige crisis, met veel aandacht voor de ‘coronahelden’, zal natuurlijk ook veel mensen warm maken.”

Heeft de zorgsector bij de brede bevolking een goede reputatie als werkgever? Zou dat dankzij de crisis veranderd zijn?

“De reputatie was al goed, denk ik. Uit een bevraging bij jongeren tussen 15 en 25 jaar – vóór de crisis – bleek dat één op de drie een zorgberoep aantrekkelijk vindt. En nu komt daar het beeld van ‘helden van de zorg’ bij, dus dat zal wellicht nog hoger liggen. Maar er is wel een imago probleem bij mensen die al lang in de zorg werken. 49% zou het niet aanbevelen aan zijn eigen kinderen en 48% wil zijn werk afbouwen. Een goed retentiebeleid is dus voor veel organisaties iets waarin zeker nog potentieel schuilt. Heel wat werknemers ervaren te veel stress en emotionele belasting in hun job. Een modern HR-management is dus zeker een troef.”

Hebben mensen de juiste verwachtingen qua verloning, flexibiliteit...? Moeten die randvoorwaarden beter worden om meer mensen aan te trekken?

“Misschien wel, maar mensen weten ook waaraan ze beginnen. De verloning gebeurt op basis van barema’s en de nood aan flexibiliteit is iets wat wij als VDAB ook wel duidelijk maken, in onze filmpjes bijvoorbeeld. Nacht- en weekendwerk horen er heel vaak bij, dat willen we zeker niet wegstoppen. Maar dat kan ook een voordeel zijn: mensen met een jong gezin hebben daardoor extra tijd voor hun kinderen op andere momenten. En er is natuurlijk de werkzekerheid, een troef die we heel erg uitspelen. Als je kiest voor een opleiding in de zorg, heb je bijna honderd procent kans op werk.”

Er zijn nog veel andere knelpuntsectoren. Proberen jullie werkzoekenden soms in een bepaalde richting te pushen?

“Nee, ik vrees dat dat weinig zin heeft. Er moet toch vooral een goede match zijn tussen een bepaald persoon en een beroep of sector. Maar het is wel belangrijk om mensen perspectief te geven over hun mogelijkheden. Soms wordt aan een bepaalde sector totaal niet gedacht en dan kunnen wij vanuit VDAB de blik wel opentrekken. Heel wat mensen van allochtone origine die we naar de arbeidsmarkt leiden, hebben vanuit hun thuissituatie bijvoorbeeld veel zorgcompetenties. Zij hebben niet altijd de juiste kwalificaties voor de zorgsector en denken daar niet onmiddellijk aan, maar toch kan het zeker een goede match zijn.”

Enkel werkzoekenden kunnen bij jullie een opleiding voor knelpuntberoepen volgen. Is dat geen gemiste kans om meer zij-instromers aan te trekken?

“Wie niet werkzoekend is en toch zo’n opleiding wil volgen, kan van de Vlaamse overheid opleidingsverlof krijgen, inclusief aanmoedigingspremie. Toegegeven: het vraagt altijd nog een inspanning, maar het lijkt me toch ook een grote meerwaarde om na die opleiding te kunnen werken in een sector waar je je goed voelt.”

Wat denkt u van het idee van Jeroen Franssen van Agoria om een soort dienstplicht in de zorgsector in te voeren?

“Ik begrijp het idee wel, maar ik denk dat veel jongeren de zorgsector sowieso al appreciëren, zeker vandaag. Bij de keuze van een job is er toch vooral intrinsieke motivatie nodig en dat is iets wat je niet kunt forceren. Door jongeren goed te informeren en hen te helpen bij de


zoektocht naar een opleiding die *matcht* met hun talenten en persoonlijkheid, bereik je volgens mij veel meer.”

Doet VDAB ook inspanningen om inactieven te verleiden tot de zorgsector?

“Daar zijn we mee bezig: we willen onder meer mensen met een RIZIV-statuuut en mensen van allochtone origine aantrekken voor de sector. Vorig jaar is een oproep gelanceerd gericht op inactieven, met middelen van het Europees Sociaal Fonds (ESF). Maar dat project zit nu nog in de experimentele fase, dus daar is het nog even wachten op resultaten.”

Wordt er ook nog gezocht naar buitenlandse werkrachten?

“Dat deden we al een hele tijd, vanuit een concentrisch model: eerst keken we naar de andere gewesten van ons land, dan naar Europa en ten slotte eventueel nog verder. We zochten vóór de coronacrisis al in Portugal en Polen om nieuwe zorgprofessionals aan te trekken. De laatste tijd begon ook daar al een krapte te ontstaan, iets wat in de toekomst zeker niet zal verbeteren. Dus zijn we stappen aan het zetten om ook buiten Europa goede partners te vinden. Natuurlijk moet je dan altijd rekening houden met de taalbarrière, iets waarvoor we de Vooropleiding Social Profit voor Anderstaligen (VOSPA) in het leven hebben geroepen. Maar er zijn nog meer zaken die je in het achterhoofd moet houden, zoals huisvesting, een school voor de kinderen, een baan voor de partner, enzovoort. Een eenvoudige oplossing is het zeker niet.”



Bij de beste private
bank van België bent u
uniek, maar nooit alleen.

Bij KBC Private Banking bent u goed omringd. Van portefeuillebeheer tot financiële planning, van vastgoed tot verzekeringen: uw private banker zorgt samen met experts voor de vakkundige begeleiding van uw vermogen. Een aanpak die werkt. Euromoney verkoos ons niet voor niets tot **Best Private Bank in Belgium**, en dat al voor de derde keer op rij.

Veerkracht bijtanken op www.deZorgSamen.be



Corona heeft niet alleen een fysieke maar ook een mentale impact. Mensen die werken in zorg en welzijn vormen een risicogroep, tijdens en na de Covid-19-pandemie. Ze draaien lange dagen, krijgen nieuwe taken voorgeschoteld en komen in aanraking met confronterende situaties. Die chronisch stresserende werkomstandigheden verhogen het risico op psychische klachten, zowel op korte als op lange termijn (uitputting, depressieve symptomen, angstklachten, slapeloosheid, klachten gerelateerd aan acute stress, ...). Daarom is goede psychosociale ondersteuning cruciaal.

Drie bouwstenen zijn daarin van belang:

- De directe omgeving (partner, collega, leidinggevende) speelt een sleutelrol;
- Hulpverleners zetten vaak moeilijk of te laat de stap naar hulp: het sensibiliseren van wie werkt in zorg en welzijn rond het versterken van hun veerkracht is dus heel belangrijk;
- Een aanpak op maat is nodig: de meeste zorgmedewerkers komen zonder mentale kleerscheuren uit de crisis. Voor zij die blijvende klachten ontwikkelen moet er gepaste hulp voorhanden zijn.

Voor iedereen in zorg en welzijn

Het platform www.deZorgSamen.be zet in op die bouwstenen en richt zich op iedereen actief in zorg en welzijn. De ZorgSamen wil daarin iedereen bereiken ongeacht hun statuut, organisatie of functie. Van schoonmaak- en keukenmedewerkers, over logistiek en administratief medewerkers, zorgkundigen, opvoeders, begeleiders, mantelzorgers, verpleegkundigen tot het middenkader en de artsen... in alle mogelijke zorgsettings. In de thuiszorg, op de eer-

ste lijn, in ziekenhuizen, woonzorgcentra, welzijn, jeugdhulp en gezinsondersteuning, in de ondersteuning van personen met een handicap of in de kinderopvang.

Op de website kan je aan de hand van een korte zelftest nagaan of je mentale klachten verdere opvolging vereisen. Deze gerichte *screeener* is ontwikkeld door de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP). Je vindt op het platform ook praktische tips hoe je jouw mentale veerkracht en die van je collega's op peil kan houden. Voldoende rust nemen en je emoties toelaten: allemaal goed en wel, maar hoe breng je dat in de praktijk? Op www.deZorgSamen.be krijg je adviezen hoe je het kan aanpakken. Je kan er ook een aantal boeiende webinars bekijken: hoe je je veerkracht kan versterken, hoe familie of vrienden je daarbij kunnen helpen en hoe je als leidinggevende kan werken aan de veerkracht van je team. Je vindt er ook informatie over beschikbare directe hulp. Op de website kan je ook getuigenissen lezen van mensen uit zorg en welzijn: hoe zij de crisis zijn doorgekomen, hoe zij het hebben ervaren en aan hun mentaal welzijn hebben gewerkt.

Vanaf de zomervakantie vind je op www.deZorgSamen.be een uitgebreid e-learning pakket rond eerste hulp op de werkvloer, ontwikkeld door de partners van de

permanente vorming eerstelijnspsychologie. Wat doe je als je je zorgen maakt om het mentaal welzijn van een collega? Wanneer en hoe spreek je jouw collega aan, wat kan je best vragen of zeggen, waar kan iemand terecht voor extra ondersteuning, hoe bespreek je als leidinggevende je bezorgdheid met je team... Al deze topics vind je vanaf half juli terug op www.deZorgSamen.be aan de hand van korte video's en handige tools.

Alle informatie op de website www.deZorgSamen.be is bijeengebracht door experts en is wetenschappelijk gefundeerd. Het platform brengt expertise in psychologische ondersteuning samen uit de verschillende Vlaamse universiteiten, verenigingen en koepelorganisaties en biedt een complementair en gebalanceerd aanbod.

De ZorgSamen is ontstaan vanuit een initiatief van Zorgnet-Icuro. Ondertussen is het uitgegroeid tot hét online platform voor psychosociale ondersteuning van de Vlaamse Taskforce in het kader van het actieplan ZorgenVoorMorgen van minister Wouter Beke. De psychosociale werkgroep van de Vlaamse Taskforce geeft de inhoudelijke ontwikkeling, de exploitatie en de externe bekendmaking van dit platform vorm, samen met een grote groep partners.

“Mensen die werken in zorg en welzijn zijn veerkrachtig maar ondersteuning is wenselijk”

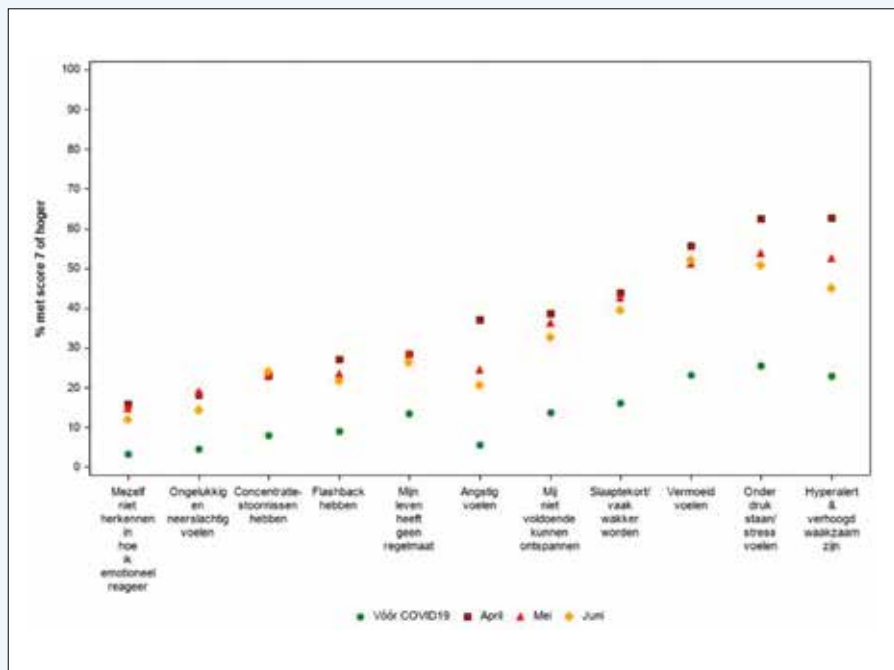
Tijdens de Covid-19-pandemie peilde de ZorgSamen Barometer naar het mentaal welbevinden van al wie werkt in zorg en welzijn. De Barometer werd afgenomen in de eerste week van april, mei en juni. In totaal participeerden 8.350 personen (april: 2918; mei: 3298; juni: 2134). Zowel artsen, verpleegkundigen, management & administratie, welzijnswerkers en andere zorgverleners namen deel. De verschillende sectoren (ziekenhuizen, woonzorgcentra, voorzieningen voor personen met een beperking, eerstelijnszorg, welzijn en geestelijke gezondheidszorg) werden bevestigd.

Grote impact op persoonlijk vlak

Om de impact van Covid-19 op de psychische reacties te meten, bevroeg de Barometer persoonlijke psychische reacties zoals angst, vermoeidheid, flashbacks en hyperaltheid. Elke deelnemer gaf een score van 0 (nooit last van) tot 10 (altijd last van) voor zowel de afgelopen week als onder normale omstandigheden.

Bij de eerste bevestiging in april rapporteerden de bevestigden 3 tot 7 maal meer negatieve gevoelens in vergelijking met normaal. Een zeer ruime meerderheid gaf aan “onder druk te staan” (62%), “zich vermoeid te voelen” (56%) en “hyperaltheid te zijn” (62%). Normaal is dat slechts 24%, 22% en 22%. 27% van de zorgverleners zei “flashbacks” te hebben (normaal 8%), 23% sprak over “concentratiestoornissen” (normaal 7%). Meer dan 1 op 3 zorgverleners (37%) gaf aan “angst” te hebben, terwijl in een normale situatie slechts 5% daarmee te maken heeft.

Drie acute stressreacties (angst, onder druk staan en hyperaltheid) daalden in



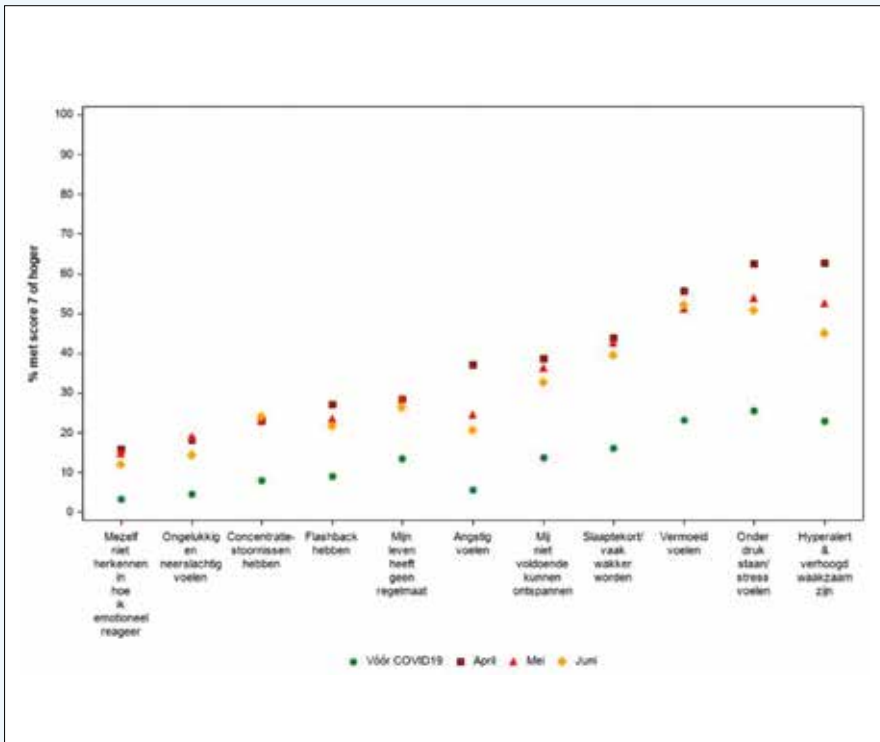
Psychische reacties op persoonlijk vlak: percentage deelnemers met een score van 7 of hoger (bevestigingen april, mei en juni)

mei en juni aanzienlijk. Dat is een positief teken van veerkracht. De psychische reactie met het grootste verschil tussen vóór en tijdens Covid-19 was “angst”. Die angstscore was het meest uitgesproken in de maand april bij verpleegkundigen. De factoren die veeleer te maken hebben met langdurige druk (vermoeidheid, slaaptkort, geen regelmaat in het leven, concentratiestoornissen, ongelukkig en neerslachtig zijn) bleven voor de 3 meetperiodes nagenoeg onveranderd. Uit de deelenalyses blijkt dat de scores van verpleegkundigen en het management op bijna alle reacties hoger liggen dan de andere beroepsgroepen.

Professionele impact

Een aantal vragen peilde naar de professionele impact van de crisis, onder meer het gevoel er alleen voor te staan, twijfelen aan kennis en kunde, onzekerheid binnen het team en het verspreiden van risicovolle aspecten zijn in april significant hoger dan normaal en blijven nagenoeg onveranderd tijdens de 3 metingen. De factor “willen stoppen met het uitoefenen van het beroep” stijgt zelfs licht over de 3 meetperiodes heen. In juni scoort bijna 20% een 7 of hoger. Bij artsen en verpleegkundigen ligt dit het hoogst, met een sterke verhoging bij artsen tussen april en de maanden mei en juni.





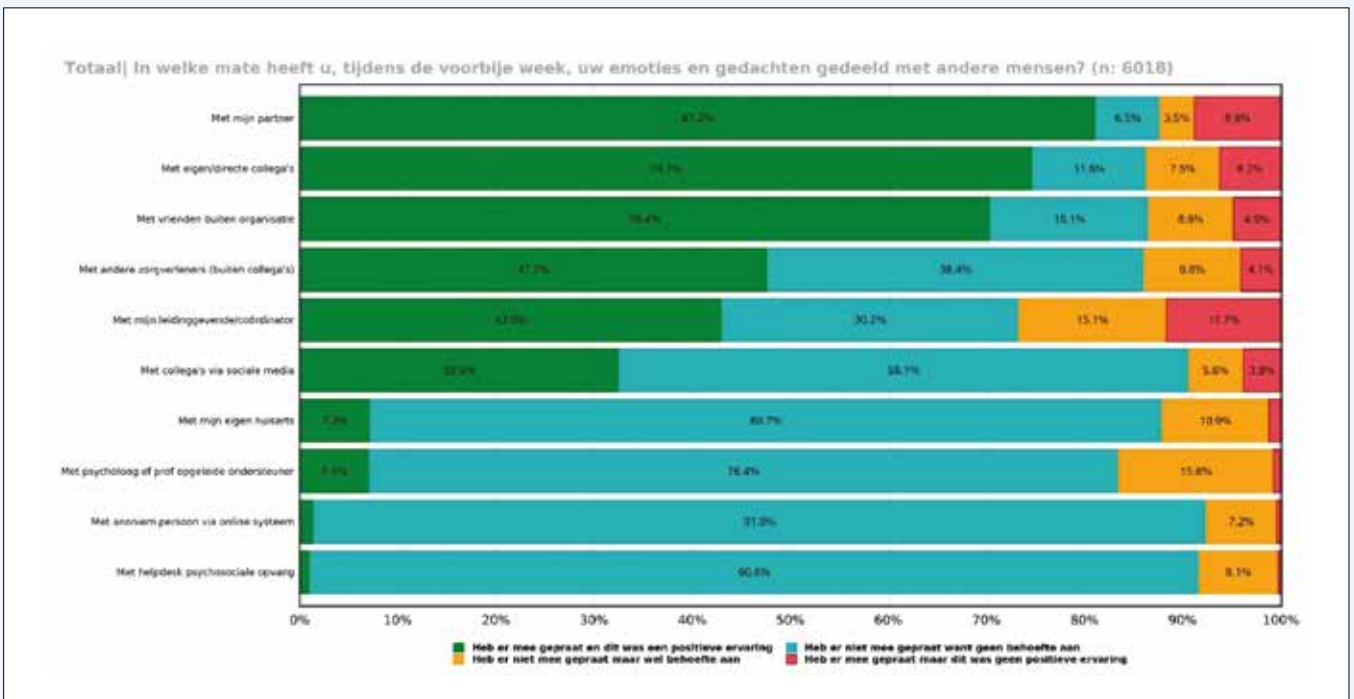
Meer schuldgevoel

De tweede Barometer toont de resultaten voor mei. In die periode werd specifiek het schuldgevoel bevestigd. 36% van de respondenten gaf toen aan zich erg schuldig te voelen omdat ze hun werk niet in normale omstandigheden konden uitvoeren. Meer dan 1 op 3 kampte met een schuldgevoel dat ze het virus misschien zouden overdragen naar de eigen familie. Een kwart van de bevestigden sprak dan weer over "ernstig schuldgevoel over het infectierisico naar andere patiënten, bewoners, cliënten of collega's".

Waar steun zoeken?

De Barometer ging ook na in welke mate de deelnemers tijdens de voorbije week hun emoties en gedachten hadden gedeeld met andere mensen. Daaruit blijkt dat de meesten een beroep deden op de normale en meest voor de hand liggende steunpilaren: partner, eigen collega's en vrienden buiten de organisatie. Het blijkt dat online systemen of een helpdesk psy-

Psychische reacties op professioneel vlak: percentage deelnemers met een score van 7 of hoger (bevestigingen april, mei en juni).



Mate waarin de respondenten hun emoties en gedachten deelden met anderen.

chosociale opvang niet werden gebruikt. Er werd weinig beroep gedaan op een psycholoog of professioneel opgeleide ondersteuners, maar één deelnemer op zes gaf wel aan hier een behoefte te hebben.

Opmerkelijk is de score van de leidinggevende. 43% gaf aan hiermee positief gepraat te hebben, voor 12% was dat een negatieve ervaring, 30% had geen behoefte om in gesprek te gaan met de leidinggevende over emoties en gedachten, 15% gaf aan het niet gedaan te hebben maar er wel nood aan te hebben.

Ondersteuningsmechanismen tijdens COVID19

Wat betreft de verwachte ondersteuning in de toekomst wijst 60% van de deelnemers de leidinggevende aan als de persoon waar men zeker of waarschijnlijk ondersteuning van zal nodig hebben om emoties en gedachten te delen. Een psycholoog en huisarts worden door bijna 15% van de medewerkers aangeduid als nodige ondersteuner.

“Wat betreft de verwachte ondersteuning in de toekomst wijst 60% van de deelnemers de leidinggevende aan als de persoon waar men zeker of waarschijnlijk ondersteuning van zal nodig hebben om emoties en gedachten te delen.”

De Barometer van De ZorgSamen toonde dat de impact van de Covid-19-pandemie op zorgverleners en welzijnswerkers niet te onderschatten is. Ze werden gesteund met handgeklap, witte lakens en geschenken. Nu dit voorbij is, blijft de druk op de zorg hoog. De heropstart van de normale activiteiten vraagt om nieuwe uitdagingen. Het nieuwe normaal is niet normaal en nog ongekend. Hoewel angst en hyperaltheid terug richting normale scores gaan, moet er aandacht blijven voor vermoeidheid en lichamelijke klachten. De directe persoonlijke en professionele omgeving, én professionals moeten de medewerkers in zorg en welzijn blijven ondersteunen.

De online bevraging werd ontwikkeld door een samenwerkingsverband van verschillende universiteiten onder leiding van prof. Kris Vanhaecht, die eerder al het Second Victim onderzoek van het Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) van de KU Leuven leidde. Prof. Stephan Claes (UPC KU Leuven) en Prof. Kris Van den Broeck (UA) deelden hun expertise in de uitwerking van de Barometer. Dr. Deborah Seys, Dr. Bianca Cox en Dr. Luk Bruyneel, postdoctoraal medewerkers aan het LIGB, maakten de statistische analyse.



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:



Life Is On

Schneider Electric

Blij weerzien met familie en vrienden

Op 12 maart gingen de woonzorgcentra – en daarmee ook de vele bewoners van woonzorgvoorzieningen – in lockdown. Deze uitzonderlijke situatie bracht ongeziene maatregelen en ook heel wat creativiteit met zich mee. De beeldbel sessies en raambezoeken raakten in snel

tempo ingeburgerd in de Vlaamse woonzorgcentra. Toch was de opluchting groot toen op 18 mei – met een versoepeling op 10 juni – de deuren van het woonzorgcentrum voorzichtig opnieuw open gingen en de bewoners na meer dan twee maand bezoek konden ontvangen. Zorgnet-Icuro

lanceerde naar aanleiding van dit nieuws, een fotowedstrijd onder zijn leden. Heel wat woonzorgcentra sloegen daarop aan het fotograferen en stuurden ons leuke beelden op van die hernieuwde ontmoetingen. Bekijk hieronder een hartverwarmende collage.





Seniorenzorg Heilige Familie Deerlijk



ZOG Genk



WZC Hofstede



WZC Grootenbosch



Sint Anna Bulskamp



WZC Annuntiaten



Verzorgend Wassen helpt bij het voorkomen van infecties

De heer Frank Van Laer, ziekenhuishygiënist bij het UZA is voorstander van 'Verzorgend Wassen': "Wassen met water en zeep is de meest toegepaste wasroutine, maar in een ziekenhuis kan het grote nadelen op het gebied van hygiëne hebben. Ook voor de huid van de patiënt is het beter om met de lotion geïmpregneerde washandjes te wassen want het droogt de huid niet uit. Bovendien wast het net zo schoon en is het fysiek minder belastend!"

Veilig werken

"De aanleiding om in het UZA Verzorgend Wassen te introduceren is de tijdswinst voor verpleegkundigen en de kwaliteit van het leidingwater. Uit 7 Europese wetenschappelijke studies¹ blijkt bijvoorbeeld dat tussen de 9,7 en 68,1% van de random afgenomen stalen positief getest wordt voor *Pseudomonas aeruginosa*. Op de intensieve zorgen is het uitsluiten van (nosocomiale) infecties van levensbelang. Eén van de oplossingen om infecties te voorkomen is wassen zonder kraanwater, bijvoorbeeld met Verzorgend Wassen washandjes. Na een grondige literatuurstudie waaruit geconcludeerd kon worden dat Verzorgend Wassen een aanvaardbaar alternatief is voor kritisch zieke patiënten, is het UZA ermee aan de slag gegaan."

Effectief Verzorgend Wassen introduceren

"Natuurlijk hebben we een opstartfase gekend waarin o.a. tijdsmetingen verricht zijn van een klassiek bedbad versus Verzorgend Wassen. Ook hebben we de perceptie van de verpleeg- en zorgkundigen in kaart gebracht. Tenslotte zijn de economische én ecologische aspecten onder de loep genomen. Na overwegend positieve resultaten is ervoor gekozen om Verzorgend Wassen in heel het ziekenhuis in te voeren."



"In het UZA zijn wij al jaren vertrouwd met Verzorgend Wassen, het draagt bij aan het voorkomen van infecties!"

Frank Van Laer, ziekenhuishygiënist UZA

Voordelen voor patiënten & verpleegkundigen

"Van huis uit zijn patiënten gewend aan 'water en zeep', men kent Verzorgend Wassen meestal niet. Daarom heeft het UZA een folder ontwikkeld waarin het belang en de voordelen van Verzorgend Wassen is aangegeven: zo helpt het bij het behoud van een gezonde huid (o.a. preventie van incontinentie geassocieerde dermatitis), biedt het meer comfort, is het fysiek minder belastend én wast het net zo schoon als water en zeep. Ook voor de verpleegkundigen zijn er voordelen: er kan een tijdswinst tussen de 10 en 35% t.o.v. traditioneel wassen gerealiseerd worden, het is fysiek minder belastend en men werkt conform de cytostaticarichtlijn. Kortom een win-win situatie!"

Wilt u kwalitatieve zorg met 'Verzorgend Wassen' van TENA verlenen? Bel de **TENA Professional telefoonlijn 0800 - 945 45** (gratis) voor meer informatie of een vrijblijvende afspraak, of kijk op www.TENA.be/nl/professionals

* Afgebeelde productverpakkingen zijn reeds de nieuwe verpakkingen, en zijn in de loop van de zomer beschikbaar.