

ZORG WIJZER

THEMANUMMER: ARTSEN

PAAZ leper:
**“Het concurrentiële
model heeft afgedaan”**

zorg net
ICURO

- 10 Huisarts in de hoofdstad: "we ontmoeten dagelijks mensen met grote diversiteit"
- 14 Geriatrie in Vlaanderen: onbekend is onbemind
- 18 Samenwerking huisartsen en psychiaters CGG: een win-win

Colofon

93

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdredactie 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

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 93, november 2020, 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

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 PZ Heilig Hart en Jan Yperman Ziekenhuis baten samen PAAZ uit in Ieper
- 10 De uitdagingen van een huisarts in de hoofdstad
- 14 Geriatrie in Vlaanderen
- 18 Samenwerking huisartsen en psychiaters in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg
- 22 Netwerkvorming vanop de eerste rij
- 24 Netwerk tegen Armoede coacht organisaties naar een armoedesensitief hr-beleid

Een wereld in verandering

De wereld evolueert snel, razendsnel. De voorbije weken voelden voor de zorgsector – alweer – aan als een rollercoaster, met een explosieve stijging van het aantal besmettingen en een onhoudbare druk op onze zorgverleners. Op het moment dat dit nummer van *Zorgwijzer* in druk ging, was de tweede lockdown van dit jaar net ingegaan met een verlengde herfstvakantie, gesloten winkels en verplicht telerk. De zorgsector was daarvoor sterk vragende partij, en moest de samenleving en politici bijna smeken om heldere en doortastende maatregelen. Wanneer u dit nummer leest, zal duidelijk zijn of we daarmee een echt rampscenario hebben kunnen afwenden. In de tijd die voor het afwerken, drukken en verzenden van ons magazine nodig is, kan de wereld er alweer helemaal anders uitzien.

Naast al dat coronageweld waarvan de media bol staan, proberen we u in dit nummer – ondanks de crisis – ook andere invalshoeken van de zorg te laten zien. Er is het prachtige verhaal uit *Ieper*, waar het algemeen en het psychiatrisch ziekenhuis de handen in elkaar sloegen voor de gezamenlijke uitbating van de PAAZ (psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis). Die intense samenwerking geeft een patiënt de juiste zorg op de juiste plaats, vanuit eenzelfde visie, in een wisselwerking tussen somatische en psychische zorg. Dankzij een doorgedreven samenwerking gebaseerd

op vertrouwen kan de concurrentie uit het model verdwijnen. Over meer samenwerking en vertrouwen vertelt ook Katrien Bervoets, hoofdarts van ZNA, en de concrete samenwerkingen op het niveau van de artsenassociaties. Een verhaal dat een hele tijd geleden al startte in het kader van de netwerkvorming tussen de Antwerpse ziekenhuizen ZNA-GZA.

Verschillende artsen vertellen in dit nummer over wat hen drijft, en wat ze belangrijk vinden in hun beroep: de hoofdartsen in *Ieper* over hun geloof in hun gemeenschappelijke project, dr. Ann Vandembroucke over haar passie voor de geriatrie en de holistische benadering van de patiënt. Twee psychiaters uit een CGG vertellen dan weer over hun samenwerking met de huisartsen. Dr. Ann Roex geeft een inkijk in de grootstedelijke gezondheidsproblemen en armoede waarmee de eerste lijn te maken krijgt. Het zijn levensechte verhalen die ons eraan herinneren dat de zorg veel meer is dan alleen maar Covid-19 bestrijden.

Helaas was dat alweer de hoofdfocus van de afgelopen weken en moest alles wijken voor crisisbeheer. Zorginstellingen stonden – tegen wil en dank – opnieuw volop in de belangstelling, in de frontlinie, al hadden ze nog zo gewaarschuwd dat dit opnieuw veel bloed, zweet, tranen én slachtoffers zou eisen. Ik wil hier alle leden van *Zorgnet-Icuro*, alle zorgverleners

en alle vrijwilligers van harte danken voor hun inzet en tomeloze toewijding in deze gezondheids crisis zonder weerga. Jullie stonden er weer, elk vanuit zijn functie, expertise en kennis. Zonder jullie stond dit land nergens. Respect!



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

Kopzorgen verdienen zorg op elke leeftijd

Over ingrijpende veranderingen op oudere leeftijd wordt vaak licht heen gegaan. Alsof je er gewoon mee moet leren leven. Hulp op maat is er amper. Al te vaak dragen ouderen hun zorgen daardoor alleen. Of ze nemen een pilletje om het leed te verzachten. “Kopzorgen verdienen zorg, op elke leeftijd,” vindt de Vlaamse Ouderenraad. De organisatie lanceert daarom, met de steun van onder andere Zorgnet-Icuro, op www.kopzorgen.be een opvallende campagne.

De coronacrisis daagt ieders welzijn uit

Door de coronacrisis ondervinden we allemaal hoe belangrijk een goed gesprek, warme steun en een betekenisvolle knuffel zijn. Ook de waarde van professionele hulp, begeleiding en ondersteuning op psychosociaal vlak wordt meer en meer duidelijk. De crisis daagt ieders welzijn uit. En zeker het psychisch welzijn van ouderen staat meer dan ooit in de kijker. Ouderen in woonzorgcentra én gezonde, actieve 65-plussers.

Confronterende verlieservaringen

Maar ook voor deze pandemie stonden we al voor heel wat uitdagingen. Want op latere leeftijd nemen ingrijpende kantelmomenten en verlieservaringen vaak toe. Denk aan het zwarte gat na de pensionering, overbelasting bij langdurige en intensieve mantelzorg, verlies van dierbaren, geconfronteerd worden met je eigen lichamelijke of cognitieve achteruitgang, relatieproblemen, eenzaamheid of levensmoeheid. Maar het kan ook om heel praktische zaken gaan, zoals niet langer kunnen autorijden of fietsen, het huishouden niet meer alleen kunnen beredderen of moeite hebben om gesprekken te volgen.

Hoewel die verlieservaringen klein lijken, kunnen ze net heel confronterend zijn, elke dag opnieuw. Ze hebben een steeds grotere impact op je psychisch welzijn. Toch moeten ouderen hun zorgen vaak alleen dragen of vinden ze niet de juiste ondersteuning.

Een opvallende campagne om psychisch welzijn bespreekbaar te maken

Daarom start de Vlaamse Ouderenraad een campagne. De organisatie vindt het hoog tijd om psychische problemen bij ouderen bespreekbaar te maken. Niet alleen heerst er nog een enorm taboe, ook schiet het beleid tekort en is de psychologische hulpverlening voor ouderen onvoldoende uitgebouwd. Bovendien gaan we als samenleving vaak heel anders om met ingrijpende veranderingen op latere leeftijd, dan bij jongere generaties.

De campagne loopt een jaar en belicht verschillende aspecten van het psychisch welzijn.

Boeiende interviews en moedige getuigenissen

Doe mee op www.kopzorgen.be. Je ontdekt er interviews met filosoof Jean Paul Van Bendegem en ouderenpsycholoog Luc Van de Ven, bekend van het Canvas-programma ‘Therapie’. Ook lees je er moedige getuigenissen van ouderen en kijk je binnen bij boeiende initiatieven die op het terrein werken aan een geestelijke gezondheidszorg die ouderen verdienen.

Kopzorgen verdienen zorg

Doe mee op www.kopzorgen.be



INTERACTIEF VOORLEESBOEK VOOR EEN JARIGE MET DEMENTIE

Vandaag is mijn vierdag



Je bent jarig vandaag, maar wat als je je deze dag niet langer herinnert? Voor personen met dementie is dit vaak realiteit en gaat de magie van hun verjaardag onopgemerkt voorbij. Jammer, want je verjaardag is de dag van het jaar dat het volledig om jou mag draaien.

Met 'Vandaag is mijn vierdag' kun je als familie of zorgverlener aan de verjaardag van een persoon met dementie een originele toets geven. Het is namelijk het eerste interactieve voorleesboek voor een jarige met dementie. Het boek richt zich tot alle zorgkundigen,

mantelzorgers, familieleden... Want het is niet omdat het geheugen van personen met dementie hen (soms) in de steek laat, dat hun verjaardag niet een mooi en verbindend gebeuren kan zijn. Auteurs Peggy Lavaerts en Robin Biets, verpleegkundigen in de geriatrie en bedenkers van 'Het Grote Valpreventiespel', zijn daarbij zorgvuldig en stap voor stap te werk gegaan. Het boek kan bovendien volledig gepersonaliseerd worden, om zoveel mogelijk interactie te creëren.

Aan de hand van een chronologische opbouw, illustraties en eenvoudige tekst begeleidt 'Vandaag is mijn vierdag' de lezer door de hele dag. Tijdens het voorlezen zal de jarige telkens opnieuw op een positieve manier gestimuleerd worden tot communicatie en interactie. Met zintuiglijke stimuli wordt de jarige bovendien geprikkeld en verder bewustgemaakt van het verjaardaggebeuren.

Om alles in goede banen te leiden, bevat dit boek ook een handleiding voor de voorlezer. Hierin staan nuttige tips om het verjaardagsverhaal persoonlijk te maken. Zo vormt het boek als het ware een brug tussen verhaal en realiteit, waarbij heel wat passages effectief uitgevoerd kunnen worden, zodat het geheel ook tastbaar wordt. Op de webpagina van het boek kan er ook extra online materiaal gedownload worden.

Vandaag is mijn vierdag door Robin Biets & Peggy Lavaerts

Prijs: € 30,00 | Paperback - 72 blz.

ISBN 978-94-6337-205-3

Abonneer je nu op Zorgwijzer!

Ontvang je Zorgwijzer nog niet, maar wil je toch graag op de hoogte blijven van de actualiteit in de zorgsector? Abonneer je dan nu op ons magazine en krijg **acht keer per jaar** een Zorgwijzer in je brievenbus. Stuur een mailtje met je naam, functie en adres naar communicatie@zorgneticuro.be en wij voegen je toe aan ons abonneebestand.

Lees je Zorgwijzer liever digitaal? Dan ben je op www.zorgwijzermagazine.be aan het goede adres. Schrijf je in op onze nieuwsbrief via: www.zorgneticuro.be/content/nieuwsbrief-inschrijving en ontvang het laatste nieuws van Zorgnet-Icuro.



“Vertrouwen als basis voor hechte samenwerking”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: BART CLOET

PZ Heilig Hart en het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper baten sinds kort gezamenlijk een psychiatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis (PAAZ) uit. Het is de voorlopige kroon op een samenwerking die steeds hechter wordt. “Als je de patiënt en zijn problematiek centraal stelt, is dat de enige juiste weg,” klinkt het in Ieper. Algemeen directeurs Cathy Room van PZ Heilig Hart en Frederik Chanterie van Jan Yperman Ziekenhuis doen het verhaal.

“Onze ziekenhuizen werken al lang samen,” zegt Cathy Room. “Op het vlak van ziekenhuishygiëne en laboratorium, maar ook voor onze corebusiness: de psychiatrie. We hadden al een liaisonfunctie vanuit PZ Heilig Hart in het Jan Yperman Ziekenhuis. We maken ook samen deel uit van het Netwerk GGZ Kwadraat. Het Jan Yperman Ziekenhuis is hierin een goede partner, die mee de diverse functies van het netwerk ondersteunt en actief is in het centrum voor psychische revalidatie Hedera en in de mobiele teams. Samen met het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg hebben beide ziekenhuizen ook het ABA-programma uitgewerkt: het Ambulant Behandelprogramma Alcohol.”

“In het Jan Yperman Ziekenhuis zelf ervaren we echter de nood aan meer psychiatrische aanwezigheid,” zegt Frederik Chanterie. “De liaisonfunctie psychiatrie hadden we al uitgebreid naar drie halve dagen per week, maar je mag het aantal patiënten niet onderschatten met somatische klachten en een onderliggende psychische component. Als die patiënten in het ziekenhuis lichamelijk herstellen en naar huis terugkeren zonder die psychische component te behandelen, weet je dat ze vroeg of laat hervallen. We moeten onze aanpak verbreden. Het is een kwes-

“Je mag het aantal patiënten met somatische klachten en een onderliggende psychische component niet onderschatten. Als die patiënten herstellen en naar huis terugkeren zonder die psychische component te behandelen, weet je dat ze vroeg of laat hervallen.”

tie van goede zorgverlening. Bovendien werkt een psychiatrische afdeling in het algemeen ziekenhuis drempelverlagend. We zien de PAAZ als een deel van een breder traject.”

Eén visie

“Natuurlijk is dit geen evidente beslissing voor een algemeen ziekenhuis,” zegt Frederik Chanterie. “We hebben interne en chirurgische bedden geconverteerd en er gaat een investering mee gepaard. Maar we zijn overtuigd van de meerwaarde van de PAAZ én van de hechte samenwerking met het PZ Heilig Hart. Samen kunnen we de juiste zorg op de juiste plek garanderen. Dit is een gezamenlijk verhaal. Wij zorgen voor de verpleegkundige omkadering, de psychologen, de ondersteunende functies en de infrastructuur, maar we nemen zelf geen psychiaters in dienst voor de PAAZ. PZ Heilig Hart zorgt daarvoor. Dat komt de kwaliteit voor de patiënt alleen maar ten goede, waar hij ook opgenomen wordt: in Jan Yperman of Heilig Hart, hij krijgt dezelfde goede zorg door dezelfde psychiaters vanuit eenzelfde visie en organisatie. Alle concurrentie is uit dit model verdwenen: de psychiaters kunnen vrij beoordelen welke plaats het meest aangewezen is voor een patiënt.”

“PZ Heilig Hart neemt voor de PAAZ wel een extra psychiater in dienst,” zegt Cathy Room. “We kunnen ook een beroep doen op een bijkomende arts-specialist in opleiding, die wij trouwens, met de PAAZ én het psychiatrisch ziekenhuis, een heel diverse ervaringscontext kunnen aanbieden. De volledige medische staf van het PZ Heilig Hart engageert zich trouwens mee in de wachtdienst voor de PAAZ. Die samenwerking draagt bij tot een nog betere, geïntegreerde zorg in de regio. De PAAZ-samenwerking wordt in een associatieovereenkomst vastgelegd tussen de vzw Gezondheidszorg ‘Bermhertigheid Jesu’, waartoe het PZ Heilig Hart behoort, en de vzw Jan Yperman Ziekenhuis.”

In beide richtingen

De samenwerking tussen het psychiatrisch en het algemeen ziekenhuis gaat overigens in beide richtingen. In het psychiatrisch ziekenhuis hebben patiënten immers vaak ook nood aan somatische zorg. “Naast de zeven psychiaters hebben we hiervoor een huisarts in het psychiatrisch ziekenhuis,” zegt Cathy Room. “Maar we krijgen ook ondersteuning van een internist van het Jan Yperman Ziekenhuis. En tijdens de coronacrisis werken we goed samen op het



Cathy Room en Frederik Chanterie: "De volledige medische staf van PZ Heilig Hart engageert zich mee in de wachtdienst voor de PAAZ. Deze samenwerking draagt bij tot een nog betere, geïntegreerde zorg in de regio."



“Alle concurrentie is uit dit model verdwenen: de psychiaters kunnen vrij beoordelen welke plaats het meest aangewezen is voor een patiënt.”

vlak van testen, expertise en ziekenhuis-hygiëne. De klinisch bioloog van het Jan Yperman Ziekenhuis neemt deel aan het corona-overleg in PZ Heilig Hart. Wat de toekomst betreft, bereiden we een samenwerking voor rond de apotheek. De gesprekken hierover lopen volop. Er komt een associatieovereenkomst waarbij het Jan Yperman Ziekenhuis vanaf 2021 de apotheek van PZ Heilig Hart exploiteert.”

“Samenwerken betekent voortdurend afstemmen en zien waar we elkaar kunnen helpen,” beaamt Frederik Chanterie. “Er is dankzij de geleidelijke uitbouw van onze samenwerking ondertussen veel vertrouwen gegroeid tussen onze beide organisaties. Dat vertrouwen biedt op zijn beurt een stevig fundament voor nog hechtere samenwerking.”

De auteur in dr. Ilke Montag: “Heiligen en hooligans”

De medisch directeur van het Jan Yperman Ziekenhuis, Ilke Montag, bracht dit jaar met *Heiligen en hooligans* haar eerste boek uit. Het is een roman waarin tal van ethische en filosofische vraagstukken rond het levenseinde aan bod komen. *Heiligen en hooligans* vertelt het verhaal van Frederik en Mie. Beide zijn jong, maar hun situatie toont enorme verschillen. Terwijl Mie op een niertransplantatie wacht en een vurige strijd voert om verder te kunnen leven, is Frederik levensmoe. Hij strijdt tegen het leven door zijn actieve vraag naar euthanasie.

Heiligen en hooligans, Uitgeverij Witsand
240 pagina's | Boek €22,50 | e-book €16,99

Katrien Verstraete en Ilke Montag: “Iedereen ziet de meerwaarde van deze samenwerking. De tijd was er rijp voor. Het concurrentiële model heeft afgedaan.”

“De meerwaarde is voor iedereen duidelijk”

Een hechte samenwerking lukt alleen als die stevig in de organisatie is ingebed. Het medisch korps van beide ziekenhuizen schaart zich in elk geval vierkant achter de krachtenbundeling. Symbool voor de verstrengeling tussen beide voorzieningen is de positie van dr. Katrien Verstraete, hoofdarts van PZ Heilig Hart en – zij het tijdelijk – diensthoofd van de PAAZ in het Jan Yperman Ziekenhuis. We praatten erover met de hoofdartsen dr. Ilke Montag (Jan Yperman Ziekenhuis) en dr. Katrien Verstraete (PZ Heilig Hart).

“Als we de cijfers analyseren en de organisatie van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt benaderen, dan is maar één oplossing de juiste: een nauwere samenwerking met PZ Heilig Hart en de oprichting van een PAAZ in het Jan Yperman Ziekenhuis,” zegt dr. Ilke Montag.

“Er was al een goede samenwerking,” bevestigt dr. Katrien Verstraete. “We hebben een sterke traditie van overleg en het gezamenlijk uittekenen van zorgpaden. Ook binnen het Netwerk GGZ Kwadraat vinden we elkaar. Meer en meer krijgt die samenwerking structuur en kunnen we de patiënten in deze regio een volwaardig aanbod geestelijke gezondheidszorg bieden. De PAAZ is daarin een belangrijk onderdeel, vooral voor mensen die even op hun plooi moeten komen, een korte decompensatie. Vergeet niet dat we in deze regio nog altijd met torenhoge suïcidcijfers kampen. PZ Heilig Hart heeft 10 bedden crisisopname, maar die liggen doorgaans vol.”

Veilige context

“We hebben een gezamenlijke werkgroep opgericht om de PAAZ operationeel te maken”, zegt dr. Montag. “Alle neuzen wezen snel in dezelfde richting, zowel wat het medisch, het verpleegkundig, het ondersteunend als het organisatorisch kader betrof. Wij wilden onze patiënten in de allereerste plaats een veilige context geven, met een gespecialiseerd team. De PAAZ richt zich niet op mensen met de meest complexe psychiatrische problemen, maar wil een tussenstap bieden die voor veel mensen toegankelijker is. Dat past in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg. De PAAZ is drempelverlagend. Omgekeerd kunnen patiënten uit het psychiatrisch ziekenhuis via de tussenstap van de PAAZ voorbereid worden op een terugkeer naar de thuissituatie en ambulante hulpverlening. Opschalen en afschalen, beide zijn mogelijk.”

“In april is de PAAZ opgestart. Covid-19 heeft voor wat vertraging gezorgd, maar we nemen geleidelijk patiënten op. Door de coronacrisis neemt de nood aan geestelijke gezondheidszorg nog toe. Dit komt dus niets te vroeg. We bouwen het aanbod GGZ in de

regio leper uit en we werken aan een correcte beeldvorming. Ook voor een huisarts of een psycholoog is het gemakkelijker om een patiënt te overtuigen van een opname in de PAAZ van een algemeen ziekenhuis dan meteen te verwijzen naar een psychiatrisch centrum”, zegt dr. Montag.

“De samenwerking met de eerste lijn is cruciaal,” vindt dr. Verstraete. “De huisartsen doen vandaag al veel beroep op de mobiele teams. Ze zijn blij met het ruimere aanbod en ze kunnen vaak zelf goed inschatten waar een patiënt het best geholpen kan worden. We breiden trouwens het aanbod consultaties uit. Ook de vele ambulante psychologen in de regio ondersteunen we hiermee.”

Meerwaarde

“Ik was eerder het hoofd van het liaisonsteam psychiatrie en ken het Jan Yperman Ziekenhuis daardoor vrij goed,” zegt dr. Verstraete. “Eens we volledig bemand zijn, komt er iemand anders aan het hoofd van de PAAZ.”

“Iedereen ziet de meerwaarde van deze samenwerking,” zegt dr. Montag. “De tijd was er rijp voor. Het concurrentiële model heeft afgedaan. Over de lijnen heen werken we samen rond de patiënt en zijn problematiek: huisartsen, de spoedgevallendienst en het hele aanbod geestelijke gezondheidszorg op de eerste, tweede en derde lijn. Soms heeft een patiënt meer zorg nodig, soms minder. Het is belangrijk dat we correct kunnen schakelen voor zorg op maat. Bovendien kan de PAAZ de wachtlijst in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg helpen beheersen.”

“Een volgende stap in dit verhaal is de oprichting van een unit High & Intensive Care (HIC) in PZ Heilig Hart”, zegt dr. Verstraete. “Het aantal ernstige psychiatrische aandoeningen en het aantal gedwongen opnames stijgt. Het HIC-pilootproject laat ons toe om waar nodig de zorg te intensifiëren met een aangepaste personeelsomkadering. We evolueren naar twee leefgroepen HIC van telkens tien plaatsen. In afwachting van nieuwe infrastructuur zijn de leefgroepen vandaag ondergebracht in twee afdelingen.”

“Ja, je kan echt wel spreken van een inhaalbeweging voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio leper,” besluit dr. Verstraete. “Er was lange tijd weinig psychiatrisch aanbod in de streek, terwijl de noden hoog zijn. We zijn lang stiefmoederlijk behandeld, maar dat heeft ons gedwongen om creatief samen te werken. En laat net dat nu onze grote kracht zijn. Al ben ik heel blij dat we nu perspectief hebben om dat op een meer structurele manier te doen.”



Ann Roex: "We willen de studenten leren dat ze als arts ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben en dat het belangrijk is om verschillende perspectieven in acht te nemen."

“Onrustwekkend veel mensen in Brussel stellen medische zorgen uit wegens geldproblemen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: JAN LOCUS

Ze werkt al ruim twintig jaar als huisarts in Anderlecht en kent de uitdagingen én rijkdommen van de grootstad als geen ander. Dr. Ann Roex pleit voor meer structurele ondersteuning en middelen. “Elk netwerk van huisartsenpraktijken zou een meer gecentraliseerd management moeten hebben.”

U startte ruim 20 jaar geleden als huisarts in Anderlecht, in de praktijk van uw vader, de geëngageerde huisarts Milan Roex. Wat hebt u van hem geleerd?

“Heel veel, op verschillende niveaus. Ten eerste de relatie met patiënten: die was bij hem heel open, hij probeerde zich in te leven in ieders leefwereld en toonde een oprechte interesse in de mens. Daarnaast de manier waarop hij zijn vak benaderde. Tot de laatste dagen in de praktijk bleef hij gedreven zoeken naar vernieuwing en verbetering. En ten slotte nam hij ook een duidelijke rol op in de maatschappij door te streven naar verantwoordelijke en verantwoorde zorg, onder meer door zo kostenefficiënt mogelijk te werken. Ik probeer zeker in zijn voetsporen te treden.”

Hebt u er zelf ooit aan getwijfeld om huisarts te worden in Brussel?

“Nee, ik zou nergens anders huisarts willen zijn. Ik woon ook in Anderlecht, dus ik voel me hier op mijn plaats. Het is een ongelofelijk boeiende plek om te werken. Onze patiëntenpopulatie is jong, maar heeft ook veel verschillende ziektes. We worden dus geconfronteerd met een grote variëteit aan medische problemen, wat op zich al een intellectuele uitdaging is. En bovendien ontmoeten we dagelijks mensen met een grote diversiteit, zowel op het vlak van gender, cultuur, afkomst, sociaal-economisch profiel en opleidingsniveau.”

Hoe hebt u uw werk en de praktijk de voorbije decennia zien evolueren?

“Dat is wel een héél brede vraag (lacht). Op twintig jaar tijd heb ik veel klinische ervaring opgedaan, waardoor het werk wat meer ontspannen wordt. Maar er zijn natuurlijk ook zaken die complexer zijn geworden, zeker in Brussel. Zo zijn er op het vlak van organisatie en financiering vaak verschillende oplossingen in het Vlaams, Waals en Brussels geweest. Dat geeft ons veel kansen, maar het is ook moeilijk om het overzicht te bewaren. Bovendien waren veel organisaties eerst federaal, maar werden ze met de jaren geregionaliseerd. Dan wordt het natuurlijk moeilijk om de sociale kaart goed te beheersen, iets wat cruciaal is voor een huisarts. Maar ook de samenwerking met ziekenhuizen is er niet eenvoudiger op geworden. Alleen al in Anderlecht zijn er drie, en ook de andere gemeenten zijn niet ver. Onze patiënten laten zich in zeer veel verschillende ziekenhuizen behandelen, waardoor het complex is om nauw samen te werken met specialisten. Al merken we dat er sinds Covid-19 wel méér overleg is met ziekenhuizen over de patiënten: een mooi neveneffect.”

U werkt in een groepspraktijk: is dat de toekomst voor huisartsen van morgen?

“In onze praktijk werk ik samen met twee andere artsen, maar we hebben ook een samenwerkingsverband met drie andere praktijken. Zo'n netwerk heeft een grote meerwaarde, voor ons én voor de patiënten. Al zou alles nog veel vlotter kunnen verlopen, mochten we structurele ondersteuning krijgen. Nu heeft elke praktijk zijn eigen assistent, die afspraken regelt, loonfiches invult enz. Het zou veel makkelijker zijn mocht er binnen het netwerk één manager of één centrale administratie

zijn die al die zaken regelt, op een uniforme manier. Dat zou ons artsen heel wat rompslomp besparen.”

Hoe belangrijk is het om als huisarts multidisciplinair te werken?

“Zeer belangrijk, dat spreekt voor zich. Maar in de praktijk is het niet altijd eenvoudig. Zo hebben we in ons netwerk al samenwerkingsverbanden met teams van verpleegkundigen. Die raden we steevast aan wanneer onze patiënten hulp nodig hebben. Maar vaak kiezen die patiënten hun verpleegkundige liever zelf. Weet je wat een enorme meerwaarde zou zijn? Mocht het OCMW betrokken worden bij ons team. Armoede is zo lomtegenwoordig in Anderlecht. Mochten wij een referentiepersoon hebben bij het OCMW, dan zou de drempel voor onze patiënten veel kleiner worden. In Brussel is er een onrustwekkend aantal mensen dat medische zorgen uitstelt wegens financiële problemen. Daar zijn ook heel wat tweeverdieners bij.”

“We merken dat er sinds Covid-19 méér overleg is met ziekenhuizen over de patiënten: een mooi neveneffect.”

Hoe proberen jullie die mensen toch te helpen?

“We proberen zo laagdrempelig mogelijk te werken. Dankzij het online medisch dossier zien we meteen wie in aanmerking komt voor de derdebetalersregeling en die passen we dan automatisch toe. Maar voor een aantal mensen is zelfs één of vier





Ann Roex: "Dit jaar organiseren we twee vaccinatiezaterdagen in een lokale school. Het vraagt zeer veel tijd, energie én geld, maar we proberen alles te doen om zoveel mogelijk patiënten te bereiken."

euro te veel. Bovendien zijn ze vaak bang voor eventuele bijkomende kosten: extra onderzoeken of medicatie bijvoorbeeld."

Ook diversiteit en meertaligheid zijn wellicht grote uitdagingen in een grootstad?

"Ik woon in Anderlecht, dus diversiteit is voor mij de normale gang van zaken. Ik vind het vooral boeiend en verrijkend. En in onze praktijk ondervinden we weinig taalproblemen. Er zijn ook videotolken beschikbaar, voor als dat nodig is. Al weet ik dat het in heel wat andere praktijken wél veel moeilijker verloopt."

In de eerstelijnszorg wordt preventie steeds belangrijker. Hoe vullen jullie dat in?

"We doen verschillende kleine dingen, die toch een verschil kunnen maken. Zo schrijven we al jaren risicopatiënten aan over de jaarlijkse griepvaccinatie. We sturen hen een brief met een voorschrift, omdat de drempel zo lager wordt. Dit jaar pakken we het anders aan, omdat we willen vermijden dat er te veel mensen tegelijk naar de raadpleging komen. Daarom organiseren we twee vaccinatiezaterdagen in een lokale school, waar we om de vijf minuten een patiënt vaccineren. Het vraagt zeer veel tijd, energie én geld om zoiets te regelen - alleen al die brieven versturen is een investering waarvoor we eigenlijk geen ondersteuning hebben. Maar we proberen alles te doen om zoveel mogelijk patiënten te bereiken. De voorbije maanden merkte ik ook dat een deel van de bevolking niet goed geïnformeerd is over de coronaregels. Ik heb een briefje gemaakt met een

"Weet je wat een enorme meerwaarde zou zijn? Mocht het OCMW betrokken worden bij ons team. Armoede is zo alomtegenwoordig in Anderlecht."

overzicht en dat breng ik regelmatig ter sprake tijdens consultaties. Ook dat is preventie. Maar de overheid zou hierin veel meer moeten investeren."

Werken jullie ook met een eerstelijnspsycholoog?

"Tijdens het pilootproject van de Vlaamse overheid hadden we inderdaad een eerstelijnspsycholoog in onze praktijk. Dat was een enorme meerwaarde. Het was ineens veel makkelijker om patiënten door te verwijzen: zij voelden meteen vertrouwen omdat de psycholoog in onze praktijk werkte. Zo viel die veeleer binnen de 'medische sfeer', waardoor het taboe minder groot werd. En we hadden geen wachtlijst, iets wat in de geestelijke gezondheidszorg helaas uitzonderlijk is. Hopelijk kunnen we in de toekomst opnieuw zo'n samenwerking aangaan."

U geeft ook les aan studenten geneeskunde. Wat probeert u hen mee te geven?

"Ik geef aan de VUB lessen over communicatie, diversiteit en multidisciplinaire samenwerking. En daarnaast ben ik coördinator van een nieuw opleidingsonderdeel: 'Out of the box'. Vanaf de eerste dag van hun opleiding laten we onze studenten nadenken over gezondheidsgerelateerde problemen, met een bredere focus dan

enkel diagnose of behandeling. Zo hadden we een casus rond het effect van luchtvervuiling op de gezondheid van kinderen. Daarover kwamen allerlei experts spreken vanuit hun expertise: een bioloog, een socioloog, een arts... We willen de studenten leren dat ze als arts ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben en dat het belangrijk is om verschillende perspectieven in acht te nemen."

Ons land - en zeker Brussel - wordt nu weer hard getroffen door Covid-19. Bent u optimistisch over de komende maanden?

"Het is onze taak om te zorgen voor onze patiënten en voor onszelf. Maar ik zal niet ontkennen dat het bij momenten erg zwaar is. Ik hoop gewoon dat de testcapaciteit snel toeneemt, met daaraan gekoppeld efficiënte tracing. Nu is die nog te onvoorspelbaar: als een patiënt mij verwittigt dat een van zijn nauwe contacten positief testte, weet ik niet zeker of hij gecontacteerd zal worden door een tracer. Dus ik weet ook niet of ik zelf een testcode en een quarantaine-attest moet aanvragen. Meer zekerheid en efficiëntie zou de rol van huisartsen zeker verlichten. Bovendien zou de bevolking nog beter geïnformeerd moeten worden. Er is echt nood aan empowerment van patiënten, zodat iedereen weet wat de regels nu precies zijn."

Vanaf 2021 moet uw organisatie verplicht biogas produceren*

*Da's simpeler dan u denkt. Want het enige dat uw organisatie zelf moet doen, is keukenafval en etensresten sorteren. De rest, daar zorgen wij wel voor. Zo maken we van uw keukenafval compost voor een gezondere bodem. En tegelijk produceren we biogas voor meer groene energie. De moeite waard, toch?

**Keukenafval & etensresten sorteren,
omdat het samen werkt.**

“Wij zijn de ‘underdogs’ van het ziekenhuis, maar ons werk is zeer uitdagend”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: PETER DE SCHRYVER

Ze kwam via een omweg in de geriatrie terecht, maar sinds heel Vlaanderen haar leerde kennen in *Topdokters*, is dr. Ann Vandenbroucke een van dé ambassadeurs van haar vak geworden. “Ons werk lijkt misschien minder heroïsch dan dat van een hartchirurg, maar wij kunnen ook grote veranderingen realiseren.”

Waarom bent u geriater geworden?

“Als 18-jarige zag ik mijzelf in een mantelpakje het vliegtuig opstappen en grote contracten afsluiten, daarom ben ik voor handelsingenieur gegaan. Ook vanuit het idee om ooit in het familiebedrijf van mijn grootouders, en later mijn ouders, te stappen. Maar in mijn tweede kandidatuur schrok ik op 10 maart 's nachts ineens wakker en sprong ik uit bed met een eureka-gevoel: ik moest en zou arts worden. Na de eerste zit handelsingenieur - want ik wou per se mijn jaar afwerken - heb ik één week vakantie genomen en nadien ben ik bij oma en opa aan zee beginnen blokken voor de vakken van geneeskunde. In tweede zit heb ik drie examens afgelegd en daarna begon ik aan een zeer pittig jaar, een combinatie van de eerste en tweede kandidatuur geneeskunde.

“Vroeger liepen in het ziekenhuis veel einzelgängers rond die geen inmenging duldden en alles zelf wilden beslissen. Maar voor mij maakt het niet uit wie de patiënt beter maakt. Zolang hij maar beter wordt.”

De keuze voor geriatrie nam ik op een soortgelijk aha-moment op een balkon in Zwitserland, waar ik een jaaropleiding volgde. Ook toen voelde ik ineens dat ik niet anders kon dan geriater worden. Ik wou mij met de mens in zijn geheel bezighouden en niet enkel met de onderdelen op zich. Maar wellicht heeft ook de sterke band met mijn grootouders meegespeeld: zij maakten deel uit van het gezin en zijn tot hun allerlaatste moment heel actief gebleven.”

Hoe hebt u de geriatrie doorheen uw carrière zien evolueren?

“Ik heb in het begin vaak het gevoel gehad dat geriater de ‘underdogs’ van de geneeskunde waren. Specialisten uit andere disciplines keken vaak wat neerbuigend naar ons, alsof wij enkel handjes schudden. Hun mening veranderde vaak pas als hun eigen ouders op onze afdeling belandden. Maar er is doorheen de jaren gelukkig wel veel veranderd. Vroeger had elk ziekenhuis een internist die wat geriatrie deed, terwijl je nu bijna overal volwaardige afdelingen vindt. Vroeger was geriatrie vaak de dienst waar men-

sen langdurig verbleven in afwachting van een plaats in een woonzorgcentrum, nu is het een semi-intensieve dienst geworden met veel acute pathologie en een hoge *turnover*. Wat ons ook bijzonder maakt, is dat we een eigen revalidatiecentrum hebben met kine en ergo op maat van de oudere. Dat is logisch, want onze grootste doelstelling is mensen zo snel mogelijk weer op de been te krijgen. Vandaar dat patiënten bij ons altijd in dagkledij rondlopen, niet in pyjama. En we hebben een eigen restaurant met kleine en grotere tafels, waar de patiënten zelf kiezen waar ze zitten en wat ze eten. In de voormiddag komen ze praktisch niet op hun kamer, in de namiddag is er bezoek en zijn er allerlei activiteiten zoals bakken, muziek en dans, knutselen, gezelschapsspelen... Veel mensen denken dat dit een grijze, grauwe afdeling is, maar dat is absoluut niet het geval.”

Is dat ook de reden waarom er zo'n tekort is aan geriateren en geriatrisch verpleegkundigen?

“Onbekend is onbemind. Stagiairs komen geregeld met tegenzin op de afdeling toe, maar uiteindelijk zijn ze altijd verwonderd dat het hier zo interessant en plezierig is. En zeer uitdagend, omdat we met veel verschillende pathologieën worden geconfronteerd: hartfalen, diabetes, nierinsufficiëntie, Parkinson, depressie, dementie... Vaak zijn de dingen ook niet wat ze lijken. De kliniek is bij ouderen veel vager.



Ann Vandenbroucke: "Ik luister naar mensen, hun bloeddruk en pots leren mij soms meer dan vele onderzoeken en ik bekijk hun medicatielijst kritisch: méér moet dat soms niet zijn."





Ann Vandenbroucke: "De schrik zit er goed in bij de woonzorgcentra. Nu het aantal Covid-besmettingen weer fors stijgt, moeten we uiteraard waakzaam zijn. Maar we mogen nooit de menselijkheid uit het oog verliezen: voor ouderen zijn isolatie en eenzaamheid ook zeer schrijnend."

Bij verwardheid denkt iedereen meteen aan dementie, maar het kan net zo goed wijzen op urineretentie of een infectie.

En ons werk lijkt misschien minder heroïsch dan dat van een hartchirurg, maar ook wij kunnen grote veranderingen realiseren. Vaak kan een kritische blik op de uitgebreide medicatielijst al wonderen verrichten. Onze eerste prioriteit is om zieke mensen door de acute fase te halen, maar ook om hun zelfredzaamheid te vergroten. We proberen zoveel mogelijk mensen terug naar huis te krijgen. Maar bij twijfel gaat de ergotherapeut mee naar huis, om een zorgplan op maat te maken, met praktische aanpassingen en professionele hulp. Natuurlijk zijn er ook patiënten die na hun verblijf (terug) naar het woonzorgcentrum gaan, maar ook daar geldt: hoe zelfstandiger, hoe beter.

Ook het financiële speelt wellicht een rol bij artsen die twijfelen over geriatrie. Wij werken minstens even hard als andere specialisten, maar in plaats van technische prestaties moeten wij veel tijd investeren in teamvergaderingen, gesprekken met de familie, evaluatie van de thuissituatie... Heel boeiend en noodzakelijk, maar het brengt helaas niets op. De verloning in de geneeskunde is echt wel aan herziening toe. En ook onze verpleegkundigen verdienen een beter loon. Al wil ik in de eerste plaats pleiten voor meer personeel: wij lopen op de afdeling allemaal de benen van onder ons lijf en toch hebben we vaak het gevoel dat we tekortschieten."

“Geneeskunst is meer dan pilletjes voorschrijven. Soms moet je als arts zelf een beetje het medicament zijn voor je patiënten.”

De geriatrie streeft naar een holistische aanpak. Is dat niet belangrijk voor elke patiënt?

“Absoluut. Maar helaas bekijkt niet elke arts-specialist dat op die manier. Als iemand naar de cardioloog gaat met een slecht gevoel, maar zijn hart werkt prima, dan gaat hij vaak naar huis - mét dat slecht gevoel. Wij streven ernaar om de verschillende systemen in balans te brengen, hoe wankel dat evenwicht soms ook is. Daarom is samenwerking tussen verschillende disciplines cruciaal. Binnen onze afdeling - met een psychologe, sociaal assistent, ergotherapeut, kinesist, logopedist en diëtist... - maar ook met artsen van andere afdelingen. Ik bel regelmatig met de cardioloog, pneumoloog, chirurg, orthopedist en bacterioloog om te overleggen. Vroeger liepen in het ziekenhuis veel einzegängers rond die geen inmenging duldden en alles zelf wilden beslissen. Maar voor mij maakt het niet uit wie de patiënt beter maakt. Zolang hij maar beter wordt. In ons ziekenhuis hebben we bijvoorbeeld een multidisciplinair geheugencentrum, waar de geriater samenwerkt met een neuroloog en een psychiater. Met zijn drieën kom je gewoon tot een sterkere diagnose.”

Jullie worden ook veel geconfronteerd met patiënten met dementie. Hoe is hun behandeling geëvolueerd?

“Wij hebben het grote voorrecht om in het ziekenhuis een dienst psychogeriatricie te hebben: een gesloten afdeling waar vooral

patiënten met weglooptgedrag terechtkomen, of met gedragsproblemen. Die is zeer innovatief, ook qua architectuur: patiënten kunnen er niet weg, maar hebben ook niet het gevoel dat ze opgesloten zitten. Aan de achterkant van de afdelingsdeur is bijvoorbeeld de illusie van een boekenkast gecreëerd, waardoor ze niet staan wachten tot de deur opengaat. En al het personeel is er opgeleid om op creatieve en inventieve manieren de patiënten te bereiken, te kalmeren en hun levenskwaliteit te verbeteren.”

Door Covid-19 was er ineens meer aandacht voor ouderenzorg. Zijn ouderen in deze crisis correct behandeld, vindt u?

“In het begin niet echt, vrees ik. Er was aanvankelijk vooral aandacht voor de ziekenhuizen, vanuit een grote angst voor Italiaanse en Spaanse toestanden. De overheid wilde een soortgelijke ramp voorkomen. Daardoor zijn de woonzorgcentra aan hun lot overgelaten. Er was een gigantisch gebrek aan personeel, beschermings- en testmateriaal en kennis. Ik heb me ongelofelijk kwaad gemaakt in die periode, ik zat vaak te vloeken voor mijn televisie. De schrik zit er onder-tussen goed in bij de woonzorgcentra. Nu het aantal besmettingen weer fors stijgt, moeten we uiteraard waakzaam zijn. Maar we mogen nooit de menselijkheid uit het oog verliezen: voor ouderen zijn isolatie en eenzaamheid ook zeer schrijnend. En hoe hard het personeel ook zijn best doet, ze komen handen

tekort en hebben vaak niet de tijd om naast hen te gaan zitten en eventjes een babbeltje te slaan.”

Sinds Topdokters kent heel Vlaanderen u als de immer vrolijke en amicale geriater. Hebt u dat optimisme weten te behouden tijdens de coronacrisis?

“In het begin was ik bang om het virus binnen te brengen op onze afdeling. Maar uiteraard bleef humor ondanks de angst heel belangrijk: als ik op de afdeling met een beteuterd gezicht zou rondlopen, hoe zouden mijn patiënten zich dan beter kunnen voelen? Ik blijf er altijd volledig voor gaan. Als het vuur stopt met branden, kan ik beter helemaal ophouden. Maar dat zie ik nog niet meteen gebeuren. Zo heb ik mezelf voor mijn veertigste verjaardag een privépraktijk cadeau gedaan: een appartement, heel huiselijk ingericht, waar ik op vrijdagmiddag mensen ontvang die te bang zijn voor artsen of ziekenhuizen. Vaak kom ik vol stress aan - na een hectische week in het ziekenhuis - maar tegen 's avonds kan ik weer de hele wereld aan. Ik luister naar mensen, hun bloeddruk en pols leren mij soms meer dan vele onderzoeken en ik bekijk hun medicatielijst kritisch: méér moet dat soms niet zijn. Ze vertrekken weer vol moed en vertrouwen en dat geeft je voldoening. Geneeskunst is meer dan pilletjes voorschrijven. Soms moet je als arts zelf een beetje het medicament zijn voor je patiënten.”

Een win-win voor beide partijen

TEKST: KIM MARLIER – BEELD: JONATHAN RAMAEL

Van alle mensen die bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg terechtkomen is een groot deel doorverwezen door de huisartsen. Maaïke Geerts, kinder- en jeugdpsychiater in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant Oost en De Pont, en Yves Biot, psychiater in Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Andante, hebben het over die samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg. Waar liggen de verbeterpunten en wat kunnen de voordelen zijn?

Wie kan aankloppen bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en wie kan er geholpen worden?

Maaïke Geerts: “Wij zien mensen met angst- en stemmingsproblemen, ontwikkelingsproblemen zoals autisme en ADHD, gezins- en relatieproblemen en problemen die samenhangen met werk of school. Specifiek bij kinderen en jongeren gaat het vaak over gedragsproblemen, school- en leerproblemen, maar ook gezins- en opvoedingsproblemen, ontwikkelingsproblemen en emotionele moeilijkheden zoals depressieve symptomen of zelfmoordgedachten.

In principe kan iedereen die nood heeft aan ambulante hulp aankloppen bij een CGG. Maar omdat we over beperkte middelen beschikken en met lange wachtlijsten kampen, zijn we de laatste jaren verplicht om ons te richten tot de mensen die het financieel niet aankunnen om hulp te zoeken bij een zelfstandig psycholoog. Vroeger was dat anders. Toen verloren we de doelgroep met mindere financiële mogelijkheden zeker niet uit het oog, maar kwamen er ook mensen die graag door een multidisciplinair team behandeld werden. Nu zetten we onze capaciteit maximaal in voor mensen die geen andere mogelijkheid hebben dan bij ons aan te kloppen.”

Yves Biot: “In het CGG werken we voor die brede doelgroep, maar we bekijken altijd of het om een ernstige psychiatrische problematiek gaat die de gespecialiseerde hulp van een multidisciplinair team nodig heeft. Problematieken waarvan we aanvoelen dat die met een aantal gesprekken snel verlichting kunnen bieden, verwijzen we vaker door naar de eerstelijnszorg. Dé kanttekening blijft altijd de financiële situatie van de mensen. CGG Andante, waar ik werk, zit middenin een kansarme wijk. Dat is een publiek met een heel kwetsbaar profiel waarvan velen niet in staat zijn om hulp te zoeken bij een privépraktijk van psychologen.”

Maaïke Geerts: “We doen zoveel mogelijk aan tweedelijnszorg; onze cliënten zijn bijna uitsluitend doorverwezen. Wanneer mensen zichzelf aanmelden, bekijken we in eerste instantie of - in mijn geval voor kinderen en jongeren - het probleem al besproken werd met de school, het CLB of de huisarts. Zo proberen we die partners te betrekken in de begeleiding. Soms volstaat die hulp in de eerste lijn.”

“Een betere link met de huisarts komt ook de algemene gezondheid van de patiënt met een psychiatrische problematiek ten goede. Wanneer er een korte lijn is vanuit het CGG naar de huisarts is er ook meer aandacht voor de somatische problemen.”

Welke rol heeft de psychiater in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg?

Maaïke Geerts: “De meeste centra beschikken over minstens drie disciplines, namelijk een maatschappelijk werker, een psycholoog en een psychiater. Wij werpen onze psychiatrische blik zowel op de kinderen als de gezinnen. Een CGG is zeker niet heel strikt

hiërarchisch georganiseerd. Er heerst een sfeer van multidisciplinariteit waar iedereen zijn inbreng heeft. Maar wanneer we echt knopen moeten doorhakken - bijvoorbeeld bij een beslissing over een cliënt - neemt meestal de psychiater de beslissing.”

Yves Biot: “Volgens mij zijn er verschillen in de manier waarop de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg dat concreet invullen. Voor mij persoonlijk kan dat gaan van het voorschrijven van medicatie, het opmaken van verslagen en documenten tot het zelf geven van therapie aan cliënten. Dat laatste is vooral een eigen keuze. Zo blijf ik voeling hebben met het werk van de therapeuten. Ik vind het belangrijk om als psychiater een grote affiniteit te behouden met het psychotherapeutisch denkkader, want dat is een groot onderdeel van de behandeling in een CGG. De therapeuten begeleiden de meeste cliënten; de psychiater wordt er bijgehaald wanneer de problematiek om een extra invalshoek vraagt. Het is voor het team heel waardevol dat verschillende disciplines elk vanuit hun eigen blik naar een problematiek kunnen kijken.”

Huisartsen verwijzen vaak cliënten door naar jullie. Hoe verloopt de verdere samenwerking dan?

Yves Biot: “Ik werkte zelf 13 jaar als huisarts in Antwerpen tot ik besliste om ook psychiatrie te gaan studeren. Dat heeft natuurlijk wel invloed op hoe ik naar die samenwerking kijk, net omdat ik de beide

Maike Geerts: "We moeten investeren in de communicatie met de huisartsen. We houden hen niet vaak genoeg op de hoogte wanneer we een behandeling opstarten of afronden. Dat gebeurt wel in de gevallen waar dat echt aan de orde is, maar het verloopt niet systematisch genoeg."

kanten heel goed ken. Een groot deel van de mensen die bij ons terechtkomen, is doorverwezen door de huisarts. Zij vormen ons belangrijkste toeleidingskanaal."

Maike Geerts: "Over het algemeen verloopt de samenwerking met de huisartsen goed. De meeste doorverwijzingen blijken terecht en goed ingeschat. We merken ook dat veel gezinnen een eerstelijns- én een tweedelijnsaanbod nodig hebben. In die complexe gevallen is het noodzakelijk dat de verschillende diensten samenwerken, overleggen en afstemmen. Naar mijn aanvoelen verloopt dat ook vlot. Maar er zijn zeker ook verbeterpunten bij beide partijen. In de eerste plaats moeten we nog investeren in de communicatie met de huisartsen. We houden hen niet vaak genoeg op de hoogte wanneer we een behandeling opstarten of afronden. Dat gebeurt wel in de gevallen waar dat echt aan de orde is, maar het verloopt niet systematisch genoeg."

Yves Biot: "Het is een belangrijk werkpunt voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg om de communicatie met de huisartsen te verbeteren. Onze beperkte middelen en informaticasystemen die qua elektronische communicatie nog niet op punt staan, spelen daarin zeker ook een rol, maar dat mag ons niet tegenhouden om zelf contact op te nemen. Je kan samen overleggen over de cliënt en je kan zo ook de zorg verdelen. De psychiater kan hier een rol in spelen omdat het soms makkelijker is om van arts tot arts te spreken."

Maike Geerts: "Het elektronisch patiëntendossier is nog niet overal volledig operationeel en daardoor gebeurt die communicatie nog niet automatisch. Voor beide partijen is het uiteraard heel zinvol om te weten welke medicatie voorgeschreven werd of welke behandeling er loopt. Maar daar wil ik een belangrijke





Yves Biot: "Psychiaters en huisartsen moeten elkaar beter leren kennen, bijvoorbeeld door vaker informeel te overleggen. Nu is er soms een vorm van drempelvrees."

kanttekening bij maken, die deels ook verklaart waarom die communicatie niet zomaar geautomatiseerd kan worden. In de geestelijke gezondheidszorg ligt het beroepsgeheim extra gevoelig. Mensen delen zeer persoonlijke verhalen en wij moeten erover waken dat we niet zomaar alles delen. Het is onze taak om goed te communiceren, maar tegelijk erg zorgvuldig om te springen met het beroepsgeheim."

Zijn er verbeterpunten die het CGG moet aanpakken?

Yves Biot: "Eerst en vooral zouden de psychiaters en de huisartsen elkaar beter kunnen leren kennen, bijvoorbeeld door vaker informeel te overleggen. Nu is er soms een vorm van drempelvrees. Daarnaast is er een vlotte doorstroom van informatie nodig, hetzij via brief of elektronische communicatie. We moeten daarvoor niet altijd helemaal in detail treden – dat staat vaak haaks op de vertrouwensrelatie die nodig is voor een geslaagde therapie – maar het is absoluut zinvol om te verwittigen wanneer een patiënt een traject start, afrondt of wanneer er medicatie voorgeschreven wordt. Die basale communicatie moet echt beter kunnen."

"Misschien speelt mijn achtergrond hier mee, maar zelf neem ik heel makkelijk de telefoon om een collega op te bellen. Ik voel wel dat dit bij sommige collega's minder evident is. Natuurlijk is de tijdsdruk ook een belangrijk gegeven. Wij moeten heel wat zorgvragen beantwoorden, patiënten zien en die multidisciplinair bespreken. Dat doen we allemaal met heel weinig werkuren. Daarbovenop nog eens gaan bellen naar de huisarts of extra overleggen kost opnieuw extra tijd. Dat is niet altijd evident."

Wat kan het aandeel van de huisartsen hierin zijn?

Maike Geerts: "Er is natuurlijk ook werk aan de communicatie in de omgekeerde richting. Huisartsen zijn ook niet altijd even bereikbaar of beschikbaar om naar een overleg te komen. Ook zij kampen met

tijdsgebrek waardoor niet alle informatie doorgegeven wordt. Het gebeurt soms dat een huisarts antidepressiva opstart bij een cliënt die bij mij in begeleiding is, zonder dat ik daar weet van heb.”

Yves Biot: “Een vlotte bereikbaarheid van de huisartsen is een belangrijk vertrekpunt en gelukkig lukt dat vaak goed. Toch is iedere huisarts niet even makkelijk te bereiken. Aan hun kant van het verhaal spelen echter dezelfde obstakels. Zijn zien ook veel patiënten, moeten veel taken vervullen. Ook de huisartsen moeten hiervoor ruimte krijgen en maken. Misschien moet er daarnaast ook gedacht worden aan een vergoeding voor huisartsen om aan een overleg deel te nemen. We zitten in een systeem van prestatiegeneeskunde. Die organisatievorm is makkelijk toepasbaar in de acute zorg, maar voor de chronische en complexe zorg ligt dat moeilijker.”

Welke voordelen zou het opleveren wanneer die verbeterpunten aangepakt worden?

Yves Biot: “Het zou er bijvoorbeeld voor kunnen zorgen dat patiënten sneller op de juiste plaats terechtkomen. Wanneer huisartsen gerichter verwijzen, komen er minder mensen tevergeefs op intake terwijl ze beter geholpen kunnen worden in de eerste lijn. Een betere link met de huisarts komt ook de algemene gezondheid van de patiënt met een psychiatrische problematiek ten goede. Heel wat van die patiënten hebben vaak ernstige gezondheidsproblemen en chronische ziekten. Wanneer er een korte lijn is vanuit het CGG naar de huisarts is er meer aandacht voor die somatische problemen. We mogen niet vergeten dat de drempel om aan te kloppen bij een CGG voor sommige mensen erg hoog is. We moeten daarnaast ook oog hebben voor de culturele verschillen. In sommige bevolkingsgroepen is het stigma bij psychiatrische problemen extra groot. Zo merken we dat er veel mensen een afspraak maken maar uiteindelijk nooit tot bij ons raken. Huisartsen vervullen naar mijn aanvoelen in die context al een heel belangrijke rol en bieden heel wat psy-

“In de geestelijke gezondheidszorg ligt het beroepsgeheim extra gevoelig. Mensen delen zeer persoonlijke verhalen en wij moeten erover waken dat we niet zomaar alles delen. Het is onze taak om goed te communiceren, maar tegelijk erg zorgvuldig om te springen met het beroepsgeheim.”

chosociale hulp, ook door hun patiënten alsnog te motiveren om zich bij een CGG aan te melden.”

Maaïke Geerts: “Huisartsen hebben interessante en relevante informatie over een cliënt omdat zij die vaak langer kennen en al meermaals zagen. Daardoor kijken ze met een andere blik naar de cliënt. Die achtergrondinformatie geeft een bredere en ruimere kijk die heel erg nuttig kan zijn in een behandeling. Zowel de huisarts als het CGG is gebaat bij een goede samenwerking. Zo kunnen we ons elk richten op onze expertise. Bij goed overleg kan de huisarts vooral focussen op het medische aspect en het CGG op de psychiatrische kant. Dat is een win-win. Op die manier zitten we niet in elkaars werkveld en is het ook voor de cliënt helder.”

In dit gesprek vielen verschillende keren de woorden “lange wachtlijsten”. Hoe gaan jullie hiermee om?

Yves Biot: “Wij ervaren een hele grote druk aan onze voordeur en proberen de wachtlijsten in te korten door te werken met andere methodieken. Het is echter een illusie om te geloven dat werken met korter durende therapieën alles zal oplossen. Het is een structureel probleem. Je kan moeilijk met heel beperkte middelen een antwoord bieden aan een zo omvangrijke vraag.”

Maaïke Geerts: “Wij zoeken voortdurend naar oplossingen voor het capaciteitsgebrek. We proberen te zoeken naar extra middelen en financiering, bijvoorbeeld door in projecten te stappen. Daarnaast zijn we strenger in wie we toelaten en richten we ons tot de mensen die ner-

gens anders hulp kunnen vinden. Wanneer mensen zich aanmelden, proberen we de urgentie en de ernst in te schatten. Voelen we dat wachten echt fataal kan zijn, dan maken we een uitzondering en geven we die bepaalde cliënt voorrang. Hier moeten we wel opletten dat we niet uitsluitend met die uitzonderingen werken waardoor mensen met minder urgente problematieken nog langer moeten wachten. Wij kunnen ondertussen rekenen op een mobiel crisisteam dat bij specifieke situaties aan huis kan gaan. Dat ontlast ons team een beetje. We proberen voortdurend onze in- en uitstroom zoveel mogelijk te optimaliseren. Zo kunnen we met de beperkte middelen die we hebben de juiste mensen zoveel mogelijk helpen, maar we blijven kampen met een gebrek aan middelen en capaciteit.”

Yves Biot: “De wachtlijsten zijn een reëel en groot probleem. Het is ronduit pijnlijk om als hulpverlener steeds opnieuw te moeten zeggen aan mensen ‘je kan nu niet bij ons terecht’. Dat zorgt voor uitputting bij veel collega’s. We proberen de wachtlijsten zo kort mogelijk te houden, maar als de vragen het aanbod ruim overtreffen, dan is de situatie dramatisch te noemen. Je kan er ook niet naast kijken dat er belangrijke verschillen bestaan tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg. Zo is het bijvoorbeeld ondenkbaar dat patiënten met diabetes die zich aanmelden in een ziekenhuis te horen zouden krijgen dat ze pakweg zes tot twaalf maanden moeten wachten op een behandeling. Fundamenteel klopt er iets niet. Dat kunnen wij niet enkel onderwerpen met de middelen en de mensen die we hebben. Het heeft ook te maken met beleidskeuzes en financiering.”

“Het succes zal mee bepaald worden door goede medische projecten”

TEKST EN BEELD: BJÖRN CRUL

Hoe meer de ziekenhuisnetwerken concreet vorm krijgen, hoe meer ook artsen, medisch personeel en andere medewerkers de impact ervan zullen voelen. Op het niveau van de artsassociaties is op vele plaatsen al overleg aan de gang en worden her en der al concrete samenwerkingen opgestart. Dat is bijvoorbeeld het geval bij GZA – ZNA, het Antwerpse ziekenhuisnetwerk dat 12 ziekenhuislocaties overkoepelt. De ruim 1000 artsen werden van bij de start nauw betrokken in dit project. We peilden naar hun ervaringen bij Katrien Bervoets, algemeen medisch directeur van ZNA.

De samenwerking tussen de Antwerpse GZA Ziekenhuizen en ZNA werd vijf jaar geleden geïnitieerd, nog voor het proces was opgestart om in Vlaanderen 13 regionale ziekenhuisnetwerken te vormen. Katrien Bervoets: “Antwerpen telt veel ziekenhuizen op een kleine oppervlakte. De eerste concrete gesprekken tussen onze twee ziekenhuizen dateren van het najaar van 2015, toen in de bestuursorganen beslist werd om het nut en de opportuniteiten van een samenwerking te onderzoeken. Dat gebeurde meteen in nauw overleg met de artsen: de medische raden werd gevraagd of zij zo’n onderzoek nuttig en wenselijk vonden. De voorzitters van de medische raden werden ook mee in de stuurgroep betrokken.”

Goed zes maanden later bleek dat een structurele samenwerking nuttig en interessant kon zijn, om de zorg in de Antwerpse ziekenhuizen beter te organiseren, operationele efficiëntiewinsten te halen en de kwaliteit voor de patiënt te verbeteren door doorgedreven specialisatie en concentratie van complexe zorg mogelijk te maken. “Op dat moment is opnieuw een advies gevraagd aan de medische raden, of ze akkoord konden gaan met een diep-

gaande studie over hoe dat juridisch en in de praktijk geregeld kon worden”, aldus dokter Bervoets. “En zo kwam men na een jaar van onderzoek en studie eind 2016 tot een groepering, waarbij een nieuwe vzw afgevaardigden uit de twee organisaties bundelt en onderzoekt wat de volgende stappen in concrete samenwerkingen zijn.”

Die samenwerking tussen GZA en ZNA wordt ook een van de Vlaamse ziekenhuisnetwerken. “Dat is het logische gevolg van het traject dat we hebben afgelegd. We staan daar als artsen ook positief tegenover. *High end* complexe zorg hoef je niet op 12 locaties aan te bieden. Het is beter om de kennis en ervaring samen te brengen en dat gezamenlijk te organiseren. Finaal betekent dat immers dat je expertise alleen maar groter wordt, dat je veel gerichter kan investeren en dat de middelen efficiënter ingezet worden, ten bate van de patiënt.”

Projecten vanuit de basis

De medisch directeur stelt vast dat de uitwerking van verregaande structurele samenwerking in de praktijk een zeer geleidelijk proces is: “We moeten nog verder evolueren in gedeelde aankoopdossiers, in IT-systemen die op elkaar zijn afgestemd, één elektronisch patiëntendossier... maar zulke zaken regel je niet van de ene dag op de andere. Daarom geloven wij ook sterk in het parallel ontwikkelen van projecten vanuit de basis. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de laboratoria pathologische anatomie, intussen de eerste dienst die geïntegreerd werkt. Het centraal laboratorium is nu gevestigd in het ZNA Middelheim en daarnaast zijn er nog drie hubs in andere ziekenhuizen. Door de bundeling van de teams kunnen meer onderzoeken worden uitgevoerd en is er meer ruimte voor subspecialisatie.”

Een ander project is het expertisecentrum voor endoscopische ingrepen. “De gastro-enterologen van beide ziekenhuizen bundelen ingrepen met hoogtechnologische technieken in de Endoscopische Vereniging Antwerpen. Dankzij het EVA-project wordt de expertise gebundeld in ZNA Jan Palfijn en de campus Sint-Augustinus van GZA Ziekenhuizen”, vertelt Katrien Bervoets. “En zo zijn er ook rond zeldzame tumoren, kinderchirurgie en cardiologie projecten die specialisaties bundelen. Ik ben ervan overtuigd dat het slagen van de netwerken in grote mate mee bepaald zal worden door het uitwerken van goede medische projecten, die gedreven worden door de onderliggende zorgstrategie van het netwerk.”

Een emotioneel geladen proces

Die eerste projecten leiden tot enthousiasme bij de betrokken artsen. Maar het vormen van ziekenhuisnetwerken blijft sowieso emotioneel geladen. “Artsen zijn mensen met een sterk engagement. Slechts weinigen wisselen tijdens hun loopbaan van ziekenhuis. Het is de plek waar ze hun praktijk uitbouwen, waar ze nauw samenwerken in team met collega’s ... Een verandering van locatie of een andere samenstelling van een team heeft dus ook een emotionele impact. Als je goede zorg wil aanbieden, mag je dat niet uit het oog verliezen. *Change management* en *people management* zullen de komende jaren veel aandacht vragen in alle netwerken.”

Ook andere personeelskwesties vragen tijd om tot geïntegreerde oplossingen te komen: verschillende CAO’s en arbeidscontracten, uur- en vakantieregelingen enzovoort. Dokter Bervoets: “ZNA is bijvoorbeeld een publiek ziekenhuis waar

ook nog mensen statutair benoemd zijn, GZA Ziekenhuizen heeft dat niet. We zijn een netwerk dat streeft naar verregaande samenwerkingen, maar *en cours de route* moeten we nog heel wat hordes nemen: organisatorische zaken, juridische maar soms ook heel operationele details. En laten we niet vergeten dat het voorlopig koffiedik kijken is hoe de ziekenhuisfinanciering in de toekomst zal gebeuren. We moeten onze beslissingen dus goed afwegen. We werken alvast aan een gemeenschappelijk zorgstrategisch plan voor het netwerk, opnieuw met een grote betrokkenheid van de artsen.”

GZA en ZNA hebben intussen beslist om een gezamenlijk EPD te introduceren. De opdracht werd recent gegund. “Dat is een complex project, met een grote impact op onze meer dan 1000 artsen en alle andere medewerkers. Het is tegelijk een grote investering, maar we geloven erin dat ze de samenwerking gemakkelijker zal maken. En het is ook in het belang van de patiënt. Het nieuwe platform zou tegen 2022 operationeel moeten zijn.”

Voldoende aandacht voor inclusieve zorg

Op bestuurlijk niveau wordt nu gekeken welke zaken in de toekomst anders en beter georganiseerd kunnen worden. “Ook daarbij worden de artsen betrokken. Uiteraard leeft er de bezorgdheid om niet te veel niveaus te creëren in deze fase, maar tegelijk wil je dat elke beslissing draagvlak heeft en dat iedereen goed geïnformeerd wordt. Doordat we maar met twee ziekenhuisgroepen in ons netwerk zijn, loopt het overleg toch makkelijker,” aldus de medisch directeur.

Persoonlijk vindt Katrien Bervoets het belangrijk dat er in de hele hervorming voldoende aandacht blijft gaan naar inclusieve zorg. “We horen vaak - en terecht - hoe belangrijk het is dat de kosten van de gezondheidszorg onder controle worden gehouden en dat we in het belang van de patiënt naar meer efficiëntie moeten streven. Maar daarbij mogen we niet uit het oog verliezen dat sommige zaken niet rendabel te krijgen zijn. We moeten als artsen blijven ijveren voor een solidair zorgsysteem, waar mensen niet uit de boot vallen omwille van een complexe pathologie of uiterst zeldzame aandoening.”

“Verandering van locatie of een andere teamsamenstelling heeft voor zorgverleners een emotionele impact. Als je goede zorg wil aanbieden, mag je dat niet uit het oog verliezen. *Change management* en *people management* zullen de komende jaren veel aandacht vragen in alle netwerken.”



*Katrien Bervoets: "High end complexe zorg
hoef je niet op 12 locaties aan te bieden.
Het is beter om de kennis en ervaring samen
te brengen en dat gezamenlijk te organiseren."*

“We moeten oog hebben voor de zichtbare én onzichtbare drempels”

TEKST: KIM MARLIER – BEELD: JAN LOCUS

5,2% van de werkenden leeft in een gezin met een huisinkomen onder de armoederisicodrempel, maar dat is nog maar het topje van de ijsberg. Armoede op de werkvloer is zeer moeilijk meetbaar en het is voor organisaties en bedrijven niet zo evident om armoede te herkennen of hiermee aan de slag te gaan. Het Netwerk tegen Armoede werkte een coachingstraject uit om organisaties en bedrijven hierin te begeleiden. Heleen Dom, consultant duurzame tewerkstelling, en Cindy Van Geldorp, ervaringsdeskundige, coachen naar een armoedesensitiever beleid.

Heleen Dom: “Ongeveer 20% van de bevolking loopt risico op armoede en sociale uitsluiting. In dat cijfer zitten natuurlijk alle groepen vevat: werkenden, niet-werkenden, ouderen, jongeren, kort- en laaggeschoolden. Concentreren we ons op de werkende bevolking, dan lezen we in het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting het volgende: ‘Werk biedt een goede bescherming tegen armoede, al leefden in 2018 5,2% van de werkenden in een gezin met een huishoudinkomen onder de armoederisicodrempel.’ Maar we mogen ons niet blindstaren op dat cijfer. Armoede op de werkvloer is immers zeer moeilijk meetbaar en daardoor zijn er geen exacte cijfers van. Er zijn mensen met een goed diploma en een degelijk inkomen die toch in armoede belanden door scheiding, zware ziekte van partner of kind of omdat ze schulden meeslepen uit het verleden. Het is een zeer complexe puzzel die van meer afhangt dan enkel het huishoudinkomen.”

Cindy Van Geldorp: “Organisaties of bedrijven weten vaak niet of ze werknemers tewerkstellen die in armoede leven. Armoede is ook niet zo gemakkelijk te herkennen, aangezien mensen hier niet mee te koop lopen. Toch zijn er een aantal signalen die kunnen wijzen op een armoede-

situatie, zoals loonbeslagen of afwezigheid op het eind van de maand. Die signalen worden wel opgemerkt, maar de link naar armoede wordt niet altijd gelegd.”

Werk wordt gezien als dé oplossing tegen armoede, maar uit de cijfers blijkt dat het geen garantie is. Hoe komt dat?

Cindy Van Geldorp: “Werk kan zeker een hefboom zijn om uit armoede te raken, maar het is niet de zaligmakende oplossing. Heel veel mensen in armoede komen terecht in tijdelijke en/of laagbetaalde jobs. Daarnaast vallen een aantal regelingen, zoals de derdebetalersregeling, weg wanneer mensen opnieuw beginnen te werken. Bovendien brengt die job extra kosten met zich mee zoals kinderopvang en een busabonnement om naar het werk te gaan. Al die extra kosten samen zorgen ervoor dat dat lage loon niet het grote verschil maakt om uit de armoede te raken.”

Wat zijn de voornaamste knelpunten bij armoede op de werkvloer? Op welke vlakken werkt dat allemaal door?

Cindy Van Geldorp: “Samen met mensen in armoede brachten we zes domeinen in kaart waar er knelpunten zijn. Achtereenvolgens zijn dat: inzicht in armoede, aanwezigheidsbeleid, werken in team, communicatie, doorverwijzen en beschikbaar inkomen. We herkennen die thema's ook sterk in wat werkgevers uit de zorgsector ons zelf vertellen. Zo merken ze bijvoorbeeld dat medewerkers vaker afwezig zijn doordat ze werk en privé moeilijk gecombineerd krijgen, zeker op moeilijke werkuren. We horen ook dat er een stijgende vraag is naar voorschotten en dat er medewerkers met loonbeslag zijn. Verder geven werkgevers aan dat de communicatie soms stroef loopt of dat medewerkers zich anders gaan gedragen of vreemde beslissingen nemen. Dat zijn problematieken waarop wij tijdens onze workshops

inspelen. We reiken tools en methodieken aan om hiermee om te gaan.”

Heleen Dom: “Binnen die domeinen zijn er heel wat opportuniteiten voor werkgevers om armoedesensitiever te gaan werken. Dat genereert ook positieve effecten voor de werkgever zelf. Het start bij inzicht in armoede en van daaruit kan men op de andere domeinen beginnen werken. Zo is de figuur van de vertrouwenspersoon binnen doorverwijzing bijvoorbeeld heel belangrijk voor mensen in armoede. Als die op een juiste, laagdrempelige manier vormgegeven wordt, kan het ervoor zorgen dat mensen beter functioneren op de werkvloer en problemen sneller aangepakt kunnen worden. Een ander voorbeeld is het aanwezigheidsbeleid: er zijn heel wat drempels voor mensen in armoede die ervoor zorgen dat ze soms afwezig zijn. Werk op die drempels en je zal daar als organisatie ook de vruchten van plukken.”

Jullie bieden organisaties en bedrijven vanuit het Netwerk tegen Armoede een coachingstraject aan om armoede op de werkvloer te herkennen en concreet aan te pakken. Hoe verloopt dat?

Heleen Dom: “Wij zijn een rechtenorganisatie en werken vaak samen met het beleid op alle niveaus, maar we realiseren ons dat de organisaties en bedrijven belangrijke actoren zijn in armoedebestrijding. Zij worstelen hier ook mee. Hoe herkennen we armoede op de werkvloer? Hoe gaan we hier mee om? Vanuit een positieve betrokkenheid willen ze daar iets aan doen. Daarom ontwikkelden we voor hen dat aanbod.”

Het traject start met de signalenkaart die werkgevers online kunnen invullen. Dat is een lijst met 23 vragen waar men eenvoudig ‘ja’, ‘neen’ of ‘ik weet het’ niet

Heleen Dom: “Om de tewerkstelling van mensen in armoede vlot te laten verlopen, is het belangrijk om ons bewust te worden van zichtbare en onzichtbare drempels op de werkvloer en die waar mogelijk weg te nemen. Ook werkgevers plukken hier op termijn de vruchten van.”

kan invullen. Vragen zoals ‘Zijn er medewerkers waar er loonbeslag is?’ en ‘Zijn er medewerkers die gescheiden zijn?’. Elke vraag waar er ‘ja’ op geantwoord wordt, krijgt een punt. Scoort het bedrijf 10 punten of meer, dan kan dat wijzen op een armoederisico. In dat geval nemen we een scan af waarin we bekijken hoe armoedesensitief het bedrijf vandaag al is. In welke mate faciliteren ze duurzame tewerkstelling voor mensen in armoede? Dat doen we tijdens een online gesprek van twee uur met verschillende kernfiguren van de organisatie of het bedrijf zoals een hr-manager, iemand van payroll, een leidinggevende en een vertrouwenspersoon. Na afloop van het gesprek zitten Cindy en ik samen om te bespreken wat de sterktes zijn en waar er nog opportuniteiten liggen. En dat resulteert in een workshop op maat.”

Cindy Van Geldorp: “In die workshop vertrekken we vanuit de sterktes die al aanwezig zijn om daarna adviezen te formuleren. Die gaan bijvoorbeeld over acties die de organisatie al onderneemt, maar nog beter zou kunnen uitwerken. De workshop moet het bedrijf of de organisatie vooral stimuleren om verdere stappen te zetten. We geven de workshop in tandem waarbij Heleen vooral de theorie schetst vanuit de bedrijfswereld en waar ik als ervaringsdeskundige echt kan ingaan op de beleving van armoede: wat leeft er bij mensen in armoede?”

Welke werkpunten komen er regelmatig naar voor uit die scans?

Heleen Dom: “Mensen in armoede hebben een sterke behoefte aan duidelijkheid en houvast op de werkplek, vanuit de vele onzekerheden waarmee ze in hun dagelijks bestaan reeds geconfronteerd worden. Het is voor hen dus heel belangrijk om precies te weten wat er van hen verwacht



Heleen Dom: “De figuur van vertrouwenspersoon is heel belangrijk voor mensen in armoede. Als die op een juiste, laagdrempelige manier vormgegeven wordt, kan het ervoor zorgen dat mensen beter functioneren op de werkvloer en problemen sneller aangepakt kunnen worden.”



wordt zodat ze hun job kunnen behouden. Organisaties en bedrijven kunnen hierop inspelen door duidelijke evaluatiecriteria op te stellen en hierover regelmatig te communiceren en te evalueren. Een armoedesensitief persoonlijk ontwikkelingsplan kan hierbij een meerwaarde zijn. Ook voor de werkgever biedt dat een duidelijk kader van waaruit ze medewerkers kunnen begeleiden en doen groeien, iets waarvan ze op termijn ook de vruchten plukken. Daarnaast is het bijvoorbeeld ook belangrijk om op een goede manier te communiceren met mensen in armoede, in te zetten op vertrouwenspersonen en door te verwijzen waar nodig.”

Waarop moeten bedrijven en organisaties inzetten om een duurzaam armoedebeleid te voeren?

Cindy Van Geldorp: “Kijk naar mensen als mens. Zie de positieve dingen en benoem die ook naar de werknemers toe. Neem kort de tijd om iemand te waarderen voor wat ze goed doen en wat er goed loopt. Bekijk elkaar als gelijken. Wij zijn ervan overtuigd dat iedereen van elkaar kan leren, maar dat lukt alleen wanneer mensen met elkaar in dialoog gaan. Er hangt een

Cindy Van Geldorp: “Samen met mensen in armoede brachten we zes domeinen in kaart waar er knelpunten zijn. Denk maar aan inzicht in armoede, aanwezigheidsbeleid, werken in team, communicatie, doorverwijzen en beschikbaar inkomen. Die thema's worden ook in de zorg herkend.”

angst rond armoede. Het is iets onbekends wat veel mensen zonder armoede-ervaring afschrikt. Dat kan je alleen maar doorbreken door mensen aan te spreken en vragen te stellen.”

Heleen Dom: “Om de tewerkstelling van mensen in armoede vlot te laten verlopen, is het belangrijk om ons bewust te worden van zichtbare en onzichtbare drempels op de werkvloer en die waar mogelijk weg te nemen. Dat kan door laagdrempelige communicatie, op een juiste manier het gesprek aangaan met mensen in armoede, inzetten op mobiliteit, laagdrempelige teambuildingactiviteiten organiseren, op een goede manier omgaan met vragen

naar voorschotten en loonbeslagen... Maar zoals gezegd is de situatie in elk bedrijf of organisatie anders en werken we binnen onze aanpak op maat van de opportuniteiten binnen elk individueel bedrijf.”

Cindy Van Geldorp: “En hou als werkgever in je achterhoofd: als het beleid goed is voor mensen in armoede, dan is het goed voor alle werknemers en heeft dat ook zijn impact op de werkgever en de organisatie of het bedrijf.”

De signalenkaart helpt organisaties, bedrijven en lokale besturen bij het herkennen van bepaalde signalen die kunnen wijzen op een armoedeproblematiek of een armoederisico op de werkvloer. De link naar deze signalenkaart vind je terug op:

www.netwerktegenarmoede.be/nl/wat-kan-je-doen/bedrijf/opleiding-over-leven-in-armoede

Cindy Van Geldorp: “Armoede is niet zo gemakkelijk te herkennen. Toch zijn er een aantal signalen die kunnen wijzen op een armoedesituatie, zoals loonbeslagen of afwezigheid op het eind van de maand. Die signalen worden wel opgemerkt, maar de link naar armoede wordt niet altijd gelegd.”



0872871

De coronacrisis heeft de zorg- en welzijnssector onder grote druk gezet. Meer dan ooit is duidelijk dat de innovatie in deze sector versneld moet worden. **Z-Healthcare** bekijkt de uitdagingen voor artsen, ziekenhuizen en zorgvoorzieningen en gaat na welke maatschappelijke en financiële keuzes er gemaakt moeten worden om de patiënt de best mogelijke kwalitatieve zorg te garanderen.

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

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren



PHILIPS



DEZORGSAAMEN.be
 Veerkracht voor
 zorgverleners en
 welzijnswerkers



zorgen • informeren • vragen • luisteren



Ook een expert heeft
soms een expert
nodig.

Wij brengen
onze service
tot bij u in de
praktijk.

Maak een afspraak
op kbc.be/mediservice

