

Inge Vervotte:

**"Ik ben een absolute believer
van dialoog en participatie"**

zorg net
ICURO

- 14 Participatie in de zorg heeft een grote meerwaarde
- 18 Nieuw IFIC-loonhuis wordt in juli 100% doorgevoerd
- 22 Surplus² zet in op een vormingsaanbod geestelijke gezondheidszorg

Colofon

96

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

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 96, april 2021, 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 Interview Inge Vervotte, voorzitter dagelijks bestuur Emmaüs
- 11 Pascal De Decker geeft inkijk in de woonbehoeften van ouderen
- 14 Patiëntenparticipatie: uitwisseling van good practices
- 18 Nieuw IFIC-loonhuis wordt in juli 100% doorgevoerd
- 22 Surplus² zet in op een vormingsaanbod geestelijke gezondheidszorg
- 26 Academie Voor De Eerste Lijn versterkt en ondersteunt
- 28 Traject- en/of loopbaanbegeleiding op maat voor volwassenen met een psychische kwetsbaarheid
- 30 Beroepsportret: verpleegkundige Valérie De Bourdeaud'huy

Sociale akkoorden voor de 21ste eeuw

Dit voorjaar schreven de sociale partners en de overheid samen sociale geschiedenis voor de zorgsector. Zowel het federale sociaal akkoord als het Vlaamse VIA6 loodsen het zorgpersoneel volwaardig de 21^{ste} eeuw in met een nooit geziene investering in lonen en arbeidsvoorwaarden. Corona bleek een hefboom voor datgene wat lang onmogelijk bleek. Overheid, werkgevers en vakbonden onderhandelden lang en intensief, maar mét resultaat. Er was een gezamenlijk objectief met een duidelijke focus. Er ligt een pakket maatregelen op tafel waarop we terecht fier mogen zijn. Bijzonder belangrijk is ook de parallel tussen Vlaanderen en het federale niveau. Daardoor kunnen alle subsectoren gelijke tred houden in aantrekkelijkheid en ontstaat er geen negatieve concurrentie.

Er komt voor wie in de zorg werkt een substantiële en structurele verbetering van de lonen. Geen lineaire verhoging, maar de volledige uitrol van IFIC, een hedendaags baremasysteem. Het systeem wordt in 2021 aan 100% toegepast zowel in de private federale zorgsectoren als in de sinds 2014 overgedragen Vlaamse sectoren. Enkel de onderhandelingen in de publieke sectoren lopen nog; we hebben goede hoop om ook daar binnenkort te kunnen landen. Waarom is IFIC zo'n stap voorwaarts voor de sector, al wint niet iedereen? IFIC wil iedereen die in de zorg werkt volwaardig de 21^{ste} eeuw binnenloodsen. We krijgen daarmee een loonhuis dat de *reality-check* kan doorstaan met de globale arbeidsmarkt en in de toekomst een belangrijke schakel zal vormen in een volwaardig HR-beleid voor de zorg.

Het vigerende baremasysteem in de zorg was hopeloos verouderd en vormde een

stevige rem op de aantrekkelijkheid van de sector. Vooral starters krijgen een veel beter loon en de functies met de grootste loonachterstand ten opzichte van de arbeidsmarkt doen de beste zaak. Zowat 85% van de medewerkers gaat erop vooruit en de hele sector wordt in één klap een stuk aantrekkelijker in vergelijking met andere sectoren. Dat hebben we hard nodig, als we in de toekomst nog voldoende jonge mensen warm willen maken voor de zorg. IFIC is bovendien niet statisch maar dynamisch en kan inspelen op wijzigende situaties op de arbeidsmarkt. De bouw van IFIC was een werk van lange adem van de sociale partners. Maar het huis staat er, we kunnen nu iedereen met een hart voor de zorg met open armen én een concurrentieel loon verwelkomen.

Naast het loon zet het sociaal akkoord ook in op meer mensen, zodat de loodzware werkdruk naar beneden kan. Bij de invulling van de extra jobs is flexibiliteit cruciaal. We moeten loskomen van een al te strikt afgebakende invulling van normen en functies. Zo scheidt VIA6 de mogelijkheid om de invulling van de extra jobs te doen volgens de lokale noden en de specifieke situatie van de organisatie. Op die manier kunnen we evolueren naar meer gediversifieerde personeelsequipes. Flexibele inzet van functies is onontkoombaar bij schaarste. Ook die les leerden we tijdens de crisis: hoe de hoge nood de rigiditeit omhoog in een opportuniteit en meer dynamiek.

Met de sociale akkoorden is een helder kader neergezet dat nog vele jaren richtinggevend zal zijn. We ontkennen niet dat het een gigantische uitdaging wordt om voldoende mensen te kunnen aantrekken

om de bijkomende jobs in te vullen. Maar de voorwaarden zijn alvast geschapen om van de zorg niet alleen een maatschappelijk relevante sector te maken, maar ook een sector die de aantrekkelijkheidstoets op de arbeidsmarkt kan doorstaan.

En tot slot nog dit: de zorg is bij uitstek een vrouwelijke sector. Blader maar even door deze *Zorgwijzer* om u daarvan te vergewissen. De betere verloning via deze sociale akkoorden zal ook bijdragen aan het dichten van de gender-loonkloof. Dat stemt mij hoopvol en gelukkig.



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

“Alleen een inclusieve samenleving biedt echte vrijheid”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: JAN LOCUS

Onze virtuele afspraak vindt plaats op 23 maart. Toen konden we niet vermoeden dat we aan de vooravond van een nieuwe lockdown zouden staan. Maar Inge Vervotte wil het liever niet hebben over deze of gene maatregel: “Daarover is er al genoeg discussie.” Liever verruimt ze de blik. Want als we zorg en welzijn in de toekomst nog georganiseerd willen krijgen op een kwaliteitsvolle manier, dan moeten we veel meer dan vandaag intersectoraal durven te denken.

Biedt die diversiteit aan organisaties binnen één groep als vanzelf een bredere kijk?

“De veelheid aan perspectieven maakt het niet altijd gemakkelijk, maar wel erg interessant. Het dwingt je om na te denken over wat gemeenschappelijk en wat verschillend is. Emmaüs verleent als vzw gespecialiseerde diensten aan mensen met specifieke noden. We bieden zowel begeleiding en ondersteuning aan huis, als in voorzieningen zoals een ziekenhuis, als in thuisvervangende contexten. Daar wordt het voor mij boeiend: waar al die soorten begeleiding in de diverse sectoren terugkomen. Van daaruit kan je aan visieontwikkeling doen. Als we nadenken over wonen, leren we uit de ervaringen met personen met een beperking, personen met dementie, personen met chronische psychiatrische stoornissen... Dat is verrijkend. Als je even loskomt van je expertise van de eigen sector, kan je het ook bekijken vanuit ‘mensen met een leef- en woonnod in een thuisvervangend milieu’. Dan krijg je andere inzichten. Dat helpt je om buiten de traditionele denkkaders te gaan en te pionieren met nieuwe initiatieven.

We geloven in Emmaüs bijvoorbeeld sterk in het kleinschalig genormaliseerd wonen, wat we al jaren in de praktijk brengen. Als

je een kleine groep mensen zo normaal mogelijk laat samenleven, met een vaste, vertrouwde equipe medewerkers, dan heb je een win-winsituatie. Tijdens de pandemie waren die kleinschalige leefgemeenschappen onze bubbels, waarin hygiëne en beperkte contacten perfect verzoenbaar waren met warme zorg en het streven naar levenskwaliteit. De kleinschaligheid en het vaste team maken dat je het levensverhaal van de mensen kent, dat er een vertrouwensband groeit. Het medische model en het welzijnsmodel komen zo samen. Dat proberen we te realiseren vanuit de diverse expertises: ondersteuning voor mensen met een beperking, voor mensen met dementie... Elke sector heeft zijn expertise, maar door met een bredere blik naar een situatie te kijken, verrijken we elkaar.

Er zijn vele voordelen aan die diversiteit. De interne solidariteit, bijvoorbeeld. Heel belangrijk in tijden van crisis. De diversiteit stimuleert verder het zelforganiserend vermogen. De overheid wil naar een persoonsvolgende financiering (PVF) in de ouderenzorg en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT). Wel, wij kennen PVF al jaren door onze dienstverlening aan mensen met een beperking. We werkten actief mee aan de invoering van de PVF. Onze mensen van woonzorg en PVT kunnen een beroep doen op die ervaring en expertise. Zij ervaren PVF dan ook minder als bedreigend en denken actief na over de mogelijkheden.

Als je het louter bestuurlijk of economisch bekijkt, lijkt onze diversiteit op het eerste zicht een nadeel. Tegelijk betekent ze een meerwaarde. We zoeken ook optimalisaties, maar zijn geen economische machinerie gericht op efficiëntie. In het publieke

debat staat grootschaligheid vaak voor anonimiteit, terwijl wij net aantonen dat dat niet zo hoeft te zijn. Emmaüs legt de autonomie van de verschillende organisaties zo dicht mogelijk bij de patiënt, de gebruiker en zijn familie, omdat we geloven dat het zelforganiserend vermogen in de zorg een troef is.”

Hoe ziet u uw rol als hoofd van de groep? Was u tijdens de coronacrisis vooral crisismanager? Bezocht u de voorzieningen?

“Ik moest bijna alles via het scherm en de telefoon afspreken. Je kan niet vragen aan de familie om niet op bezoek te komen en tegelijk zelf overal fysiek verschijnen op vergaderingen. In de eerste periode lag de nadruk op alles proberen te begrijpen, zodat we de richtlijnen zoveel mogelijk vóór konden zijn en er zelfs mee konden op wegen. In de eerste golf was verder de beschikbaarheid van materiaal een belangrijk *issue*. Daar hebben we als groep ook sterk op ingezet. Daarnaast was er de bekommernis over de mogelijke uitval van medewerkers. We organiseerden ondersteuning vanuit hr en we bereidden alles voor om snel te schakelen waar nodig. Nu is er weer het vaccinatiebeleid. Mijn rol is zoeken en stimuleren, de juiste mensen bijeenbrengen voor een goede en snelle besluitvorming, waarbij we kunnen steunen op correcte en actuele gegevens, zodat iedereen zich comfortabel voelt bij het nemen van beslissingen.”

De coronacrisis maakte duidelijk dat niet alle zorgvoorzieningen even voorbereid en uitgerust waren om zo’n crisis het hoofd te bieden. De ziekenhuizen hadden een crisisplan en de expertise, in veel woonzorgcentra was dat minder evident. Voelde u die verschillen ook in de organisaties van de groep Emmaüs?

Inge Vervotte

Inge Vervotte leidt het dagelijks bestuur van Emmaüs, een divers samengestelde groep van zorg- en welzijnsorganisaties met algemene ziekenhuizen, woonzorg, jeugdzorg, kinderopvang, geestelijke gezondheidszorg en dienstverlening aan personen met een beperking.



“Hoe meer we inzetten op het zelforganiserend vermogen van voorzieningen, hoe meer we op maat kunnen werken. En dat is essentieel.”





“Voor mij zijn in een crisis drie dingen van belang. Ten eerste moet je inzichten hebben. Omdat we in onze groep algemene ziekenhuizen een dienst ziekenhuishygiëne hebben, begreep ik waarom virologen aarzelden over de mondmaskers. Ik las die verslagen en snapte hun redeneringen. Het is onhaalbaar om dat met zoveel woorden uit te leggen aan de publieke opinie, maar ik zag hoe ook de experts zoekende waren en inzichten verwierven. Die inzichten, dat is cruciaal. En vaak moeten we daarvoor bruggen slaan. We hebben in ons land veel mogelijkheden, expertise en kenniscentra, maar we slagen er niet altijd in om op het juiste moment de juiste verbindingen te leggen naar de praktijk. Ik wil een lans breken voor meer bruggen tussen kennis, wetenschap en ervaringskennis enerzijds en de praktijk anderzijds. We moeten meer werk maken van wetenschapsvalorisatie. Bij Emmaüs organiseren we academische werkplekken. Met eigen middelen betalen we onderzoekers die we inzetten in de praktijk, bijvoorbeeld om onze kwaliteitswerking onder

de loep te nemen. Dat is enorm leerrijk. De onderzoeker heeft een open blik. Hij kijkt, stelt vragen, probeert te begrijpen en confronteert ons met bepaald gedrag. De dingen in vraag stellen, brengt een dialoog tot stand en leidt tot inzichten en een lerende kwaliteitscultuur.

Een tweede pijler is de beschikbaarheid. We roeien met de riemen die we hebben. Corona heeft opnieuw getoond hoe kwetsbaar we zijn als sector. Ik heb me zorgen gemaakt. Ik beeldde me allerlei *worst-casescenario's* in, met grote uitbraken bij bewoners, uitval van medewerkers... Gelukkig hebben we dat niet voorgehad, maar waar het wel gebeurde, was hulp en ondersteuning van buitenaf nodig. En dat is voor mij een voorafspiegeling van wat ons in de toekomst wacht. Onze capaciteit is beperkt en de noden stijgen. We moeten daarom sectoroverstijgend bekijken hoe we alles nog georganiseerd krijgen. Ik heb geen pasklare oplossingen. Ik heb wel gezien hoe in crisistijd plots meer mogelijk werd: meer samenwerking, meer flexibiliteit in het inzetten van medewerkers

afhankelijk van de noden... Willen we in de toekomst kwaliteit van zorg blijven bieden én de werklast draaglijk houden voor de medewerkers, dan moeten we die puzzel vastpakken. We komen er niet met alleen het aantrekkelijker maken van de zorgberoepen, hoe noodzakelijk dat ook is. De zorg is en blijft arbeidsintensief. Ik geloof in de technologische vooruitgang, maar we zullen véél mensen nodig hebben om de uitstroom op te vangen en de stijgende noden te beantwoorden. We kijken nog altijd te veel vanuit de afzonderlijke sectoren: de thuiszorg, de woonzorgcentra, de ziekenhuizen... Allemaal optimaliseren we onze eigen werking. Maar wie heeft nog zicht op het hele plaatje?”

Kunnen de eerstelijnszones die opdracht op zich nemen in de eigen regio?

“De eerstelijnszones zijn in elk geval al een forum waar zorg- en hulpverleners elkaar ontmoeten en elkaar leren kennen. Er ontstaat geleidelijk een visie op zorg en ondersteuning in wijken en buurten. We moeten met de sociale partners bekijken hoe we de beschikbare mensen en expertise kunnen inschakelen in het geheel van de zorgnoden. Want zelfs met de meest optimale inzet zal het heel spannend worden om alle uitdagingen te realiseren. We hebben een samenhangende, coherente visie nodig, waarbij ook de medewerker kan winnen.”

“Ik wil een lans breken voor meer bruggen tussen kennis, wetenschap en ervaringskennis enerzijds en de praktijk anderzijds”

“Onze capaciteit is beperkt en de noden stijgen. We moeten daarom sectoroverstijgend bekijken hoe we alles nog georganiseerd krijgen”

Biedt een groep als Emmaüs de mogelijkheid om te experimenteren? Of zijn de verschillende voorzieningen te zeer gebonden door de eigen regelgeving en normen?

“Dat is inderdaad zo. We zijn één vzw, maar elke voorziening heeft een apart erkenningsnummer en moet verantwoording afleggen aan de bevoegde overheid. Er zijn geen geldstromen tussen de verschillende voorzieningen. We proberen natuurlijk wel enige flexibiliteit in te schakelen, maar zijn daarin beperkt door regelgeving.”

Er was nog een derde pijler in het crisismanagement?

“De derde pijler is de beleidsvoering en het zelforganiserend vermogen. Gesprekken met lokale besturen, scholen en voorzieningen leerden me dat sommige organisaties compleet afhankelijk waren van richtlijnen van de overheid, terwijl andere zoveel mogelijk zelf de touwtjes in handen namen. Als we terug in rustiger vaarwater vertoeven, moeten we dat eens van naderbij bekijken. Hoe meer we inzetten op het zelforganiserend vermogen van voorzieningen, hoe meer we op maat kunnen werken. En dat is essentieel. Ik wil niemand met de vinger wijzen, maar op een gegeven moment waren er zoveel richtlijnen en gedetailleerde draaiboeken, tot op het niveau van het micromanagement. Het gevolg was dat de richtlijnen voortdurend moesten worden bijgestuurd. Ik weet niet hoe we daar gekomen zijn, maar ik weet wel dat het schade heeft aangericht: we konden minder op maat werken en mensen geraakten gefrustreerd door de steeds veranderende richtlijnen. Soms had een voorziening de inzichten en expertise om iets op een veilige manier aan te pakken, maar dan voelden die mensen zich aan

handen en voeten gebonden door de algemene richtlijnen. Maatregelen die voor iedereen gelijk zijn, beperken de ruimte voor creativiteit, zelforganiserend vermogen en oplossingen op maat.”

In de media werd dat een gebrek aan vertrouwen van de overheid in haar burgers genoemd. Gaat het inderdaad in essentie over vertrouwen?

“Het is complex. Sectoren zijn soms zelf vragende partij voor heldere richtlijnen die voor iedereen gelden. Als de overheid een sector sluit, komt direct de vraag naar compensaties en verzeil je in een discussie over waarom die wel en die niet. We zitten nog te zeer in de crisis om nu al die analyse met de nodige afstand te kunnen maken. De vraag is: hoe kan je mechanismen van besluitvorming maken met een evenwicht tussen zelforganiserend vermogen en sturing van bovenaf? Als je alles tot in de details wil sturen, dan ben je nooit klaar. Dat is niet houdbaar. We zijn tegen die grenzen gebotst. Je kan sturen tot op een bepaald niveau, maar dan moet je het durven overlaten aan de capaciteiten en het zelforganiserend vermogen van voorzieningen en sectoren. De diversiteit is te groot om richtlijnen op het microniveau te kunnen maken.”

Los van de coronacrisis: hoe ziet u de toekomst van de ouderenzorg? Is het kleinschalig, genormaliseerd wonen het concept van de toekomst of zijn verdere stappen nodig?

“Wij zijn die verdere stappen al aan het zetten. Emmaüs werkt mee aan het Europees project *Buurtgerichte zorg*. Vanuit de woonzorgcentra en de dienstencentra zijn we aanwezig in de buurt. We geven

heel laagdrempelig informatie, ondersteunen mantelzorgers en leggen dwarsverbindingen. Zo proberen we de cruciale transitie momenten beter voor te bereiden. Negatieve ervaringen van mensen hebben vaak te maken met slecht voorbereide transitie die een breuk teweegbrengen. We moeten streven naar vlotte, geleidelijke overgangen. Niet meer alles of niets, maar een continuüm van mogelijkheden.

Buurtgerichte zorg verdient maximale ondersteuning, met een goede samenwerking tussen formele en informele netwerken. Zonder de informele zorg geraken we er niet. Bovendien draagt de informele zorg inhoudelijk bij aan het herstel en aan de kwaliteit van leven. Als mensen naar een thuisvervangend milieu verhuizen – want ook daar zullen de noden blijven – dan is het onze opdracht om de brug te slaan naar domeinen als architectuur, stadsontwikkeling... Met Emmaüs kiezen we resoluut voor groenere omgevingen, plaatsen die de dialoog stimuleren, vanuit een helende visie, aangepast aan de behoeften van de mensen die er wonen of verblijven. Ook daar botsen we op reglementering. Voor het kleinschalig genormaliseerd wonen dat wij al jaren organiseren, moeten wij nog altijd afwijkingen op de normen aanvragen. We nemen verantwoorde risico's vanuit onze visie op zorg. Het beleid moet eens kritisch de regelgeving *screenen* over alle departementen heen. Kan wat het beleid met woorden promoot effectief in de praktijk uitgevoerd worden? Waar regels of normen in de weg staan, moeten die worden aangepast. Als initiatiefnemer nemen we nu niet alleen een verantwoord risico, we worden ook telkens weer gedwongen om energie, moeite en tijd te steken in administratie om de nodige afwijkingen op de normen te bekomen.”



“Buurtgerichte zorg verdient maximale ondersteuning, met een goede samenwerking tussen formele en informele netwerken”

Het belang van informele zorg neemt toe en de vermaatschappelijking zet in op zoveel mogelijk zorg en ondersteuning in de thuiscontext. Tegelijk lijkt de eenzaamheid bij thuiswonende ouderen toe te nemen en leidt de vermaatschappelijking in de psychiatrie tot meer gedwongen opnames. Is onze samenleving wel zo inclusief en solidair als we zouden willen?

“Er gebeurt al veel en ik zie nog heel wat mogelijkheden. Het vrijwilligerswerk, het buurtwerk en het verenigingsleven zijn het afgelopen jaar buitenspel gezet door covid-19. Vrijwilligers vertellen me hoe spijtig ze het vinden dat ze niet tot de bubbel worden gerekend, in tegenstelling tot de professionele hulpverleners. Veel steun van mantelzorgers, buddy's en vrijwilligers is zo tijdelijk weggefallen, ook al zochten ze naar andere manieren om contact te houden. Ook dat is een les om te onthouden. Als je één of twee radertjes wegneemt, dan verzwakt de ondersteuning voor kwetsbare mensen.

Veel informele hulp blijft onzichtbaar. Ik geloof in laagdrempelige initiatieven: een plek waar mensen een koffie komen drinken, waar informatie ter beschikking is. Je moet de mensen soms via een omweg over de drempel krijgen. Eenmaal het vertrouwen wat gegroeid is, spreken mensen je aan over de dingen waar ze echt mee zitten. Ontmoetingsplekken zijn cruciaal om verbinding te maken, de noden van mensen te ontdekken en er gepast en tijdig op in te spelen. Vandaag zijn de drempels dikwijls nog te hoog.”

Over drempels gesproken: hoe ziet u de geestelijke gezondheidszorg van de toekomst?

“Lichte tot milde psychische klachten moeten we laagdrempelig aanpakken

met TEJO-huizen, OverKop-huizen en tal van initiatieven waar de overheid op inzet. Moeilijker wordt het als mensen gespecialiseerde hulp nodig hebben. Dan botsen we op wachtlijsten. We zijn in het CGG op een bepaald moment zelfs gestopt met registreren, omdat het geen zin meer had. We voelden dat we het geweer van schouder moesten veranderen. We hebben dan een transitie gemaakt naar een oriëntatieteam en een behandelteam. Het oriëntatieteam geeft telefonisch advies, doet aan vroegdetectie, coacht... Uit de jeugdhulp hebben we immers geleerd dat advies, coaching en enkele opvolgafspraken al heel belangrijk zijn om mensen verder te helpen. Door die opsplitsing slagen we erin om meer vragen korter op de bal op te nemen. Daarnaast blijft ondersteuning nodig voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

“Het democratisch deficit weegt op het maatschappelijk weefsel en de inclusie”

Ja, we moeten investeren in eerstelijnszorg, in verbindingpunten, in de doelgroep jeugd en jongvolwassenen. Maar we moeten opletten dat we mensen met zwaardere noden niet verliezen. We hebben nood aan een visie op wonen voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Vandaag kan een patiënt terecht in een ziekenhuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, bij de mobiele teams of een initiatief beschut wonen. Daar moet toch meer mogelijk zijn? In Emmaüs ontwikkelen we met eigen middelen initiatieven voor betaalbaar wonen, met een huurprijs die haalbaar is voor patiënten.

Doen we dat niet, dan dreigen die mensen op straat te belanden. Ze hebben een eigen plek nodig, waar ze tot rust kunnen komen. Ouders van jongeren met een psychotische kwetsbaarheid klampen me aan op zoek naar oplossingen, een woning in de plaats van een ziekenhuisafdeling, waar toch de nodige expertise aanwezig is en waar de jongeren veiligheid kunnen opzoeken wanneer ze voelen dat problemen opspelen. We hebben zulke plekken zo hard nodig, maar we botsen opnieuw op de muren van de kokers: je zit in de ziekenhuiswetgeving, in de PVT-reglementering, in het beschut wonen of in de ambulante hulpverlening. Flexibele tussenvormen zijn zo moeilijk te realiseren met die kaders. We zetten erg in op de medische hulpverlening, maar patiënten hebben vele noden: op het vlak van wonen, financiën, juridisch, administratief, sociaal...”

U bent een groot voorstander van intersectorale samenwerking. Hoe komt het dat Emmaüs zo weinig navolging krijgt? Woonzorgcentra met nood aan groepsvorming zoeken contact met andere woonzorgcentra. Idem voor zorgaanbieders voor mensen met een beperking. Soort zoekt soort, lijkt het wel.

“Intersectorale samenwerking is niet bevorderlijk voor de bestuurlijke eenvoud. Maar dat weegt niet op tegen de voordelen. Bestuurlijke eenvoud is geen doel op zich. Het is de visie die een organisatie moet aansturen. Organisatorisch is het gemakkelijker om met gelijksoortige voorzieningen samen te werken, maar als je de complexiteit aanvaardt, krijg je een mooie kruisbestuiving. We zoeken vanuit onze diversiteit naar toegevoegde waarde. Samenwerking is evenmin een doel op zich, ze is altijd inhoudgedreven. We laten ons niet opsluiten in onze structuur.

Elke Emmaüs-organisatie werkt ook samen met partners buiten de groep. Vanuit de inhoud zoeken we de juiste partners, binnen en buiten de groep, heel flexibel, zonder vaste structuren.”

De coronacrisis heeft weer eens de vinger gelegd op de verlammende complexiteit van onze staatsstructuur. De overheid wil nu ‘een dialoogplatform over de toekomst van het Belgische federalisme’ organiseren. Een goed plan?

“Ik ben een absolute *believer* van dialoog en participatie. Maar die komen niet vanzelf, het is hard werken. Gewoon even de mening van de mensen vragen, volstaat niet. Een grote groep mensen voelt zich al langer niet meer gehoord of vertegenwoordigd. Dat democratisch deficit weegt op het maatschappelijk weefsel en de inclusie. Dat heeft op onze doelgroepen een enorme impact, want kwetsbare mensen zijn de eerste slachtoffers als we de samenleving niet meer goed georganiseerd krijgen. In burgerparticipatie moet je investeren. Je moet dat professioneel organiseren en faciliteren. Ik geloof daarin, ook het middenveld en het verenigingsleven kunnen daarin een belangrijke rol spelen. De methodieken bestaan. Maar het mag in geen geval een onderonsje voor de *happy few* of de *believers* worden.”

Rond deze tijd vorig jaar sprak u de hoop uit dat we na covid-19 niet terug zouden keren naar *business as usual*. Hoe langer de crisis duurt, hoe meer het erop lijkt dat er uiteindelijk weinig of niets fundamenteels zal veranderen. Of toch?

“Ik doelde toen eerst en vooral op de lip-pendienst die velen aan de zorgverleners bewezen tijdens de eerste *lockdown*. Ik wou niet dat het bij woorden bleef. Ondertussen zijn de overheden effectief



over de brug gekomen. Dat is alvast een belangrijke stap in de goede richting. We hebben het momentum gegrepen voor een inhaalbeweging voor de zorgsector.

Daarnaast is er het bredere maatschappelijke verhaal. Wat ik indrukwekkend vond in het begin van de coronacrisis, is dat het plots voor iedereen zeer helder werd. De samenhang der dingen werd duidelijk. We beleefden die eerste coronamaand samen, met dezelfde ervaringen op hetzelfde tijdstip, allemaal tegelijk. Dat gaf kracht en energie. We deelden allemaal in hetzelfde gevoel. Dat was ongelooflijk. Ik wou dat we dat gevoel konden vasthouden. Het is duidelijk dat virussen globaal zijn. Dat we wereldsolidariteit nodig hebben. Dat burcht Europa als een veilige haven een illusie is. Als we belang hechten aan onze waarden, moeten we onze verantwoordelijkheid nemen, ook op wereldniveau. Dan denk ik bijvoorbeeld aan het klimaat. We maken nu een pandemie mee en volgens experts zal het niet de laatste

zijn. Of neem migratie. Corona heeft alles veel reëler gemaakt. Alles hangt samen. Zolang we niet allemaal gevaccineerd zijn, zullen nieuwe varianten van het virus opduiken en ons leven bepalen. Dat besef zou er nu moeten zijn. Hoop ik.

Ook de medemenselijkheid tijdens die eerste coronagolf wil ik koesteren. Ik vond dat zo mooi. Ik werd daar heel gelukkig van. Mensen die elkaar niet kenden, praatte plots met elkaar. Je voelde de solidariteit overal. Dat was een enorme ervaring. Ook hoe mensen begrip toonden voor de maatregelen in die beginfase, het gevoel dat we er ons samen doorheen zouden slaan, maakte veel mogelijk. Die energie moeten we meer durven aanspreken. Verbinding is een menselijke behoefte. "Wat is het bijzonderste dat u persoonlijk geleerd hebt uit de coronacrisis?"

"Het belang van sociale cohesie. Tijdens de lockdown vorig jaar was de eigen buurt nagenoeg het enige wat ons restte. De so-

ciale cohesie, zeker toen een angstcultuur dreigde, zal me altijd bijblijven. Tegelijk voelde je hoe snel dat kan omslaan in een controlerende en door angst gedreven samenleving waarin iedereen elkaar in het oog houdt en agressief wordt als iemand zijn mondkapje niet draagt. Harmonieus samenleven is zo belangrijk voor mij. Ik wil geen samenleving waar agressie en geweld permanent onderhuids aanwezig zijn. Met de coronacrisis balanceren we soms op het randje. Een harmonieuze samenleving biedt me echte vrijheid. Niet de vrijheid om te doen wat ik wil, maar de vrijheid om me veilig te voelen in een omgeving waar mensen rekening houden met elkaar en zorg dragen voor elkaar. Ik pas voor vrijheid gebaseerd op regels, straffen en controle. Dat mag en dat zal niet ons samenlevingsmodel worden."



HET PLUISBLOEMEFFECT

Inspiratie voor zorgverleners in uitdagende tijden

In woelige tijden als vandaag is het voor zorgverleners soms alle zeilen bijzetten om het hoofd boven water te houden en met hart en ziel in de zorg te kunnen blijven staan. Daarbij kan ethiek helpen.

Op een heel laagdrempelige manier toont dit boek hoe hulpverleners, teams en organisaties een tweede, derde of zelfs vierde adem kunnen blijven vinden, ook in stormachtige tijden.

Bestel *Het pluisbloemeffect* met **10% korting** en **gratis verzending**.

Surf naar www.lannoo.be/nl/het-pluisbloemeffect
Voeg het boek toe aan je winkelmandje en vul de kortingscode **PLUISBLOEM_ZI** in voor het uitchecken.

Code geldig tot 31/12/2021

Lannoo
Campus

“Woonzorgformules stimuleren tussen ‘in je huis blijven’ en ‘het woonzorgcentrum’”

TEKST: LUK VANRESPAILLE – BEELD: JAN LOCUS

In het boek *Oud, arm en huurder* geven Pascal De Decker en Emma Volckaert een stem aan een bevolkingsgroep die weinig zichtbaarheid geniet. Ze lieten 32 Gentse ouderen, die uit financiële noodzaak huren, aan het woord over hun woonsituatie. De Decker en Volckaert zijn respectievelijk socioloog en politicoloog. Beiden zijn verbonden aan de onderzoeksgroep P.PUL – Planning for People, Urbanity & Landscape — van de Architectuurfaculteit van de KU Leuven. Geëngageerde wetenschappers, met boeiende inzichten voor iedereen die van ver of nabij met zorg te maken heeft. En dat zijn we allemaal een beetje. *Zorgwijzer* kon Pascal De Decker strikken voor een interview.

Deze studie staat niet op zich. Eerder onderzochten jullie al de woonervaringen van oudere eigenaren op het platteland?

“Klopt. En daar bleken opvallende verschillen te bestaan tussen pakweg de Westhoek en de Kempen. Die hadden onder meer te maken met de nabijheid van de kinderen, wat dan weer samenhang met de beschikbaarheid van jobs. Nog een ander onderzoek peilde naar de woonrealiteit van de niet-onbemiddelde ouderen die hun oude dag aan de kust willen slijten.”

Jullie boek begint met een veelzeggend beeld: een zoekertje, amper een postzegel groot, dat op prangende wijze het uitgangspunt illustreert: “Man (81) zoekt vrouw om samen woning te huren. Alleen wonen is veel te duur.”

“Dat toont inderdaad de creativiteit die ouderen willens nillens nodig hebben om

na betaling van de huur het einde van de maand te halen. Ze klussen bij, nemen geld aan van familieleden, halen een onderhuurder in huis, of begeven zich in de grijze zone, gewoon om rond te komen. En voor dat geld wonen ze in een onaangepast huis of een moeilijk toegankelijk appartement, terwijl bijna hun hele leven zich thuis afspeelt.”

Hun getuigenissen zijn uit het leven gegrepen. Beklijvende literatuur, waaruit een beeld naar voren komt van relatief mondige ‘plantrekkers’...

“Inderdaad, en zo zijn onze arme ouderen heus niet allemaal. De situatie zal in de realiteit dus best nog wel een stuk erger zijn. En eigenaar zijn biedt trouwens lang niet altijd de garantie dat de woning wél aangepast is aan de behoeften van de ouder wordende bewoners.”

Het probleem zit dus dieper?

“Onze ruimtelijke ordening is zeker mee schuldig aan het feit dat veel ouderen al te zeer aan hun woning gekluisterd zijn. In Vlaanderen is altijd uitgegaan van een woonmodel van eengezinswoningen; ze mochten ingeplant worden op de meest onmogelijke plekken. En op al die plekken, die linten langs onze Vlaamse steenwegen en de verspreid liggende verkavelingen, moeten de zorgverleners zich van de ene naar de andere ‘klant’ haasten. Recent zijn we wel meer appartementen gaan bouwen. Ze staan doorgaans op betere plekken, al blijven ze over het algemeen onaangepast aan een verminderde mobiliteit.”

Maar de thuisverzorger of -verpleegster moet niet vliegensvlug de auto in, naar de

volgende geïsoleerde bejaarde en houdt wat tijd over voor een praatje?

“Als de appartementen aangepast zijn, is dat een potentieel voordeel van compacter wonen op redelijk goede plaatsen, maar ook daar hebben we kansen laten liggen. Er zijn er de afgelopen jaren immers al vele tienduizenden gebouwd. Ook al staan die appartementen op betere plaatsen, er staan er toch ook heel wat op plekken waar ze beter niet zouden staan. Er kan nog een drukke steenweg liggen tussen je appartement en de bakker of de buurtwinkel. Steek die maar over met je rollator. En het gaat vooral over hoe die appartementen ontworpen zijn. Als we bij het ontwerpen van die tienduizenden appartementen rekening hadden gehouden met de specifieke behoeften en beperkingen van oudere mensen, dan zagen onze boeken er misschien wel anders uit. Zo lang mogelijk in je huis blijven zou dan in elk geval een stuk realistischer zijn. Maar het gaat helaas nog altijd vaak om gebouwen waarvan de hal enkel via een trap te bereiken is, met een lift waar je met de rolstoel niet in raakt, als hij er al is en werkt uiteraard, met sokkels en opstapjes in de flats en noem maar op. Aangepast is dat niet, ook niet voor ouders met een kinderwagen trouwens. En dan hebben we het nog niet gehad over het openbaar vervoer in de omgeving, de staat van de stoepen, of het ontbreken van rustplekken.”

Onze overheid zet daar een ‘vermaatschappelijking’ van de zorg tegenover...

“Het ideaal dat de overheid ons voorhoudt, is dat van *ageing in place*: zo lang mogelijk thuis blijven wonen. We zien vandaag eigenlijk twee langetermijnprocessen





Pascal De Decker: "Ook al staan die appartementen op betere plaatsen, er staan er toch ook heel wat op plekken waar ze beter niet zouden staan."

samenkomen: de afbouw van voorzieningen die inderdaad verre van perfect waren en een bezuinigingslogica. Wie niet meer voor zichzelf kan zorgen, moet 'het eigen netwerk' inschakelen. Ik noem dat naïef. Uit ons onderzoek blijkt dat dat netwerk vaak zeer beperkt is. Bovendien moet de hulp ter plaatse geraken. Het woordje *place* is wel belangrijk: hoe die woonplaats eruit ziet en waar ze gelegen is. Je kan bewust kiezen voor de binnenstad en al wat die te bieden heeft aan winkels en andere functies. Maar als je echt naar mensen in armoede luistert, ontdek je een andere realiteit. Er is in de steden een dubbele instroom: de migratie die door onze respondenten maar matig geapprecieerd wordt en de instroom van hooggeschoolden. De winkels die er zich nu vestigen zijn hip, maar duur. Verkeersarm is leuk, maar de dokter komt niet met de bakfiets, om over de zware boodschappen nog maar te zwijgen, die de schoonzoen sinds het lussenplan van straten verder tot bij jou moet sleuren."

De zogeheten gentrificatie...

"Ja, voor wat het aspect 'arm' betreft, maar ze zijn ook nog eens oud en in min of meerdere mate hulpbehoevend en veenzaamd. Een partner is er in de meeste gevallen al niet of niet meer. Over kinderen in de buurt hebben we het al gehad. En armoede is zelden een geïsoleerde problematiek. Echtscheidingen, alcoholgebruik en andere toestanden hebben vaak al aan het netwerkje geknaagd. En dan nog dekt de zorg die familie en burens kunnen verstrekken lang niet altijd de behoeften. Dat een mantelzorger mee boodschappen doet voor jou is één ding. Dat hij of zij ook je rug komt insmeren of in bad stoppen, is nog heel iets anders."

Maar dan is er toch nog altijd de professionele zorg?

"Zeker, ambulante en residentieel. Maar ook hier zijn er bezwaren: de kostprijs, de administratieve drempels ... En nog eens: wij hebben 'onze' mensen bereikt via de verschillende organisaties die hier actief zijn. Als zij dat al een probleem vinden,

"Vlaanderen is altijd uitgegaan van een woonmodel van eengezinswoningen; ze mochten ingeplant worden op de meest onmogelijke plekken. En zo moeten de zorgverleners zich van de ene plek naar de andere haasten"

wat dan met de velen die de weg naar hulp en ondersteuning niet vinden en onder de radar blijven? De bezwaren bij de assistentiewoningen en woonzorgcentra zijn deels dezelfde. De kostprijs, maar ook het imago van het 'eindstation'. Dat is er sinds de Covid-19-crisis zeker niet beter op geworden. En er komt ook een verhuis bij kijken. Maar uit onze gesprekken blijkt dat de verhuisbereidheid groter is dan we doorgaans geneigd zijn te denken. Mensen hadden het zelfs over het buitenland en 'naar den buiten' verhuizen, of naar zee. Dat soort droomscenario's."

En als je nu eens zelfs mocht dromen... Wat zou er volgens jullie wel kunnen of moeten gebeuren?

"Het begint met een huzarenstuk, namelijk de nachtmerrie uit het verleden terugdraaien: het woonmodel dat niet de tand des tijds heeft doorstaan en een gigantische maatschappelijke kost met zich meebrengt. 'Trek je plan', was het devies. Eigenlijk hebben we al die tijd gedaan alsof iedereen jong en vitaal blijft. Vrij verbijsterend is dat. Maar de echte vergrijzing is nog maar pas ingezet. Het is nog niet te laat, op voorwaarde dat we er voortaan rekening mee houden. Ik zie geen tovermiddelen, maar een algemene verordening voor alle nieuwbouw zou een mooie eerste stap zijn. Laten we er ook van uitgaan dat die nieuwbouw compacte wooneenheden betreft, geconcentreerd rond overzichtelijke kernen met de juiste voorzieningen. En we moeten woonzorgformules stimuleren die zich situeren tussen de twee uitersten van 'in je huis blijven' en 'het woonzorgcentrum'. Er zijn al goede voorbeelden. Bijvoorbeeld 'Senioren onder de toren' in Maldegem of

het Triamant-project in Zottegem. Maar het mag niet bij die enkele experimenten blijven. Besef dat het straks om heel veel mensen gaat en dat we vandaag niet voorbereid zijn om mensen op de juiste plek en in de juiste woning ouder te laten worden. Ons verhaal is geen nieuw verhaal. Het wordt door dit nieuwe onderzoek alleen in zijn extreemheid bevestigd."

En investeer in onderzoek naar deze complexe, beleidsoverschrijdende problematiek?

"Met onze onderzoeksgroep hebben we op dit vlak al een traject afgelegd en de respons vanuit de politiek en zelfs het middenveld is zeer beperkt. Hier zijn geen denktanks, geen lobby's. We zijn er niet structureel mee bezig. Welzijn, wonen, ruimtelijke ordening zijn er niet mee bezig. Apart niet, laat staan samen. En het gaat nochtans om veel mensen. Meer zelfs: we krijgen er allemaal mee te maken."



“Participatie is bijna overal nog een *work in progress*”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: JONATHAN RAMAEL EN MIEKE VASSEUR

Participatie in de zorg heeft een grote meerwaarde, daarover is iedereen het eens. Maar hoe breng je dat in de praktijk? Zorgnet-Icuro lanceerde in het najaar van 2020 een reeks *livestreams* en een inspiratiegids, vol advies en *good practices*. Stafmedewerkers Vera De Troyer, Michèle Pecqueux en Bernadette Van den Heuvel geven toelichting.

Waarom wilden jullie het thema participatie in het voetlicht zetten?

Michèle Pecqueux: “We wilden een thema aanreiken dat voor onze drie sectoren – algemene ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg – zinvol is, zodat zij onderling ervaringen en *good practices* konden uitwisselen. En we merken dat dit binnen die drie sectoren wel een *hot item* is. Zorggebruikers zijn mondiger geworden, en terecht: ze willen inspraak krijgen in hun behandeling en begeleiding.”

Vera De Troyer: “We hebben de voorbije jaren al vaak rond participatie gewerkt, maar toen moesten we de mensen uit het werkveld meestal nog over de streep trekken en overtuigen van de meerwaarde. Nu zien we dat iedereen beseft hoe groot de meerwaarde van participatie is. Bij de ziekenhuizen is het vaak zelfs een voorwaarde voor accreditering, wat natuurlijk een extra stimulans is om erin te investeren. Alleen leven er nog veel vragen. Op microniveau hebben de meeste zorgprofessionals een goed beeld van participatie: dat je als arts bijvoorbeeld heel expliciet de mening van je patiënt vraagt. Maar hoe doe je dat op macro- en mesoniveau?”

Bernadette Van den Heuvel: “Ook in de ouderenzorg, waar mijn expertise ligt, is participatie al heel lang een belangrijk streefdoel. Al in de jaren 1980 werden bewonersraden verplicht in woonzorgcentra, al bleef dat toen al te vaak een formaliteit. Maar de laatste jaren is men steeds meer het belang ervan gaan inzien en zijn de bewoners- en adviesraden sterk ingeburgerd geraakt. Ook het nieuwe zorgdecreet besteedt hier aandacht aan. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk om externe personen deel te laten uitmaken van een bewonersraad. Er zijn zeker heel wat *good practices* te vinden in onze sector.”

Zagen jullie grote verschillen tussen de drie sectoren?

De Troyer: “Intuïtief zou je misschien verwachten dat er vooral in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg veel in participatie wordt geïnvesteerd, al is het maar omdat gebruikers daar vaker langer verblijven of zelfs wonen. Maar ik denk niet dat we kunnen spreken van een rangschikking. Ook in de algemene ziekenhuizen hebben we pareltjes van projecten gezien. Ik denk dat er binnen de sectoren en zelfs binnen dezelfde organisatie veel verschillen kunnen zijn.”

Van den Heuvel: “Je moet ook kijken naar de doelstellingen, die in de verschillende sectoren én in alle voorzieningen anders zijn. In woonzorgcentra is het betrekken van de stem van de bewoner al sterker ingebed, door de verplichte bewoners- en familieraden. In woonzorgcentra zijn naast zorgaspecten, ook aspecten van het wonen en leven aan de orde: bewoners kunnen

“Empowerment van gebruikers gaat samen met empowerment van medewerkers”

mee beslissen over de volgende uitstap of de nieuwe stoelen in de cafetaria. Als het gaat over inspraak in het zorgproces zelf, is dat vandaag toch nog wat moeilijker. Daar valt nog vooruitgang te boeken.”

Pecqueux: “Participatie komt natuurlijk in heel veel vormen en op heel veel niveaus voor. Het gaat van gebruikers informeren en hun *informed consent* vragen tot hen toelaten bij het multidisciplinair overleg of hen inspraak geven bij beleidsbeslissingen. Ik denk dat geen enkele voorziening nu al op elk niveau topprestaties neerzet. Het is bijna overal nog een *work in progress*. En we mogen het ook niet hiërarchisch bekijken: elke vorm van participatie is even belangrijk.”

Alles begint met een duidelijke, breed gedragen visie op participatie, zo schrijven jullie in de inspiratiegids.

Pecqueux: “Het moet gedragen zijn op alle niveaus van een organisatie. Als er op de werkvloer mooie initiatieven ontstaan, maar die geen steun krijgen vanuit het management, dan doven ze vanzelf uit. Want voor participatie heb je tijd én middelen nodig. Maar het geldt ook omgekeerd: als het management een visie uitwerkt die niet aansluit bij de noden op de vloer, zal het niet tot het gewenste resultaat leiden. Het magische zit in het



Vera De Troyer

kruispunt. Participatie moet in de lange-termijnvisie van een organisatie ingebed zitten, vanuit de gedachte dat de patiënt, cliënt of gebruiker centraal staat. En dat wordt het best omgezet naar maatwerk, afdeling per afdeling.”

De Troyer: “Neem het voorbeeld van de *bedside briefing*, waarbij patiënteninformatie wordt overgedragen aan het bed van de patiënt. Dat gebeurt vaak tijdens de dienstwissel, tussen 13u en 14u bijvoorbeeld. Bij de directie van een ziekenhuis klinkt dat wellicht als muziek in de oren. Maar wat als dat op een bepaalde afdeling ook het moment is waarop patiënten worden ontslagen, of waarop artsen hun ronde doen? Dan mag het concept nog zo mooi zijn, het zal niet slagen.”

Hoe kan je als voorziening een ‘participatiecultuur’ installeren?

De Troyer: “Het is belangrijk dat iedereen in de organisatie dezelfde lijn aanhoudt. En dat participatie op alle fronten hoog in het vaandel wordt gedragen. Als de directie een lans breekt voor participatie maar niet de mening van haar eigen medewerkers vraagt, zullen die medewerkers ook minder geneigd zijn om de mening van hun gebruikers ernstig te nemen.”

Pecqueux: “Leidinggevendens hebben inderdaad een zeer belangrijke rol, vanuit hun voorbeeldfunctie. Zij moeten de visie rond participatie echt uitdragen, zodat medewerkers mee overtuigd raken. Een

“Participatie mag nooit een doel op zich zijn. Vóór je als voorziening bijvoorbeeld een gebruikersraad installeert, moet je heel goed afbakenen wat je doelen zijn”

van de frappantste zaken die ik tijdens de *livestreams* hoorde, was dat *empowerment* van gebruikers samengaat met *empowerment* van medewerkers. Als een organisatie bijvoorbeeld zomaar een ervaringsdeskundige op de werkvloer introduceert, zonder te overleggen met de medewerkers, dan kan dat een heel verkeerd signaal geven. Medewerkers denken dan misschien dat ze zelf niet goed bezig zijn, en dat hun gedrag bijgestuurd moet worden.”

Dat was het geval bij een van de *good practices*: de vriendelijkheidsambassadeur van AZ Zeno in Knokke.

De Troyer: “Dat ziekenhuis had werkpunten op het vlak van participatie en vriendelijkheid, dus introduceerden ze die ambassadeur om een visie te ontwikkelen. Aanvankelijk was dat niet eenvoudig. De medewerkers zagen het als een aanval: ‘zijn wij niet vriendelijk genoeg misschien?’. Maar doordat die ambassadeur heel participatief te werk ging en ideeën van de hele werkvloer meenam in een gedeelde visie, heeft de participatiecultuur daar een heel grote sprong gemaakt. De visie opstellen werd een participatief proces.”

Pecqueux: “Een ander mooi voorbeeld is het ‘clubhuismodel’ dat werd gebruikt bij Ontmoetingscentrum De Vlonder in Boechout, een voorziening uit de geestelijke gezondheidszorg. Zij creëerden een heel laagdrempelige ontmoetingsplek waar de gebruikers echt aan zet zijn en een heel actieve rol opnemen. Dat past perfect in de herstelgerichte visie: in plaats van de patiënt of gebruiker te beschouwen als iemand die lijdt en ondergaat, kijk je naar hoe hij zelf kan participeren in zijn herstel.”

De meest complexe vorm van participatie is misschien wel op mesoniveau: hoe laat je gebruikers mee beslissen over het beleid van je organisatie?

De Troyer: “We hebben toch wel een aantal *good practices* zien passeren. Zo ging het AZ Groeninge in Kortrijk een heel uitgebreid traject aan met ervaringsdeskundigen om een onthaalbeleid voor kwetsbare doelgroepen uit te werken. Dat vraagt natuurlijk visie, tijd en middelen: participatie komt nooit vanzelf. Maar er is veel mogelijk.”





Michèle Pecqueux

“Participatie moet gedragen zijn op alle niveaus van een organisatie. Als er op de werkvloer mooie initiatieven ontstaan, maar die geen steun krijgen vanuit het management, dan doven ze vanzelf uit”

Van den Heuvel: “Ik herinner me ook een woonzorgcentrum waar de Raad van Bestuur de gebruikersraad had uitgenodigd om van gedachten te wisselen. Dat kan ook heel waardevol zijn.”

Veel voorzieningen waarschuwen wel voor schijnparticipatie?

De Troyer: “Dat is inderdaad iets waar verschillende voorzieningen tegenaan zijn gelopen. Participatie mag nooit een doel op zich zijn. Tijdens ons openingsdebat heeft dr. Eva Marie Castro, die onderzoek voert over dit thema, daarvoor ook gewaarschuwd. Vóór je als voorziening een gebruikersraad installeert, moet je heel goed afbakenen wat je doelen zijn. Wat wil je precies bereiken? Welke doelgroep heb je voor ogen? Wat verwacht je van de gebruikers? En je moet ook bereid zijn om dat regelmatig te evalueren en bij te sturen.”

Pecqueux: “Je mag nog een gebruikersraad hebben die twee keer per maand samenkomt, met een goed gevulde agenda. Als er met hun opmerkingen en feedback vervolgens niets kan worden gedaan, is dat zinloos.”

Van den Heuvel: “Het lijkt me heel belangrijk dat participatie niet op zich staat. Het moet onderdeel uitmaken van een heel waardenkader, dat het DNA vormt van een voorziening. Dat voelde je ook in de verhalen die aan bod kwamen: al die voorzieningen vertrekken vanuit een duidelijk expliciete mensgerichte zorgvisie, waar onder andere participatie van de bewoners deel van uitmaakt.”

Ook ervaringsdeskundigen kunnen een rol spelen bij participatie. Hoe wordt dat aangepakt?

Pecqueux: “In de geestelijke gezondheidszorg gebeurt dat al vrij veel, maar het blijft toch een zoektocht. Er zijn ook niet zoveel ervaringsdeskundigen. Ooit hoorde ik het Ilse Weeghmans van het Vlaams Patiëntenplatform goed uitdrukken: *‘het is niet omdat je elke dag op de Brusselse ring staat, dat je een verkeersdeskundige bent’*. Niet elke patiënt, cliënt of gebruiker is een ervaringsdeskundige. Om dat te worden, moet je een opleiding volgen. Het is namelijk de bedoeling dat je kunt loskomen van je persoonlijke verhaal en dat kunt

omzetten in een ‘collectieve ervaringskennis’. Zo kun je een bepaalde doelgroep vertegenwoordigen. Maar de valkuil is natuurlijk dat zo’n opleiding niet voor iedereen weggelegd is, waardoor je vanzelf een vrij select publiek aantrekt. Het is ook belangrijk dat de ervaringsdeskundigen zelf goed ondersteund worden, omdat ze toch vrij kwetsbaar zijn. En ten slotte mag je ook de impact op de medewerkers niet uit het oog verliezen: als zij zich te weinig betrokken voelen in het bredere plaatje, kunnen ze zich ook wat bedreigd voelen door ervaringsdeskundigen die een deel van hun rol overnemen.”

Legt participatie extra druk op organisaties en zorgprofessionals?

De Troyer: “Uit onderzoek van dr. Simon Malfait (UZ Gent/UGent) blijkt dat opleiding en ervaring een belangrijke rol spelen: verpleegkundigen die hoger opgeleid zijn én meer anciënniteit hebben, gaan makkelijker over tot participatie. Maar iedereen moet natuurlijk een beetje buiten zijn of haar comfortzone treden. Weg met de klassieke hiërarchische verhouding. Denk maar aan het vakjargon dat professionals vaak gebruiken: als je met gebruikers praat, moet je uiteraard je taal aanpassen. En vanzelfsprekend vraagt het soms iets meer tijd om samen met de gebruiker een beslissing te nemen, in plaats van dat in je eentje te doen. Maar ik denk dat je er op lange termijn alleen maar bij kunt winnen: doordat jij én de



Bernadette Van den Heuvel

gebruiker samen hebben beslist, zal het nadien veel vlotter gaan, met meer respect en vertrouwen. De gedragenheid van een gedeelde beslissing is groter.”

Pecqueux: “Of participatie kan vertragen? De visie en de waarden van de organisatie zijn doorslaggevend. Als je doel is om snel iets te implementeren, dan zal iedere vorm van medezeggenschap vertragen. Maar als je doel is om de patiënt of gebruiker mee zijn eigen traject te laten bepalen, om ervoor te zorgen dat hij echt begrijpt wat er zal gebeuren en hem de kans te geven om op elk moment mee zijn voortgang te bepalen, dan is het evident om voor participatie te kiezen. Dat laatste lijkt me toch een veel rijker scenario.”

Wat zijn jullie toekomstplannen rond participatie?

De Troyer: “We hebben de deelnemers aan onze *livestreams* nadien bevroegd. Er was veel enthousiasme, maar we nemen ook enkele werkpunten mee. Zo waren interactie en dialoog iets minder evident dan bij een traditionele studiedag, maar door corona hadden we natuurlijk geen andere keuze. We nemen de tips mee in een extra reeks *livestreams* in het najaar van 2021. Naast het presenteren van enkele mooie voorbeelden, willen we dan de nodige tijd reserveren om in *break-out-rooms* deelnemers met elkaar in dialoog te laten treden en ervaringen te delen over wat goed loopt, wat minder eenvoudig is,

“Verpleegkundigen die hoger opgeleid zijn én meer anciënniteit hebben, gaan makkelijker over tot participatie. Maar iedereen moet natuurlijk een beetje buiten zijn of haar comfortzone treden”

welke geleerde lessen ze kunnen delen met elkaar... En ook de stem van de zorgvrager willen we daar expliciet aan bod laten komen. Bij die nieuwe *livestreams* zullen we enkele thema's aansnijden die nu te weinig zijn aangereikt: hoe betrek je kinderen en jongeren bij participatie, hoe werk je samen met de naasten en familieleden van gebruikers, en wat als participatie moeilijk loopt, bij taalproblemen of dementie bijvoorbeeld?”

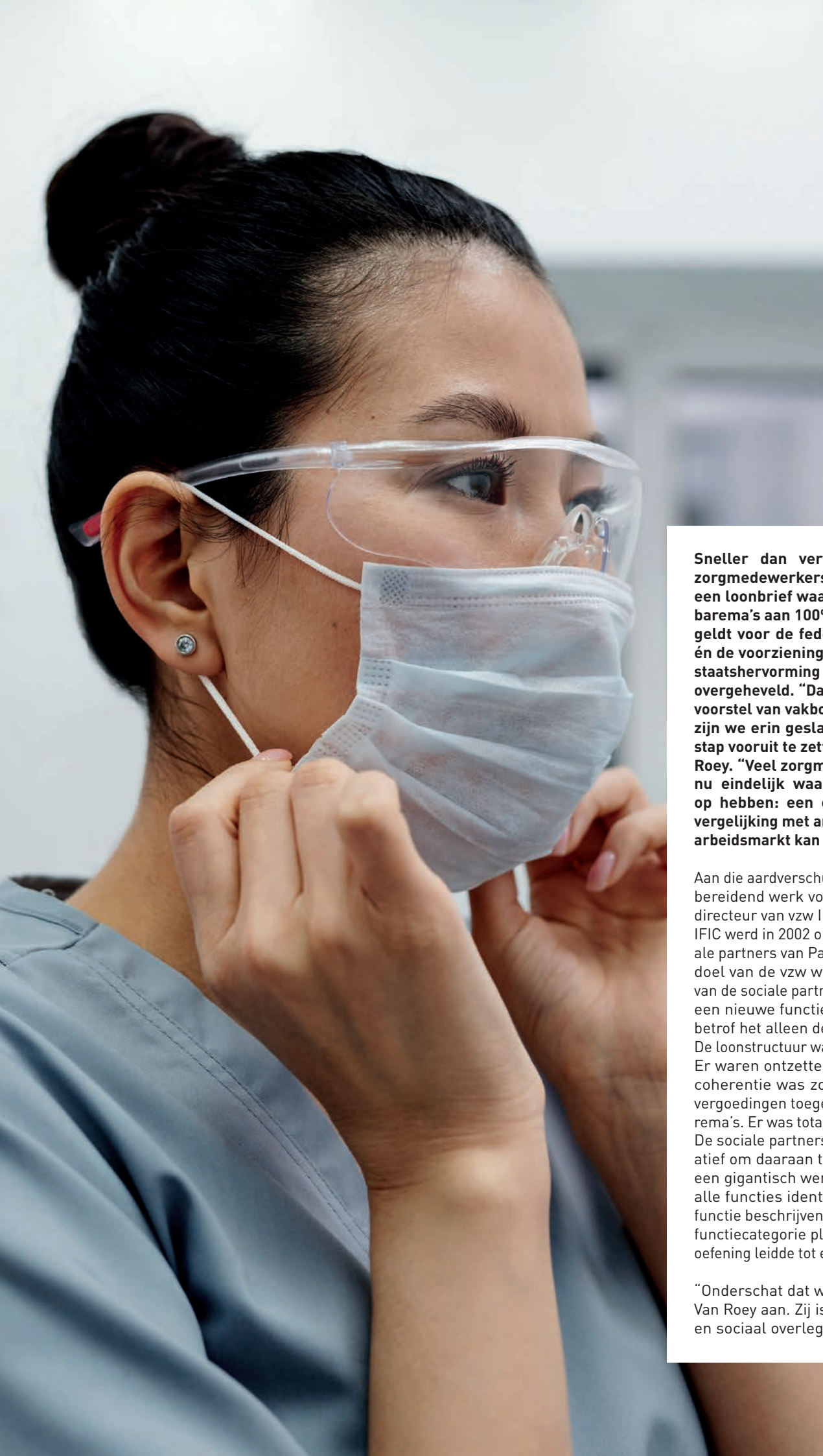
Van den Heuvel: “In de ouderenzorg speelt dat laatste thema natuurlijk een belangrijke rol. Om een heel anekdotisch voorbeeld te geven: toen ik zelf nog directeur was van een woonzorgcentrum, had een van de ergotherapeuten eens een opleiding gevolgd rond Tibetaanse klankschalen. Ze trok heel enthousiast de tuin in, samen met een bewoner met dementie, en begon op die schalen te slaan. Maar er volgde geen enkele reactie. Tot de zon ineens

doorbrak en op hun gezicht scheen: toen begon die bewoner spontaan te lachen. Daarmee wil ik illustreren hoe belangrijk het is om écht te kijken naar de noden van de betrokken personen. Blijf contact zoeken, met de personen in kwestie en hun omgeving. Want elk detail kan een rol spelen: van een fotokader dat op de kast wordt geplaatst, tot de vraag wanneer iemand graag een douche wil nemen.”

Pecqueux: “We merken toch vooral héél veel motivatie, in alle sectoren. Ik vind het echt knap hoe open de voorzieningen hun verhaal hebben gedaan: er kwamen succesverhalen aan bod, maar sommigen gaven ook toe dat ze zich soms vergalopperd hadden. Chapeau!”

Alle *livestreams* Participatie kan je herbekijken op het Youtube-kanaal van *Zorgnet-Icuro* of beluisteren via *Soundcloud* of via de zoekterm *Zorgcast* op *Spotify*.

De inspiratiegids *Participatie in de Zorg* met alle *good practices* kan je downloaden via zorgnet-icuro.be, rubriek publicaties.



Sneller dan verwacht krijgen alle zorgmedewerkers vanaf juli 2021 een loonbrief waarop de nieuwe IFIC-barema's aan 100% zullen prijken. Dat geldt voor de federale voorzieningen én de voorzieningen die met de zesde staats hervorming naar Vlaanderen zijn overgeheveld. "Dankzij het eensgezind voorstel van vakbonden en werkgevers zijn we erin geslaagd een historische stap vooruit te zetten", zegt Veerle Van Roey. "Veel zorgmedewerkers krijgen nu eindelijk waar ze al jaren recht op hebben: een correct loon dat de vergelijking met andere sectoren op de arbeidsmarkt kan doorstaan."

Aan die aardverschuiving gaat jaren voorbereidend werk vooraf. Lauriane Sable, directeur van vzw IFIC: "De paritaire vzw IFIC werd in 2002 opgericht door de sociale partners van Paritair Comité 330. Het doel van de vzw was het ondersteunen van de sociale partners bij de opbouw van een nieuwe functieclassificatie. Initieel betrof het alleen de federale zorgsector. De loonstructuur was er totaal verouderd. Er waren ontzettend veel barema's, de coherentie was zoek en soms werden vergoedingen toegekend bovenop de barema's. Er was totaal geen transparantie. De sociale partners namen zelf het initiatief om daaraan te verhelpen. Het was een gigantisch werk. Eerst moesten we alle functies identificeren, daarna elke functie beschrijven, waarderen en in een functiecategorie plaatsen. Die complexe oefening leidde tot een nieuw loonmodel."

"Onderschat dat werk niet", vult Veerle Van Roey aan. Zij is stafmedewerker HR en sociaal overleg bij Zorgnet-Icuro én

“Een historische stap vooruit in het aantrekkelijk maken van de sector”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: PETER DE SCHRYVER, JAN LOCUS EN SOPHIE NUYTTEN

ondervoorzitter van IFIC vzw. “In totaal zijn meer dan 200 functies beschreven en gewogen. Door een gebrek aan middelen is die opdracht een tijdlang op pauze gezet. Het is niet zo dat we daar 20 jaar aan gewerkt hebben.”

“De functieclassificatie was al in 2010 rond”, verduidelijkt Lauriane Sable. “Een jaar later lag een eerste versie van een uitgewerkt loonmodel op tafel. Helaas was er toen geen budget voor en werd alles bevroren. Pas in 2015 werden de onderhandelingen terug opgenomen.”

Een coherent verhaal

Ondertussen had de zesde staatshervorming het gezondheidslandschap grondig hertekend. Dat zorgde tijdelijk voor een kink in de kabel. “De naar Vlaanderen overgehevelde sectoren – de ouderenzorg, de revalidatieziekenhuizen, de revalidatieconventies, de multidisciplinaire equipes en netwerken palliatieve zorgen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen – maakten van in het begin deel uit van het IFIC-verhaal. Door de staatshervorming dreigden ze plots uitgesloten te worden”, vertelt Sylvie Slangen, stafmedewerker HR en sociaal overleg bij Zorgnet-Icuro. “Minister De Block maakte federaal middelen vrij voor een eerste stap naar de toepassing van de nieuwe barema’s, maar op Vlaams niveau was niets voorzien. Dat betekende dat eenzelfde functie een andere verloning zou krijgen, afhankelijk van de bevoegde overheid. Dat lag uiteraard moeilijk. Gelukkig hebben we vrij kort na de zesde staatshervorming een nieuw sociaal akkoord onderhandeld met de Vlaamse

overheid. Anderhalf jaar na de federale voorzieningen, in november 2019, kregen zo ook de Vlaamse zorgorganisaties zekerheid over IFIC.”

Voor IFIC én voor alle zorgvoorzieningen brak een drukke periode aan. Elke medewerker moest een functietoewijzing krijgen. Bovendien was veel communicatie nodig. Iedere werknemer kreeg toelichting en een loonsimulatie op maat. Niemand wordt immers verplicht om in het nieuwe loonmodel te stappen. Een beperkte groep, vooral mensen met veel anciënniteit, is beter af met de oude barema’s.

“De functietoewijzingen zijn nu allemaal gebeurd. Dat was een megawerk voor de werkgevers”, zegt Veerle Van Roey. “Een extra moeilijkheid was dat we de overstap naar het nieuwe loonmodel niet in één keer konden maken. Het voorziene budget liet toen maar een beperkte stap van 18,25% toe. Om concreet te zijn: wie in het oude barema 1.000 euro verdiende en in het nieuwe recht had op 1.100 euro, kreeg in de eerste stap 1.018,25 euro: 18,25% van de voorziene verhoging dus. Gezien de complexiteit van het oude systeem, moest dat allemaal individueel berekend worden. Een hele klus! Gelukkig kunnen we deze keer, op 1 juli 2021, voor de volle 100% de stap naar het nieuwe loonmodel maken. En bovendien gelijktijdig voor de federale en de geregionaliseerde zorgvoorzieningen.”

“Een jaar geleden had niemand geloofd dat we dit resultaat op zo’n korte termijn konden bereiken”, benadrukt Sylvie Slangen. “Iedereen ging ervan uit dat dit een

traject van nog eens tien jaar zou worden, met geleidelijke stapjes richting de 100%. Het is een ongelooflijke realisatie dat we die stap nu in één keer kunnen nemen en voor alle sectoren tegelijk. Dat zorgt meteen voor een helder systeem: per functiecategorie is er nu per anciënniteitsjaar één duidelijk bedrag. Er zijn geen extra berekeningen meer nodig, alles is helder en overzichtelijk voor iedereen.”

“Dat we dit nu onverwacht snel realiseren, heeft te maken met de coronacrisis én met de inspanning van werkgevers en vakbonden in dit verhaal”, zegt Veerle Van Roey. “We hadden een gezamenlijk plan. Nooit eerder in de geschiedenis hebben we zoveel extra middelen binnengehaald via een sociaal akkoord. Toen duidelijk werd dat de coronacrisis een opportuiniteit bood, hebben we met één mond gesproken. We hadden een coherent discours. Liever dan een cadeautje hier en een cheque daar, wilden we voor eens en voor altijd dit nieuwe loonhuis realiseren. Dat is onze kracht geweest. Daardoor zijn we erin geslaagd een nog groter budget dan eerst voorzien binnen te halen. Op federaal niveau gaat het om 500 miljoen euro op jaarbasis extra, op Vlaams niveau om 170 à 180 miljoen euro.”

Objectieve gronden

Hoe vertaalt zich dat concreet op het loonbriefje van de zorgmedewerkers in juli 2021? “De totale loonmassa stijgt met gemiddeld 6%,” zegt Lauriane Sable. “maar dat cijfer zegt weinig over het individuele loonbriefje. Bovendien hangt voor het individu veel af van de functie, het oude barema, de anciënniteit enzovoort.



“Voor de eerste keer zijn we erin geslaagd op objectieve gronden een loonhuis op te bouwen met een aantrekkelijker verloning”

We komen uit een complexe situatie, wat betekent dat de overstap naar het transparante systeem ook nog complex is. Voor sommige medewerkers zal de impact op het loonbriefje eerder beperkt zijn, voor anderen kan het gaan om 100 euro, 200 euro of zelfs meer per maand.”

“Vooral de jongere medewerkers zullen het verschil merken”, licht Veerle Van Roey toe. “Bij die groep zat de grootste kloof met andere sectoren op de arbeidsmarkt. IFIC wil de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen vergroten. Jonge mensen verdienen in de zorg minder dan hun leeftijdsgenoten elders. Die kloof wordt nu weggewerkt. Daar gaat veel geld naartoe. Oudere medewerkers met veel jaren op de teller konden qua loon al beter de vergelijking met andere sectoren doorstaan. Daar was de kloof minder groot. Voor die medewerkers verandert er dan ook minder. Zij zullen vaker kiezen om niet naar de IFIC-barema's over te stappen.”

Zorgt IFIC er ook voor dat woonzorgcentra op de arbeidsmarkt minder zwak staan tegenover de ziekenhuizen? “De situatie verschilt van individu tot individu”, zegt Sylvie Slangen. “Toch zijn er twee groepen die er zeker wel bij varen. De hoofdverpleegkundigen in de woonzorgcentra verdienen tot nu minder dan hun collega's in de ziekenhuizen. Dat verschil wordt rechtgetrokken. De tweede groep zijn de logistieke medewerkers in de woonzorgcentra. Ook zij zullen de kloof met hun collega's in de ziekenhuizen weggewerkt zien.”

“Juist door de complexe situatie waaruit we komen, is de communicatie over het nieuwe systeem soms heel moeilijk”, zegt Veerle Van Roey. “Gezien de logica en de



Lauriane Sable

objectieerbare fundamenten van het IFIC-systeem blijft een aantal groepen min of meer status quo. Niet omdat ze onvoldoende gewaardeerd worden, maar omdat zij in het oude systeem al correcter vergoed werden. Voor die groepen is een 'correctie' nu niet of minder aan de orde. Ik begrijp dat die mensen teleurgesteld reageren, maar dit gaat niet om een arbitraire keuze. Integendeel, voor de eerste keer zijn vakbonden en werkgevers erin geslaagd op objectieve gronden een loonhuis op te bouwen met een aantrekkelijker verloning. De functies met de grootste loonachterstand ten opzichte van de arbeidsmarkt doen daarmee de beste zaak. Dat is logisch, toch? Uiteindelijk hebben ze jarenlang minder gekregen dan waar ze eigenlijk recht op hadden.”

“Verloning zal altijd een gevoelig punt blijven. Geen enkel systeem is perfect. Maar voor zo'n 85% van de werknemers in de zorg betekent IFIC een stap vooruit. Bovendien is IFIC een evolutief systeem: als een bepaalde functie evolueert, bijvoorbeeld omdat de overheid belangrijke extra verantwoordelijkheden toekent, dan zal het salaris mee evolueren. We voorzien jaarlijks een actualisering of een toet-

sing bij 10% van de functies. Met andere woorden: als een functie objectieverbareer wordt, dan zullen die werknemers geen 30 jaar hoeven te wachten op een bijsturing van hun loon.”

“Tegelijk staat IFIC ervoor garant dat er ook in de toekomst geen arbitraire beslissingen genomen worden. Net omdat de vakbonden en de werkgevers samen met de overheid beslissen op objectieerbare gronden, krijgt iedereen de zekerheid dat het niet de groepen met de sterkste of de luidste achterban zijn die het meest of het eerst aan hun trekken zullen komen.”

“Het is een ongelooflijke realisatie dat we die stap nu in één keer kunnen nemen en voor alle sectoren tegelijk”

Nog werk aan de winkel

Zit het werk voor IFIC er nu bijna op? Helemaal niet, zo blijkt. “De publieke sectoren, die eerst wat afwachtend waren,



Veerle Van Roey



Sylvie Slangen

willen nu eveneens in het IFIC-verhaal stappen”, legt Veerle Van Roey uit. “Het budget is voorzien, maar er is nog veel werk aan de winkel. De complexiteit in de publieke sector is groot. We streven ernaar om tegen eind dit jaar de oefening klaar te hebben, zodat we de bijsturing van de barema’s retroactief vanaf 1 juli 2021 kunnen toepassen.”

“Daarnaast blijft er op Vlaams niveau werk te doen voor de sectoren die tot nu niet betrokken waren: de welzijnssector, de thuiszorg... Ook die sectoren bereiden nu hun IFIC-verhaal voor. Elke sector heeft zijn eigen geschiedenis, zijn eigen complexiteit”, zegt Sylvie Slangen. “Alle trajecten worden door vzw IFIC begeleid.”

“Het doel is om over alle sectoren heen vergelijkbare barema’s te hanteren”, vult Veerle Van Roey aan. “Of een verpleegkundige nu werkt in de sector voor personen met een beperking, in een ziekenhuis, in een woonzorgcentrum of bij een organisatie voor thuisverpleging, dat zou qua salaris niet zoveel mogen uitmaken. Let wel, er blijven verschillen in werklast en verantwoordelijkheden, maar IFIC probeert die te objectiveren, zodat er een coherent

systeem ontstaat. IFIC is vooral belangrijk voor de technische ondersteuning en uitwerking. Het zijn de sociale partners die samen tot een vergelijk moeten komen. Maar het doel kan niet zijn om elkaar te beconcurreren op de arbeidsmarkt. We willen een harmonieus loonhuus voor de hele zorg- en welzijnssector.”

In Wallonië verloopt het IFIC-verhaal met een andere tijdslijn. Federaal volgen de zorgvoorzieningen in Wallonië vanaf 1 juli de IFIC-barema’s, maar de regionale zorgvoorzieningen nog niet. “De wil is er en het budget is voorzien,” zegt Lauriane Sable, “maar de onderhandelingen moeten nog beginnen. Het kan echter snel gaan. Dat hebben we in Vlaanderen nu wel bewezen.”

“We mogen trots zijn op het werk van de afgelopen maanden”, beaamt Veerle Van Roey. “Ik snap dat medewerkers soms wat sceptisch zijn. Ze hebben in de media gehoord dat er extra middelen zijn vrijgemaakt, maar ze hebben daar nog weinig van gezien. Achter de schermen is er door vakbonden, werkgevers en IFIC echter enorm veel werk verzet. Veel zorg-medewerkers krijgen nu eindelijk waar ze

“De functies met de grootste loonachterstand ten opzichte van de arbeidsmarkt doen de beste zaak”

al jaren recht op hebben: een correct loon dat de vergelijking met andere sectoren op de arbeidsmarkt kan doorstaan. Covid-19 heeft een en ander versneld en daar hebben we dankbaar gebruik van gemaakt. Het belang van IFIC en van deze grote stap vooruit kan niet overschat worden. 85% van de medewerkers gaat erop vooruit, maar ook de hele sector wordt in één klap een stuk aantrekkelijker op de arbeidsmarkt. Dat we dat samen met vakbonden en werkgevers hebben kunnen realiseren, is zonder precedent. Ja, dit is historisch. De komende maanden zetten de medewerkers van IFIC, de voorzieningen en de sociale secretariaten zich schrap om alles mooi op tijd rond te krijgen. Het wordt nog een helse klus. Maar ik ben ervan overtuigd dat dat zal lukken.”

“Wij nemen de rol op om expertise te delen”

TEKST: KIM MARLIER – BEELD: JAN LOCUS

Kwadraat, netwerk Geestelijke Gezondheid Midden-West-Vlaanderen, wilde een extra aanbod bovenop het bestaande aanreiken: een deskundig vormingsaanbod rond geestelijke gezondheidszorg voor een breed publiek. Daar liggen de wortels van Surplus². “We durven dit project pionierswerk noemen. Vanuit Kwadraat bieden we een antwoord op de noden die ontstaan binnen de vermaatschappelijking van de zorg”, vertellen Hanna De Baecke, coördinator van Surplus² en Thomas Dhondt, voorzitter van de stuurgroep ‘Deskundigheidbevordering en kennisdeling’.

Jullie bieden een breed vormingsaanbod rond geestelijke gezondheidszorg. Wat houdt dat concreet in?

Hanna De Baecke: “Surplus² is een breed samenwerkingsverband dat inzet op een vormingsaanbod voor enerzijds zorgverleners en anderzijds mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun omgeving. Het aanbod bestaat uit het drieluik vorming, therapiegroepen en de HerstelAcademie. Vorming kan zowel specifiek gericht zijn op hulpverleners, maar we nodigen, in samenwerking met de bibliotheek of een lokaal dienstencentrum ook regelmatig een spreker uit die komt praten over de geestelijke gezondheidszorg. De therapiegroepen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid buigen zich over thema’s zoals paniek, piekeren of omgaan met crisissen. Tot slot is er de HerstelAcademie. Die cursussen focussen op het vaardiger worden in het leven met een psychische kwetsbaarheid.”

Thomas Dhondt: “Surplus² is een uniek project in Vlaanderen. Er ging een heel proces vooraf aan het uitbouwen van dat drieluik. Ik durf het een stuk pionierswerk

noemen. Vanuit het netwerk Geestelijke Gezondheid bieden we een antwoord op de noden die ontstaan binnen de vermaatschappelijking van de zorg. Zoals een *pool* aan ambulante activiteiten uitbouwen om mensen in een thuissituatie zorg en behandeling geven zonder dat er een opname nodig is. In het netwerk was en is er enorm veel expertise, maar we misten wat cement om dat allemaal samen te brengen. Met Surplus² nemen we de rol op om die expertise te delen. Zoiets is alleen mogelijk dankzij de financiële inbreng van de verschillende actoren uit het Netwerk Geestelijk Gezondheid. Dit concreet project bracht krachten en expertises samen over de verschillende organisaties heen. We creëren dit aanbod voor iedereen die wil werken aan mentaal welzijn. Daarom zoeken we ook extra partners buiten de GGZ, zoals bibliotheken, dienstencentra en vormingsorganisaties.”

Hoe bouwen jullie het aanbod inhoudelijk uit?

Dhondt: “We vertrekken altijd vanuit de noden die we voelen in het werkveld, bij andere organisaties en de brede bevolking. Onder de stuurgroep zijn er drie werkgroepen actief waarin verschillende medewerkers en ervaringswerkers maandelijks samenkomen om aan te geven waar er in hun werkveld noden en vragen zijn. Daarnaast zetten we in op onderlinge verbinding in ons aanbod. Stel dat we vanuit de vraag om iets te doen rond piekeren een module uitbouwen in de therapiegroepen, dan gaan we parallel na of dat ook interessant kan zijn als vorming voor hulpverleners of een lezing voor het ruime publiek. Op die manier kan je een mooi zorgtraject aanbieden dat varieert van laagdrempelig en informatief tot langdurig en diepgaand.”

De Baecke: “Hoe kunnen we op een creatieve manier een aanbod realiseren dat er op dit moment nog niet is? Hoe kunnen we de noden van de ene organisatie koppelen aan de kennis van de andere? Het netwerk neemt hier de rol van de architect op zich. We ontwerpen en visualiseren een bepaald vormingsconcept, maar dat kunnen we niet alleen. Waar die rol stopt, gaan de partners binnen Surplus² verder als innovator. Het is een uitdaging om ‘blijvend heruitvinden’ centraal te zetten en zo antwoorden te bieden op de steeds veranderende uitdagingen en noden van de maatschappij. De uitwisseling tussen organisaties, maar ook tussen individuele hulpverleners creëert een ruimer draagvlak en enthousiasme. Surplus² kan niet zonder die idealisten en *hands-on* mensen. Zij pompen energie, warmte en verdere innovatie in het project. Zij zijn het hart van dit samenwerkingsverband.”

In welke vorming vertaalt zich dat?

Dhondt: “Hulpverleners ontmoeten steeds meer cliënten met een complexe psychische problematiek. Zij zoeken concrete handvaten en inzichten om daar goed mee om te gaan. Wij organiseren daarom modules zoals ‘*Hoe kan je mensen met depressieve klachten stimuleren en activeren?*’ Kennisdelen is ons leidend principe. Wij willen de schotten tussen de verschillende sectoren weg en staan graag ten dienste van iedereen die vragen heeft over geestelijke gezondheidszorg.”

De Baecke: “Ook wanneer we ons richten naar de brede bevolking, gaan we na wat er leeft. We proberen dat zo toegankelijk mogelijk te brengen zodat we een ruim publiek en daardoor ook de kwetsbare burger bereiken. Ik denk bijvoorbeeld aan een online gesprek met Ish Ait Hamou



*Hanna De Baecke en Thomas Dhondt:
"We mikken zoveel mogelijk op onderlinge
verbinding binnen ons aanbod. Op die
manier kan je een mooi zorgtraject aan-
bieden dat varieert van laagdrempelig en
informatief tot langdurig en diepgaand."*

over sociale angst. We organiseren lezingen met de bibliotheek als partner, maar dan raken we thema's aan met de uitdrukkelijke bedoeling om drempels te verlagen en de schroom die er soms rond hangt weg te nemen."

Hoe verhoudt een therapiegroep zich tot een individuele begeleiding bij een psycholoog?

De Baecke: "Een therapiegroep draait niet om diagnoses. We spelen in op symptomen die mensen ervaren. Denk maar aan problemen met slapen, laag zelfbeeld of paniek. Deelnemers krijgen eerst en vooral handvaten om met die thema's om te gaan. Het feit dat je in groep aan de slag gaat, zorgt voor een realistisch beeld, want dat gaat uiteraard met vallen en opstaan. Niet alleen bij jou, maar bij de volledige groep. Die veiligheid zorgt ervoor dat je zaken kan inoefenen en uitproberen. Zo versterken deelnemers elkaar en valt het taboe weg. Je bent niet alleen met jouw probleem, het is iets van ons allemaal. Dat is soms voldoende om de draad opnieuw te kunnen oppikken en terug verder te kunnen gaan."

Eén jaar corona zorgde voor een ongezien lange wachtrij bij de psychologen. Welk effect heeft dat op Surplus?

De Baecke: "Je merkt dat het mentaal welzijn aan het buigen en het kraken is. Overall, ook vanuit de overheid, hoor je dat we daaraan meer aandacht moeten spenderen. Deze situatie duurt veel langer dan iedereen ingeschat had en dat zorgt voor een knak in onze veerkracht. Onze organisatie mag verder werken en we kunnen bijspringen, maar die boodschap bereikt zijn doel nog niet. Dat ligt deels ook aan de grote informatiestroom die op gang kwam. Denk maar aan de steeds veranderende maatregelen die op ons afkomen. Het is op dit moment heel moeilijk om daartussen op te vallen, onszelf op de kaart te zetten en ons aanbod kenbaar te maken. Iedereen roept dat er meer aandacht moet worden gegeven aan de geestelijke gezondheid, maar in verhouding krijgen wij veel te weinig ruimte om effectief kenbaar te maken wat er al bestaat."

Dhondt: "Wij willen vooral roepen: hier is nog plaats. Voor ons is dit vooral het signaal dat we Surplus² nog meer onder de aandacht moeten brengen. Wij zijn geen vervanging voor individuele psychologische begeleiding. Ons aanbod is

complementair en we willen absoluut niet concurreren. Maar we kunnen in die wachttijd wel ondersteuning bieden

"Wij zijn geen vervanging voor individuele psychologische begeleiding. Ons aanbod is complementair en we willen absoluut niet concurreren"

door aandacht en tijd te geven aan het mentale welzijn. We zoeken naar gezamenlijke expertise om partners te helpen aan wachtrijreductie te doen en schieten graag te hulp door bepaalde modules of vormingen aan te bieden.

Daarbij wil ik graag nog toevoegen dat mensen op elk moment bij ons kunnen aankloppen. Ze moeten niet wachten tot ze op een wachtlijst staan voor individuele begeleiding. Wij ondersteunen ook mensen die al bezig zijn met een individueel begeleidingstraject of als nazorg na een opname of afgewerkt traject. Het is even goed mogelijk om iets van ons aanbod mee te pikken los van enige begeleiding. Wanneer iemand voelt dat ons aanbod helpend kan zijn, dan is die persoon meer dan welkom."

Wat moet er gebeuren om de mensen die wachten op hulp te laten aankloppen bij Surplus?

Dhondt: "Het feit dat ons aanbod nog niet voldoende gekend is, is zeker een belangrijke reden waarom mensen nog niet bij ons aankloppen. We werken ook wel met een vaste programmatie. Wanneer je in april enorm worstelt met piekeren en daaraan wil werken, moet je geluk hebben dat er op dat moment ook een groep gepland is. Ik begrijp dat mensen niet kunnen wachten tot pakweg oktober, wanneer de volgende reeks rond dat thema start. Dan zoek je andere oplossingen. Een grotere bekendheid en een grotere instroom zou er natuurlijk voor zorgen dat we flexibeler kunnen programmeren. Onze uitdaging is Surplus² op de kaart zetten en zo de rol van 'innovator' en 'katalysator' verder opnemen."

Meer info vind je op www.surpluskwadraat.be

Griet Lauwers: "De vormingsmodules worden altijd gemaakt en gegeven door een duo: een hulpverlener én iemand met ervaringskennis."



Vorming voor psychisch herstel

Geïnspireerd door de 'Recovery Colleges' in de VS en de UK werd in 2014 de eerste HerstelAcademie in Vlaanderen opgericht. Ondertussen zijn er verspreid over heel Vlaanderen vijftien HerstelAcademies actief.

Griet Lauwers vertelt over de HerstelAcademie regio Leuven: "Naast de theorie die aangereikt wordt in de modules is er veel ruimte voor lotgenotencontact. Je kan jouw verhaal doen, maar luistert ook naar wat je medecursisten vertellen. Net die wisselwerking is heel verrijkend. "De HerstelAcademie staat open voor iedereen die wil werken aan zijn of haar psychisch herstel. We bieden kortlopende cursussen aan die focussen op het vaardiger worden in het leven met een psychische kwetsbaarheid."

"Wat de HerstelAcademie bijzonder maakt, is dat de vormingsmodules altijd gemaakt en gegeven worden door een duo: een hulpverlener én iemand met ervaringskennis. Zo brengen we de expertise van de beide kanten in de groep. Daarnaast is er tijdens de lessen ook veel lotgenotencontact. Het accent ligt op samen leren van en met elkaar. Je kan jouw verhaal doen, maar luistert ook naar wat je medecursisten vertellen. Die wisselwerking is heel verrijkend. Je kan als deelnemer zijn wie je bent en voelt je minder alleen met jouw kwetsbaarheid."

Gelijk niveau

"De bijeenkomsten vertrekken vanuit een bepaalde module. Het gaat altijd gericht over één onderwerp zoals piekeren, stress of *mindset*. Die modules hebben over heel Vlaanderen dezelfde opbouw, maar de concrete invulling gebeurt door het duo van lesgevers. In de HerstelAcademie staan de deelnemers en begeleiders op een gelijk niveau. Iedereen doet mee met alle aspecten van de module, wanneer er

bijvoorbeeld een krachtenmatrix uitgewerkt wordt, dan brengen de begeleiders ook in wat hen hoop en veerkracht geeft."

Iedereen die er nood aan heeft

"De HerstelAcademie biedt geen behandeling of therapie. We bieden vorming aan voor iedereen die daar nood aan zou kunnen hebben. Er is geen officiële *intake* of een onthaalgesprek. Wanneer je voelt dat een module jou kan vooruit helpen, kan je gewoon inschrijven. We raden wel aan om eerst de basismodule 'Herstel in jezelf' te volgen, maar dat is niet verplicht. Het luik 'Wat is herstel' zit bij ons sowieso in elke module vervat die we aanbieden."

"Onze modules helpen deelnemers om actief hun herstel in eigen handen te nemen, bewuste stappen voorwaarts te zetten. We schotelen geen ingewikkelde theorieën voor, maar korte, behapbare cursussen. Zo startte er net een reeks 'Natuurwandelen naar herstel'. Dat is een praktische cursus over wat wandelen en de natuur met je kan doen. Wat zijn de psychische, sociale en fysieke voordelen? Daarnaast leren deelnemers zelf een wandeling ineen steken en begeleiden ze de volgende sessies een wandeling voor de groep."

"De module 'Goed gevoel plan' komt ook regelmatig terug. Wat heb ik wanneer nodig om me goed of weer beter te voelen? Waar kan ik hoop uit putten? We bieden ook modules aan rond sociale vaardigheden, omgaan met middelen, sterk aan het werk. In modules zoals 'Herstel in beeld' pakken we het creatief aan en gaan we via foto's en ander beeldmateriaal op zoek naar de betekenis van herstel. Hier komt onder andere de krachtenmatrix aan bod."

Van live naar online naar mix

"In maart vorig jaar gingen we, net zo-

"Onze modules helpen deelnemers om actief hun herstel in eigen handen te nemen. We schotelen geen ingewikkelde theorieën voor, maar korte, behapbare cursussen"

als iedereen, in volledige *lockdown*. We werkten tot dan steeds met groepjes tot acht deelnemers, wat uiteraard niet meer kon. Maar je kan van een hulpverlener niet verwachten dat hij niets doet. Daarom besloten we al vrij snel om een online aanbod uit te werken. Dat werd de cursus 'Hoop en veerkracht in coronatijden'. Het feit dat we die ondertussen al verschillende keren mochten geven, bewijst dat er nood aan was. We hoorden later dat er mensen die op het randje van opname stonden door die online cursus zichzelf er weer een stukje bovenop konden trekken."

"Ondertussen is er ook de online reeks 'Mijn huis, mijn thuis' waar deelnemers zoeken naar nieuwe gewoontes en routines, leren 'ontspullen', dingen loslaten en rust en ruimte creëren in hun huis en in hun hoofd. Ik geef toe, het online gebeuren is niet voor iedereen weggelegd, maar de volzette cursussen bewijzen dat er een publiek voor is. Daarom houden we de mix tussen live en online modules er zeker in."

Meer info vind je op
www.HerstelAcademie.be

“We streven naar innovatie met duurzame impact”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK – BEELD: JONATHAN RAMAEL

De coronacrisis toont dagelijks hoe belangrijk de eerste lijn is. Om die nog te versterken en wetenschappelijk te onderbouwen, werd de Academie Voor De Eerste Lijn opgericht. “We gaan voor een duurzame 360°-aanpak”, vertelt algemeen coördinator prof. dr. Emily Verté.

Wat is de Academie Voor De Eerste Lijn?

“Het is een netwerk voor onderzoek en ontwikkeling dat bestaat uit alle grote Vlaamse universiteiten en hogescholen, het Wit-Gele Kruis en het Vlaams Patiëntenplatform. Met één gemeenschappelijk doel: de eerste lijn versterken en ondersteunen. We werken rond vier thema’s: interprofessionele samenwerking, doelgerichte zorg, zelfmanagement en buurtgerichte zorg. Die worden aangepakt in toegepast onderzoek, waarbij we heel concrete *tools* en strategieën ontwikkelen voor het werkveld. Daarnaast introduceren we al die nieuwe kennis ook in het onderwijs. In de basisopleidingen voor de eerste lijn – de bachelor- en masteropleidingen van al onze partners – én in opleidingen voor professionals, onder de vlag van levenslang leren.”

Hoe en wanneer is de Academie ontstaan?

“In 2018 deed de Koning Boudewijnstichting een oproep om een leerstoel rond eerstelijnszorg op te richten. In Vlaanderen werd daarvoor een budget van 2,5 miljoen euro vrijgemaakt. Samen met een 45-tal experts hebben we toen een traject afgelegd: waar staan we met de eerste lijn en wat zijn de grootste noden? Zo is de Academie Voor De Eerste Lijn ontstaan, die veel breder is dan een traditionele leerstoel. Intussen zijn er 65 mensen bij betrokken. In januari 2019 kregen we de goedkeuring en in 2019 zijn we officieel gestart. We streven naar

innovatie, maar we willen ook als organisatie innovatief zijn. Het feit dat er bij de Academie op zulke grote schaal wordt samengewerkt, over de instellingen en disciplines heen, staat op zich al haaks op het traditionele onderzoek in ons land. Daarenboven spitsen we ons toe op een zo groot mogelijke impact op de samenleving, via de eerste lijn.”

Wat zijn vandaag de belangrijkste knelpunten voor de eerste lijn?

“Het belangrijkste is het gebrek aan structurele en doorgedreven transversale samenwerking, iets waar ik steevast op hamer. De coronacrisis heeft nochtans aangetoond dat samenwerking mogelijk én noodzakelijk is. Maar er is nog veel meer nood aan verbinding. Daarom pleit ik tegen het denken in hokjes en zelfs in lijnen. In plaats van te focussen op de eerste, tweede en derde lijn, moeten we persoonsgericht denken. We moeten zorg én welzijn organiseren rond de persoon zelf. Dat betekent ook dat we veel meer op het lokale niveau moeten werken. Kijk naar de saga rond *contacttracing*: als je dat centraal organiseert, verloopt dat heel stroef, maar op lokaal niveau lukt het wél. Ik geloof echt in lokale ecosystemen, waarbij je bijvoorbeeld ook woonzorgcentra verbindt met de buurt, of minder gespecialiseerde ziekenhuiszorg *outreaching* aanbiedt, in de lokaliteit. Op die manier werk je efficiënter, omdat je de lokale capaciteit beter benut. Maar het is ook inclusiever: je kunt zorg voor iedereen garanderen.”

De patiënt komt dus centraal te staan?

“Nee, de *burger* moet centraal staan. Dat is een soort mantra dat ik blijf herhalen. Het verhaal van de eerste lijn draait om zorg, welzijn, wonen en meer: we werken interdisciplinair, met een 360°-aanpak. En centraal staat de ‘persoon met

Emily Verté: “We moeten de bestaande kennis en ervaringen samenbrengen, structureren en verdiepen. Dat is de kern van innovatie.”

“In plaats van te focussen op de eerste, tweede en derde lijn, moeten we persoonsgericht denken. We moeten zorg én welzijn organiseren rond de persoon zelf”

zorg- en ondersteuningsnood’, zoals die nu officieel wordt genoemd. Maar dat is wat mij betreft nog te beperkend. We weten namelijk niet wie al die personen met noden zijn, omdat we kampen met onderdetectie. Heel wat zwakkeren en kwetsbaren vallen uit de boot. Vandaar dat ik ook zo’n voorstander ben van de buurtgerichte, lokale aanpak: we moeten elke burger op de radar krijgen.”

Wordt er te weinig geïnvesteerd in innovatie op de eerste lijn?

“Van oudsher zijn er heel veel pilootprojecten in Vlaanderen. Vaak zijn die heel goed, maar het zijn te veel ‘losse flodders’. Ze hebben wel een beperkte impact op lokaal niveau, maar doordat ze nadien gewoon stilvallen hebben ze geen ruimere maatschappelijke impact. Zo zie je soms vijf jaar later een zeer gelijkaardig pilootproject opduiken, waar de hele oefening gewoon wordt herhaald. Vanuit de Academie willen we die versnippering tegengaan en inzetten op duurzame innovatie. We verzamelen de kennis die er is, onder meer van pilootprojecten en burgerinitiatieven, en gaan die verder ontwikkelen en verdiepen. Eenmaal dat gebeurd is, kunnen we het opschalen en in heel Vlaanderen doorvoeren, zodat er een duurzame, grootschalige impact is.”

Jullie streven naar een gedeelde visie op de eerste lijn. Hoe pakken jullie dat aan?

“Dat doen we op veel verschillende niveaus. Het begint bij onze eigen organisatiestructuur. Al onze onderzoeksafdelingen werken in cocreatie met de sector: professionals, maar zeker ook patiënten en mantelzorgers. Daarnaast is er veel uitwisseling tussen de onderzoeksafdelingen, zodat ze elkaar inspireren en voeden. Het mogen geen aparte eilandjes zijn. Maar ook in onze raad van bestuur en onze adviesgroep proberen we zoveel

mogelijk *stakeholders* te betrekken. Als coördinator zetel ik zelf ook in een hele rits werk-, advies- en stuurgroepen. En we werken bijvoorbeeld ook nauw samen met VIVEL, het Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn. Zo ontstaat veel verstrengeling, zowel ad hoc als structureel.”

Jullie kiezen ook voor ‘lerende netwerken’. Wat zijn dat?

“Elke onderzoeksafdeling krijgt de opdracht om zo’n netwerk op te richten. Dat wil zeggen dat ze een oproep doen naar iedereen die werkt rond dat bepaald thema om zich aan te sluiten. Elk netwerk komt regelmatig samen, de leden wisselen kennis uit en gaan op zoek naar verbinding. Zo zet je systematisch stappen vooruit, weg van het status quo.”

Wat voor onderzoek voeren jullie nu precies?

“We hebben verschillende onderzoeksafdelingen. De eerste heeft onderzocht wat de grootste noden zijn binnen de eerste lijn en hoe die best kunnen worden aangepakt. Dat onderzoek is intussen afgerond, in mei worden de eerste resultaten voorgesteld op een conferentie. Maar die resultaten worden ook meegenomen in alle andere onderzoeksgroepen. Zo werkt er een groep rond doelgerichte zorg: in plaats van te focussen op problemen, vertrekt die vanuit de levensdoelen van de zorgbehoevende burger en wat die zelf graag wil bereiken. Een andere onderzoeksgroep werkt bijvoorbeeld rond zelfmanagement: hoe kun je mensen ondersteunen om hun eigen zorgtraject te regisseren en hun ziekte een plaats te geven in hun dagelijks leven?”

Zelf coördineert u de onderzoeksgroep rond buurtgerichte zorg.

“Inderdaad, dat was ook het thema van mijn doctoraat. Om meer gelijkheid te creëren tussen burgers, is het belangrijk om op buurtniveau te werken. Het is een relatief nieuw concept, dat *bottom-up* is gegroeid en daardoor breed gedragen wordt. De voorbije jaren begint het beleid er ook steeds meer in te geloven en te investeren. Maar het probleem is dat er voorlopig weinig wetenschappelijke kennis over bestaat. Er zijn wel projecten en onderzoekjes, maar die zijn – nogmaals – te versnipperd. En er zijn ook te weinig handvaten voor organisaties en overheden die met buurtgerichte zorg aan de slag willen gaan. Om echt vooruit te gaan, is verdieping nodig. Dat willen

wij met de onderzoeksgroep bereiken. De eerste stap is dat we één taal moeten spreken. Nu gaat het over ‘buurtgerichte zorg’, ‘zorgzame buurten’ en soortgelijke begrippen: die houden verband met elkaar, maar ze zijn niet helemaal hetzelfde. Er is dus nood aan één duidelijke definitie. We moeten de bestaande kennis en ervaringen samenbrengen, structureren en verdiepen. Nogmaals: dat is de kern van innovatie. We mogen ons niet blindstaren op enkele kleine lokale successen, maar streven naar brede maatschappelijke impact.”

Jullie kiezen steevast voor een participatieve aanpak.

“Ja, dat is een belangrijk onderdeel van onze methodologie. Onze onderzoekers doen regelmatig oproepen in de sector. Iedereen die rond hetzelfde thema werkt, wordt uitgenodigd om in gesprek te gaan. De onderzoekers gaan dan verder met hun opmerkingen aan de slag, en koppelen regelmatig terug. Maar ook op strategisch niveau werken we participatief: *stakeholders* worden betrokken bij onze beleidskeuzes. Zo creëer je gedragenheid, wat een heel belangrijk voordeel is. Maar die participatieve aanpak heeft natuurlijk ook nadelen. Alles gaat iets trager, en bovendien moeten we opletten dat we de sector – die het door Covid al zeer lastig heeft – niet overbevragen. Ook andere platformen, zoals VIVEL, werken op die manier. Waardoor er in de zorg- en welzijnssector bij momenten een overvloed aan vragen is om mee te werken aan projecten.”

De Academie werkt met subsidies en giften. Hoe duurzaam is dat?

“We hebben 2,5 miljoen euro gekregen van de Koning Boudewijnstichting, meer bepaald van het Fonds Dr. Daniël De Coninck. Daarmee kunnen we de Academie vijf jaar laten draaien. Intussen zitten we halweg en is de toekomst nog onzeker. Uiteraard zoeken we constant naar giften en subsidies, maar we kunnen onmogelijk zelfbedruipend worden. Ik hoop natuurlijk dat de Academie duurzaam kan blijven voortbestaan, maar dat is voorlopig een vraagteken. Vandaar ook mijn oproep aan de overheid: de coronacrisis heeft aangetoond dat een sterke eerste lijn cruciaal is om chronische en complexe situaties onder controle te houden. Maar er is nood aan een tweesporenbeleid: vechten tegen acute crisissen zoals vandaag, maar ook kiezen voor duurzaamheid op lange termijn. En dan is innovatie een van de beste investeringen die er zijn.”

Arbeidscoaches vormen brug tussen zorg en werk

TEKST: MIEKE VASSEUR – BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Arbeidscoaching GGZ is een ambulante individuele begeleiding op maat voor volwassenen met een psychische kwetsbaarheid. Tijdens een intensief traject krijgen ze stapsgewijs ondersteuning bij de zoektocht naar een betaalde tewerkstelling of bij het uitvoeren van hun huidige of nieuwe job. Ilse Calleeuw werkt als arbeidscoach (en maatschappelijk werker) in Inghelburch, een centrum voor psychische revalidatie in Brugge. Ze begeleidt Julie Rodriguez, die sinds 2020 arbeidscoaching volgt.

“In Inghelburch zetten we al lang in op ‘revalidatie en werk’. Ons centrum gaf jaren geleden de voorzet om binnen de ambulante GGZ meer aandacht te vragen voor het thema ‘werk’ als belangrijke bron van levenskwaliteit. Van daaruit is de functie arbeidscoach GGZ ontstaan. Ondertussen is arbeidscoaching vanuit de psychosociale revalidatiecentra over heel Vlaanderen uitgerold. Arbeidscoaching wil mensen die psychisch kwetsbaar zijn begeleiden naar een duurzame, reguliere tewerkstelling (trajectbegeleiding) en/of in het behouden van hun werk (loopbaanbegeleiding). Die begeleidingsvormen kunnen elkaar opvolgen en afwisselen tijdens het traject. Cliënten kunnen, na een doorverwijzing door een GGZ-partner of huisarts, bij ons terecht als ze voldoende stabiliteit hebben gevonden in hun herstelproces en als ze gemotiveerd zijn om concrete stappen te zetten naar werk, weliswaar met tussenstappen als dat nodig is. Arbeidscoaches vormen de brugfunctie tussen zorg en werk, en werken aanvullend op het bestaande aanbod van arbeidsbegeleidingsdiensten zoals VDAB. Net door onze expertise in geestelijke gezondheidszorg, de continuïteit tussen traject- en loopbaanbegeleiding en de individuele begeleiding die is aangepast aan de noden van de cliënt verschillen we van reguliere arbeidsbegeleidingsdiensten. Een zorgpartner of -netwerk is cruciaal

in dit traject. We vinden het belangrijk dat mensen ondersteund worden door hun huisarts, psychiater, therapeut...”, vertelt Ilse Calleeuw.

Arbeidscoaching is een intensieve en langdurige begeleiding die maximum twee jaar duurt. Julie Rodriguez is een van de cliënten: “Ik heb eerst een revalidatietraject in Inghelburch gevolgd, waar ik Ilse leerde kennen als mijn maatschappelijk werker. Nadien wilde ik graag werken, maar de stap was te groot. Ik heb tussenstappen nodig, zeg maar. Ze verwees mij door naar arbeidscoaching dat ik sinds 2020 – toevallig ook bij haar – volg. De gesprekken gaan ongeveer om de twee weken door. Al kan je dat aantal zelf bepalen naargelang je vraag. Daarnaast word ik begeleid door Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB). Het grote verschil met arbeidscoaching is dat Ilse meer rekening houdt met mijn kwetsbaarheden. Ze kent mijn valkuilen goed en focust op mijn zorgnood. Arbeidscoaching bestaat uit kleine stapjes, en net die zijn broodnodig. Het vertrekt vanuit mijn vragen, en de opvolging is meer nabij.”

Constante steunfiguur

“Onze expertise in zorg is onze grote meerwaarde”, vult Ilse aan. “We hebben oog voor de psychische kwetsbaarheden en de impact daarvan op de werkvloer. Daarom werken we op maat. We houden rekening met de noden van de cliënt en passen continu aan. We werken laagdrempelig en kiezen voor een realistische weg. We informeren, sturen bij, stimuleren..., maar altijd in dialoog. Soms betekent een volgende stap even afremmen of begrenzen. We proberen de cliënt vooral te laten proeven van positieve ervaringen. We focussen op zijn krachten en mogelijkheden. Doorheen het traject zijn we een constante steun- en vertrouwensfiguur. Niet alleen voor de cliënt, maar ook voor de werkgever en alle actoren in zorg en werk.” Julie: “Een jaar geleden stond ik wan-

Ilse: “We houden rekening met de sociale context, want die kan het traject versterken of bemoeilijken”

trouwig tegenover werk. Via GTB volgde ik sollicitatietraining, maar dat was een grote drempel. In Inghelburch sloot ik aan bij Arcus, een groepsmodule waarin je zoekt naar antwoorden op vragen zoals ‘hoe functioneer ik op de werkvloer’ en ‘naar wat ben ik op zoek op vlak van tewerkstelling of opleiding’? Zo leerde ik naar mijzelf, mijn krachten en kwaliteiten kijken. Ik ontdekte dat ik veel geduld heb, en dat ik mensen wil laten groeien en openbloeien. Daardoor gooi ik het over een andere boeg. Ik ben vertaler-tolk van opleiding en werkte onder andere in de transportsector, een ziekenhuis, een winkel... Maar, wat wil ik, wat past bij mij? Dat wist ik niet. Op dat soort vragen kreeg ik een antwoord.”

“Die sessies betekenden een keerpunt”, beaamt Ilse. “Julie zag haar eigen krachten niet. Ze voelde zich onzichtbaar, grijs. Tijdens de modules leerde ze zichzelf kennen, ontdekte hoeveel ze te bieden heeft, dat ze zichzelf mag en kan tonen... Een belangrijke evolutie. Daarna was ze klaar voor een volgende stap.”

“Stilaan vielen de puzzelstukjes in elkaar”, vult Julie aan. “Ilse zag een vacature voor vrijwilligerswerk in een leesgroep voor personen met een beperking en dacht: dat is iets voor Julie. Ik was heel enthousiast en reageerde onmiddellijk. Door corona kon dat niet doorgaan, maar hadden ze een vrijwilliger nodig bij Hoeve Hangerijn. Elke vrijdag begeleid ik een groep personen met een mentale en fysieke beperking bij het verzorgen van de dieren op de boerderij. Dankzij de positieve ervaring en feedback die ik kreeg van collega’s op



Julie Rodriguez: "In feite is Ilse mijn sparringpartner."

Ilse Calleeuw: "Een arbeidscoach heeft geen uitgebreide toolkit, maar een groot netwerk van partners."

de hoeve durfde ik het ook aan om in die organisatie voor een betaalde job te solliciteren. Ook al werd ik niet geselecteerd, toch was dat een positieve les voor mij. Het smaakte naar meer. Daarom heb ik besloten om volgend jaar te studeren voor leefgroepbegeleider."

Betaald werk is het einddoel

In het traject kan het noodzakelijk zijn dat de cliënt een korte opleiding, stage of vrijwilligerswerk volgt. Die tussenstappen zijn nooit het finale doel van arbeidscoaching, maar een hulpmiddel om het einddoel, betaald werk, te bereiken. "Ik werk nauw samen met arbeidsbegeleidingsdiensten zoals VDAB, GTB... Ik zoek de opties van stages, vrijwilligerswerk... uit. Ik geef geen sollicitatietraining - al kunnen we oefenen op moeilijke vragen - maar verwijst door. En daarnaast maak ik de connectie en verbinding met de zorgpartners. Een arbeidscoach heeft geen uitgebreide *toolkit*, maar een groot netwerk van partners. Ik maak mensen ook wegwijs in de sociale wetgeving en informeer hen over hun rechten en plichten", vertelt Ilse.

"Ook dat is een belangrijke troef. Er komt veel op je af, de papiermolen is niet evident", vult Julie aan. Zo waren er tijdens mijn GTB-traject enkele misverstanden. Ilse trad toen op als hulplijn en sinds-

dien zitten mijn trajectbegeleider en ik terug op hetzelfde spoor. Ze heeft me ook geholpen bij de contacten met de adviserend geneesheer van de mutualiteit." Ilse: "Dat gebeurt steeds in overleg. Julie is altijd op de hoogte van die gesprekken. In arbeidscoaching staat de cliënt aan het roer." Julie: "In feite is Ilse mijn sparringpartner." Ilse: "Ik bied andere perspectieven en gooi de realiteit op tafel. Julie heeft bijvoorbeeld 101 ideeën, dan bespreken we wat haalbaar is. Soms zetten we stapjes terug, niet om te belemmeren, maar om door het bos de bomen te blijven zien. Om het groter doel voor ogen te houden. Hoe maken we werk haalbaar? Hoe begin ik daaraan? Wat zijn stoorzenders? Als je geen geschikt diploma hebt, wat kan je dan doen? We geven tijd en ruimte aan de cliënt, maar bieden ook duidelijkheid en structuur aan door samen een stappenplan op te maken. Verder houden we rekening met de sociale context, want die kan het traject versterken of bemoeilijken."

Aanpassen en afstemmen

"Voor mij zijn de nabijheid en de flexibiliteit een grote troef van arbeidscoaching", vertelt Julie. "Dit traject is persoonlijk. Op mijn maat, voor mijn noden. Zonder vast stramien, maar met een einddoel. Het voelt een beetje als een heuvel beklimmen. Soms stijgen we snel, soms moeten

Julie: "Arbeidscoaching bestaat uit kleine stapjes, en net die zijn broodnodig"

we even stoppen. Maar kleine stapjes zijn ook stapjes."

"We herbronnen vaak", beaamt Ilse. "Soms kan de zorgnood in een traject te hoog zijn en moeten we meer op dat aspect focussen. We bewaken continu het evenwicht tussen werk en psychisch welzijn. We volgen mensen ook op als ze werk hebben. Of we organiseren de communicatie met de werkgever. Arbeidscoaching is een soort uitdooftverhaal waarbij we onszelf langzaam overbodig maken."

Tot slot, wat zijn de eigenschappen van een goede arbeidscoach? "Hij/zij moet flexibel zijn, positief, constructief, empathisch, *open-minded* en klantgericht", antwoordt Julie. "Elk traject is anders, dus je moet continu aanpassen en afstemmen. Je werkt doel- en oplossingsgericht. Je moet zorgen, focussen op de krachten van de cliënt, maar tegelijkertijd ook grenzen tonen. Je werkt individueel, maar ook in een team en in een netwerk. Kortom, het is een afwisselende job met veel autonomie", besluit Ilse.

“Een babbeltje maakt voor patiënten deel uit van het genezingsproces”

In dit beroepsportret laten we Valérie De Bourdeaud’huy aan het woord. Ze werkt als verpleegkundige op de dienst geriatrie in het AZ Sint-Elisabeth in Zottegem. Valérie is niet de eerste de beste, want in februari dit jaar werd ze verkozen tot *Nurse Of The Year*. Momenteel combineert ze haar job met studies om van een HB05 Verpleegkunde door te klimmen naar een Bachelor in de Verpleegkunde.

Driedubbele verrassing

1 februari 2021 zal nog lang in het geheugen van Valérie De Bourdeaud’huy gegrift staan. Ze vierde dan niet alleen haar 27^{ste} verjaardag, ze mocht daarbovenop – op de dag dat ze vier jaar in het AZ Sint-Elisabeth in Zottegem werkt – de *Nurse Of The Year*-award in ontvangst nemen. Drie keer feest. Dat brengt ons meteen bij de vraag: hoe wordt iemand *Nurse Of The Year*? Valérie: “Ik moet eerlijk bekennen dat ik nog niet van de prijs had gehoord, tot het moment dat ik vernam dat ik op de *shortlist* van kandidaat-winnaars voor dit jaar stond. Ik heb me dus niet zelf ingeschreven, een familielid van een ex-patiënt heeft dat gedaan. Van zodra je hoort dat je tot het kransje van potentiële winnaars behoort, schiet je natuurlijk in actie om zoveel mogelijk mensen te mobiliseren om voor jou te stemmen. Zelf voerde ik behoorlijk wat promo op Facebook, maar ik kreeg ook veel steun. Van het AZ Sint-Elisabeth natuurlijk, maar ook van VIVES, de stad Zottegem en mijn thuisgemeente Lierde. Toch is het stemmen aantal maar een deel van het verhaal. Er is ook een theoretische proef waarbij je competenties als verpleegkundige gemeten worden. Kwestie van er toch iets meer van

Valérie De Bourdeaud’huy: “Goed communiceren, en vriendelijk en begripvol zijn, dat zijn essentiële ingrediënten voor een vlot genezingsproces. Die eigenschappen zijn mij op het lijf geschreven.”

VERPLEEGKUNDIGE VALÉRIE DE BOURDEAUD'HUY



TEKST: JENS DE WULF – BEELD: JAN LOCUS

“Ik weiger slaaf te worden van de klok. Ik kijk bewust nooit naar de tijd”

te maken dan alleen maar een *pop poll*. Op het einde van het verhaal kwam ik als winnaar uit de bus. Een leuke erkenning!”

Binnen een jaar een diploma rijker

Valérie staat intussen al vier jaar op de ziekenhuisvloer. Sinds 2019 combineert ze dat met studies Bachelor in de Verpleegkunde. “Toen ik afstudeerde in de richting HBO5 Verpleegkunde en mijn eerste stappen in het ziekenhuis zette, daagde het me al snel dat ik toch nog dat A1-diploma wou behalen en liefst zo snel mogelijk. Na twee jaar kreeg ik uiteindelijk groen licht van het ziekenhuis om de studies te combineren met mijn job op de geriatrische dienst. De reden waarom ik dat in VIVES in Roeselare doe, is in eerste instantie puur praktisch: mijn ‘vrije dag’ valt op donderdag en dat valt samen met de lessen Verpleegkunde in VIVES. Waarom ik zo ijver voor dat diploma als Bachelor? Met een A1 zijn je mogelijkheden ruimer. Met een HBO5 Verpleegkunde kan je bijvoorbeeld niet op de spoeddienst of de dienst intensieve zorgen staan, met een bachelordiploma lukt dat wel. In principe zou ik binnen een half jaar afgestudeerd kunnen zijn, maar om het voor mezelf realistisch te houden, mik ik op medio 2022.”

Klik met de geriatrie

Betekenen de ambities van Valérie het einde van haar carrière op de dienst geriatrie? “Helemaal niet. Geriatrie is voor velen in eerste instantie niet de meest favoriete dienst om te werken, maar dat komt eerder uit onwetendheid, denk ik. Als ik eerlijk ben, stond geriatrie in 2017 ook niet bovenaan mijn verlanglijstje. Mijn

voorkeur toen ging naar de hartbewaking en het oncologisch dagziekenhuis. Toen bleek dat beide diensten op dat moment geen optie waren, heb ik maar meteen voor een dienst gekozen die ver buiten mijn *comfortzone* lag. Althans, dat dacht ik toen. Vier jaar geleden was ik helemaal niet zeker of ik graag met oudere patiënten zou werken, maar al gauw ontstond er een klik tussen de mensen op geriatrie en mezelf. Ik ben namelijk een grote knuffelaar en hou ervan veel vriendschap te geven aan de patiënten. Geen plaats in het ziekenhuis waar die eigenschappen beter tot hun recht komen dan op de geriatrische dienst. Bovendien blijven de patiënten hier vaak voor langere tijd, wat ervoor zorgt dat je ook echt de kans krijgt om een band met hen op te bouwen. Goed communiceren, en vriendelijk en begripvol zijn, dat zijn essentiële ingrediënten voor een vlot genezingsproces. En die eigenschappen zijn mij op het lijf geschreven.”

De theorie op school is niet de praktijk in het ziekenhuis

Dat er meer handen nodig zijn in de zorg, staat ook voor Valérie buiten kijf. Op korte termijn ziet ze niet meteen kant-en-klaare oplossingen, al vindt ze dat er aan de opleidingen een en ander kan worden bijgeschaafd: “Op school heb ik vooral veel geleerd dat eigenlijk niet in verhouding staat met de realiteit in het ziekenhuis. Ik kan niet de verpleegkundige zijn zoals dat op school wordt aangeleerd, niemand kan dat. Dan ben je namelijk meer bezig met de tijd dan met de mensen. Maar ik weiger ‘slaaf te worden van de klok’. Ik kijk bewust nooit naar de tijd. Ik heb ook geen nood aan een extra pauze van 30 minuten om me terug te trekken en

mijn batterijen weer op te laden. Maar een halfuurtje extra om een babbeltje te slaan met de patiënten, dat zou zoveel mensen zo goed doen. Of het opbreken van het KB78 soelaas kan bieden door meer profielen in de zorg medische handelingen te laten stellen? Dat is een moeilijke vraag waarover ik nog niet heb nagedacht, maar als dat voor meer tijd voor de patiënt kan zorgen, dan is iedere oplossing welkom.”

Spelbreker corona

Dat Valérie graag een knuffel geeft aan haar patiënten las je hierboven, maar hoe doe je dat in coronatijden? “Simpel: amper of niet. De geriatrische dienst in het AZ Sint-Elisabeth werd omgebouwd tot een Covid-afdeling. Ik gaf me spontaan op om te helpen op die bijzondere afdeling en de strijd aan te gaan met een onbekende, laffe vijand. Het virus zorgde vooral in het begin voor enorm veel onzekerheid, niet in het minst bij de mensen in de zorg. Nu weten we al een pak meer. Tot op vandaag merken we in het ziekenhuis nog steeds golfbewegingen in het aantal patiënten met Covid-19 dat we hier over de vloer krijgen. Soms denk je: ‘we zijn er bijna, het ergste is achter de rug’ en op andere momenten denk je: ‘we zijn er opnieuw aan begonnen, waar gaat dit eindigen?’. Maar om positief te blijven: in het ziekenhuis heeft het iedereen dichter bij elkaar gebracht. Ik werkte het voorbije jaar met mensen samen die ik daarvoor niet of amper kende. Intussen zijn wij in het ziekenhuis gevaccineerd, hopelijk volgt de brede bevolking snel. Ik hoop dat iedereen ook de komende maanden nog zijn verantwoordelijkheid neemt en ik zou iedereen willen vragen weg te blijven van *lockdown* feestjes. Samen komen we erdoor!”

Ouderenzorg met een hart?

Een warme omgeving waar u zich echt thuis voelt, waar u centraal staat en persoonlijk verzorgd wordt: voor minder gaan we niet. Maak kennis met onze woonzorgcentra, assistentiewoningen of andere oplossingen die we aanbieden in uw buurt.



Kijk nu op

onshartkloptvoor.u.be



Ons hart klopt voor u



0871865

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

