

ZORG WIJZER

#kiesvoordezorg



- 10 Nieuw raamwerk rond open disclosure voor transparante communicatie
- 18 Aan de slag met het High & Intensive Care-model voor acute psychiatrische zorg
- 26 Inloophuis wordt gedragen door vrijwilligers met ervaringskennis

Colofon

98

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 98, juli 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
- 05 Project #kiesvoordezorg biedt opleidingskansen en werkzekerheid
- 10 Nieuw raamwerk rond open disclosure
- 14 Ageism speelt gezondheidszorg voor ouderen parten
- 18 High & Intensive Care psychiatrische zorg
- 22 Zorgnet-Icuro en Lisanga investeren samen in het Congolese Kutu
- 26 Team vrijwillige ervaringsdeskundigen draagt inloophuis T'hus
- 28 AZ Maria Middelaes zet in op dementievriendelijkheid

Leeftijdscriminatie in de zorg

Meer dan ooit tevoren stonden de ouderen tijdens het afgelopen jaar in de belangstelling. Er was uiteraard de impact van het coronavirus op de ouderen en de woonzorgcentra. Maar ook opvallend: steeds meer stemmen en opinies weerklinken over de manier waarop we kijken naar ouderen en ouder worden, de *framing*, de beeldvorming... De al dan niet bekende Vlamingen die publiekelijk hun ongenoegen ventileren over het verplichte pensioen zijn allang niet meer op één hand te tellen. Rode draad doorheen de verhalen is het niet willen afgeschreven zijn, de leeftijdsdiscriminatie die ouderen ervaren, de figuurlijke schotten tussen de levens vóór en na het pensioen... *Ageism* eist stilaan zijn plaats op in het maatschappelijk debat. Terecht. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie publiceerde onlangs een lijvig rapport met aanbevelingen om leeftijdsdiscriminatie aan te pakken.

“Iedereen wil oud worden, maar niemand wil oud zijn”, luidt de boutade. Onze kijk op ouderen bepaalt ook onze kijk op ouderenzorg. En die is heel vaak negatief, met een vaak uitgesproken aversie tegen vormen van collectieve zorg, waar veel kwetsbare mensen samenkomen. We hebben het immers moeilijk om geconfronteerd te worden met ouderdom, aftakeling en een verlies van mogelijkheden en participatie aan het maatschappelijk leven. Het is goed dat het bewustzijn groeit, dat we het thema niet uit de weg gaan, dat steeds meer ouderen zelf aangeven dat ze zich

gediscrimineerd voelen en hun wensen en verlangens uiten.

Het wordt hopelijk de komende jaren een pittig debat, ook in de zorg. Er is immers geen ontkomen aan: het aantal mensen op hoge en heel hoge leeftijd zal in Vlaanderen de komende decennia stijgen. De eerste jaren nog voorzichtig, maar vanaf 2030 explosief. Dat zal – nog veel meer dan nu – een impact hebben op de hele gezondheidszorg, niet alleen op de woonzorgcentra of de thuiszorg. Ons zorgmodel, dat nog altijd veel nadruk legt op acute zorg vanuit een specialistische en vaak gefragmenteerde blik, is niet aangepast aan de toestroom van de *babyboomgeneratie* die stilaan op leeftijd komt. “Door een 80-jarige dezelfde zorg te bieden als een 16-jarige bied je geen gelijkwaardige zorg”. Aan het woord in deze *Zorgwijzer* is een geriater met een vurig pleidooi voor een holistische benadering van ouderen.

We staan voor uitdagende jaren. Hoe zullen we in pakweg 2040 omgaan met de ouderen in de samenleving? Hoe zullen we aankijken tegen oud worden? Hoe zullen we het zorgsysteem aangepast hebben aan een steeds groter wordende groep mensen met chronische aandoeningen? Het is onze verantwoordelijkheid om die oefening niet uit de weg te gaan en bakens uit te zetten voor de toekomst. Laat de voorstellen voor verandering maar komen. Omdat ouderen recht hebben op kwaliteitsvolle zorg en leeftijdsdiscriminatie in de zorg geen *issue* mag zijn.



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

De 19 Centra Geestelijke Gezondheidszorg bundelen de krachten op gezamenlijke website

Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) is gespecialiseerd in de preventie en behandeling van ernstige psychische problemen. In Vlaanderen zijn er 19 centra. Voortaan vind je ze allemaal terug onder hetzelfde digitale dak: www.centrageestelijkegezondheidszorg.be Iedereen die op zoek is naar info over de behandeling van psychische problemen kan er terecht. Wie hulp zoekt, krijgt door het intypen van zijn postcode, meteen een overzicht van de CGG in zijn buurt. Specifieke informatie per CGG vind je op aparte pagina's.

'Ik zoek hulp!' via mijn postcode

Centraal op de website staat een zoekbalk.

Wie op zoek is naar hulp, kan in die balk de postcode of gemeente invullen waar hij/zij woont. Daarna volgt een overzicht van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg die een werking hebben in zijn/haar buurt, samen met de nodige contactgegevens.


Psychische hulp voor alle doelgroepen

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg zijn er voor alle leeftijden. Van kinderen over jongeren tot volwassenen en ouderen. Wie met psychische problemen kampt, kan via de nieuwe website snel opzoeken hoe de aanmeldprocedure verloopt, wat de kostprijs is en hoe de behandeling verloopt.

Preventie

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg beschikken over een uitgebreide preventiewerking. Zowel op vlak van suicidepreventie, als op vlak van tabak, alcohol en andere drugs. Via de 'preventiepagina' op de website krijgen bezoekers meteen te zien bij welk CGG ze kunnen aankloppen voor *coaching* en advies op vlak van suicide- of verslavingspreventie.

Benieuwd? Neem een kijkje op www.centrageestelijkegezondheidszorg.be



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



PROJECT INTERSECTORAAL FONDS VOOR DE GEZONDHEIDSDIENSTEN
BIEDT OPLEIDINGSKANS EN WERKZEKERHEID

#kiesvoordezorg

TEKST: KIM MARLIER - BEELD: PETER DE SCHRYVER

De vraag naar gekwalificeerde verpleegkundigen en zorgkundigen is enorm. Het project #kiesvoordezorg geeft werknemers uit andere sectoren de mogelijkheid om een tweede carrière als zorgkundige of verpleegkundige te overwegen. Zij krijgen de kans om een betaald opleidingstraject te volgen in dienst van een werkgever uit de zorgsector. De federale overheid betaalt een voltijds loon uit aan mensen uit eender welk beroep die zich laten omscholen tot zorg- of verpleegkundige. Studenten hebben bovendien vanaf de eerste schooldag een contract van onbepaalde duur bij een werkgever. Eenmaal afgestudeerd kan de kandidaat-werknemer meteen in dienst blijven van de werkgever waarmee hij of zij een arbeidsovereenkomst heeft afgesloten.

Het project startte begin 2021. *Zorgwijzer* stapte af bij twee voorzieningen: woonzorgcentrum Lindelo en AZ Nikolaas. Beide zorgwerkgevers en hun stagiairs blikken terug op het eerste half jaar van #kiesvoordezorg.

Dit project is mogelijk gemaakt met de middelen uit het zorgpersoneelsfonds die de Federale overheid ter beschikking stelt van het IFG (Intersectoraal Fonds voor de Gezondheidsdiensten).



#KIESVOORDEZORG

Woonzorgcentrum Lindelo



“Iedereen in de zorgsector is op zoek naar personeel en de vijver waaruit we vissen wordt jaar na jaar kleiner”, zegt Maarten Smans, personeelsdirecteur in wzc Lindelo in Lille. Het was voor hen een evidente stap om zich te engageren in het project #kiesvoordezorg.

“Ik liep al langer rond met het gevoel dat ik iets nuttig wilde doen voor de mensen. De coronacrisis nam de laatste twijfels weg”, vertelt Ina Wuyts, stagiaire binnen het project #kiesvoordezorg.

Ina Wuyts volgt de opleiding tot verpleegkundige binnen het project #kiesvoordezorg. “Ik werkte in de verkoop, maar was al een tijdje op zoek naar een nieuwe uitdaging. Er zijn handen te kort in de zorgsector, dat werd nog maar eens pijnlijk duidelijk tijdens deze crisis. Ik liep al langer rond met het gevoel dat ik iets nuttig wilde doen voor de mensen, dat ik iets wilde betekenen. Er was wel een struikelblok: hoe kan ik die opleiding combineren met een job? Want het was voor mij geen optie om op volledige werkloosheid te moeten terugvallen. Het project #kiesvoordezorg was een uitgelezen kans en de coronacrisis nam de laatste twijfels weg om de knoop door te hakken. Ik schreef me in voor de driejarige opleiding HBO5.”

De vijver wordt kleiner

“Wij merken al een aantal jaren dat er een personeelskrapte is. Iedereen in de zorgsector is op zoek naar personeel en de vijver waaruit we vissen wordt jaar na jaar kleiner”, zegt Maarten Smans, personeelsdirecteur in WZC Lindelo. “Daarom vind ik het niet meer dan normaal om je als organisatie te engageren in projecten die mensen de weg helpen vinden naar de zorgsector. Eerder deden we al mee met het project Talentenmobiliteit, gericht op de bankensector, en met IntegraZorg, gericht op erkende vluchtelingen. Wij sloten in kader van #kiesvoordezorg een voltijdse arbeidsovereenkomst van

Ina Wuyts: “Het was voor mij geen optie om op volledige werkloosheid terug te vallen. Dit project was een uitgelezen kans om een opleiding en een job te combineren.”

Maarten Smans: “We moeten ervoor zorgen dat we er morgen op kunnen rekenen dat er nieuw, bekwaam en gekwalificeerd personeel aan het bed of de zetel van onze bewoners staat.”

“Een project zoals #kiesvoordezorg biedt een zorginstelling mooie kansen. De kans dat Ina na het behalen van haar diploma hier blijft werken is reëel. We sloten immers een voltijds contract van onbepaalde duur af”

onbepaalde duur af met Ina. Als werkgever gaan wij dit engagement aan waardoor de werknemer met behoud van wedde de opleiding kan volgen. De stage is een onderdeel van de opleiding. Ina volgt de reguliere opleiding bij een onderwijsinstelling samen met de andere studenten. Als onderdeel van die opleiding loopt ze onder andere bij ons stage.”

Klamme handjes (waren nergens voor nodig)

“Ik startte in februari 2021”, vertelt Ina. “De combinatie van lessen volgen en stage lopen, bevalt me voorlopig heel goed. Eerlijk gezegd ben ik eraan begonnen met wat klamme handjes. De tijd op de schoolbanken lag al eventjes achter mij. Ik had wel wat schrik om terug naar school te gaan, stage te lopen en mijn weg te vinden in een compleet nieuwe omgeving. Dat was nergens voor nodig, want het loopt heel vlot. Het laatste half jaar is voorbijgevlogen.”

“Ik zette destijds mijn studies stop na het zevende jaar middelbaar en had geen ervaring met verder studeren. Het was even zoeken om terug achter mijn boeken te zitten en een studiemethode te vinden die bij mij past. Maar ook daar krijg ik veel hulp om uit te pluizen hoe ik dat het best aanpak en we krijgen voldoende tijd en kansen.”

“Ina startte als één van de eerste kandidaten binnen dit project”, vult Maarten aan. “In september begint de tweede lichting studenten en dan mogen wij vier kandidaten onder onze vleugels nemen, drie zorgkundigen en één verpleegkundige. De kandidaten stromen toe uit heel diverse sectoren. Wat wel opvalt, is dat het meestal net die sectoren zijn die zwaar getroffen werden door de crisis. Zo is er een candidate die op dit moment in de toeristische sector werkt en sinds maart 2020 werkloos thuis zit.”

Tips en tops

Tijdens de eerste module van haar opleiding loopt Ina stage in het woonzorgcentrum Lindelo. “In latere modules zal ik ook stage lopen op andere plekken zoals een ziekenhuis. Nu help ik mee met de ochtendzorg en maak ik de mensen klaar voor de dag. Tegen de middag helpen we hen aan tafel en bij het naar het toilet gaan en assisteren we bij het eten als dat nodig is. Daarna is het tijd voor ontspanning met een leuke activiteit en 's avonds help ik medicatie toe te dienen en de mensen klaar te maken om naar bed te gaan.”

“Wij zijn een woonzorgcentrum dat zich al jaren engageert om studenten een stimulerende leeromgeving aan te bieden zodat ze zich kunnen voorbereiden op een job in de zorg”, vertelt Maarten. “Dat staat zo in onze missie en we zien dat echt als een opdracht van het huis. We moeten ervoor zorgen dat we er morgen op kunnen rekenen dat er nieuw, bekwaam en gekwalificeerd personeel aan het bed of de zetel van onze bewoners staat. Dagelijks zijn hier gemiddeld twaalf stagiaires aan de slag. Ze lopen geen stage zodat we werk uit handen kunnen geven. Neen, we willen hen begeleiden, opleiden en uiteraard ook evalueren. Wat loopt er al goed, waar kan een student nog bijsturen? Wat zijn de tips en de tops? Naar het einde van een stage toe moeten we natuurlijk de touwtjes wat loslaten om na te gaan of het alleen lukt. De stage van Ina is het eerste jaar gericht op zorg. Naar het einde van de opleiding zal het voor haar meer gaan over hoe ze bepaalde zaken moet aanpakken. Hoe kijk je naar de dingen?”

Geen labeltje

Loopt het allemaal zoals verwacht? “Het was moeilijk om mij iets voor te stellen bij de stage, net omdat ik totaal nog geen ervaring in de zorg had”, zegt Ina. “Dat was in het begin wel eng, maar het viel uiteindelijk bijzonder goed mee. Ik heb nooit het gevoel gehad dat ik hier rondloop

met het *label* van een student die enkel en alleen moet luisteren. Ik moet op dit moment wel veel meer puzzelen om mijn tijd goed te verdelen en dat is nieuw voor mij. Zo liep ik de afgelopen vier weken stage hier in wzc Lindelo en moest ik ondertussen mijn examens afleggen. Eerlijk? Dat was even wennen en ik voel ook dat ik nog een beetje mijn weg moet zoeken in planningen maken.”

“De band met de bewoners overtreft toch mijn verwachtingen. Ik werk bij de bewoners met dementie en de eerste dagen was het spannend om met hen te babbelen. Zij kennen mij niet en ik wist niet hoe ze zouden reageren op een vreemde, nieuwe stagiaire in hun omgeving. Maar na een paar dagen was ik al opgenomen in de kring van mensen die ze kennen en vertrouwen. Dat was een heel fijn gevoel.”

Mooie kans voor een grote stap

“Een project zoals #kiesvoordezorg biedt een zorginstelling mooie kansen”, vult Maarten aan. “De kans dat Ina na het behalen van haar diploma hier blijft werken is reëel. We sloten immers een voltijds contract van onbepaalde duur af, wat maakt dat er sowieso een drempel is om dat op te zeggen. Dat is echter geen *gratis* vrijgeleide. Als Ina haar opleiding goed afrondt en ze voelt dat dit is wat ze wil doen, kan ze hier aan de slag. Toch stapten wij niet mee in het project om hier voordeel uit te halen als organisatie. We doen dit om ons steentje bij te dragen aan de opleiding van goede zorgverleners.

Je voelt ook dat de kandidaten die in dit project stappen zeer gemotiveerd zijn. Ze kiezen heel bewust voor een zorgopleiding omdat ze voor mensen willen zorgen. Vaak zijn het mensen die aarzelden om deze sprong te wagen. Het is ook niet eenvoudig om je job op te geven en in het onbekende te springen door een onbetaalde opleiding te volgen. Dit project helpt mensen om die stap te zetten.”



#KIESVOORDEZORG

AZ Nikolaas



Danny Noens: “#kiesvoorzorg is een succes omdat de voorwaarden om deel te nemen zeer duidelijk zijn. De lat ligt hoog genoeg.”

Rebecca Lauohaichi: “Horen dat ik met dit traject in AZ Nikolaas mocht starten, was een van mijn beste dagen tot nu toe.”

Rebecca Lauohaichi had een duidelijk doel voor ogen: ze wilde aan de slag in AZ Nikolaas, maar soms neemt het leven wat onvoorziene omwegen. “Ik twijfelde geen seconde om me aan te melden toen ik hoorde over het project #kiesvoorzorg. Toen ik zag dat AZ Nikolaas als een van zorginstellingen op de lijst stond, galmde er alleen maar ‘Yes!’ door mijn hoofd.”

“Rebecca was een sterke kandidaat”, vertelt Danny Noens, verpleegkundig middenkader AZ Nikolaas en verantwoordelijk voor onder andere het team van begeleiding van nieuwe medewerkers en studenten. “Haar enthousiasme zorgde ervoor dat we haar zonder twijfel aannamen.”

Scherp doel voor ogen

“Ik heb vroeger nog stage gelopen in AZ Nikolaas voor mijn opleiding logistiek assistent en die periode is mij altijd bijgebleven”, vertelt Rebecca. “Iemand die toen op de spoedafdeling werkte zei me ‘Jij zal nog een collega worden van ons, let maar op.’ Na mijn middelbare studies ging ik aan de slag in de verkoop en later bij een poetsdienst waar ik ook een aantal thuiszorgklanten had. Ik heb een warm hart en ben graag in de weer voor mensen. Het bleef bij mij kriebelen om in de zorg te werken, maar het bleek niet evident om me om te scholen. Ik kwam niet in aanmerking voor Project 600 en startte daarna een opleiding ‘medisch secretariaat’ in avondonderwijs. Al die tijd was het mijn doel om in AZ Nikolaas te kunnen werken.”

“Via via hoorde ik over het project #kiesvoorzorg en ik twijfelde geen seconde om me aan te melden. Ik nam contact op met FeBi en stelde me kandidaat voor de opleiding tot verpleegkundige. Omdat ik al meer dan twee jaar werkervaring had, kwam ik in aanmerking en mocht ik een

“Dit project is voor mensen die van sector willen veranderen als een soort valscherf om toch de sprong te wagen”

reeks cognitieve en psychologische testen afleggen. Daarnaast kreeg ik ook een lijst van instanties en scholen die aan dit project meewerken en moest ik contact opnemen om te solliciteren. De sollicitatie moet een van de spannendste dagen van mijn leven geweest zijn. Horen dat ik met dit traject in AZ Nikolaas mocht starten, was een van mijn beste dagen tot nu toe.”

Een valscherf

“Elk jaar starten er een zeventigtal nieuwe verpleegkundigen bij ons. Dat is een grote instroom. #kiesvoorzorg was in dat opzicht een opportuniteit die we niet konden laten liggen”, zegt Danny. “Wij zetten sterk in op mensen warm maken voor een job in de zorg en dit is een ideale manier om te investeren in de toekomst.”

“In februari 2021 startten er twee kandidaten en voor september hebben we zeker al twee kandidaten van de nieuwe lichte. Rebecca is de jongste, maar ook de enige die echt al affiniteit had met ons ziekenhuis. Er hoeft uiteraard nog geen band te zijn met onze organisatie om hier aan de slag te gaan, maar het enthousiasme van Rebecca zorgde ervoor dat we niet twijfelden om met haar in zee te gaan.”

“We zien twee soorten kandidaten. Enerzijds zijn er mensen zoals Rebecca, die een moeilijke start maakten in hun carrière. Mensen die niet echt de kans kregen om verder te studeren of door omstandigheden onder hun potentieel bleven. Daarnaast zien we kandidaten die tot het besef komen dat ze in de verkeerde sector zitten en een nieuwe weg willen inslaan. Dat zijn mensen uit heel verschillende sectoren zoals het bankwezen, de logistieke sector of ambtenaren. Ze worstelen al een tijd met dat gevoel, maar durven of kunnen de stap niet zetten. Dit project is voor hen een soort valscherf om toch de sprong te maken.”

Krijg er geen genoeg van

Hoe was het om terug de schoolbanken op te zoeken? “Ik moest wel even schakelen toen ik met deze opleiding startte”, zegt Rebecca. “Het was de eerste weken zwaar om terug op de schoolbanken te zitten, vooral dan om mijn focus te vinden en te houden. Er komt nu ook meer bij kijken. Vroeger kwam ik thuis van school en schoof ik mijn voeten onder tafel. Nu doe ik na de lessen de boodschappen, moet ik koken en pas wanneer mijn dochter slaapt, kan ik mijn boeken open slaan.”

“Mijn eerste twee stages liep ik in een woonzorgcentrum waar we ons vooral focussen op zorgkundige taken zoals wassen, eten, met de tilliften werken, parameters nemen en basisverzorging. Ook dat was in het begin puzzelen met uren en de zoektocht naar opvang. En toch krijg ik er niet genoeg van, ik vind het allemaal zo interessant. Er zullen wat mij betreft niet genoeg stages zijn, want ik wil alles zien en leren. Op dit moment heb ik nog niet scherp voor ogen op welke afdeling ik als verpleegkundige wil landen. Ik heb uiteraard wel mijn interesses, maar hoe meer ik leer hoe meer interesses ik kan toevoegen aan mijn lijstje. Mijn beeld verruimt ook tijdens de opleiding. Zo had ik voor ik dit traject startte het idee dat de afdeling palliatieve zorgen mij minder zou liggen, maar net door de verhalen die ik van mijn docenten hoor, voel ik hoe mijn blik verandert.”

Lat ligt hoog genoeg

“Volgens mij is #kiesvoorzorg een succes omdat de voorwaarden om deel te nemen zeer duidelijk zijn. De lat ligt hoog genoeg”, vult Danny aan. “De kandidaten zijn enorm gemotiveerd. Er staat immers een grote stok achter de deur te wachten op hen, want ze mogen niet falen of stoppen met hun stage. In dat geval stopt de

opleiding en het project ook onmiddellijk. Het zijn mensen die ontslag namen in hun vorige job om dit traject te kunnen volgen. Volgens mij zal dat ook een effect hebben op de slaagkansen, net omdat ze beseffen dat dit een unieke kans is die ze absoluut niet mogen laten schieten. Wij zagen al vrij veel sollicitanten en dat zijn goed gescreende en sterke kandidaten. Daar let je als organisatie op, want uiteindelijk investeren wij wel wat in deze mensen.”

“Nu het project begint te lopen, duiken er ook wel aandachtspunten op. Als student verpleegkunde heb je verschillende modules en moet je de verschillende domeinen doorlopen waaronder ook stages in een woonzorgcentrum of de thuiszorg. Dat betekent dat Rebecca pas hier op de werkvloer komt wanneer ze stage zal lopen in de domeinen van bijvoorbeeld heelkunde, inwendige ziekten en moeder-kind. Pas dan kan ze onze organisatie en de verschillende teams goed leren kennen om eens ze verpleegkundige is, een gerichte keuze te maken. We moeten er dus op letten dat we ook voeling houden met deze medewerkers op het moment dat ze niet bij ons stage lopen en dus een tijd buiten beeld zijn.”

Kans niet laten schieten

“Ik kan soms nog niet volledig vatten dat ik de kans krijg om me om te scholen tot verpleegkundige en zo mijn droom kan verwezenlijken”, besluit Rebecca. “Ik ben graag in de weer voor de mensen en zorg graag. Dit is meer dan een duwtje in de rug, het is een groot cadeau.”

“Het is niet verboden om als arts ‘sorry’ te zeggen tegen een patiënt”

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

Open en transparante communicatie na een medische fout of een ander patiëntveiligheidsincident is cruciaal voor zorginstellingen. Dankzij een nieuw raamwerk rond *open disclosure*, mee onderschreven door Zorgnet-Icuro, zijn er nu handvaten voor een correcte aanpak.

Maar liefst tien procent van de opgenomen patiënten raakt betrokken bij een patiëntveiligheidsincident, zo blijkt uit internationaal onderzoek. In het beste geval merkt de patiënt daar niets van, maar in sommige gevallen heeft het zware gevolgen. In ons land zijn er enkele duizenden incidenten met schade per jaar. Omdat er geen nationaal kader was rond *open disclosure*, sloegen het Vlaams Patiëntenplatform en het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid de handen in elkaar om een raamwerk op te stellen. Daarin worden antwoorden gegeven op vragen waarmee veel artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals worstelen. Welke informatie kan je delen met de patiënt en familie? Mag je je verontschuldigen? Wie betrek je allemaal bij zo'n gesprek?

“Er is geen discussie over het feit dat *open disclosure* noodzakelijk is”, zegt Tom Balthazar, professor Gezondheidsrecht aan de UGent en stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro. “Uit respect voor de patiënt én de medewerkers is transparante communicatie aangewezen. Spijtig genoeg doen zich in de gezondheidszorg soms incidenten voor. Er zijn de onvermijdelijke complicaties, maar af en toe gebeuren er ook fouten of onvoorzichtigheden. Die zijn quasi altijd onopzettelijk en onbedoeld. Maar dat betekent niet dat je erover moet zwijgen tegen patiënten. Uit onze ervaring en de internationale literatuur blijkt dat patiënten en hun omgeving vaak teleurgesteld en boos zijn als ze geen verklaring krijgen voor iets wat zij als een ‘medische

“Stilzwijgen is een van de oorzaken van strafrechtelijke procedures, die er soms agressief aan toe kunnen gaan”

fout’ ervaren. Bovendien is stilzwijgen een van de oorzaken van strafrechtelijke procedures, die er soms agressief aan toe kunnen gaan. Daarom is het aangewezen om altijd zo spoedig mogelijk over te gaan tot *open disclosure*.”

Mentaliteitsverandering

Nochtans leeft bij veel zorgprofessionals nog een angst om open te communiceren over zulke incidenten. “Dat is ook logisch”, zegt Balthazar. “Artsen hebben in hun opleiding en carrière vroeger steeds geleerd: communiceer vooral níet met patiënten over incidenten, alleen de verzekeringsmaatschappij mag dat doen. En het woord ‘sorry’ was een absoluut taboe, omdat patiënten dat als een schuldbekenenis zouden zien, die in een eventuele gerechtelijke procedure gebruikt zou kunnen worden.”

Maar er is dringend een mentaliteitsverandering nodig, onderstreept Balthazar. “Correcte informatie aan de patiënt geven, is niet verboden, integendeel: het is zelfs verplicht volgens de Wet Patiëntenrechten. Feitelijk uitleggen wat er gebeurd is, en indien nodig je verontschuldigen aanbieden, is zeker toegelaten. Maar alleen een rechter kan oordelen over schuld en aansprakelijkheid. En de verzekeraars beslissen over eventuele schadevergoedingen. Vergelijk het met een auto-ongeval: daar verwachten we ook dat de betrokken bestuurders heel precies en correct beschrijven wat er gebeurd is. En daar is het ook niet verboden om alvast

‘sorry’ te zeggen. Het is positief dat ook Assuralia, de koepel van verzekeraars, het raamwerk mee heeft ondertekend. Zij geven daarmee een belangrijk signaal.”

Al is zo'n ‘sorry’ ook niet altijd aan de orde, vindt Balthazar. “Dat lijkt me toch een misvatting. Artsen en andere zorgprofessionals zijn verplicht om hun patiënt correct te informeren. Maar als er bijvoorbeeld een complicatie optreedt, of als de patiënt niet het resultaat kreeg waarop hij hoopte, hoeven zij geen sorry te zeggen. Iedereen in de gezondheidszorg moet zijn best doen om patiënten zo goed mogelijk te helpen. Maar niemand heeft een resultaatsverbintenis. Al zijn er ook gevallen waarbij een vermijdbare handeling werd gesteld: in zo'n geval is een ‘sorry’ zeker op zijn plaats en wordt die ook als zeer belangrijk ervaren door de patiënt.”

Enkele aandachtspunten

Zorgnet-Icuro wijst wel op enkele aandachtspunten bij het bestaande raamwerk, vertelt Balthazar. “Er wordt gesteld dat *open disclosure* steeds ‘zo snel mogelijk’ na een incident moet plaatsvinden. Maar het onderzoek kan wel enige tijd in beslag nemen. Vaak zijn er meerdere oorzaken en betrokkenen. Neem het voorbeeld van medicatie die in een te hoge dosis werd toegediend. Heeft dat te maken met een voorschrift dat niet correct was? Liep het mis bij de distributie? Was de verpleegkundige vermoeid of onoplettend? Of is het een combinatie van factoren? Zeker bij complexe incidenten kan het minstens


Tom Balthazar: "Het is positief dat ook Assuralia, de koepel van verzekeraars, het raamwerk mee heeft ondertekend. Zij geven daarmee een belangrijk signaal."

enkele dagen duren voor zo'n onderzoek is afgerond. Bovendien moeten de betrokken medewerkers altijd de kans krijgen om hun verhaal te doen. Naast het recht op informatie van de patiënt, heeft de zorgverlener natuurlijk ook het recht op verdediging. Als zorginstelling mag je nooit een proces van *open disclosure* starten zonder de betrokken zorgverleners op de hoogte te brengen en naar hun versie van de feiten te luisteren."

Er zijn ook scenario's mogelijk waarbij het incident veroorzaakt werd door één (zelfstandige) zorgverlener, waardoor het voor de instelling niet altijd mogelijk is om *open disclosure* op te starten. "Stel dat een patiënt beweert dat zijn chirurg een technische fout heeft gemaakt, maar dat die chirurg dat betwist of weigert mee te werken aan het onderzoek, dan kun je niet zomaar verwachten dat het ziekenhuis een *open disclosure* organiseert. Daarom is het belangrijk om alle medewerkers zoveel mogelijk op één lijn te krijgen. Het raamwerk is geen nieuwe wet, eerder een soort *gentlemen's agreement* tussen verschillende *stakeholders*."

Tot slot stipt Balthazar nog twee aandachtspunten aan. "Vanuit onze instellingen voor geestelijke gezondheidszorg kregen we te horen dat voor hun doelgroep toch nog een verfijning van het raamwerk nodig is, qua communicatie of het betrekken van vertrouwenspersonen bijvoorbeeld. En daarnaast zullen er geregeld incidenten zijn waarbij de context van de patiënt betrokken moet worden. Ik denk bijvoorbeeld aan incidenten waarbij een minderjarige patiënt betrokken is, of een patiënt met dementie bijvoorbeeld."





Jos Vandekerkhof: "Vóór je als zorgverlener met de patiënt communiceert, moet je zelf duidelijk weten wat er gebeurd is en wat de mogelijke gevolgen zijn."

“Wanneer iets misloopt, hoeft de empathie tussen arts en patiënt niet te verdwijnen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK - BEELD: JAN LOCUS

Het Jessa Ziekenhuis in Hasselt werkt bewust aan een kwaliteitsbeleid, waar ook *open disclosure* deel van uitmaakt, vertelt medisch directeur dr. Jos Vandekerckhof. “Het is niet altijd eenvoudig om artsen te overtuigen, maar open communicatie over medische ongevallen is noodzakelijk.”

“Medische ongevallen zitten nog altijd in de taboesfeer. Dat heeft veel te maken met de grijze zone waarin ze zich bevinden. Bij medische ingrepen treden bijvoorbeeld regelmatig complicaties op die door patiënten ook als medische fouten worden gezien. De “echte” medische fouten kun je ruwweg opdelen in drie groepen: *near accidents*, fouten die op het laatste moment gecorrigeerd konden worden; *accidents*, fouten die effectief plaatsvonden; en *never events*, fouten die eigenlijk nooit zouden mogen gebeuren, omdat ze helemaal vermijdbaar zijn. Dat gaat dan bijvoorbeeld om een lidmaatverwisseling tijdens een ingreep. Gevallen zoals dat laatste zijn gelukkig hoogst uitzonderlijk. Maar ook bij andere medische missers zijn er vaak veel frustraties. Bij de patiënt en zijn omgeving, maar ook bij de arts of verpleegkundige. Mensen maken nu eenmaal fouten, dat valt nooit uit te sluiten. Maar jammer genoeg kunnen die de zorgrelatie helemaal verstoren.”

“Daarom is het zo belangrijk om als zorgverlener altijd een open en transparante houding aan te nemen. Dat zorgt er zelfs voor dat er minder gerechtelijke procedures zijn, in tegenstelling tot wat veel zorgverleners vrezen. Als je aan patiënten helder uitlegt wat er gebeurd is, aanvaarden ze dat vaak.”

“Wanneer zich in ons ziekenhuis een medisch ongeval voordoet, stapt de patiënt of zijn familie meestal zelf naar de ombudsdienst. Meestal treedt de ombudsman of

“Jarenlang werd aan artsen en verpleegkundigen gezegd dat ze vooral nooit ‘sorry’ mochten zeggen, omdat ze dan schuld zouden bekennen. Maar dat klopt niet”

-vrouw tijdens de gesprekken op als een onafhankelijk bemiddelaar, wat een goede zaak is. Maar daarnaast is het belangrijk dat ook de betrokken zorgverlener of een andere arts aanwezig is bij het gesprek. De omstandigheden moeten zo eerlijk en objectief mogelijk besproken worden en de patiënt en zijn familie hebben recht op emotionele ondersteuning.”

“Veel zorgverleners zijn bang om hun verontschuldiging aan te bieden. Jarenlang werd aan artsen en verpleegkundigen gezegd dat ze vooral nooit ‘sorry’ mochten zeggen, omdat ze dan schuld zouden bekennen. Maar dat klopt niet. Enkel een rechter kan beslissen over schuld en onschuld. En als een arts open communiceert, zal dat zelfs eerder in zijn voordeel spelen, als het toch tot een juridische procedure zou komen. Arts en patiënt hebben vaak een hechte relatie, waarin empathie cruciaal is. Wanneer er iets misloopt, hoeft die empathie niet te verdwijnen. Als arts zeggen dat je het erg vindt dat de patiënt iets is overkomen, is niet hetzelfde als zeggen dat je onzorgvuldig hebt gehandeld.”

“Al moet je uiteraard omzichtig omspringen met dit soort gesprekken. Vóór je als zorgverlener met de patiënt communiceert, moet je zelf duidelijk weten wat er gebeurd is en wat de mogelijke gevolgen zijn. Je mag geen dingen zeggen waarop je later moet terugkomen, want dat zaait enkel verwarring. Onderschat ook niet wat er allemaal bij komt kijken. Zo’n proces

van *open disclosure* kan maanden duren en verschillende gesprekken vragen. Het is belangrijk om daarna een uitgebreide evaluatie te doen met het hele team, zodat gelijkaardige fouten in de toekomst vermeden kunnen worden.”

“Om op een goede manier aan *open disclosure* te doen, heeft een ziekenhuis vooral een goed kader nodig. Anders pakt de ene arts het zus aan, en de andere zo. Bij het Jessa Ziekenhuis kozen we bewust voor een aparte Directie Kwaliteit, met verschillende ‘Q partners’ die de kwaliteit op alle terreinen bewaken. Zij werken ook zorgpaden en procedures uit. Hoe beter die afgelijnd zijn, hoe kleiner het risico op fouten. En zij zorgen bijvoorbeeld ook voor het *second victim*-beleid, want ook zorgverleners lijden eronder wanneer er medische fouten gebeuren.”

“Ageism speelt gezondheidszorg voor ouderen parten”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: JONATHAN RAMAEL

Geriatr dr. Hilde Baeyens van AZ Alma in Eeklo trekt aan de alarmbel. Oudere patiënten krijgen niet de zorg die ze verdienen. Ze worden vaak gediscrimineerd en de zorg is te vaak niet aangepast aan hun noden en behoeften. Ageism is één oorzaak, de ongenueanceerde beeldvorming over geriatrie een andere. “Als geriatr worden we dagelijks geconfronteerd met de gevolgen van een gezondheidssysteem dat onvoldoende is aangepast aan de noden van de oudere bevolking”, zegt dr. Baeyens.

De coronacrisis heeft een aantal dingen op scherp gesteld, maar uw ongenoegen zit dieper: de geriatrie en de oudere patiënten worden stiefmoederlijk behandeld?

“Geriaters hebben een sterke link met de eerste lijn, de woonzorgcentra en de derde lijn. Zo merken we waar de hiaten zitten, waar oudere mensen gediscrimineerd worden tegenover jongere mensen. Onze gezondheidszorg is niet altijd even accuraat. Als een scholier in de turnles zijn pols breekt, dan gaat hij in het gips en zes weken later doet hij opnieuw met alles mee. Als een 80-jarige valt en zijn pols breekt, krijgen we een ander verhaal. Zo hebben oudere mensen na een breuk vaak angst om te bewegen, wat hun revalidatie remt en hen afhankelijker maakt. Bovendien krijgt de patiënt pijnstillers, die verwardheid kunnen veroorzaken. Door een 80-jarige dezelfde zorg te bieden als een 16-jarige, bied je geen gelijkwaardige zorg. Ons gezondheidssysteem vertrekt traditioneel vanuit orgaanspecialismen en dat is niet de goede aanpak voor geriatrische patiënten.

Daarnaast zijn er de vele discriminaties. De vorige regering besliste bijvoorbeeld om psychologische hulp terug te betalen, maar alleen voor wie jonger is dan 65 jaar. Tijdens de coronacrisis werd die

discriminatie gelukkig weggewerkt, maar de mobiele equipes van de psychiatrische liaisondiensten zijn niet vertrouwd met 75-plussers en hun problematiek. In de praktijk blijven de oudere patiënten in de kou staan. Als 75-plusser opgenomen in een ziekenhuis krijg je gratis psychologische bijstand via een intern liaisonteam geriatrie. Wie wordt opgenomen op de dienst geriatrie, moet hier wel zelf voor betalen. Psychologen zijn een voorwaarde voor het zorgprogramma geriatrie, maar worden niet gefinancierd voor dat aspect. Ziekenhuizen worden ondergefinancierd en moeten besparen. Vaak zijn oudere patiënten hiervan het eerste slachtoffer.”

babyboomgeneratie zijn we gewoon met te weinig om overal te kunnen zijn. De klassieke geneeskunde kijkt alleen naar de vinger, de pols of het oor, en dat heeft een negatieve impact op de levenskwaliteit van oudere patiënten.

Tegelijk zijn de orgaanspecialisten noodzakelijk. Als iemand van 80 jaar borstkanker heeft, dan heeft die recht op een behandeling. Maar eerst moet een bilan opgemaakt worden: hoe goed functioneert het geheugen, hoe sterk zijn de botten en de spieren, wat is de psychische draagkracht, de voedingstoestand... ? Op basis van dat bilan kan je dan in overleg met de

“Ageism zit in het hele gezondheidssysteem. Voor kinderen doen we het zus, voor volwassenen doen we het zo en voor ouderen... een beetje hetzelfde als voor volwassenen”

Oudere mensen verdienen meer zorg en behandelingen op hun maat. Worden geriaters nog te weinig betrokken in de zorg voor oudere patiënten?

“Zeker! Dat komt mede door het tekort aan geriaters. Er zijn in ons land vijf keer meer pediaters dan geriaters. Een 80-jarige die een breuk oploopt wordt te vaak als een volwassene met een breuk behandeld. Terwijl er zoveel meer moet gebeuren. Moet een vitamine D-kuur worden opgestart? Is de val veroorzaakt door medicatiegebruik? Is er onderliggend cognitief lijden? Dat soort evaluaties gebeurt te weinig. Ook osteoporoseklinieken zijn hierop geen antwoord. Let wel, iedereen doet zijn best. Geriaters leiden mee de huisartsen hiervoor op. We krijgen veel huisartsen-in-opleiding (HAIO) op geriatrie, wat heel goed is. Maar met de huidige

patiënt en de orgaanspecialist de meest aangewezen behandeling kiezen. Zo moet het. En niet zoals bijvoorbeeld in Nederland, waar iemand boven de 80 jaar geen hemodialyse meer kan starten, zelfs al loopt hij een marathon. Leeftijd mag nooit het enige criterium zijn om mensen al dan niet goede zorg te geven. De samenwerking met de nefrologen in ons ziekenhuis is schitterend, waardoor gewogen keuzes kunnen worden gemaakt in het belang van de patiënt.

Iedereen weet wat een pediater doet, maar te weinig mensen beseffen wat een geriatr doet. Vaak worden wij er pas bijgehaald als de orgaanspecialisten het niet meer weten. Dan moeten wij met onze expertise zien wat nog mogelijk is. Beter zou zijn om de geriaters proactief te betrekken vóór je een zware behandeling bij een 80-plus-



Hilde Baeyens: "Ziekenhuizen worden door de slechte financiering gedwongen om te besparen. De zwaksten zijn de eerste dupe."

ser start. Zorg, ook de meest innovatieve zorg, moet voor iedereen toegankelijk zijn, maar je moet altijd rekening houden met de individuele toestand van elke patiënt."

Geriatrische expertise is in alle contexten noodzakelijk. Geriaters delen hun expertise outreachend, maar worden daar zelden voor erkend, laat staan voor vergoed?

"Bij transmurale zorg worden geriaters te weinig betrokken. We doen nochtans grote inspanningen. Sinds 2004 zitten we vier keer per jaar samen met de samenwerkende woonzorgcentra uit het Meetjesland. We maken organisatorische afspraken, maar werken ook inhoudelijk samen. Denk aan onze rol bij uitbraken van clostridium, MDRO, scabiës... Maar te gemakkelijk worden we over het hoofd gezien. Ik denk nu bijvoorbeeld aan de HOST-projecten die onlangs gelanceerd zijn. Daar is een huisarts en een klinisch bioloog voorzien, maar geen geriater.

We werken al jaren transmuraal. We zijn het ook wettelijk verplicht binnen het zorgprogramma. Maar we doen het allemaal belangeloos en voor niets. Niet alleen krijgen we geen erkenning voor dat

werk, eigenlijk ontbreekt het ons ook aan de slagkracht om het goed te doen. De geriatrie heeft dringend nood aan meer erkenning, zowel maatschappelijk als op beleidsniveau. Dat is nodig om onze discipline meer op de kaart te zetten.

Tijdens de coronacrisis kregen de pediaters een stem in het debat over de aanpak van de pandemie en in de onderwijskoepeles. De geriaters werden geconfronteerd met de meest complexe pathologie, maar werden nauwelijks gehoord. Tijdens de eerste golf werd uitsluitend naar de pneumologen gekeken, tot die plots constateerden dat oudere patiënten niet meer aten, verward waren, ten val kwamen... Dan pas werden de geriaters erbij gehaald. Korte tijd later kon ik een geriatrische Covid-afdeling in het ziekenhuis openen. De geriaters hebben keihard gewerkt tijdens de eerste, de tweede en de derde coronagolf, met tussendoor ook nog de gevolgen van een hittegolf vorige zomer. Maar zijn we in beeld geweest? Hebben we erkenning gekregen? Is er naar ons geluisterd? Nauwelijks."

U wijt dat gebrek aan erkenning mee aan ageism?

"Ageism is aanwezig in de samenleving én in onze gezondheidszorg. Toen ik jaren geleden een revalidatieteam startte op de geriatrische dienst in AZ Alma, twijfelde een fysiotherapeut aan de zin ervan. 'Je moet oude mensen toch niet te zeer vermoeien. Laat ze liever met rust. Waarom moeten zij per se nog kunnen stappen?' In sommige woonzorgcentra kwamen kinesitherapeuten vroeger gewoon even langs om hun honoraria op te strijken, zonder verder veel uit te richten. Gelukkig is dat vandaag niet meer zo. We zetten met z'n allen in op het mobiel houden van de mensen. Natuurlijk kost dat vaak meer inspanning. Niets is gemakkelijker dan de revalidatie van gezonde, gemotiveerde patiënten zonder andere aandoeningen. Vaak merk je dat vooral dit profiel welkom is op Sp-diensten, waar ligdagen niet verantwoord hoeven te worden. Terwijl oudere mensen met multiple, complexe problematiek doorverwezen worden naar een kortverblijf in een woonzorgcentrum, waar de kinesitherapeut behandelingen geeft tegen de helft van het honorarium dat hij in zijn thuispraktijk kan vragen. Hierdoor verkleint de kans dat de patiënt goed gerevalideerd geraakt en terug naar zijn thuisomgeving kan.





Hilde Baeyens: "We werken al jaren transmuraal. We zijn het ook wettelijk verplicht binnen het zorgprogramma. Maar we doen het allemaal belangeloos en voor niets."

Nog meer discriminatie zien we bij de tegemoetkomingen. Voor ambulante revalidatie krijgt de patiënt een tegemoetkoming voor het vervoer. Voor revalidatie in het geriatrisch ziekenhuis krijgt de patiënt géén tegemoetkoming voor zijn vervoer. Mensen met een klein pensioen kunnen zich dat nauwelijks veroorloven. Ze kunnen natuurlijk naar een ambulante centrum gaan. Maar daar komen ze terecht in een context met heel andere revalidanten, bij wie ze zich helemaal niet op hun plaats voelen. Met als gevolg: ze gaan niet meer.

Om gelijkwaardige zorg aan oudere mensen te geven, moet je méér inspanningen doen. We weten dat een geriatrische patiënt na één week in bed drie weken revalidatie nodig heeft om zijn spierkracht terug te winnen. Op onze geriatrische afdeling bestaat geen 'verplichte' bedrust, behalve voor patiënten die met sepsis af te rekenen hebben of terminaal zijn. We mobiliseren ze vanaf dag één, zodat er geen spierversval en geen acute verwardheid optreedt. Alleen op die manier kunnen we ervoor zorgen dat mensen niet achteruitgaan door hun ziekenhuisopname zelf. Maar hier is omkadering voor nodig."

U pleit voor een stabiel, interprofessioneel team rond de geriaters met niet alleen een hoofdverpleegkundige, maar ook een logopedist, ergotherapeut, kinesitherapeut, diëtist, psychologe en een sociale assistente.

"Ziekenhuizen worden door de slechte financiering gedwongen om te besparen. De zwaksten zijn de eerste dupe. Voor oudere mensen is het belangrijk dat ze elke dag dezelfde kinesitherapeut hebben. Zijn er te veel wissels, dan heeft de therapeut angst om de patiënt te mobiliseren en dan heeft de patiënt ook geen vertrouwen in de therapeut, omdat er geen zorgrelatie is. Idem dito voor de contacten met de familie voor een patiënt met beginnende dementie. Kan de patiënt nog terug naar huis of niet? Dat is een proces dat een sociaal assistent samen met de familie moet gaan. Is er iedere keer een andere sociaal assistent, dan werkt dat niet. Voor directies is het schipperen en kiezen. Net omdat het zorgprogramma geriatricie geen stabiele omkadering heeft, zijn we een gemakkelijk slachtoffer. Voor het bariatrisch zorgprogramma legt de wet vast hoeveel VTE psychologische omkadering

“De geriateren hebben keihard gewerkt tijdens de eerste, de tweede en de derde coronagolf, met tussendoor ook nog de gevolgen van een hittegolf vorige zomer. Maar zijn we in beeld geweest? Hebben we erkenning gekregen? Is er naar ons geluisterd? Nauwelijks”

er moet zijn. Daar moet elk ziekenhuis zich aan houden. Voor het geriatrisch zorgprogramma vermeldt de wet alleen dat er een licentiaat psychologie nodig is, maar niet hoeveel VTE. Daarop kan dus heel gemakkelijk bespaard worden. Gezien de vele verlieservaringen (familie, huis, geheugen, functieverlies), niet verwerkte trauma's, psycho-relatieve problemen, ouderen mishandling... is er echt wel nood aan psychologische omkadering. Een wettelijk geregelde vaste omkadering zou een dienst geriatricie meer structuur en stabiliteit geven. We willen ook dat er financiering komt voor wat wordt opgelegd: 1 VTE verplichten en maar 0,8 VTE financieren in het Budget Financiële Middelen, dat kan niet werken.”

Zorgt de zwakke positie van de geriatricie voor een negatieve spiraal? Wordt het moeilijker om jonge mensen - artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten... - te overtuigen om te kiezen voor de geriatricie?

“Veel studenten starten studies geneeskunde met de wil om vanuit een holistische visie naar de mens te kijken. Doorheen de opleiding kiezen velen toch voor een orgaanspecialisme. Dat komt mee door het grote aantal docenten dat orgaanspecialist is. Als artsen-specialisten in opleiding stage lopen op een dienst geriatricie, merk ik wel de goesting bij die jonge mensen. Ze zien de complexiteit, de relevantie, de mogelijkheden om mensen te helpen. Geriatricie patiënten zijn de meest hulpbehoevende. Maar die stagiairs ervaren dat de werkdruk op geriatricie veel hoger is dan op meer technische diensten. Ondanks hun interesse is het daardoor dikwijls moeilijk om ze voor de geriatricie te winnen. Wat de verpleegkundigen betreft, speelt nog iets anders mee. We krijgen op geriatricie vaak eerstejaarsstudenten verpleegkunde op

stage. Volgens hun leerplan moeten ze hier een bedbad leren geven. Terwijl wij net zo weinig mogelijk een bedbad geven! Op geriatricie komt alles samen: hart- en nierlijden, chirurgie, psychiatrie, voedingsproblemen, auto-immuunlijden... Hier zitten de meest complexe patiënten. En dan sturen ze studenten naar hier om een bedbad te leren geven. Dáár gebeurt de beeldvorming. Eigenlijk zouden studenten pas later in hun opleiding stage mogen lopen op een afdeling geriatricie. De hele beeldvorming moet dringend veranderen. Hetzelfde geldt voor de kinesitherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten. Op geriatricie krijgen ze de meest complexe uitdagingen.

Ageism zit in het hele gezondheidssysteem. Voor kinderen doen we het zus, voor volwassenen doen we het zo en voor ouderen... een beetje hetzelfde als voor volwassenen. We moeten af van die houding. Gelukkig groeit dat besef meer en meer, mee gesteund door wetenschappelijk onderzoek. Oncogeriatricie en nefrogeriatricie spitsen zich toe op specifieke domeinen. Ook rond sarcopenie zijn er hele nieuwe boeiende inzichten aan het ontstaan.

Het is nu het moment om de ouderenzorg optimaal te organiseren, zodat we de komende 30 jaar de toestroom van *babyboomers* op een kwaliteitsvolle manier kunnen verwerken. AZ Alma heeft op 20 jaar tijd een geriatricie dienst uitgebouwd met 100 bedden, 6 plaatsen dagziekenhuis en 5 geriateren. Maar als je rekening houdt met de demografische gegevens en de noden, dan heeft het Meetjesland momenteel een capaciteit van 220 geriatricie bedden nodig in plaats van 100. Het verder uitbouwen van het geriatricie dagziekenhuis zal hoe dan ook een noodzaak en een meerwaarde zijn. Hiervoor hebben we vele jonge medewerkers nodig,

maar ook rijpere en meer ervaren mensen met een positieve *drive*.”

Stel dat u van het beleid *carte blanche* krijgt, wat zijn uw drie grootste prioriteiten?

“Eerst en vooral het wegwerken van het *ageism* door alle wetten en regels te toetsen op mogelijke discriminatie van ouderen. Iedereen heeft recht op gelijkwaardige zorg, aangepast aan zijn noden en context. Ten tweede, een juiste financiering voor het zorgprogramma geriatricie én voor de *outreaching* functies. Ook de geriateren zelf verdienen een betere vergoeding, anders blijft de instroom veel te beperkt. Ten derde zou ik nog meer investeren in wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Dat is nodig, omdat ouderen de leeftijdsgroep is met de hoogste variabiliteit. Elke oudere patiënt heeft immers al een heel leven achter de rug, draagt een eigen geschiedenis met zich mee. Leeftijd als index heeft weinig waarde. Gewicht evenmin. Wat zegt een BMI van 21.5 kg/m² als 55% van het gewicht uit vetmassa bestaat in plaats van spieren? De *frailty* index houdt al meer rekening met de complexiteit. Maar we hebben nog betere indexen nodig voor goede zorg op maat.”

Geriatricie werken met de meest kwetsbare mensen, die niet altijd voldoende gehoord worden. Maar ook de geriateren staan als groep zelden op de barricaden? Staan geriateren te weinig op hun strepen?

“Dat is inderdaad een werkpunt voor onze discipline. We worden zo opgeslokt door het dagelijkse werk, dat we daar te weinig aandacht voor hebben. We hebben boegbeelden nodig, zo werkt dat nu eenmaal. We vormen bovendien een relatief heel kleine groep in vergelijking met andere disciplines. En we zijn geen luide roepers, veeleer harde werkers.”

“Door afzondering te vermijden, blijft de relatie tussen patiënt en hulpverlener gevrijwaard”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK - BEELD: SOPHIE NUYTTEN

Het High & Intensive Care-model voor acute psychiatrische zorg waaide enkele jaren geleden over uit Nederland om vrijheidsbeperkende maatregelen als afzondering en fixatie te beperken. “We proberen altijd in contact te blijven met de patiënt, ook op moeilijke momenten.”

Drang en dwang zijn in de acute psychiatrische zorg heikele thema's. Bij onze noorderburen wordt al een tiental jaar gewerkt met het zogenaamde HIC-model: High & Intensive Care. Hoofddoel is om patiënten met een acute psychiatrische crisis nooit alleen te laten en zo weinig mogelijk vormen van drang en dwang - zoals afzondering en fixatie - toe te passen. In 2017 waaide het model over naar ons land en intussen zijn negen Belgische ziekenhuizen ermee aan de slag. Een daarvan is Zorggroep Multiversum, dat het HIC-model toepast in de gesloten opnameafdeling Intro 2.

“In 2014 begonnen we met ons team steeds vaker stil te staan bij vrijheidsbeperkende maatregelen”, vertelt zorginhoudelijk coördinator Kathleen Lodewyckx. “Er werden regelmatig patiënten in afzondering geplaatst. Vaak niet zozeer om hun eigen veiligheid te garanderen, maar wel om andere patiënten minder te belasten

“Escalaties ontstaan nooit uit het niets, dat gaat in fases. Daarom is het belangrijk om kleine spanningen meteen te detecteren”

en de groepsdynamiek niet onder druk te zetten. Eigenlijk klopt dat niet. Dus gingen we op zoek naar manieren om dat te beperken. We gingen toen met enkele leden van het team op bezoek bij een HIC-afdeling in Nederland en dat model sprak ons meteen aan. In 2017 zijn we er effectief zelf mee aan de slag gegaan.”

Zorg opschalen

De gesloten afdeling Intro 2 werd toen opgesplitst in twee delen, vertelt coördinator Jeff Van Roie. “Er is een High Care (HC) en een Intensive Care (IC). Op de HC zijn 20 bedden en daarnaast zijn er op de IC vijf individuele kamers. Mensen die op een gesloten afdeling als de onze terechtkomen, hebben acute psychische problemen. Heel vaak gaat het om patiënten met een psychose, bipolaire stoornis, zware depressie of suïcidaal gedrag. 80% van de patiënten wordt gedwongen opgenomen, de meesten met een spoedprocedure. Concreet wil dat zeggen dat mensen vaak 's avonds of 's nachts door de politie naar hier worden gebracht en agressief gedrag vertonen. Vroeger was het de gewoonte dat zij hun eerste nacht standaard in een extra beveiligde kamer doorbrachten. Dat proberen we nu te vermijden. Vaak gaat een van onze medewerkers even met hen naar zo'n extra beveiligde kamer om een kort gesprek te voeren en tot rust te komen, maar de patiënt wordt nooit alleen gelaten. Nabijheid is een van de kernpunten van HIC. Doorgaans kalmeert de patiënt vrij snel, waardoor hij naar zijn kamer op de HC kan komen.”

De IC is dan ook geen aparte afdeling, maar een soort schakelinstrument. “Iedereen die hier wordt opgenomen, krijgt een bed op de HC. Enkel wanneer iemand

ernstig ontregeld raakt en bijvoorbeeld agressief gedrag vertoont of een suïcidopoging onderneemt, verwijzen we hem door naar de IC voor meer intensieve begeleiding en observatie. De zorg wordt er opgeschaald. Maar zodra het mogelijk is - soms na enkele uren, soms na een week - kan de patiënt terugkeren naar de HC.”

Minder escalaties

“Een van de belangrijkste aspecten van het HIC-model is dat onze zorgverleners altijd alert zijn voor spanningen”, vertelt Kathleen. “Escalaties ontstaan nooit uit het niets, dat gaat in fases. Daarom is het belangrijk om kleine spanningen meteen te detecteren en samen met de patiënt op zoek te gaan naar een manier om daarmee om te gaan. We werken nu ook aan een 'signaliseringsplan': een instrument voor patiënten en zorgverleners om bepaalde fases van een crisis te herkennen. Als een patiënt merkt dat hij in een 'oranje' fase terechtkomt en leert om dan bepaalde stappen te zetten, kan hij voorkomen dat hij in het 'rood' gaat. Een heel andere manier van denken dan vroeger, toen de zorgverlener zelf besliste dat een patiënt rust nodig had en hem dus even in afzondering plaatste.”

Door op deze manier te werken, zijn er minder escalaties. Maar je kunt ze nooit helemaal uitsluiten, geeft Kathleen toe. “Als het toch escaleert, hebben we verschillende mogelijkheden om de patiënt opnieuw tot rust te brengen: een gesprek, een wandeling, creatieve activiteiten... En patiënten kunnen zich ook even terugtrekken in onze *comfort room*: een gezellige kamer met een sofa, rustgevend behangpapier, muziek... Dat is zeker geen isolatiekamer: er wordt geen dwang

Kathleen Lodewyckx: "HIC gaat over patiënten en hun context, maar het vraagt ook veel van een team. Door moeilijke situaties te bespreken, leer je heel veel voor de toekomst."



Jeff Van Roie: "Doordat patiënten zelf ook signalen van een crisis leren te herkennen, werken ze actief mee aan hun eigen herstel."



“Op korte termijn is het misschien ‘makkelijker’ om een patiënt omwille van agressief gedrag te isoleren. Maar op lange termijn is het veel beter om het contact te houden”

gebruikt, patiënten kunnen hier op eigen vraag gebruik van maken en ook weer vertrekken als zij dat wensen. Er is ook altijd een begeleider in de buurt, want nabijheid is cruciaal.”

Zelfregie

Natuurlijk vraagt dat allemaal veel inzet en energie van de zorgverleners, vertelt Kathleen. “Op korte termijn is het misschien ‘makkelijker’ om een patiënt wegens agressief gedrag te isoleren. Maar op lange termijn is het veel beter om het contact te houden. Afzondering gaat heel vaak gepaard met verzet en meer agressie. Bovendien kan het nieuwe trauma’s opleveren en de relatie tussen patiënt en zorgverlener verzuren. Als je in contact blijft en samen door moeilijke momenten gaat, blijft die relatie gevrijwaard. In de toekomst wordt het dan ook makkelijker om nieuwe crisissen op te vangen.”

En doordat patiënten zelf ook signalen van een crisis leren te herkennen, werken ze actief mee aan hun eigen herstel, aldus Jeff. “Een van de belangrijkste pijlers van HIC is zelfregie: we proberen de periode op de gesloten afdeling zo kort mogelijk te houden, maximaal drie weken. Vanaf de eerste moment van de opname wordt gewerkt aan het vertrek.” Daarom is het belangrijk om de context van de patiënt zoveel mogelijk te betrekken, vult Kathleen aan. “We proberen altijd zo snel mogelijk na opname een zorgafstemming-gesprek in te plannen met de patiënt en zijn omgeving: partner, kinderen, ouders, maar bijvoorbeeld ook een ambulante behandelaar. Al is het niet makkelijk om iedereen al na enkele uren rond de tafel te krijgen.”

Als patiënten dat willen, kunnen ze ook in de familiekamer verblijven, waar 24 uur op 24 een familielid of vriend aanwezig mag zijn, vertelt Jeff. “Voor bepaalde patiënten kan de aanwezigheid van een vertrouwenspersoon drempelverlagend

en angstreducerend werken. Denk bijvoorbeeld aan iemand die voor het eerst wordt opgenomen wegens een acute psychose: dat kan heel beangstigend zijn, waardoor het fijn is om iemand bekend in de buurt te hebben.”

Knelpunten

Kathleen en Jeff zijn beiden erg positief over de HIC-werking, al zijn er natuurlijk wel wat knelpunten. “Eén-op-één-begeleiding is cruciaal in de IC, maar door een krappe personeelsbezetting is dat niet altijd haalbaar. In het weekend hebben we bijvoorbeeld minder personeel: als er dan iemand in crisis wordt binnengebracht en tegelijk een andere patiënt individuele begeleiding nodig heeft, kom je er niet. We kunnen ook niet voorspellen wanneer een situatie zal escaleren en er dus extra handen nodig zijn”, legt Jeff uit.

“In het begin hadden onze medewerkers ook wel twijfels en vragen”, vertelt Kathleen. “Iederéén wil dat er minder dwangmaatregelen zijn, maar het is soms moeilijk om een evenwicht te vinden: hoelang kun je wachten met ingrijpen wanneer de situatie toch escaleert? Daarom hechten we veel belang aan de teambesprekingen en *debriefings*: wanneer er bijvoorbeeld een situatie met agressie is geweest, moeten hulpverleners dat kunnen bespreken met hun collega’s. HIC gaat over patiënten en hun context, maar het vraagt ook veel van een team. Door moeilijke situaties te bespreken, leer je heel veel voor de toekomst.”



Karel Vandesteene: "Een HIC-werking vraagt een ongelofelijke inzet en toewijding van de organisatie en haar medewerkers."

“Dankzij de HIC-audits leren we veel van elkaar”

Vorig jaar werd de HIC-monitor in Vlaanderen gelanceerd. Intussen is de eerste audit achter de rug en kan er geëvalueerd worden, vertelt Karel Vandesteene, zorgmanager bij Karus en hoofd van het lerend netwerk rond HIC.

Wat is de HIC-monitor precies?

“Het is een modelgetrouwheidsschaal: aan de hand van 53 verschillende factoren kun je nagaan hoever een organisatie staat in de toepassing van het HIC-model. In Nederland hebben ze al veel langer zo’n monitor en die is daar ook al wetenschappelijk onderzocht. Hoe hoger de score, hoe minder kans op vrijheidsbepenkende maatregelen. Omdat wij een heel ander zorglandschap hebben, hebben we hun monitor “verbelgisch”. Onze versie is nog niet *evidence based*, maar er loopt nu wel een onderzoek naar de effecten van HIC in België.”

Hoe verliep de eerste audit?

“We vonden het belangrijk om een nulmeting te doen, zodat organisaties weten waar ze staan. Per HIC-afdeling hebben we twee HIC-auditoren opgeleid die allemaal een eerste audit hebben gedaan bij een HIC van een andere organisatie. Het is fantastisch om te zien hoe een ploeg van 18 *believers* is ontstaan: echte HIC-ambassadeurs die met veel enthousiasme en nieuwsgierigheid te werk gaan. Dat past binnen de visie van ons lerend netwerk: naast de audit organiseren we ook momenten van expertisedeling, vorming en wisselleren.”

Welke lessen kunnen we al trekken?

“Eén aspect dat vaak terugkeert, is het zorgafstemmingsgesprek: binnen de 24 uur na een opname moeten alle relevante actoren rond de tafel worden gezet om te praten over het behandeltraject. Dat is niet altijd eenvoudig, zeker in regio’s waar de mobiele teams nog niet goed aansluiten bij de HIC-afdelingen. Ook een huisarts snel betrekken is vaak nog een uitdaging.

Ten slotte heb ik nog een belangrijk signaal voor de overheid. Een HIC-werking vraagt een ongelofelijke inzet en toewijding van de organisatie en haar medewerkers. Goede zorg aan patiënten is nabije zorg. Zorg die kan worden opgeschaald als een patiënt onder toegenomen spanning komt te staan. Alleen op die manier kunnen we preventief optreden en dus afzonderingen vermijden. Maar alle HIC-organisaties kampen met een tekort aan personeel om de cruciale één-op-één-zorg altijd waar te kunnen maken. Hopelijk wordt hier in de toekomst nog extra in geïnvesteerd.”

Naiké Costa: "Microbudgetten helpen een lokale economie op gang te brengen, het kan tewerkstelling genereren. Lokale economie kan dan de ruggengraat worden van de samenleving."



Manu Langerock: "We financieren nu vooral infrastructuur, vorming en kleinschalige initiatieven. Dat zijn investeringen met het oog op de lange termijn. Vroeger financierden we vooral de dringendste acute noden zonder stil te staan bij enkele jaren later."

Van ontwikkelingshulp naar samenwerkingsontwikkeling

TEKST: JENS DE WULF – BEELD: JAN LOCUS

Wist je dat er zoiets bestaat als ‘de werkgroep Internationale Solidariteit’ binnen Zorgnet-Icuro? Neen? Dan ben je vast ook niet op de hoogte dat er vanuit Zorgnet-Icuro jaarlijks 50.000 euro wordt vrijgemaakt om projecten te ondersteunen met een link naar de gezondheidszorg in de derde wereld. Een vijfde van dat budget gaat dit jaar naar het Congolese Kutu om er een kleinschalig en zelfvoorzienend initiatief voor landbouw en veeteelt uit te bouwen, met daaraan gekoppeld een educatief luik. Het project werd bij Zorgnet-Icuro ingediend door Manu Langerock, directeur van wzc Sint-Rafaël in Liedekerke én kersvers voorzitter van vzw Lisanga, een organisatie die kleinschalige projecten in gezondheidszorg en onderwijs in Congo ondersteunt. Voor een hedendaagse visie op solidariteit en samenwerking trok *Zorgwijzer* naar Manu Langerock zelf en Naiké Costa, directeur van wzc Sint-Jozef in Assenede en lid van de raad van bestuur van Lisanga.

De wortels van vzw Lisanga liggen bij de zusters van de Kindsheid Jesu. 75 jaar lang waren zij actief in het missioneringswerk in Congo. In 2002 keerden de zusters definitief terug naar Vlaanderen. Om hun werk en inzet levendig te houden, richtte de groep woonzorgcentra Zorg-Saam in 1992 de vzw Lisanga op.

De naam Lisanga werd niet zomaar gekozen, welke betekenis zit erachter?

Manu Langerock: “Lisanga betekent ‘samenwerken in vriendschap’ in het Lingala. Een passende naam, want dat is essentieel in onze werking én het is een teken van solidariteit. Wij streven een vriendschappelijke samenwerking na tussen Belgen en Congolezen. Samenwerking duidt op wederkerigheid. Hoe wij de band tussen België en Congo absoluut

niet willen zien, is als die waarbij de ene alleen maar geeft en de andere alleen maar krijgt. Neen. Er is een ruitwerking in beide richtingen. Zij kunnen van ons leren op vlak van medische zorg bijvoorbeeld, maar wij kunnen net zoveel van hen leren op vlak van openheid, positief in het leven staan, lachen ondanks de ellende...”

Naiké Costa: “Ik denk dat we heel complementair kunnen zijn als we open staan om van elkaar te leren. En om van elkaar te leren is het belangrijk dat je je niet boven de ander plaatst. Ik spreek bijvoorbeeld ook niet graag van ‘hulp’. Dat impliceert eigenlijk dat er een band is tussen een sterkere en een zwakkere. Hoewel ik goed genoeg beseft dat vrienden mekaar ook gewoon kunnen helpen. Samenwerken is misschien toch een neutraler woord. Op die manier kan je elkaar ook beter leren kennen.”

Manu, jij wil het woord ‘ontwikkelingshulp’ liefst niet meer gebruiken, jij verkiest samenwerkingsontwikkeling. Kan je dat toelichten?

Manu Langerock: “Het gevaar van hulp bieden is dat degene die krijgt afhankelijk wordt van de donor. De Congolese bevolking rekende er in het verleden steeds op dat ze geld van België zouden krijgen en dat gevoel verhindert eigenlijk het zelf zoeken naar oplossingen en onafhankelijk worden. Het uitgangspunt van onze vriendschapsband met de mensen uit Congo moet zijn dat we de tijd nemen en de moeite doen om te luisteren naar hun dromen en hun wensen. Wij moeten vervolgens bekijken in welke mate we hen daarbij kunnen steunen. Het mooie daarbij is dat we niet allemaal ‘gelijk’ moeten zijn om eenzelfde doel na te streven. Een mooi voorbeeld is het woonzorgcentrum: er is het onthaal, de administratie, de zorg- en verpleegkundigen, de directie... allemaal

“Het uitgangspunt van onze vriendschapsband met de mensen uit Congo moet zijn dat we de tijd nemen om te luisteren naar hun dromen en hun wensen. Wij moeten bekijken in welke mate we hen daarbij kunnen steunen”

andere profielen, maar wel met dezelfde uitkomst voor ogen: zo goed mogelijke zorg voor de bewoners bieden. Dat is vergelijkbaar met onze band met de Congolezen: zolang we in alle vriendschap samenwerken en het kompas africhten op hetzelfde doel, zetten we stappen in de goede richting.”

De Zusters Kindsheid Jesu zijn dan al even vertrokken uit Congo, hun werk is overgenomen door de Soeurs de l’Immaculée Conception. Hoe belangrijk zijn zij voor de werking van Lisanga?

Manu Langerock: “De zusters zijn de eigenaars van de initiatieven. Het zijn zij die de prioriteiten bepalen en verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de projecten. Door hun permanente aanwezigheid zijn zij ook best geplaatst om de continuïteit van de projecten te verzekeren.”

Naiké Costa: “De zusters zijn essentieel in de werking van Lisanga. Het zijn dikwijls nog erg jonge mensen die bovendien een flinke scholing genoten hebben. Zij zijn onze brug naar de lokale bevolking.”



Het uiteindelijke doel van Lisanga is om de plaatselijke bevolking de nodige autonomie te geven om zelfstandig te kunnen leven. Op welke manieren willen jullie dat realiseren?

Manu Langerock: “De Congolezen willen *l'indépendance*, onafhankelijkheid. Onze visie daarop is dat we hen die onafhankelijkheid best kunnen geven door naar hen te luisteren. Daarom dat het zo belangrijk is dat ze zelf eigenaar kunnen zijn van de projecten en dat we naar hen luisteren. We moeten in het westen afstappen van het idee dat wij weten wat goed voor hen is. Zij weten dat zelf beter dan wie ook. Een simpel voorbeeld: met de pandemie zijn we in het westen massaal digitaal beginnen vergaderen. Zou het niet erg makkelijk zijn mochten zij ook via hun computer via *Teams verbinding* met ons kunnen maken? Misschien wel, maar willen ze dat? Dat is de vraag. We moeten het hen vragen.”

Naiké Costa: “Een manier om die au-

“Zullen er in de toekomst nog geldtransfers zijn in het kader van internationale solidariteit? Hoogstwaarschijnlijk wel. Maar dan wel met duurzame investeringen tot gevolg, op het tempo van de lokale bevolking en tegemoetkomend aan hun wensen”

tonomie te bekomen is door microbudgetten onder de bevolking te verdelen. Microbudgetten helpen een lokale economie op gang te brengen, het kan tewerkstelling genereren. Lokale economie kan dan de ruggengraat worden van de samenleving. Het project in Kutu dat vanuit Zorgnet-Icuro mee ondersteund wordt, is zo'n voorbeeld van een kleinschalig initiatief dat draait op microbudgetten.”

Manu Langerock: “Zorgnet-Icuro ondersteunt het project in Kutu met 10.000

euro; wij leggen daar nog eens 4500 euro bij. Dat is een mooie ondersteuning, maar vanzelfsprekend kunnen we daarmee niet de wereld veranderen. Lisanga heeft dit jaar een budget van 80.000 euro, bestemd voor kleinschalige projecten. En dat is goed. We hebben geen enkele ambitie om een NGO te worden.”

Schaft in een ideale wereld internationale solidariteit zichzelf af? Heel concreet: als een project succesvol is en de bevolking is nadien een pak autonomer, trekt Lisanga zich dan terug?

Project en Werkgroep Internationale Solidariteit

Zorgnet-Icuro houdt in zijn begroting naar jaarlijkse gewoonte een bedrag van €50.000 vrij in het kader van de internationale solidariteit. Een werkgroep, bestaande uit leden en medewerkers van Zorgnet-Icuro, buigt zich over de ingediende projecten en staat in voor de verdeling van deze middelen.

Voor 2020 werden niet één, maar twee oproepen gelanceerd naar de leden: een bijzondere oproep waarvoor 10.000 euro werd vrijgehouden en een algemene oproep. Projecten binnen 'de algemene oproep' situeren zich in het domein van gezondheidszorg, hebben een meerjarenbegroting en hebben een duidelijke link

met de indiener: het volstaat namelijk niet een project te vinden in de derde wereld zonder dat er enige band is tussen het project ter plekke en de interne werking van de voorziening hier. Onder deze projecten wordt 40.000 euro verdeeld.

Het project in Kutu, ingediend door de vzw Lisanga, werd door de werkgroep als sterkste project naar voor geschoven binnen 'de bijzondere oproep' en kon zo 10.000 euro steun in de wacht slepen. Projecten in de bijzondere oproep kunnen een ruimere insteek hebben dan gezondheidszorg. Zo kunnen bijvoorbeeld kleinschalige economische projecten die op indirecte wijze bijdragen tot gezondheidszorg eveneens in aanmerking komen. De sterke punten van het project in Kutu waren voornamelijk de kleinschaligheid: men vertrok van een lokale behoefte, in dit geval de wil om hongersnood tegen

te gaan en de inwoners een evenwichtiger voedingspatroon aan te bieden, een projectwerking met microbudgetten en het versterken van de lokale bevolking.

In 2021 zal er opnieuw, naast de algemene oproep, een 'bijzondere oproep' vertrekken vanuit de Werkgroep Internationale Solidariteit. Het grote verschil voor de algemene oproep is dat na screening enkel de eerste 20 projecten zullen weerhouden worden. Voor de bijzondere oproep blijven de criteria uit 2020 behouden, ook het bedrag van 10.000 euro blijft hetzelfde. Er zal evenwel meer belang worden gehecht aan de kwaliteit van de ingediende projectfiche en de mogelijkheden om communicatief het project in *the picture* te zetten.



Manu Langerock: “Wie die visie onderschrijft, focust in mijn ogen te veel op de geldelijke steun en te weinig op de samenwerking. Die band van samenwerking zal namelijk altijd nodig blijven. We moeten afstappen van het koloniale denken.”

Naiké Costa: “Je kan je dezelfde vraag stellen over de geldtransfers die nu van hieruit naar daar vertrekken. Zullen die er in de toekomst ook nog zijn? Hoogstwaarschijnlijk wel. Maar dan wel met duurzame investeringen tot gevolg, op het tempo van de lokale bevolking en tegemoetkomend aan hun wensen.”

Manu Langerock: “Inderdaad. We mogen niet uitgaan van het feit dat wij hier voor eeuwig welgestelder zullen zijn dan de Afrikanen. Zij hebben ongelooflijke troeven die ze vandaag helaas niet altijd kunnen uitspelen. De realiteit is dat er nog altijd veel armoede en zelfs hongersnood is in grote delen van Congo. Dat kan niet zomaar opgelost worden. Onze rug

daarnaartoe keren zou niet goed zijn. Maar naast geldelijke steun, zijn er nog veel manieren om samen te werken zodat onze vrienden daar uiteindelijk autonoom worden.”

Jullie hameren erop duurzame investeringen te willen doen met Lisanga, hoe definiëren jullie ‘duurzaam’?

Naiké Costa: “Kijk bijvoorbeeld naar investeringen in onderwijs die we daar doen of investeringen in gezondheidszorg. Die investeringen zijn niet uit te drukken in winstpercentages, maar een gezonde en opgeleide bevolking is een basisvoorwaarde om ook op economisch vlak flink wat stappen te kunnen zetten.”

Manu Langerock: “We beogen een multiplicatoreffect. In het concrete geval van Kutu subsidiëren we de opstart van de kippenboerderij en spreken we af om na een tijd een tweede boerderij op te starten. We kopen bijvoorbeeld ook naaimachines waarmee de bevolking een productie kan

starten. We financieren nu vooral infrastructuur, vorming en kleinschalige initiatieven. Dat zijn investeringen met het oog op de lange termijn. Dat was misschien vroeger minder het geval, toen financierden we vooral de dringendste acute noden zonder stil te staan bij enkele jaren later.”

Hoe zien jullie de toekomst van Lisanga?

Manu Langerock: “De toekomst is rooskleurig. We hebben een zeer enthousiast en deskundig team samengebracht. Nu is het zaak om onze organisatie verder te versterken en te professionaliseren. Ons voornemen is ook om meer te gaan samenwerken met Congolese Belgen. Zij vormen de derde grootste bevolkingsgroep met een migratieachtergrond in ons land en bovendien delen we met hen een koloniaal verleden. Maar er is ook de vrees dat de overheid de kraan van de subsidiëring zal dichtdraaien. We moeten onze bevolking sensibiliseren over het belang van solidariteit te midden van een economische crisis.”

Soeurs Immaculée Conception over het project in Kutu

In de marge van het gesprek met Manu Langerock en Naiké Costa konden we Marie Gabrielle, veearts én een van de plaatselijke zusters van de Soeurs Immaculée Conception, kort interviewen over de samenwerking tussen België en Congo en het belang van de geldelijke steun voor het project in Kutu.

Wie zijn de Soeurs Immaculée Conception (SIC)?

“Wij zijn een congregatie die is ontstaan uit de congregatie van de Zusters van Jezus van Gent. De Soeurs Immaculée Conception werden opgericht in 1969 in het bisdom Inongo in de provincie Mai-Ndombe. We werken in het onderwijs, medische en sociale dienstverlening, maar we bewerken ook het land, naaien...”

Hoe willen jullie de varkenswekerij uitbouwen met een sociale component?

“We willen jonge delinquenten, weduw-

naars en anderen een plaats geven in de samenleving. De fokkerij sturen we zelf aan. Onze wens is om de varkenshouderij uit te breiden. Daarom gaan we een varkensstal bouwen in Bokoro en Oshwe, zodat andere mensen de kans krijgen om de varkens groot te brengen.”

Hoe kan de steun van 14.500 euro hieraan bijdragen?

“Met die geldsom kunnen we investeren in een waterput en een zonnepomp die ons zal helpen om de varkensstal schoon te maken. Daarnaast kunnen we ook de groenten water geven en drinkwater verdelen onder de bevolking. Met het resterende geld kunnen we een schuur bouwen die door weduwes zal worden gebruikt voor onder andere vormingen en vergaderingen, maar kunnen we ook uien telen, net als bananen en andere gewassen. In Bokoro en Oshwe kunnen we een varkensstal bijbouwen om de fokkerij uit te breiden.”

Welke projecten willen jullie de komende 4 tot 5 jaar realiseren?

“Hoog op het lijstje staat de uitbreiding van de veeteelt, het bouwen van een voedingscentrum en de aanleg van een plantage van fruitbomen. Daarnaast willen we iedereen toegang geven tot drinkbaar water en een koelkast op zonne-energie aankopen waarmee we vaccins goed kunnen bewaren om de gezondheid van onze dieren te garanderen. In de hele provincie Mai-Ndombe is er namelijk geen dierenarts. De fokkers ondervinden daar hinder van.”

Hoe zien jullie de steun uit België in de toekomst evolueren?

“We zijn dankbaar voor de hulp die we ontvangen. Zonder hulp van België kunnen we niet verder evolueren. De hulp die we ontvangen, is een duw in de rug voor de ontwikkeling van onze mensen.”

Onze insteek is vrij simpel: 'Kom binnen. Zet u. Oe ist?'

TEKST: KIM MARLIER - BEELD: SOPHIE NUYTEN

T'hus of thuis. Het is een naam die vertrouwen, veiligheid, warmte en gezelligheid oproept. Een ideale naam voor het nieuwe inloophuis in Waregem dat gedragen wordt door een team van vrijwilligers met ervaringskennis.

"Een inloophuis is een laagdrempelige ontmoetingsplaats voor mensen met een psychische kwetsbaarheid", vertelt Kelly Vercaigne, medewerkster van T'hus. "De kracht van deze plek zit in het feit dat mensen zich niet moeten aanmelden, geen intakeprocedure hoeven doorlopen of een doorverwijzing op zak moeten hebben."

"De deur staat open voor iedereen die op dat moment iets van ondersteuning kan gebruiken. Dat kan een babbel zijn, maar ook een wandeling of deelname aan een van de groepsactiviteiten", vullen Timby Vansuyt en Wendy Mories aan, beiden vrijwilliger in het inloophuis. "Dat is net het fijne aan deze plek. Alles kan en niets moet. Er zijn geen behandelplannen, diagnoses, inclusiecriteria of exclusiecriteria. Onze insteek is vrij simpel: 'Kom binnen. Zet u. Oe ist?'"

Wanneer ik bij jullie binnenloop in Waregem, wat zou ik dan te zien krijgen?

Kelly: "Het eerste wat je opvalt is de geur van koffie of thee. In tijden zonder strikte coronamaatregelen wordt die 's middags vervangen door de geur van verse soep en een warme maaltijd. Er hangt een huiselijke sfeer. De tafeltjes zijn goed gevuld en er ontstaan losse babbels die overgaan in wat diepere gesprekken. Mensen komen met hun verhaal en die verhalen vinden hier een luisterend oor. Je ziet een kleine groep naar de vergaderzaal trekken om in een herstelwerkgroep aan de slag te gaan. Het inloophuis lijkt vooral op een gezellige living waar mensen een gezelschapsspel spelen of een potje kaarten. Tussen dat

alles door dertelt onze hond, Martha, die om een koekje komt bedelen."

Hoe onthalen jullie mensen die voor het eerst bij jullie op de stoep staan?

Timby: "Er zijn altijd twee vrijwilligers aanwezig in T'hus. Wanneer er iemand voor het eerst hier binnenkomt, neemt een van de vrijwilligers de tijd om kennis te maken. We verwelkomen die persoon, bieden een tasje koffie of thee aan en knopen een gesprekje aan. Hoe is het met jou? Heb je wat extra uitleg nodig over onze werking?"

Wendy: "Dat gesprekje hoeft trouwens niet altijd over kwetsbaarheid te gaan. Er zijn ook mensen die binnenwandelen zonder de nood om hun verhaal te doen. Losse babbels kunnen ook deugd doen. Het moet niet altijd zwaar beladen zijn. Als vrijwilliger voel je wel aan of er ruimte is om al dan niet over iemands verhaal te praten. We gaan dat er nooit uitsleuren."

Jullie werken in T'hus heel bewust met een team vrijwillige ervaringsdeskundigen. Hoe verloopt dat?

Kelly: "Het zijn allemaal mensen met een kwetsbaarheid die al vrij ver in hun herstel staan, maar toch moeten we hier zorgzaam mee omgaan. Wanneer de vrijwilligers zich goed voelen in het team en voldoende draagkracht hebben, dan kunnen ze de gasten, of de aanlopers, mee ondersteunen. Op dit moment staan er twaalf vrijwilligers onder AMA, een contract voor arbeidsmatige activiteiten. Zij stapten effectief mee in de werking. Acht andere mensen zijn geïnteresseerd om mee te werken, maar zijn zelf nog zoekende. Ze geven aan dat ze nog niet over voldoende draagkracht beschikken om met het verhaal van iemand anders aan de slag te kunnen. Op dit moment ondersteunen zij de werking door bijvoorbeeld klusjes op te knappen of boodschappen te doen."

"Wij proberen vooral te luisteren naar iemands verhaal zonder te oordelen. De grootste kracht zit in het feit dat we allemaal lotgenoten zijn, daardoor kan je erkenning en herkenning bieden aan de gasten. Daar zit de grote meerwaarde"

Wendy en Timby, waarom kozen jullie ervoor om je hier als ervaringsdeskundige te engageren?

Timby: "Hiervoor was ik vrijwilliger in de Heerlijkheid van Heule. Daar werkte ik met jongeren en voelde ik me echt nuttig. Het liet me beseffen dat dit mijn traject kan zijn. Uit ervaring weet ik dat het goed is om omringd te zijn door lotgenoten. Mensen die echt weten wat jij op dat moment doormaakt. Ik kan luisteren, echt en oprecht luisteren, zonder onmiddellijk een antwoord of oplossing klaar te hebben. Die kracht wil ik graag inzetten om andere mensen te ondersteunen, want daar had ik tijdens mijn eigen traject zelf veel nood aan. De volgende stap is de opleiding tot ervaringswerker die ik in september start. In T'hus wil ik op termijn ook graag inzetten op samen bewegen en een gezonde levensstijl. Bijvoorbeeld door een *start to run-groepje* op te richten. Activiteiten die inzetten op verbinding en je thuisvoelen vind ik heel belangrijk. Dat kan door pakweg een potje Kubbe te spelen, maar vooral een ongedwongen en spontane sfeer is daarin onmisbaar."

Wendy: "Voor mij is dit plan opgeborreld tijdens mijn traject in De MaRe, een revalidatiecentrum in Kortrijk. Daar werd



"Dit inloophuis kan niet draaien zoals het nu draait zonder deze ploeg." Kelly Vercaighe, Wendy Mories, Timby Vansuyt:

heel snel duidelijk dat mijn vorige job niet meer haalbaar was, maar ik voelde ook dat ik iets wou doen om lotgenoten te ondersteunen. In De MaRe leerde ik Kelly en de opleiding tot ervaringswerker kennen. Mijn engagement in T'hus is zo een hele mooie opstap. In de toekomst wil ik graag Rap op Stap promoten. Dat is een laagdrempelig reisbemiddelingskantoor voor mensen met een beperkt budget. Ik heb daar als mama met jonge kinderen heel erg veel aan gehad. Daarnaast wil ik de gasten helpen om de tarieven van de verschillende nutsvoorzieningen zoals gas, water, elektriciteit en telefonie te vergelijken en nagaan of er een mogelijkheid is om te besparen. Ik kwam mezelf al een aantal maal tegen sinds de start van het inloophuis. Er zijn zaken die je triggeren, maar dat mag en het hoort erbij. Het is een heel veilige omgeving om in te werken als vrijwilliger."

Waar zit het verschil tussen een team dat voornamelijk bestaat uit vrijwillige ervaringsdeskundigen en een team professionele zorgverleners?

Kelly: "Voor mij is er geen verschil. De vrijwilligers zijn voor mij volwaardige

collega's. Dit inloophuis kan niet draaien zoals het nu draait zonder deze ploeg. Neem nu de opstart: dit pand was drie weken nadat we de sleutel kregen al schilderklaar en kon meteen de deuren openen, vooral dankzij de inzet van de vrijwilligers. Je voelt het enthousiasme, de gedrevenheid en de ambitie. Wat we nu hebben, is een antwoord op een nood die leeft in de maatschappij. Dat kan goed werken, daarvan zijn we allemaal samen overtuigd. De drempel kan iets lager zijn voor een gast wanneer hij onthaald wordt door een vrijwilliger, iemand die in wezen een lotgenoot is. Wij bieden in het inloophuis geen advies of oplossingen. Wij hebben geen behandelplan of methodieken in ons hoofd. Dat is hier niet aan de orde. De vrijwilligers moeten uiteraard in staat zijn om iemand gepast door te verwijzen, maar hier proberen wij vooral oordeelloos te luisteren naar het verhaal van iemand. De grootste kracht zit in het feit dat we allemaal lotgenoten zijn. Daardoor kan je erkenning en herkenning bieden aan de gasten. Daar zit de grote meerwaarde."

Waar willen jullie volgend jaar staan met T'hus?

Kelly: "Dan hoop ik dat onze vrijwilligerswerking nog steeds goed draait en dat we fijne, boeiende activiteiten kunnen organiseren. We zijn nog steeds aan het zoeken hoe we dit inloophuis nog kunnen verbeteren, want onze ambitie ligt hoog. Als ik verder mag dromen, dan hoop ik dat T'hus binnen pakweg tien jaar kan rekenen op een grote groep vrijwilligers die zich van betekenis voelen in dit inloophuis. Dan is T'hus een vaste waarde in de regio en moeten we op zoek naar een nieuwe locatie omdat het huis hier uit zijn voegen barst."

Meer info op
www.inloophuisthus.be en
thus@debolsterwaregem.be

T'hus werd opgericht vanuit Groep Zorg Heilige Familie vzw-De Bolster, in samenwerking met Stad Waregem en OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem.

Marc Vankerkhoven: "Kwali-tijd aan bed brengen is een noodzaak en tegelijk een blijvende uitdaging. Wat dat betreft is de personeelsnormering in mijn ogen achterhaald."



Een Buffalo met dementie blijft een Buffalo!

TEKST: LUK VAN RESPAILLE - BEELD: JONATHAN RAMAEL

Het coronavirus zal de leeftijdscurves wel een deuk bezorgd hebben, maar niettemin blijft Vlaanderen vergrijzen. Tegen 2027 zouden we daardoor bijna 300.000 senioren meer kunnen tellen dan in 2017. Zonder spectaculaire doorbraak in de geneeskunde zal dat helaas ook meer mensen met dementie betekenen. En toch klinkt het woord 'dementievriendelijk' nog niet zo vertrouwd als pakweg kindvriendelijk of milieuvriendelijk. Aan Marc Vankerkhoven, verpleegkundig paramedisch hoofd van het zorgprogramma geriatrie in het AZ Maria Middelaars in Gent, zal dat alvast niet gelegen hebben. *Zorgwijzer* vond hem bereid om wat tijd vrij te maken om de aanpak in zijn ziekenhuis nader toe te lichten.

Marc Vankerkhoven: "Ik werk van eind vorige eeuw in AZ Maria Middelaars en ben daar sinds 2015 ook coördinator transmurale zorg. Vanuit die functie vaak ik over de zorgcontinuïteit tussen ziekenhuis en de eerste lijn of het woonzorgcentrum."

Dat lijkt al meteen een eerste kenmerk van dementievriendelijkheid?

"Inderdaad. We noemen dat naadloze zorg of geïntegreerde zorg en dat is uiteraard een aspect van patiëntvriendelijkheid in het algemeen en in zijn specifieke vorm van *senior friendliness* en dementievriendelijkheid."

Een dementievriendelijk ziekenhuis is dus niets anders dan een ziekenhuis dat consequent is in zijn patiëntvriendelijke aanpak?

"Centraal in de zorgverstrekking staat altijd de patiënt, ook en zeker als die minder goed of niet voor zichzelf kan opkomen, zoals bij baby's en kinderen het geval is,

of ook bij senioren en mensen met een fysieke of mentale beperking, of met dementie dus. Ik wijs erop dat wij bewust over personen met dementie spreken en niet over 'dementen'. We beperken mensen niet tot hun beperking, maar houden er zoveel mogelijk rekening mee. In dit specifieke geval wil dat onder meer zeggen dat we naast de patiënt zelf ook de mantelzorg bij het traject betrekken. Hij of zij is immers de stem van onze patiënt."

Maar die stem is toch niet op elk moment beschikbaar...

"Dat klopt. Een typisch voorbeeld zijn de spoedopnamen, waar we het vaak in eerste instantie zonder de bijdrage van de mantelzorg moeten stellen. Bij geplande zorg vindt de *intake* doorgaans wel plaats in aanwezigheid van de mantelzorg. Dan is het niet zo'n probleem om zoveel mogelijk proactief te werk te gaan. We hebben daarvoor - wat we noemen - de pre-opnamebalie. De mantelzorg kan ons bijvoorbeeld veel vertellen over de gewoonten van de patiënt. Daarmee rekening houden helpt de patiënt om zich gemakkelijker thuis te voelen in het ziekenhuis. Dus vullen we samen met de mantelzorg ons formulier 'mijn gewoontes' in. Daar kan van alles in voorkomen, van de roepnaam van de patiënt, over zijn verleden, professioneel en privé, hobby's, tot zijn of haar favoriete radiozender, muziek, tv-programma en zelfs voetbalclub. Dat document hangt in de kamer en iedereen die dat wil zal kunnen voorkomen om een trouwe Gentsupporter, een echte Buffalo, in de war te brengen door een match van Club Brugge op te zetten (*lacht*)."

Maar bij een spoedopname ligt dat anders?

"Ook daarvoor hebben we een aantal oplossingen of toch hulpmiddelen. Zo hebben wij ons team 'interne *liaison* ge-

riatrie' dat *outreaching* werkt. Ze zullen de collega's van de dienst spoedgevallen een pak adviezen kunnen geven, rond slikproblematiek, valpreventie, wegloopgedrag, verwardheid... Maar nog handiger is natuurlijk dat de mantelzorg bij de opname aanwezig is.

Iets minder evident is de architectuur en de organisatie van de dienst spoedgevallen, maar ook op dat vlak is veel mogelijk. Volgend jaar gaan wij bijvoorbeeld renoveren en dat biedt ons de kans om een aantal rustgevendende elementen in te bouwen, zoals warme kleuren, geluidsisolatie, met enkele 'rustige' boxen, zonder fel licht of al te veel geflikker van apparatuur, een duidelijk uurwerk, seniorvriendelijk meubilair... Al die zaken kunnen in de typisch hectische omgeving die een spoedafdeling per definitie is, voor wat rust zorgen. Zeker voor mensen met dementie is die zeer welgekomen."

Kunnen we nog even terug naar de mantelzorg? Op een bepaald moment is de patiënt opgenomen, gepland of via de spoedafdeling. Het documentje met de gewoonten van de patiënt hangt in de kamer, maar daar houdt het toch niet op. Ook daarna moet je nog met de patiënt kunnen communiceren?

"We zetten onder meer actief in op mantelzorgparticipatie. We laten de mantelzorgers deelnemen in de zorg. Ze krijgen in dat geval een badge waarmee ze ook buiten de bezoeken zonder problemen en zonder argwaan te wekken op de afdeling kunnen komen. Zo kunnen ze participeren aan de verschillende shiften, mee eten geven, deelnemen aan de hygiënische zorg. Dat doet niets af aan de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige, maar mantelzorgers dragen absoluut bij tot een veiligere zorg."



“Wij spreken bewust over personen met dementie en niet over ‘dementen’. We beperken mensen niet tot hun beperking, maar houden er zoveel mogelijk rekening mee”

TIEN GOUDEN TIPS

1. Zorgcontinuïteit organiseren en garanderen
2. Samenwerken
3. Proactief werken (bv. het document ‘mijn gewoontes’)
4. Mantelzorgparticipatie
5. Outreachend werken: referentiepersonen, dementiecoaches of -ambassadeurs
6. Dementie en nu: opleiden, informeren, sensibiliseren
7. Taboedoorbrekend werken
8. Technologie omarmen
9. De tijd nemen
10. Dementievriendelijk bouwen

We zien hier duidelijk het begrip ‘zorgcontinuïteit’ terugkeren?

“Absoluut. Die werkwijze biedt kansen tot wederzijdse educatie. De mantelzorg kan de verpleegkundige waardevolle dingen vertellen over de voorkeuren van de patiënt, wat hij of zij van thuis uit gewoon is, wat hij eventueel nog zelf kan. En omgekeerd kan de professional vanuit zijn expertise en ervaring aandachtspunten en tips meegeven die de kwaliteit van de zorg ten goede zullen komen, nadat de patiënt ontslagen is.

Ik moet daarbij echter meteen ook een paar kanttekeningen maken. De eerste is fundamenteel en gaat over draagkracht. Draagkracht bij de mantelzorg. Soms is een ziekenhuisopname voor een mantelzorg die op of over de rand van zijn mogelijkheden zit hét moment bij uitstek om even op adem te komen en de batterijen op te laden. Dezelfde dementievriendelijkheid gebiedt ons op dat moment om daarmee rekening te houden en de mantelzorg een time-out te gunnen.

Een tweede kanttekening betreft de afdelingen zelf waar de mensen met dementie zoal terecht komen. Dat kan in principe overal zijn en de medewerkers van die respectieve afdelingen zijn niet specifiek getraind om mensen met een dementieproblematiek op te vangen. In zulke gevallen zullen we weer *outreachend* werken. We hebben ondertussen al een ploegje ambassadeurs voor personen met dementie, ‘referentiepersonen dementie’ of ‘dementiecoaches’. De naam doet er niet zo toe, maar hun tips & tricks kunnen een groot verschil maken.”

Heeft AZ Maria Middelaes nog andere pijlen op zijn dementievriendelijke boog?

“We zijn een van de weinige ziekenhuizen met een educatieprogramma ‘Dementie en nu’, waarin we in tien namiddagen

met een kleine groep van mantelzorgers aan de slag gaan. Inhoudelijk gaat dat van achtergrond bij het ziekteproces tot zeer praktische zaken als omgaan met bepaald gedrag, vroegtijdige zorgplanning, dat soort dingen. Ook dat is een manier waarop we de draagkracht van de mantelzorg proberen te verhogen. We werken daarvoor samen, en ook dat typeert ons wel, denk ik, met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, de Alzheimerliga, onderwijsinstellingen en woonzorgcentra. We hopen bijvoorbeeld om studenten een bachelorproef te laten maken rond patiëntbejegening.”

Jullie lijken zelf wel te evolueren in de richting van een kenniscentrum rond dementie.

(*aarzelend*) “In alle bescheidenheid, dat is misschien wel een ultieme droom. Maar ondertussen kunnen we ook nog veel leren. Dementievriendelijk werken is een proces en geen eindpunt. We leren nog voortdurend bij en blijven innoveren. Ik vermeldde al het belang van *outreachend* werken. Als ziekenhuis hebben we de doelstelling om in de toekomst nog meer *outreachend* te werken met externe organisaties. We zullen ons zo organiseren dat we in een aantal gevallen een opname kunnen voorkomen. Parameters als temperatuur, saturatie, bloeddruk... worden dan vanuit het ziekenhuis gemonitord, maar altijd in overleg met de huisarts, thuisverzorging of verpleegkundige van het woonzorgcentrum. Pas op, een opname is soms onvermijdelijk. Maar waar die vorm van *connected care* mogelijk is maakt het wel een groot verschil uit, zeker voor personen met dementie, voor wie een vertrouwde omgeving zeer belangrijk is. Zo kunnen we al intraveneuze antibiotica toedienen in een thuisituatie, altijd in *partnership* met de eerste lijn en met competente thuisverzorging, uiteraard.”



Het ziekenhuis heeft er op dat moment een patiënt bij, die evenwel geen bed inneemt.

“De financiering verloopt grotendeels via verantwoorde ligdagen. Als ziekenhuis riskeer je een financieel verlies, maar er worden al stappen gezet om dat met het RIZIV opnieuw te bekijken. En als ziekenhuis geloven we hierin. De digitale devices zijn er en Covid heeft een en ander misschien wel in een stroomversnelling gebracht. Dat gaat in de toekomst alleen maar belangrijker worden.”

En jullie organisatie is bereid om hierin een pioniersrol te spelen?

“Ik zal niet zeggen dat we alles zelf bedacht en uitgedokterd hebben. We proberen als ziekenhuis een voortrekkersrol te spelen. Via de BGG (Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie) bereiden we ons voor om nog meer te streven naar seniorvriendelijke en dementievriendelijke aspecten. Ziekenhuizen leren hierbij van elkaar. En het gaat ook niet altijd om wereldschokkende innovaties. Het gaat ook over basistoegankelijkheid, bewegwijzering, leesbaarheid van folders. Er is heel veel mogelijk. Het klopt dat we ons willen engageren en dan heb ik het niet alleen over de klinische praktijk van elke dag. We waren vijf jaar geleden een van de eersten om een project ‘dementie en nu’ op te zetten. Samenwerken zit in ons

DNA. De meeste ziekenhuizen hebben een referentiepersoon dementie/dementiecoach. Wij hebben er ondertussen — ik moet even tellen — vijf. We dragen ook graag ons steentje bij tot het doorbreken van het taboe rond dementie. Al jaren organiseren wij minstens één keer per jaar een activiteit, theatervoorstellingen, workshops dansen, zingen, bewegen, verhalen vertellen, lezingen... Voor het grote publiek en voor onze medewerkers. In veel gevallen doen we dat in samenwerking met externe partijen zoals de Alzheimerliga of jongdementiegroep Het Ventiel. Neem nu kunst en dementie. De kunstwerken die onze patiënten gemaakt hadden, hebben we bijvoorbeeld kunnen veilen ten voordele van de Alzheimerliga. We focussen als ziekenhuis niet alleen op het gespecialiseerde, hoogtechnologische, innovatieve, maar ook op de kwetsbare mensen in de samenleving. En dan komt die aandacht voor personen met beperkingen bijna vanzelf.”

Hoe ziet jullie politieke verlanglijstje er uit? Welke beleidsbeslissing zou voor de dagelijkse praktijk in een dementievriendelijke zorginstelling een verschil kunnen maken?

(moet niet lang nadenken) “Tja, tijd, denk ik. *Senior friendly* werken, dementievriendelijke zorg... Het zijn dingen die

“Dementievriendelijk werken is een proces en geen eindpunt. We leren nog voortdurend bij en blijven innoveren”

tijd vergen. Die mensen zijn nu eenmaal trager. Je moet het al eens een tweede keer uitleggen. Je moet wat meer geduld aan de dag leggen. Goede zorg vraagt tijd. Om ons werk te doen zoals we denken dat het moet gedaan worden, hebben we tijd nodig. Kwali-tijd (met lange ‘ij’) aan bed brengen is een noodzaak en tegelijk een blijvende uitdaging. Wat dat betreft is de personeelsnormering in mijn ogen achterhaald. Technologie en innovatie moeten ons daarbij helpen en ondersteunen. Ik denk aan technologie om weglopen te voorkomen of om mensen in hun thuissituatie te monitoren en te behandelen, zonder dat ze naar het ziekenhuis moeten, zoals ik eerder zei. De technologische hulpmiddelen, robots en dergelijke zijn echter ook niet gratis. En menselijke warmte zullen ze nooit kunnen vervangen...

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



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

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

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

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren vzw

Life Is On

