

ZORG WIJZER

**"We moeten rust inbouwen
in het noodplan wanneer
een crisis lang aansleept"**



- 04 Lessons learned: ziekenhuisnoodplannen
- 18 Eerstelijnszones uit de startblokken
- 23 Rapport 'dementiezorg in tijden van corona'

Colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving: www.dotplus.be

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

Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 10 november.

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 92, oktober 2020, p. 6-9). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

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

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe Zorgwijzer verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: www.zorgwijzermagazine.be

92

03 Editoriaal

Dossier: Ziekenhuisnoodplan

04 Interview Marcel Van der Auwera van de FOD Volksgezondheid

07 Noodplancoördinator Dimitri De Fré van UZ Leuven

10 Het ziekenhuisnoodplan tijdens corona: AZ Maria Middelaes

12 Drie woonzorgcentra en drie maatwerkbedrijven slaan handen in elkaar

15 Rapport 'dementiezorg in tijden van corona'

Dossier: Eerstelijnszones

18 Eerstelijnszones en zorggraden: wat voorafging

20 Zorggraden uit de startblokken: West-Meetjesland

22 Zorggraden uit de startblokken: eerstelijnszone Scheldekracht

24 Lessons learned: sociaal contact in de ouderenzorg

26 Lessons learned: psychisch welzijn

28 Laagdrempelige psychologische hulp voor ouderen

30 UZA integreert welzijnsbeleid in personeelsbeleid

Een krachtadig beleid is het beste medicijn

Meer dan 9 maanden na de eerste berichten uit China houdt Covid-19 ons nog altijd heel stevig in de ban. Het C-woord is in deze Zorgwijzer alomtegenwoordig. Het kan ook moeilijk anders. Corona heeft in mindere of in meerdere mate een impact op het dagelijks leven van iedereen. Maar voor wie professioneel in de zorg staat, is het virus onontkoombaar en dominant. We kunnen nauwelijks een onderwerp bedenken zonder dat Covid-19 erbij komt kijken. De dagen zijn doortrokken van onzekerheid en onvoorspelbaarheid. Dingen kunnen snel veranderen. Op het moment dat deze Zorgwijzer ter perse gaat, 28 september, weten we niet welke problemen en evoluties actueel zullen zijn wanneer het magazine bij u een dikke week later in de bus valt.

Verschillende mensen, zowel experts als stemmen uit het werkveld, blikken in deze Zorgwijzer terug op de afgelopen maanden. Ze reflecteren en kijken wat we kunnen meenemen naar de toekomst. Hebben de ziekenhuisnoodplannen gewerkt? Hoe kunnen we die bijsturen? Wat was de impact op de zorg voor personen met dementie? Hoe reageerden bewoners van woonzorgcentra op videobellen en raambezoeken? Waren er meer ernstige psychische problemen bij de hulpverleners tijdens de crisis? En hoe hebben de eerstelijnszones – pas opgericht en meteen geconfronteerd met crisisopdrachten – gefunctioneerd? Het zijn boeiende verhalen die een open kijk bieden op wat werkte en wat niet. Rode draad is dat samenwerking heel erg loonde: tussen ziekenhuisdiensten onderling, met woonzorgcentra, met de eerste lijn, met de thuiszorg, met vrijwilligers.

Wat ook sterk komt bovendrijven is het besef dat de duur en de onvoorspelbaarheid van de crisis heel sterk wegen. We hadden hem niet zien aankomen, er bestond geen enkel plan of scenario voor een crisis van die tijdsomvang. Iedereen smeedt zich de eerste maanden in de strijd, nu voelt hij slepend en werkt verlamdend. We riskeren dat de permanente dreiging van nieuwe opflakkingen voor remmingen zorgt, voor stilstand. Dat organisaties geen nieuwe projecten op de rails durven zetten, niet langer aan innovaties bouwen, het gevoel hebben blind te rijden wanneer ze strategische oefeningen maken. Crisisbeheer lijkt een soort permanente toestand te worden.

Maar laten we ons niet ontmoedigen, we blijven niet bij de pakken zitten. De al langer gekende uitdagingen in de zorg zijn helemaal niet weg: de sterke toename van de ouderen in de samenleving in de komende 15 jaar, samen met het aantal chronisch zieken, de nood aan inbedding van de zorg in de samenleving, de samenwerking tussen de verschillende lijnen, de schaarste aan zorgpersoneel.... De intenties en de overtuiging dat samenwerking de aangewezen weg is, zijn door de crisis alleen maar toegenomen. De structuren en financieringssystemen moeten nu nog volgen. De werven zijn gekend en liggen open. Laat ons er nu werk van maken. Niet alleen in theorie, ook in de praktijk.

Ik hoop uit de grond van mijn hart dat dit land, wanneer u dit leest, eindelijk een nieuwe federale regering heeft. Met een ambitieuze nieuwe minister van Volksgezondheid die een constructieve dialoog met de regio's en het werkveld aangaat om

een nieuw gezondheidszorgbeleid uit te tekenen. Die krachtige maatregelen durft te nemen zodat dit virus niet nog maanden alles verlamt en vermoeit. Corona liet zien dat het draagvlak voor transformatie, voor doorgedreven verandering in de sector en bij de bevolking groot is. Ik hoop dat het moment voor verandering en hervorming nu is aangebroken. In afwachting van hét vaccin is een krachtadig beleid het beste medicijn tegen vermoeidheid en verlamming!



Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

INTERVIEW MARCEL VAN DER AUWERA VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID

Noodplannen ziekenhuizen hebben goed gewerkt, maar...

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JONATHAN RAMAEL

Hebben de ziekenhuisnoodplannen goed gewerkt tijdens de coronacrisis? Zijn de crisiscellen erin geslaagd de enorme uitdagingen gestructureerd in goede banen te leiden? Nu de eerste storm gaan liggen is, maakt elk ziekenhuis een evaluatie op. Ook op federaal niveau maakt men een stand van zaken, op basis van de feedback van de ziekenhuizen. We praten erover met Marcel Van der Auwera.

Marcel Van der Auwera is diensthoofd Dringende Geneeskundige en Psychosociale Hulpverlening bij de FOD Volksgezondheid. Hij maakt deel uit van het Hospital & Transport Surge Capacity Comité (HTSC-comité) dat begin maart 2020 werd opgericht om de coronacrisis te coördineren. In het HTSC-comité zijn naast de FOD ook de regio's en hun administraties, de koepelorganisaties (waaronder Zorgnet-Icuro), Defensie, het Wetenschappelijk Comité en experts vertegenwoordigd.

"De teneur bij de ziekenhuizen is over het algemeen vrij positief," zegt Marcel Van der Auwera. "Dankzij de noodplannen konden zij van bij aanvang van de crisis gestructureerd en snel schakelen. De FOD Volksgezondheid heeft enkele jaren geleden, in nauwe samenwerking met de deelstaten, een template voor zo'n noodplan aangereikt. De ziekenhuizen zijn daarmee aan de slag gegaan en dat heeft geloond."

"Eén discussie drijft boven in de feedback: moet er aan het noodplan een hoofdstuk 'pandemie' toegevoegd worden, of maken we beter een hoofdstuk voor 'langdurige crisissen' in het algemeen? Want dat er behoefte is aan een uitbreiding, is wel duidelijk. Vandaag beperkt het noodplan zich tot crisissen van beperkte duur: een zware brand, een terreuraanslag... allemaal ernstige incidenten, maar die duren slechts één of enkele dagen. De eerste golf van de coronacrisis duurde verschillende maanden. Wat wél in het noodplan zat, en wat zeker geholpen heeft, was de organisatie van gescheiden circuits in het ziekenhuis. Het noodplan behandelt dat aspect in het hoofdstuk over chemische, biologische, radiologische of nucleaire (CBRN) rampen."

"Het grote verschil tussen een korte en een langdurende ramp is de organisatie van de reguliere zorg. Na een vliegtuigramp zal het programma van het operatiekwartier allicht één of twee dagen overhoop gehaald worden en hetzelfde geldt voor intensieve zorgen en de acute afdelingen. Maar na enkele dagen keren we dan terug naar de gewone werking. Zo'n incident, hoe zwaar ook, verstoort nauwelijks de planbare ingrepen of consultaties. Bij een langdurende crisis is dat wel het geval. En de oplossing hiervoor stond in geen enkel noodplan."

"Vraag is of je hiervoor veel concrete oplossingen kan bieden. Elk scenario zal een

andere aanpak vergen. Generiek zou je kunnen opteren om zeer gespecialiseerde ingrepen waar mogelijk uit te stellen. Bijvoorbeeld in de neurochirurgie. Maar dergelijke beslissingen zullen sowieso altijd per ziekenhuis en per context op het moment zelf genomen moeten worden. De beroepsgroep van de urologen heeft al een aanzet gegeven voor zo'n oefening. Zij hebben een lijst opgesteld met ingrepen die wél en niet uitgesteld kunnen worden. Maar dan nog blijft de finale beslissing afhankelijk van de situatie in het ziekenhuis en de individuele evaluatie van de toestand van de patiënt."

Reguliere zorgverlening behouden

"Waarover ook een consensus bestaat, is dat we zelfs bij langdurende crisissen de reguliere zorgverlening zo lang mogelijk moeten behouden. Zoals we dat nu in de tweede coronagolf doen. We werken voor Covid-19 nu met verschillende fasen: afhankelijk van het aantal Covid-patiënten komt het ziekenhuis in een andere fase, met bijhorende maatregelen. Een voorbeeld van een maatregel die aan een bepaalde fase is verbonden, is om een deel van de dienst intensieve zorgen voor Covid-patiënten voor te behouden."

"In de huidige tweede golf blijven we zo lang mogelijk in Fase 0. Als één ziekenhuis te veel Covid-patiënten krijgt, moet het netwerk een spreiding van die patiënten

"Eén discussie drijft boven in de feedback: moet er aan het noodplan een hoofdstuk 'pandemie' toegevoegd worden, of maken we beter een hoofdstuk voor 'langdurige crisissen' in het algemeen?"



Marcel Van der Auwera: Als één ziekenhuis te veel Covid-patiënten krijgt, moet het netwerk een spreiding van die patiënten organiseren. Op die manier kunnen alle ziekenhuizen zo lang mogelijk de routinezorg blijven aanbieden.



organiseren. Op die manier kunnen alle ziekenhuizen zo lang mogelijk de routinezorg blijven aanbieden. Met die spreiding wordt idealiter niet gewacht tot er in een ziekenhuisnetwerk zou het mogelijk moeten zijn om ook als het nog niet strikt nodig is, toch al Covid-patiënten te spreiden. Zo vermijden we dat een ziekenhuis naar een hogere fase moet overschakelen terwijl er elders wel nog voldoende ruimte is.”

Betekent dit dat de ziekenhuisnoodplannen in de toekomst op het niveau van de netwerken zullen worden opgemaakt? Of eventueel zelfs per eerstelijnszone, om ook de afspraken met woonzorgcentra en de eerste lijn te integreren? Marcel Van der Auwera: “Dat is een piste. In elk geval zien we dat netwerken die al een goede synergie hebben, sterker staan tijdens de crisis. Er zijn trouwens binnen een netwerk verschillende afspraken mogelijk. In contrast met wat ik daarnet zei, zou een netwerk ook kunnen opteren om alle Covid-patiënten op één site van het netwerk onder te brengen. Zo houd je alle andere ziekenhuizen van het netwerk vrij van het coronavirus. De infrastructurele mogelijkheden moeten meezitten hiervoor. AZ West in Veurne is onlangs verhuisd, maar de oude campus kon tijdens de eerste golf nog perfect aangewend worden voor cohortering. Ook in Luik deed zich zo’n opportuniteit voor. Heb je die infrastructurele mogelijkheden niet, dan wordt het moeilijker. Bovendien moet je rekening houden met de afstand. Als je alle Covid-patiënten binnen een netwerk op één locatie onderbrengt, dan kan dat een hele afstand betekenen voor de familie. Er zitten altijd vele facetten aan dit verhaal.”

“Of we de noodplannen moeten enten op de eerstelijnszones, is een politiek geladen

“Met het HTSC-comité zijn we erin geslaagd de muurtjes te overstijgen. We zitten met alle betrokkenen samen en durven de dingen benoemen. We doen wat nodig is, los van de vraag welk niveau nu juist bevoegd is.”

vraag. Weet je, als we de burger en de patiënt centraal stellen, dan maakt het niet uit wie wat doet. Als de nodige zorgverlening er maar is. Met het HTSC-comité zijn we erin geslaagd de muurtjes te overstijgen. We zitten met alle betrokkenen samen en durven de dingen benoemen. We doen wat nodig is, los van de vraag welk niveau nu juist bevoegd is. En ja, er zijn momenten van frictie geweest. Niet zozeer in het comité zelf, maar veeleer op politiek niveau in de marge van het comité. We moeten altijd het belang van de mensen vooropstellen. Het ziekenhuisnoodplan is nu trouwens geen federale materie meer. Toch vervullen we onze coördinerende opdracht. En dat werkt.”

Buffer voor personeel

“Een ander sterk punt uit de bevraging van de ziekenhuizen, is de heldere aansturing van de crisiscel. Er is dankzij de crisiscel eenheid van commando. Ook voor de communicatie. De crisiscel is het aanspreekpunt, intern en extern, en heeft altijd de meest recente informatie. Natuurlijk zijn er nog leerpunten. De kwestie van het materiaal bijvoorbeeld. In het noodplan moeten we vastleggen welke periode elk ziekenhuis sowieso moet kunnen overbruggen, los van de strategische voorraad die de overheid moet voorzien.”

“Specifiek voor het HTSC-comité hebben we *en cours de route* ook al bijgestuurd. We kregen de feedback dat omzendbrieven versturen op donderdagavond of vrijdag geen goed idee is. De recentste brieven zijn op maandag of dinsdag verstuurd. Dat zijn van die kleine praktische dingen die een groot verschil maken voor de organisatie in een ziekenhuis. Dat staat los van het eigenlijke noodplan, maar we nemen het wel mee.”

“Een belangrijk punt is verder alles wat personeel en hr betreft. De corona-ervaring leert dat we rust moeten inbouwen in het noodplan wanneer een crisis lang aansleept. Als een incident maar enkele dagen aanhoudt, dan steekt iedereen een tandje bij en dat lukt. Maar weken of maanden op de tippen van je tenen lopen, houdt niemand vol. We moeten aandacht hebben voor het psychosociaal welzijn van alle medewerkers en artsen. Dit langdurig hr-beleid zit vandaag niet in het noodplan. Het is niet evident om een medewerker vakantie toe te kennen tijdens een crisissituatie, maar het kan noodzakelijk zijn. De tweede golf is heel snel gekomen, gelukkig zonder veel impact op de ziekenhuizen. Maar het had anders kunnen uitdraaien. We moeten zien of we voor de toekomst een buffer kunnen inbouwen, al besef ik goed hoe moeilijk dat is. We moeten hierover durven nadenken. Maar uiteindelijk is dat een politieke beslissing.”

“We hebben bewezen dat we heel flexibel kunnen zijn”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: UZ LEUVEN

Toen de coronacrisis uitbrak, kon het UZ Leuven terugvallen op een pandemieplan, of althans een plan dat volop in de maak was. “Dat voorbereidend denkwerk heeft ons enorm geholpen,” zegt noodplancoördinator Dimitri De Fré. Toch trekt hij enkele belangrijke lessen uit de voorbije maanden. Voor het eigen ziekenhuis, voor de netwerken, voor de samenwerking met de eerste lijn én voor de nood aan eenheid van commando op het niveau van de overheid.

“Op regelmatige tijdstippen evalueren we ons noodplan met een risicoanalyse,” vertelt Dimitri De Fré. “Twee jaar geleden beslisten we tijdens zo’n evaluatie om een generiek pandemieplan aan het noodplan toe te voegen. Ons noodplan gaat uit van een *all hazard approach*, zodat het zoveel mogelijk soorten incidenten dekt. Het pandemieplan volgt dezelfde logica: het plan moest van toepassing zijn op verschillende soorten pandemieën.”

“Toen ons begin dit jaar het nieuws uit China bereikte dat het coronavirus daar circuleerde, hebben we meteen het pandemieplan erbij gehaald. Het eerste wat we deden, was het opleiden van onze eerste lijn op de spoedgevallendienst. We gingen er toen vanuit dat de patiënten opgenomen zouden worden in referentiecentra en dat we er alles aan moesten doen om besmetting in het eigen ziekenhuis tegen te gaan. We creëerden aparte ruimtes op de spoedgevallendienst.”

“In januari en februari startten we diverse procedures uit het generieke pandemieplan op. We wisten toen nog weinig over Covid-19, maar we organiseerden verschillende *drills*: dat zijn terrein-oefeningen met fictieve patiënten die op de

spoedgevallendienst komen, bijvoorbeeld iemand met hoge koorts die op reis is geweest. Die *drills* zijn een goede manier om de medewerkers te sensibiliseren.”

“Eind februari werd de ernst van de situatie duidelijker. Toen hebben we onze Taskforce geactiveerd. Elk ziekenhuis heeft een coördinatieceel die optreedt bij een crisis, maar in ons pandemieplan hadden we voorzien om een aantal opdrachten van de coördinatieceel te delegeren naar een kleinere groep mensen: de Taskforce. De reden hiervoor? De lange duur van een pandemie. De Taskforce werkte het generieke pandemieplan verder uit en specificeerde het voor Covid-19.”

“De Taskforce kwam een aantal keer per week samen. Dat veranderde toen de overheid nationaal het noodplan afkondigde. Op dat moment kwam de voltallige coördinatieceel samen en nam vanaf dan de beslissingen. Een uitdaging was de ziekenhuisbrede vertegenwoordiging in de coördinatieceel. Naast de medische diensten waren ook alle ondersteunende diensten nauw betrokken. Een dienst als pediatrie zit niet standaard in de coördinatieceel, maar voor Covid-19 was dat wél nodig. De redenen hiervoor zijn legio: omdat de ziekte een andere impact heeft op kinderen, omdat het bezoek anders geregeld moest worden enzovoort. De grootte van de coördinatieceel was niet altijd optimaal, maar de multidisciplinaire samenstelling was wel handig. Nog vóór de eerste Covid-patiënt in het ziekenhuis opgenomen was, kwam de coördinatieceel dagelijks samen met een dertigtal mensen. Er moest dan ook erg veel gebeuren op heel korte tijd. Dat vergde veel coördinatie. Als je een afdeling omvormt tot een Covid-afdeling, zorgt dat voor een kettingreactie aan maatregelen

en aanpassingen, ook op infrastructureel en logistiek vlak. Het was een complexe oefening.”

Pandemieplan versie 250

“Als ik nu terugblik op de voorbije periode, is het jammer dat ons generiek pandemieplan nog niet helemaal af was. De realiteit heeft ons ingehaald. Toch hebben we dankzij het plan snel beslissingen kunnen nemen die allesbehalve evident waren. Bijvoorbeeld om de halve spoed-



Dimitri De Fré: Als ik nu terugblik op de voorbije periode, is het jammer dat ons generiek pandemieplan nog niet helemaal af was. De realiteit heeft ons ingehaald. Toch hebben we dankzij het plan snel beslissingen kunnen nemen die allesbehalve evident waren.



“Op overheidsniveau moet een duidelijker sjabloon voor besluitvorming komen. In een crisis moet een ‘noodwet’ kunnen gelden, die de reguliere bevoegdheidsverdeling overstijgt. We hebben eenheid van commando nodig.”

gevallendienst te verbouwen en afdelingen helemaal te gaan herinrichten voor Covid-patiënten. We hebben tijd gewonnen omdat we vooraf nagedacht hadden over mogelijke worstcasescenario's. Je kunt trouwens nooit alles voorzien. We hadden in het pandemieplan geen procedure voorzien voor het bezoek aan palliatieve patiënten. Ook de boodschappendienst die we georganiseerd hebben voor patiënten die lang in het ziekenhuis verbleven, hadden we niet in het plan voorzien. Evenmin als het interne interimbureau dat we tijdens de crisis opzetten om medewerkers toe te laten andere functies op te nemen.”

“De voorbije maanden hebben we gaandeweg ons pandemieplan aangepast. Ik vermoed dat we ondertussen aan versie 250 zitten. Er is een hemelsbreed verschil tussen het generieke plan van bij de start en het huidige pandemieplan op maat van Covid-19. Als de storm gaan liggen is, willen we een nieuw pandemieplan maken. Opnieuw generiek, maar dan met elementen die we de jongste maanden geleerd hebben. We willen die ervaring borgen voor nieuwe pandemieën in de toekomst.”

“In dat nieuwe pandemieplan zullen we allicht meer aandacht besteden aan de netwerken. Er is het regionale ziekenhuisnetwerk dat we met drie andere ziekenhuizen vormen, maar er is ook het Vlaamse ziekenhuisnetwerk rond de KU Leuven met een vijftientigtal ziekenhuizen. In het regionale ziekenhuisnetwerk hebben we nauw samengewerkt, met dagelijkse contacten, het overnemen van patiënten en het delen van kennis. Zowel op het niveau van de directie als de artsen en de noodplanning waren er voortdurend contacten. Ook vaak informeel, gewoon even opbellen om te vragen: ‘Hoe gaat het bij jullie?’ of ‘Hoe pakken jullie dit aan?’ In het ruimere Vlaamse ziekenhuisnetwerk hebben

Dimitri De Fré: Een uitdaging was de ziekenhuisbrede vertegenwoordiging in de coördinatiecel. Naast de medische diensten waren ook alle ondersteunende diensten nauw betrokken.

we vooral informatie en kennis gedeeld. We maakten een dagelijkse nieuwsbrief, met alle updates van ons noodplan. Die nieuwsbrief stuurden we naar 1600 mensen in 25 ziekenhuizen. We hebben daar heel fijne feedback op gekregen. Vooral de openheid en de gedetailleerdheid van de informatie, werd op prijs gesteld. Die samenwerking kwam overigens niet uit de lucht gevallen. Met de leden van het Vlaams ziekenhuisnetwerk hebben we al meer dan twee jaar een werkgroep noodplanning. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen noodplan, maar we kunnen elkaar wel inspireren.”

Onzekerheid zaait verwarring

“Toen de eerste golf voorbij was, hebben we met het Vlaams ziekenhuisnetwerk al een evaluatie gemaakt. Wat hebben we hieruit geleerd? Met stip op nummer één stond natuurlijk het belang van beschermingsmateriaal. De onzekerheid hierover was één van de grootste obstakels. Onzekerheid leidt ertoe dat je procedures moet wijzigen, wat op zijn beurt leidt tot onzekerheid en verwarring op de werkvloer. We ervoeren dat ook met sommige overheidsmaatregelen. Er was in het begin bijvoorbeeld geen richtlijn over bezoek. Wat doe je dan? Je maakt zelf een richtlijn en je communiceert die naar alle afdelingen en alle patiënten en hun familie. Twee dagen later komt de overheid toch met een richtlijn. Uiteraard wijkt die enigszins af van de onze. Gevolg: een aanpassing van onze richtlijn met nieuwe communicatie. Als dan in de praktijk blijkt dat sommige punten niet werken, dan moet je een derde keer je richtlijn bijsturen en wordt de communicatie al helemaal moeilijk. Op den duur weet niemand nog hoe het precies zit. Zeker in een crisissituatie zorgt dat voor bijkomende stress en onzekerheid.”

“Maar om op het belang van het netwerk terug te komen: op basis van onze ervaringen hebben we afgelopen zomer een draaiboek geschreven met enkel en alleen de netwerkelementen van het pandemieplan. Die oefening is nog niet af. Maar het gaat bijvoorbeeld over hoe belangrijk het is hetzelfde beschermingsmateriaal te gebruiken in het hele netwerk. Gebruik je hetzelfde materiaal, dan kan je dezelfde procedures gebruiken. Als iedereen dezelfde procedures gebruikt, dan neem je veel onduidelijkheid en onzekerheid weg. Wat we ook willen realiseren is een monitoring van de bedden capaciteit op netwerkniveau. De huidige software is hierop niet voorzien. We kunnen binnen het netwerk wel gegevens delen, maar niet dat soort gegevens.”

“En ja, we moeten verder kijken: de samenwerking met de huisartsen en de woonzorgcentra is cruciaal gebleken. Met de huisartsen hebben we heel vroeg in de crisis een triagecentrum ingericht bij de spoedgevallendienst. Die samenwerking verliep erg vlot. In een latere fase hebben we met de woonzorgcentra samengewerkt. We hebben in overleg een protocol voor doorverwijzing gemaakt, we hebben conference calls met veertig woonzorgcentra over diverse thema's georganiseerd, we hebben experts ter plaatse gestuurd voor ondersteuning, training en opleiding... Dat was allemaal nieuw. Er bestonden wel linken met de woonzorgcentra, maar niet

zo operationeel. Allicht zullen de eerste lijnszones de rol van coördinator op zich nemen en verankeren.”

“Waren we achteraf gezien goed voorbereid? Ja. Natuurlijk had ik liever gehad dat ons pandemieplan al een operationeel luik had bevat, maar we waren voorbereid. In een grote organisatie als het UZ Leuven is het niet evident om kort op de bal te spelen. Maar net dat moet je doen in een crisis die zo lang duurt en die je voortdurend dwingt om je aan te passen aan nieuwe situaties, inzichten, kennis, richtlijnen... We hebben bewezen dat we heel flexibel kunnen zijn. Elke crisis is een leerproces. Voor een volgende pandemie moeten we nog beter voorbereid zijn, zodat er tijdens de crisis minder discussies plaatsvinden. Al moeten we voor ogen houden dat een noodplan altijd een werkinstrument zal blijven. Een crisis houdt zich nooit aan de voorziene scenario's.”

“Wel moet er op overheidsniveau een duidelijker sjabloon voor besluitvorming komen. In een crisis moet een 'noodwet' kunnen gelden, die de reguliere bevoegdheidsverdeling overstijgt. We hebben eenheid van commando nodig, met een duidelijk mandaat. De overheid moet het kader hiervoor scheppen en de ziekenhuizen en de eerste lijn voldoende ruimte laten om binnen dat kader hun expertise in te zetten.”

“De samenwerking met de huisartsen en de woonzorgcentra is cruciaal gebleken. Met de huisartsen hebben we heel vroeg in de crisis een triagecentrum ingericht bij de spoedgevallendienst. Die samenwerking verliep erg vlot. In een latere fase hebben we met de woonzorgcentra samengewerkt.”

HET ZIEKENHUISNOODPLAN TIJDENS CORONA: AZ MARIA MIDDELARES

Evolueren naar een geïntegreerd noodplan

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Een goede voorbereiding is het halve werk. Dat geldt ook voor een ziekenhuisnoodplan. AZ Maria Middelaes in Gent blikte dan ook tevreden terug op het goede crisismanagement van de voorbije maanden. Al vallen er uiteraard altijd wel enkele lessen te trekken. We gingen erover praten met kwaliteitscoördinator Linda Staessen, spoedarts dr. Diederik Van Sassenbroeck en microbioloog en ziekenhuishygiënist dr. Sophia Steyaert.

“Vanuit de cel kwaliteit zijn we vrij snel het crisisbeleid in het ziekenhuis rond corona beginnen evalueren. Heel wat topics kwamen aan bod: de crisiscel, de surveillance, de communicatie, de continuïteit van de essentiële zorgverlening, hr, logistiek, medicatie, labo enzovoort. De algemene conclusie was dat het noodplan goed gewerkt heeft. We waren voorbereid. Op geen enkel moment was er paniek. De inspanningen van de voorbije jaren, onder meer in het kader van de JCI-accreditatie, hebben hun vruchten afgeworpen,” zegt kwaliteitscoördinator Linda Staessen. “We hebben de situatie op de voet gevolgd, zowel voor het primaire zorgproces als voor de ondersteunende processen. Waar moesten extra resources ingezet worden? Waar kon er afgebouwd worden?”

“We hadden een duidelijk cascadeplan en daaraan gekoppeld specifieke afspraken en procedures. We zijn van plan om hier kleurcodes aan te koppelen, zodat de situatie bij elke fase nog zichtbaarder wordt voor iedereen,” zegt arts-ziekenhuishygiënist dr. Steyaert.

“Ook de afspraken in de crisiscel waren vooraf duidelijk afgebakend en uitgezuiverd,” zegt spoedarts dr. Van Sassenbroeck. “We hanteren al 4 jaar de richt-

“Het enige waarop we niet voorbereid waren, was de lange duur van deze crisis. Niet alleen voorraden dreigden uitgeput te geraken, ook de mensen.”

lijnen van het Hospital Incident Command System (HICS). Elke klinische dienst én de ondersteunende diensten wisten perfect wat er van hen werd verwacht. De verantwoordelijkheden waren helder. Ook dat heeft ons goed door de crisis gegidst. Op basis van het HICS hadden we een worst-casescenario ontwikkeld dat verder gaat dan wat we nu met Covid-19 doormaken. Ook al is de realiteit altijd net iets anders dan de scenario's die je vooraf uittekent, toch was het grote denkwerk al gebeurd. Het enige waarop we niet voorbereid waren, was de lange duur van deze crisis. Niet alleen voorraden dreigden uitgeput te geraken, ook de mensen.”

Eerste lijn op voorgrond

“Waar het noodplan geen houvast gaf, was de samenwerking binnen het netwerk en met de woonzorgcentra en de huisartsen,” zegt Linda Staessen. “Maar het ziekenhuis heeft alert gereageerd op de situatie.”

“Binnen het netwerk heeft elk ziekenhuis zijn ding gedaan,” beaamt dr. Van Sassenbroeck. “Er zijn weinig of geen patiënten verplaatst. Wel hebben we heel intensief samengewerkt met de huisartsen en iets later ook met de woonzorgcentra. Wat iedereen parten heeft gespeeld, was vooral het tekort aan kennis over Covid-19. Dat woog zwaarder dan het tekort aan mensen of organisatie. Het was voor iedereen nieuw. Zodra we een beter zicht kregen op het virus, hebben we *online teaching*

georganiseerd, ook voor de woonzorgcentra, over de specifieke eigenschappen van Covid-19.”

“We hebben nauwe contacten met de woonzorgcentra,” zegt dr. Steyaert. “Toen de nood hoog was, hebben we mensen gedetacheerd en beschermingsmateriaal ter beschikking gesteld voor de eerste noden. De bestaande contacten zijn alleen maar hechter geworden, met heel korte lijnen.” “Het zou voor de toekomst zeker een meerwaarde zijn om het noodplan in overleg met het netwerk en met de eerste lijnszones te maken,” zegt Linda Staessen. “De rol en het belang van de eerste lijn zijn sterk op de voorgrond getreden met corona,” vindt ook dr. Steyaert. “We mogen hun inbreng niet onderschatten. In het huidige noodplan ontbreken zij grotendeels. Eigenlijk zouden we een geïntegreerd noodplan moeten maken.”

“Het is aan de overheid om hiervoor de nodige stappen te zetten,” zegt dr. Van Sassenbroeck. “Mijn aanvoelen is dat de Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening snel en alert gereageerd heeft, waardoor er duidelijke afspraken tussen ziekenhuizen onderling en met verzorgingsinstellingen gemaakt werden. We misten wel operationeel overleg met de eerste lijn. We voelden op het terrein de nood aan coördinatie. Daarom hebben we zelf elke dag overlegd met de voorzitters van de huisartsenkringen. Maar dat was niet structureel georganiseerd.



“De communicatie vormde de grootste uitdaging. Zeker in het begin zat er soms wat ruis op. Het verschil tussen nice to know en need to know moet heel duidelijk zijn in een crisis. Je hebt ook een hele snelle goedkeuringscyclus nodig.”

Er waren geen taakafspraken, geen duidelijke wederzijdse verwachtingen. Dat moet structureel uitgeklaard worden. Zo leefde bijvoorbeeld bij veel huisartsen de indruk dat zij geen zieke patiënten mochten doorverwijzen van woonzorgcentra naar het ziekenhuis.”

Communicatie cruciaal

“Toch ben ik positief over de communicatie met alle actoren. Intern hadden we elke dag om 9 uur overleg met een expertengroep met artsen, verpleegkundigen, ziekenhuishygiënisten... Samen gingen we door de omzendbrieven en richtlijnen van de laatste 24 uur. Meer dan eens gebeurde het dat de richtlijnen van de diverse overheden met elkaar in tegenspraak waren. De expertengroep klaarde de regels uit en vertaalde ze naar concreet ziekenhuisbeleid. Om 11u volgde dan een overleg met de directie, waar alle knelpunten en voorstellen voor oplossing systematisch werden overlopen. Op die manier konden we snel beslissingen nemen. Om 16u kwam dan een kerngroep samen die de communicatie voorbereidde. We hebben meer dan een maand lang elke dag, ook in het weekend, op die manier de crisis op de voet gevolgd.”

“Dat vond ik de grootste uitdaging: de communicatie,” zegt Linda Staessen. “Zeker in het begin zat er soms wat ruis op. Het verschil tussen nice to know en need to know moet heel duidelijk zijn in

“We hebben nauwe contacten met de woonzorgcentra. Toen de nood hoog was, hebben we mensen gedetacheerd en beschermingsmateriaal ter beschikking gesteld. De bestaande contacten zijn alleen maar hechter geworden, met heel korte lijnen.”

een crisis. Je hebt ook een hele snelle goedkeuringscyclus nodig. En je moet alle mensen vlot leiden naar de juiste, actuele informatie.”

“Communicatie is altijd een teer punt in een crisis,” bevestigt dr. Van Sassenbroeck. “Medewerkers mogen zich hier echter niet achter verstoppen. ‘Het was niet goed gecommuniceerd’ is vaak een flauw excuus. Medewerkers moeten uiteraard correcte informatie krijgen. Maar als zij denken informatie te missen, hebben ze ook een plicht te weten. Desnoods moet je zelf achter de juiste informatie aangaan.”

“We hebben een centraal telefoonnummer 1818 en een e-mailadres geïnstalleerd waar elke medewerker terecht kon met zijn of haar vragen. Dat bleek ook een heel goede manier om snel knelpunten te detecteren. Die backoffice functioneert vandaag nog,” vertelt dr. Van Sassenbroeck.

“We hebben voortdurend aandacht besteed aan het creëren van draagvlak,” zegt dr. Steyaert. “Het vergt tijd en inspanning om alle betrokkenen mee aan tafel te zetten, maar het loont. Je wint er tijd en duidelijkheid mee. Iedereen heeft zijn rol opgenomen en elke rol is belangrijk gebleken. Ik denk bijvoorbeeld aan de ondersteuning van de medewerkers door de dienst patiëntenbegeleiding en de psychologen. Alle teams, inclusief de expertengroep en het directiecomité hebben ondertussen trouwens een debriefing gehad.”

“Misschien moeten we bij een volgende versie van het noodplan nog meer dan vroeger iedereen betrekken. Als we al in de planningsfase de violen stemmen en rekening houden met alle perspectieven zullen we nog beter voorbereid zijn op worstcasescenario’s,” besluit dr. Van Sassenbroeck.

Doordat we meer handen in huis hebben, slagen we erin om de bewoners beter te omringen.



DRIE WOONZORGCENTRA EN DRIE MAATWERKBEDRIJVEN SLAAN HANDEN IN ELKAAR

‘Tea for two’ zorgt voor extra handen in het woonzorgcentrum

TEKST: JENS DE WULF / BEELD: BJÖRN CRUL

Veel Vlaamse woonzorgcentra zijn voortdurend op zoek naar medewerkers. Dat is een gekend probleem.

Maatwerkbedrijven van hun kant zijn vaak vragende partij om partners te vinden waar hun talenten aan het werk kunnen gaan. Uit die gezamenlijke zoektocht ontstond in Noord-Limburg en (een stukje van) Antwerpen ‘Tea for two’, een project tussen drie woonzorgcentra en drie maatwerkbedrijven om mensen uit de sociale economie aan de slag te laten gaan in de ouderenzorg. Zorgwijzer sprak met Eric Bogers, directeur van De Biehal en promotor van ‘Tea for two’, en Greet Geuens, campusdirecteur van wzc Sint-Jan Berchmans in Hamont-Achel, één van de 6 partners van het project.

Op het eerste gezicht is een structurele samenwerking tussen een maatwerkbedrijf en een ouderenzorgvoorziening niet evident. Hoe hebben jullie elkaar gevonden?

Eric Bogers: “Wie ‘maatwerkbedrijf’ zegt, denkt meteen aan kringwinkels. Maar onze activiteiten gaan breder. Van kringwinkels over horeca tot groendiensten. Door het ‘Tea for two’-project kunnen we daar nu zorg- en dienstverlening als vierde niche aan toevoegen. Met De Biehal waren we al wat vertrouwd met de zorgsector. Al is de samenwerking via ‘Tea for two’ pas echt structureel geworden.”

Greet Geuens: “Klopt. Voorheen was er al een samenwerking tussen een aantal voorzieningen van Integro, een Limburg-

se groep van 8 woonzorgcentra waarvan Sint-Jan Berchmans deel uitmaakt, en De Biehal. Maar dat ging dan over het occasioneel versterken van de klusjesdienst in het woonzorgcentrum, beroep doen op hun wassalon of bewoners die gingen eten in een buurtrestaurant dat uitgebaat wordt door De Biehal. Met ‘Tea for two’ lopen er op gezette tijdstippen mensen van De Biehal tussen onze medewerkers om onze werking te versterken.”

Eric Bogers: “In totaal hebben we binnen ‘Tea for two’ een samenwerking lopen met drie woonzorgcentra. Naast Sint-Jan Berchmans versterken we ook Home Elisabeth in Sint-Truiden – ook Integro – en Ter Vest in Balen. Voor ons was het overigens noodzakelijk om een nieuwe sector aan te snij-



den waar onze talenten aan de slag konden gaan. Door de omschakeling van 'sociale werkplaats' naar 'maatwerkbedrijf' zagen we namelijk onze structurele financiering met 10% dalen. Op jaarbasis is dat goed voor zo'n 120.000 euro minder subsidies. Door nu aan de slag te gaan in de zorg- en dienstverlening scheppen we kansen voor nieuwe niches."

De regelgeving over wie welke handelingen mag stellen is in de woonzorgcentra zeer strikt. Vormt dat geen barrière om mensen uit de sociale economie in te zetten?

Greet Geuens: "Die stringente regelgeving laat inderdaad weinig ruimte voor flexibiliteit, maar daarvan waren we ons op voorhand al bewust. Onze vraag aan het maatwerkbedrijf is vooral logistiek. In een woonzorgcentrum komen wonen en zorg samen. Wij zetten de mensen van De Biehal voornamelijk in om het dagelijkse leven van de bewoners aangenamer te maken: zij smeren boterhammen, brengen de koffie rond, maken een wandelingetje met de bewoners of brengen hen naar de kapper... Doordat we meer handen in huis hebben, slagen we erin om de bewoners beter te omringen."

Eric Bogers: "We zorgen ervoor dat onze mensen in het woonzorgcentrum taken kunnen uitvoeren waarvoor geen lange opleidingen nodig zijn. Ze zijn er niet bij gebaat om eerst cursussen te moeten doornemen om een bepaalde job te kunnen uitvoeren. Uiteraard is het wel belangrijk dat ze feeling

"Dit project is een stap vooruit voor zowel de woonzorgcentra als de maatwerkbedrijven. Alleen al op vlak van tewerkstelling biedt het mogelijkheden om de vergrijzing in de zorgsector, de pensioengolf die op ons afkomt én het personeelstekort op te vangen."

hebben om met ouderen te werken. Opvallend is trouwens dat onze vacatures om in de woonzorgcentra te werken steeds vlatter ingevuld raken. We zijn dit project eind 2018 gestart, met een eerste 'testperiode' in de lente van 2019. Toen was het niet evident om voldoende gegadigden te vinden om aan de slag te gaan in de woonzorgcentra. Begin dit jaar was er een tweede testperiode en de goesting was bij velen al een pak groter. Blijkbaar deed het de ronde dat het toch wel tof was om in een voorziening voor ouderen te werken."

Hoe staan de vaste medewerkers van het woonzorgcentrum tegenover de mensen van De Biehal?

Greet Geuens: "In het begin was het wat zoeken, maar dat is ook begrijpelijk. Alleen al praktisch. In Sint-Jan Berchmans dragen onze medewerkers bijvoorbeeld nog een uniform; doen de mensen van De Biehal dat dan ook? Al snel groeide het enthousiasme bij ieder van ons. We hebben ook een tussentijdse bevraging gelanceerd bij bewoners en medewerkers, net zoals begin- en eindmetingen. Extra handen in

het woonzorgcentrum zijn van onschatbare waarde. Ze zorgen voor meer ademruimte bij iedereen in ons huis: zowel bij bewoners als medewerkers."

Het project startte eind 2018. Is er ook een einddatum?

Eric Bogers: "In november 2020 vangt de derde en laatste 'testfase' aan waarna het project in het najaar van 2021 in principe eindigt. Dan stopt namelijk de subsidie vanuit het Europees Sociaal Fonds. Dat ESF is eigenlijk het platform waarop 'Tea for two' kan draaien. Niet alleen door de financiële inbreng, maar ook door de hulp om gelijkaardige projecten in Europa te vinden."

Greet Geuens: "Op die manier zijn we in Denemarken en Finland terechtgekomen. In die Scandinavische landen zijn er ook woonzorgcentra die een soortgelijke samenwerking aangaan met maatwerkbedrijven. Binnen dat kader is het heel interessant om good practices uit te wisselen. Denk maar aan een wederzijdse vorming op maat van beide personeelsgroepen. Maar we beseffen ook dat we hier in een



andere context werken dan in Finland of Denemarken. In Vlaanderen zijn er weinig of geen voorbeelden van samenwerkingen tussen sociale economie en woonzorgcentra.”

Eric Bogers: “Inderdaad, we kunnen geen copy-paste doen van hoe ze in Scandinavië met het project omspringen. Daarvoor zijn de verschillen te groot. Als je het mij vraagt hebben de voorzieningen daar een grotere vrijheid, ze worden er minder geconfronteerd met allerlei regeltjes. In Denemarken is de zorg bijvoorbeeld meer gedecentraliseerd. Een directeur van een ouderenzorgvoorziening kan zelf beslissen om medewerkers in een flexibeler arbeidsregime aan te trekken. Dat zijn allemaal zaken waar we in Vlaanderen misschien ook wel naartoe moeten evolueren.”

Greet Geuens: “We kunnen wel van andere landen leren hoe we de samenwerking tussen de vaste medewerkers en de mensen uit de sociale economie laten plaatsvinden. Die uitwisseling van goede praktijken loopt vlot. We komen zelfs al eens bij elkaar op bezoek. Onlangs kwam er een delegatie vanuit Helsinki naar Hamont-Achel.”

Uit jullie betoog blijkt dat jullie ook na 2021 de samenwerking willen voortzetten. Hoe willen jullie dat realiseren?

Greet Geuens: “Dit project is een stap vooruit voor zowel de woonzorgcentra als het maatwerkbedrijf. Alleen al op vlak van tewerkstelling biedt het mogelijkheden om de vergrijzing in de zorgsector, de pensioengolf die op ons afkomt en het personeelstekort op te vangen. We zijn realistisch genoeg om te beseffen dat dit niet alle hiaten zal oplossen inzake de personeelsbezetting in de woonzorgcentra. Specifieke zorgprofielen blijven uiteraard nodig, maar zonder twijfel biedt een samenwerking met de sociale economie voor onze sector een meerwaarde.”

Eric Bogers: “We zien heel mooie dingen op het terrein: in Home Elisabeth in Sint-Truiden bijvoorbeeld werden drie mensen van maatwerkbedrijf De Ploeg in vaste dienst genomen. Uiteraard zal het niet voor alle mensen uit de sociale economie haalbaar zijn om zo door te stromen naar de reguliere arbeidsmarkt, maar het toont aan dat dit project zin heeft. Op 3 maart, aan de vooravond van de lockdown, hadden we een overleg met minister Beke en enkele van zijn raadgevers. Ook het kabinet van

de Vlaamse minister van Werk, Hilde Crevits, VDAB Limburg en Zorgnet-Icuro waren vertegenwoordigd. We hadden er positieve gesprekken over een voortzetting, maar de coronapandemie zet alles op dit moment on hold.”

Greet Geuens: “Tijdens de coronapandemie werd het nut van ‘Tea for two’ voor ons nogmaals nadrukkelijk bevestigd. De extra handen waren meer dan welkom om de crisis de baas te kunnen. Dat bevestigden ook al onze medewerkers. We houden in ieder geval een goed gevoel over aan ons gesprek met de Vlaamse overheid. Het wordt nu zaak om de draad opnieuw op te pikken.”

Eric Bogers: “Dit project biedt een maatschappelijke meerwaarde: door de instroom van mensen uit de sociale economie kunnen woonzorgcentra aan de bewoners meer kwaliteit van leven bieden en het levert veel sociale tewerkstelling op. Het lijkt ons meer dan de moeite waard om hiervoor een groeien financieringsmodel uit te denken. De resultaten uit de praktijk bewijzen dat. Voor een sterk transitiebeleid voor de sociale economie en een omslag naar de zorg kijken we in de richting van minister Hilde Crevits.”



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

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

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

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Life is On



We moeten ons focussen op leven, wonen en zorg... in die volgorde

TEKST: KIM MARLIER / BEELD: PETER DE SCHRIVER

“Dit moet de eerste publicatie zijn die geschreven wordt in de hoop dat ze nauwelijks gelezen zal worden”, staat er gedrukt op de eerste pagina’s in het rapport ‘Dementiezorg in tijden van corona’. Kort na de publicatie is de tweede golf jammer genoeg een feit en blijken de lessen zeer actueel. “Corona en de bijbehorende maatregelen hadden een zware impact op de zorg voor mensen met dementie en daaruit moeten we lessen uit trekken”, zeggen Jan Steyaert en Leentje De Wachter van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. “We proberen in dit rapport inzichten te formuleren zonder een belerend vingertje op te steken. Wat kunnen we in de toekomst anders en beter doen?”

Dit rapport over dementiezorg in coronatijden werd in juli gepubliceerd. Dat is vrij snel na de eerste golf. Wat willen jullie met dit rapport bereiken?

Jan Steyaert: “In oktober 2018 publiceerden we het referentiekader *Leven, wonen en zorg voor personen met dementie* en gingen daarna met zes pilootprojecten in de thuiszorg, residentiële zorg en ziekenhuiszorg aan de slag. Eind september 2020 verscheen het rapport over hun traject en groei naar de zes fundamenteën van goede dementiezorg. Deze pilootprojecten ontsnapten evenmin aan de impact van corona. We konden dit niet ongenoemd laten in die publicatie, maar de lessen en inzichten vonden we te waardevol om zomaar als een addendum toe te voegen. Daarom beslisten we om die eerste indrukken, ervaringen en lessen te bundelen in een aparte publicatie met als belangrijkste vraag: ‘Wat hebben we tot nu toe geleerd?’ We maakten allemaal een steile leercurve door, zowel de samenleving als de zorgsector. Het is absoluut niet de bedoeling om met een belerend vingertje te wijzen naar de gemaakte fouten. Onze bedoeling is om een helpende

hand te reiken naar de sector en hen voor te bereiden op een eventuele tweede golf. Helaas kwam die veel sneller dan verwacht.”

Dementiezorg heeft zijn specifieke uitdagingen en aandachtspunten, maar de coronamaatregelen zetten hier extra druk op. Op welke vlakken voelden jullie dat?

Jan Steyaert: “Tijdens de eerste weken was het virus een grote onbekende. We konden de impact niet inschatten en wisten niet in welke mate onze veiligheid in gevaar was. Er was een nijpend tekort aan beschermingsmateriaal. Toen werd er radicaal gekozen voor veiligheid. Ondertussen weten we veel meer en moeten we onderzoeken hoe we kunnen focussen op de kwaliteit van leven. Uiteraard met aandacht voor veiligheid en geborgenheid. Die kwaliteit zit bijvoorbeeld in een zinvolle dagbesteding en ervoor zorgen dat mensen voldoende in beweging zijn. Mijn moeder zat tijdens de lockdown zes weken op haar serviceflat, zonder iets van beweging. Ik schrok ervan toen ik zag hoe moeilijk ze zich kon voortbewegen na zo’n lange periode van stilzitten.”

Leentje De Wachter: “Het perspectief ontbrak ook tijdens die periode. Het woon- en leefgebeuren viel weg. De familie kon plots niet meer op bezoek komen en nie-

mand kon zeggen hoe lang dat zou duren. Terwijl mensen echt perspectief nodig hebben. Regelmatig hoorden we verhalen van mensen die zeiden: ‘Het hoeft voor mij niet meer’. Daarom pleiten we om alle aspecten van zorg voldoende aandacht te geven. Niet alleen de fysieke zorg, maar ook de existentiële zorg en het psychosociaal welzijn.”

Jan Steyaert: “In het referentiekader beschrijven we zes fundamenteën om warme zorg te organiseren die volgens ons altijd aanwezig moeten zijn. Autonomie in geborgenheid is een van die fundamenteën. Neem niets uit handen van de persoon met dementie als dat niet nodig is. Het is niet omdat je een diagnose dementie kreeg, dat je plots niet meer kan koken of gaan wandelen. Geef mensen met dementie nog zoveel mogelijk ruimte om hun leven in te vullen, maar zorg wel voor veiligheid. In die eerste maanden van de coronacrisis is de balans heel snel doorgeslagen naar geborgenheid in plaats van autonomie.”

Leentje De Wachter: “De grote vraag is hoe je de ander nabij kan zijn terwijl je afstand moet houden. Voor mensen met dementie schuift het verbale vaak naar de achtergrond in de communicatie. Het tactiele, het aanraken wordt belangrijker, maar net dat mocht niet meer. Daarom

Jan Steyaert: “We zijn een aantal maanden geleden in een kramp geschoten, uit schrik voor het onbekende. Waardoor we nu nog meer dan anders beseffen dat we ons moeten focussen op leven, wonen en zorg. Die waarden moet in die volgorde aandacht krijgen.”



A photograph of a man and a woman sitting on a bench made of stacked tires outdoors. The man is on the left, wearing a checkered shirt and glasses. The woman is on the right, wearing an orange top. They are sitting on a grassy area with trees in the background. A wooden pole is visible behind them.

Jan Steyaert: "We maakten allemaal een steile leercurve door, zowel de samenleving als de zorgsector. Het is absoluut niet de bedoeling om met een belerend vingertje te wijzen naar de fouten die gemaakt zijn. Onze bedoeling is om een helpende hand te reiken naar de sector."

Leentje De Wachter: "Het uitgangspunt in dementiezorg moet altijd kwaliteit van leven en autonomie in geborgenheid zijn, infectiepreventie is secundair."

was het in die eerste periode echt een zoektocht om met hen te communiceren in een taal die zij ook verstaan.”

In het rapport lijsten jullie de impact van de maatregelen op. Die was niet louter negatief voor mensen met dementie.

Jan Steyaert: “We kunnen niet veralgemenen, maar we vingen wel signalen op dat sommige personen met dementie rustiger werden. Er waren minder activiteiten, ze kwamen met een beperkter aantal vertrouwde gezichten in contact en daardoor waren ze minder overprikkeld. Een rustig en vast dagritme was nuttig. In de pre-coronatijd was dat niet altijd mogelijk omdat er bezoek binnen en buiten liep. Dat is iets waar we in de toekomst uit kunnen leren. Het grote nadeel van de maatregelen was het feit dat de vertrouwde contacten wegvielen, niet alleen in de residentiële zorg, maar ook in de thuiszorg. “Gaat vader of moeder mij nog herkennen?”, was een veelgehoorde schrik van familieleden en niet altijd onterecht. We hoorden verhalen waar de herkenning sterk afgezwakt was en opnieuw moest worden opgebouwd.”

Voelden jullie bij het begin van de coronacrisis een verschuiving in de zorg?

Leentje De Wachter: “Ja, heel zeker. Er werd teruggegrepen naar een medisch model waarbij infectiepreventie het absolute richtinggevende was. In het Expertisecentrum Dementie nemen wij altijd de beleving van mensen met dementie als uitgangspunt voor afgestemde zorg, maar net die beleving raakte helemaal ondergesneeuwd. Veel zorgverleners hebben hierbij ook heel wat morele stress gevoeld, net omdat ze die zorg niet konden geven. Ondertussen wordt het maatschappelijke debat gelukkig opnieuw breder en zoekt men naar oplossingen om infectiepreventie te combineren met psychisch welbevinden. Het uitgangspunt moet altijd kwaliteit van leven en autonomie in geborgenheid zijn, infectiepreventie is secundair. We mogen niet vergeten dat mensen van die leeftijd risico’s willen nemen. Ze willen leven en maken andere keuzes.”

Jan Steyaert: “Het klopt dat de focus van de zorg verschoof van warme zorg naar basiszorg en eigenlijk is die verschuiving nog altijd bezig. Oké, er is geen verbod meer op bezoek en organisaties zijn niet meer collectief gesloten, maar we moeten nog steeds rekening houden met tal van veiligheidsmaatregelen. De belangrijkste les die we kunnen trekken uit de afgelopen maanden is hoe essentieel die warme zorg is. Dit voorjaar werd alles tot louter zorg gereduceerd en daardoor zien we nu des te meer het belang van

Leentje De Wachter: “Regelmatig hoorden we verhalen van mensen die zeiden: “Het hoeft voor mij niet meer.”

Daarom pleiten we ervoor om alle aspecten van zorg voldoende aandacht te geven.

Niet alleen de fysieke zorg, maar ook de existentiële zorg en het psychosociaal welzijn.”

sociale contacten, zinvolle dagbesteding en van beweging in. Ook in ons eigen leven was het voelbaar. We misten het om af te spreken met vrienden of iemand te kunnen knuffelen. Kortom, we voelden hoe belangrijk het gewone leven is. En dat is in de zorg niet anders.”

Leentje De Wachter: “Ik hoop dat we dat besef kunnen behouden in de toekomst. We mogen niet meer teruggrijpen naar dat strikte medische model. We moeten ook andere waarden in het oog houden. Niet alleen leven, maar ook kwaliteit van het leven is belangrijk en dat kan bijvoorbeeld door waar nodig fijnmazige veiligheidsmaatregelen uit te schrijven.”

Jan Steyaert: “We zijn een aantal maanden geleden in een kramp geschoten, uit schrik voor het onbekende. Waardoor we nu nog meer dan anders beseffen dat we ons moeten focussen op leven, wonen en zorg. Die waarden moeten in die volgorde aandacht krijgen.”

Borrelden er in coronatijden creatieve oplossingen naar boven om de huidhonger, gebrek aan geborgenheid en nabijheid te compenseren?

Leentje De Wachter: “We hoorden al van enkele initiatieven. Zo schakelden sommige organisaties over naar één-op-één-begeleiding, waarbij de psycholoog bij de bewoner op de kamer een gezelschapsspel speelde. Dat was een ideaal moment om te checken hoe de bewoner zich voelde. Zelfs intergenerationele projecten zochten naar creatieve oplossingen. Omdat klassen niet meer op bezoek mochten komen in de woonzorgcentra, viel het intergenerationeel contact weg. Wat merkten we? Juffen deelden tekeningen rond bij al hun leerlingen, die de tekeningen inkleurden. Die werden dan in één groot pakket afgegeven en opgehangen in de woonzorgcentra. Kleuters kwamen krijttekeningen maken op de parking van het woonzorgcentrum.”

Jan Steyaert: “Heilig Hart in Kortrijk deed op moederdag grote witte ballonnen

uit waarop de familie een mooie boodschap kon schrijven en die werden dan afgegeven aan de bewoners. Ze werken ook aan de ontwikkeling van een app die thuiswonende mensen met dementie aanspoort om voldoende te bewegen. Die initiatieven vervangen uiteraard het echte contact niet, maar het zijn zoektochten in de balans tussen contact houden en bescherming tegen het virus. En we horen graag meer voorbeelden. Bij deze een warme oproep om initiatieven door te sturen naar het Expertisecentrum Dementie. Zo kunnen we van elkaar blijven leren.”

De tweede golf werd jammer genoeg al snel een feit. Merken jullie nu verschillen met de situatie in maart? Voelen jullie dat er al lessen getrokken werden en dat ernaar gehandeld wordt?

Jan Steyaert: “Ik denk het wel. De strategische voorraad beschermingsmateriaal is nu veel beter op orde. Testen verloopt vlotter. Basismaatregelen zoals handen wassen, afstand houden en geen knuffels geven zijn helemaal ingeburgerd. We zijn ook afgestapt van algemene maatregelen zoals een lockdown en kiezen voor meer selectieve maatregelen daar waar het nodig is. Je voelt dat er overal opnieuw een intensievere zoektocht gestart is hoe we - onder deze omstandigheden - warme zorg kunnen organiseren. Hoe compenseren we de huidhonger? Hoe vangen we het gemis van sociale contacten op?”

Leentje De Wachter: “Het is een zoektocht naar ons kompas om kwaliteit van leven, wonen en zorg te garanderen ondanks corona.”

Jan Steyaert: “En dat steeds met een plan A, plan B, plan C... in ons achterhoofd en warme zorg in het vizier.”

Het volledige rapport ‘Dementiezorg in tijden van corona’ kan je gratis downloaden op www.dementie.be.

De gedrukte versie kan je voor 9 euro bestellen via <https://infocentrum.dementie.be/product/dementiezorg-corona>



Op 1 juli 2020 schoten de zestig eerstelijnszones en zorggraden in Vlaanderen uit de startblokken. Officieel dan toch. Het werk achter de schermen was al veel langer bezig. Bovendien zorgde de coronacrisis voor extra urgentie en bijkomende opdrachten. Stafmedewerkers dr. Hilde De Nutte, Karolin Vannieuwenhuysse en Sylvie Slangen van Zorgnet-Icuro schetsen voor ons nog even de ontstaansgeschiedenis en de context.

“Op de Eerstelijnsconferentie van 2017 is het idee van de eerstelijnszones en de zorggraden gelanceerd,” zegt dr. Hilde De Nutte. “Snel daarna volgden een decreet en uitvoeringsbesluiten. Vandaag telt Vlaanderen zestig eerstelijnszones, die het hele grondgebied bestrijken. In een eerstelijnszone komen alle actoren, zowel uit de zorgsector, de welzijnssector als de lokale besturen van de eerste lijn, samen. Denk bijvoorbeeld aan huisartsen, maatschappelijk werkers, kinesisten,... Elke eerstelijnszone wordt aangestuurd door een zorgraad, met naast de betrokken organisaties ook een vertegenwoordiging van de ‘personen met een zorg- of ondersteuningsnood’ (patiënten, cliënten, bewoners...) en van de mantelzorgers. Een van de opdrachten van de zorgraad is de ondersteuning van de praktijkvorming in de eerste lijn, bijvoorbeeld door een vlotte gegevensdeling. Verder moet de zorgraad de interdisciplinaire samenwerking stimuleren, voor welzijns- en gezondheidsgerelateerde problemen, zowel op het vlak van preventie, curatie, rehabilitatie als palliatie. Elke eerstelijnszone stipfelt zijn beleid uit op maat van de eigen populatie, context en noden. Op basis van die beleidsplannen zijn op 1 juli 2020 de zorggraden erkend.”

Eerstelijnszones en zorggraden: wat voorafging

TEKST: FILIP DECRUYNAERE

“In volle voorbereiding brak de coronacrisis uit. Nog vóór de eerstelijnszones en de zorggraden goed en wel van start konden gaan, kregen ze al extra en hoogdringende opdrachten. Elke zorgraad is nu mee verantwoordelijk voor de uitbraakbeheersing in zijn eerstelijnszone en krijgt hiervoor toegang tot cijfergegevens uit de zorgatlas en de controletoren. De zorgraad moet de bevolking sensibiliseren en vraag en aanbod in de eerstelijnszone op elkaar afstemmen. Elke zorgraad richtte in zijn school een Covid-team op, dat ook de contact tracing opvolgt. Voor deze Covid-opdrachten krijgt elke zorgraad een eenmalig budget van 15.000 euro. Elke zorgraad heeft één of twee personeelsleden in dienst. In totaal gaat het over een 80-tal voltijdse equivalenten voor de 60 eerstelijnszones. Die medewerkers komen grotendeels over van de vroegere Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL), het Regionaal Welzijnsoverleg (RWO) en de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN), die in de eerstelijnszones zijn opgegaan.”

Evenwichten en engagement

“Elke eerstelijnszone heeft een eigen historiek, context en dynamiek,” verduidelijkt Karolin Vannieuwenhuysse. “In regio’s waar de SEL sterk stond en een coördinerende rol speelde, zijn ook de eerstelijnszones en de zorggraden meestal vlotter kunnen starten. Omdat de actoren elkaar al kenden en er vertrouwen was. Elke eerstelijnszone heeft verder zijn eigen governance structuur en eigen prioriteiten en projecten. De regionale diversiteit is dus groot.”

“Het is een complexe oefening om de evenwichten goed te bewaken. Je hebt niet

alleen lokale besturen, gebruikersverenigingen en zorg- en welzijnsorganisaties, maar ook veel zelfstandige zorgberoepen: huisartsen, tandartsen, kinesitherapeuten, apothekers enzovoort. Al die actoren moeten mee in dit verhaal. Iedereen die zich engageert in het bestuur van de eerstelijnszone, de zorgraad, neemt een hele verantwoordelijkheid op zich. Een huisarts of een directeur van een woonzorgcentrum zit daar niet voor zichzelf, maar voor al zijn collega’s. Dat betekent consulteren, advies vragen, overleggen, draagvlak creëren... Het is niet te onderschatten.”

“De coronacrisis heeft voor een stroomversnelling gezorgd. Plots waren er concrete en dringende opdrachten. Ondanks hun prille bestaan hebben de zorggraden al heel veel werk verricht. De overheid heeft een beroep op hen gedaan en ze stonden er. Je voelt de appreciatie hiervoor. De zorggraden en de eerstelijnszones hebben zich in een mum van tijd op de kaart gezet.”

Lid van Zorgnet-Icuro

Ook stafmedewerker Sylvie Slangen is het daarmee eens. Zij begeleidt de zorggraden die aansluiten bij Zorgnet-Icuro op het

gebied van hr en sociaal overleg. Driekwart van de zorggraden is intussen lid bij Zorgnet-Icuro. “De zorggraden focussen zich op het organisatorische en op de coördinatie van zorg en welzijn in hun regio. Inhoudelijk staan ze heel sterk. Maar er moet natuurlijk veel meer geregeld worden: personeelszaken, de vzw-wetgeving volgen, sociaal overleg,... Weinig zorgverleners zijn daarmee vertrouwd.”

“Op het moment dat medewerkers van de vroegere SEL, LMN en RWO zouden inkantelen in de eerstelijnszone, was er bijvoorbeeld de vraag of en in hoeverre cao 32bis van toepassing zou zijn. Die cao bepaalt dat, in geval van een overname, de werknemers van de oude werkgever overgedragen worden naar de nieuwe werkgever met behoud van rechten (loon- en arbeidsvoorwaarden). Maar zo eenvoudig was dat niet. Het was een sociaal-juridisch kluwen, dat heel wat energie heeft gekost. Zorgnet-Icuro heeft op een bepaald ogenblik samen met SOM (Federatie van sociale ondernemingen) het voortouw genomen. Er was immers een strikte deadline om alles rond te krijgen. Maar we zijn er samen in geslaagd om de zorggraden op tijd op het goede spoor te krijgen.”

“Iedereen die zich engageert in de zorgraad, neemt een hele verantwoordelijkheid op zich. De huisarts of directeur van een woonzorgcentrum zit daar niet voor zichzelf, maar voor al zijn collega’s. Dat betekent consulteren, advies vragen, overleggen, draagvlak creëren...”

ZORGRADEN UIT DE STARTBLOKKEN: WEST-MEETJESLAND

“Bereidheid om samen te werken is groot”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JONATHAN RAMAEL

In de eerstelijnszone West-Meetjesland zit Elke Vastiau de zorgraad voor. Zij is directeur van wzc Onderdale in Urسل dat behoort tot de groep vzw Zorg-Saam. “Natuurlijk betekent dit een engagement en een investering in tijd en middelen. Maar ik geloof erin,” zegt ze enthousiast.

“Het Meetjesland had al een traditie van samenwerking in zorg en welzijn en dat heeft ons goed geholpen bij de opstart van de eerstelijnszone en de zorgraad,” zegt Elke Vastiau. “Alleen ga je sneller, samen kom je verder,” luidt ons devies. Hoewel de officiële oprichting van de zorgraad in volle coronatijd gebeurde, werkten we al drie jaar in een voortraject. Met het veranderteam hebben we gebouwd aan een stevig draagvlak bij alle actoren. Wat ons drijft, is wat ons bindt: er zijn voor de persoon met een zorg- en een ondersteuningsnood en de wil om goede zorg te leveren. Zowel in zorg als welzijn bestaan er al heel veel knappe dingen, maar we weten het niet altijd van elkaar. En dus kunnen we ook niet altijd optimaal doorverwijzen.”

“De samenwerking verloopt heel goed. Iedereen draagt zijn steentje bij. Corona heeft natuurlijk de plannen wat veranderd en helaas moeten we veel tijd steken in praktische dingen zoals statuten, een beleidsplan en een erkenningsdossier. Maar we maken ook tijd om elkaar nog beter te leren kennen en om af te stemmen. Al is het niet altijd evident als je niet fysiek kan samenkomen.”

“Vandaag ligt de focus bijna uitsluitend op corona. We zijn nauwelijks uit de startblokken, maar we krijgen van de overheid al concrete en dringende opdrachten. Dat heeft voor- en nadelen. Enerzijds liggen de verwachtingen hoog en is het meteen alle hens aan dek. Anderzijds hebben we erg snel moeten schakelen. We coördineren

vraag en aanbod in de eerstelijnszone en we werken mee aan de *contact tracing*. We zien ook direct de positieve resultaten. Het is pas in de samenwerking op het terrein dat het vertrouwen groeit, dat we elkaar echt leren kennen en dat we wegkomen van ons eilandje.”

Eigen rol overstijgen

Voor een directeur van een woonzorgcentrum is het voorzitterschap van een zorgraad geen evident engagement. Of toch? Elke Vastiau: “Je kan daar op verschillende manieren naar kijken. Natuurlijk vergt dit een zeker engagement en een investering van tijd en middelen. Maar ik geloof in deze samenwerking. Ik ben er rotsvast van overtuigd dat een betere afstemming leidt tot een betere kwaliteit van zorg en ondersteuning. Zeker als we bovendien de personen met een zorg- en ondersteuningsnood betrekken. Ik heb trouwens wel wat ervaring in lokale besturen en in zorg en welzijn. Ik begeef me dus niet helemaal op onbekend terrein.”

“Er is een open oproep geweest om lid te worden van de zorgraad. Van elk raadslid verwachten we dat hij zijn persoonlijke rol overstijgt en oog heeft voor het bredere perspectief. Zo ben ik zelf niet de vertegenwoordiger van het woonzorgcentrum, maar van de ruime ouderenzorg en nog breder. In aanloop naar de zorgraad hebben we veel overleg gepleegd met de achterban. We hebben iedereen gevraagd naar zijn of haar verwachtingen. Samen kiezen we zowel voor verbreding als voor verdieping van de samenwerking. We kunnen elkaar inspireren en versterken. Woonzorgcentra en voorzieningen voor personen met een handicap bijvoorbeeld, hebben vaak dezelfde vragen en staan voor dezelfde uitdagingen. Denk aan een bezoekenregeling tijdens de coronaperiode. In het Meetjesland hebben we het geluk

van heel betrokken mensen te vinden. Bijvoorbeeld bij de zorgvragers en de mantelzorgers. Ook zij overstijgen hun persoonlijke situatie en komen op voor de veel grotere groep van lotgenoten. Ze kunnen hiervoor terugvallen op een groter netwerk. Ze krijgen ook steun van het Vlaams Patiëntenplatform.”

“Wij hebben er met onze zorgraad voor gekozen om ook de ziekenhuizen te betrekken, al is dat niet verplicht. We streven naar een zo breed mogelijke gedragenheid en samenwerking. Covid-19 heeft nog maar eens getoond hoe nodig dat is. Het Covid-team van onze eerstelijnszone heeft afspraken gemaakt met de ziekenhuizen. Dat je dat niet afzonderlijk hoeft te doen, maakt een groot verschil. Ik hoop en ik droom dat we met de zorgraad oplossingen kunnen aanbrengen voor een aantal concrete uitdagingen van afstemming, zorggarantie en continuïteit. De zorgraad biedt een forum waar alle actoren elkaar op een constructieve manier kunnen vinden. Het klinkt idealistisch, maar ik geloof dat we stap voor stap aan het vertrouwen kunnen werken met beide voeten in de praktijk. Ik voel een grote bereidheid om samen te werken. De dingen die goed lopen moeten we behouden; wat beter kan, gaan we samen aanpakken.”

“Uiteindelijk werken wij in de eerstelijnszone voor alle mensen. Iedereen heeft vroeg of laat een zorg- of ondersteuningsnood. Sommige mensen vinden gemakkelijk hun weg in het aanbod, andere mensen hebben het daar moeilijk mee. Wij moeten de drempels weghalen en de hulpverlening brengen waar ze nodig is. De verwachtingen zijn hoog. Het zal tijd vergen. We gaan democratisch aan de slag, en dat willen we zo houden. Niet gemakkelijk misschien, maar moeilijk gaat ook.”

“We streven naar een zo breed mogelijke gedragenheid en samenwerking. Zo hebben wij ervoor gekozen om ook de ziekenhuizen te betrekken, al is dat niet verplicht. Covid-19 heeft nog maar eens getoond hoe nodig samenwerking is.”



“Eerstelijnszones krijgen veel appreciatie voor het geleverde werk”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JONATHAN RAMAEL

Huisarts Kristof Galle engageert zich al vele jaren voor een betere samenwerking op de eerste lijn. Dat hij vandaag voorzitter is van de zorgraad in de eerstelijnszone Scheldekracht hoeft dan ook niet te verwonderen.

“De voorbije maanden waren hectisch,” zegt dr. Galle. “Corona heeft ons allemaal in snelheid gepakt. Dit was een uitdaging van formaat voor een prille organisatie. Maar evengoed heeft corona ervoor gezorgd dat de eerstelijnszones en de zorggraden op de kaart staan. De voorbereiding met de veranderteams en -fora heeft geloond. We hoefden niet van nul te starten en we konden onze missie meteen in de praktijk brengen.”

“De coördinatiefunctie is cruciaal voor de zorgraad. We moeten alle actoren op het werkveld tot een geheel samensmeden: de huisartsen, verpleegkundigen, openbare besturen, mantelzorgers,... We hebben al een hele weg afgelegd. Ter voorbereiding van ons beleidsplan hebben we diverse fora gehouden met alle actoren om na te denken over de toekomst van onze eerstelijnszone. Dat was een goede gelegenheid om elkaar beter te leren kennen. Het was nodig. Samenwerking brengt ons dichterbij elkaar. Huisartsen bijvoorbeeld, hebben een goede kringwerking, maar de artsen van de verschillende

kringen hebben nauwelijks contact met elkaar. Elkaar leren kennen is zo belangrijk! We merkten dat ook tijdens corona. Veel gemeenten of kringen namen lokale initiatieven. Allemaal lovenswaardige projecten, maar soms versnipperd. Dat was verwarrend voor de mensen. Wij hebben gezocht naar de coördinatie ervan, naar contacten met elkaar en de andere disciplines. Een minimum aan overleg en afspraken kan onduidelijkheid voorkomen.”

In de kijker

“Corona heeft de samenwerking in een stroomversnelling gebracht. Het klinkt wat vreemd, maar corona heeft vele deuren geopend. De eerstelijnszones stonden meteen in de kijker. Op sommige dagen leek onze mailbox te ontploffen van de nieuwe taken en opdrachten die we toegeschoven kregen. Van alle kanten kregen we vragen naar standpunten, richtlijnen, ondersteuning, visie,... Dat was moeilijk, ja. Maar tegelijk voelde het als een erkenning en een bevestiging dat we ertoe doen, dat de eerstelijnszones relevant zijn en het verschil kunnen maken. We hebben de voorbije weken ook erg veel appreciatie ervaren voor het geleverde werk.”

“We werken ook in de breedte. Nog voor corona een feit was, zijn we met de eer-

stelijnszone geselecteerd voor een project van het Agentschap Zorg en Gezondheid ‘eerstelijnspsychologische functie voor 65-plussers’. We leren hiervan ontzettend veel. De eerstelijnszones kunnen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg zoveel betekenen. Maar ook andere projecten hebben we kunnen realiseren. Zo hielpen we tijdens de eerste coronagolf voorzien in beschermingsmateriaal voor de eerste lijn. We waren betrokken bij de mobiele testteams en in de samenwerking met ziekenhuizen om hulp aan te bieden in de woonzorgcentra. Iedereen heeft elkaar geholpen waar het kon. Ook de directe lijn met de openbare besturen is meteen een meerwaarde gebleken. Ja, corona was echt een katalysator voor deze samenwerking. De zorgraad Scheldekracht kiest er trouwens voor om de ziekenhuizen blijvend nauw te betrekken. We geloven in de samenwerking met de tweede lijn.”

“Voor mij als huisarts ligt het voorzitterschap van de zorgraad in de lijn van eerdere engagementen. Het is de aard van het beestje. Ik ben een grote believer van de eerste lijn. Als huisarts kan je het vandaag onmogelijk alleen bolwerken. Dat is voor mij een belangrijke drijfveer. Ik merk en ik voel hoezeer samenwerking nodig is. Voor de patiënten in de eerste plaats, maar evenzeer voor de hulpverleners en zelfs voor een efficiënte besteding van de middelen. Ik schrijf al jaren mee aan dit verhaal, met diverse engagementen. En ik zie dat het de goede kant uitgaat. Samen met onze twee gemotiveerde coördinatoren en alle leden van de zorgraad gaan we verder bouwen aan die immense uitdaging.”

“Corona heeft vele deuren geopend. De eerstelijnszones stonden meteen in de kijker. Van alle kanten kregen we vragen naar standpunten, richtlijnen, ondersteuning, visie... Dat was moeilijk, maar tegelijk voelde het als een erkenning en een bevestiging dat we ertoe doen.”

Kristof Galle: "Ik ben een grote believer van de eerste lijn. Als huisarts kan je het vandaag onmogelijk alleen bolwerken. Ik merk en ik voel hoezeer samenwerking nodig is."



Opendeurdag wordt feestdag!

Tiende editie van Dag v/d Zorg op zondag 21 maart 2021.

Binnenkort meer info over deze Coronaproof feesteditie.

21 ZONDAG
maart
2021

“Bewoners die vaker videobellen ervaren minder eenzaamheid en depressieve gevoelens”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: JAN LOCUS

Om te vermijden dat hun bewoners tijdens de lockdown eenzaam en depressief zouden worden, experimenteerden woonzorgcentra met sociaal-verbindende interventies. Professor Jessie Dezutter (KU Leuven), gespecialiseerd in zinbeleving bij ouderen, deed wetenschappelijk onderzoek naar de effecten.

Waarom dit onderzoek?

“Toen de lockdown begon, was ik bezig aan een andere studie, over de mate waarin bewoners van woonzorgcentra kampen met existentiële stress. Door de ons allen bekende omstandigheden moest ik dat onderzoek stopzetten. Maar ik kreeg heel wat bezorgde mails en telefoons van de deelnemende woonzorgcentra: ze zagen hoe hun bewoners erg verdrietig, angstig en warrig werden door de sociale isolatie. Heel wat hulpverleners probeerden sociaal-verbindende interventies op te starten om eenzaamheid en depressie tegen te gaan, maar deden dat zonder veel wetenschappelijke basis. Ze investeerden daarin veel tijd, maar hadden geen idee over de effecten. Ik heb toen met veel betrokkenen gepraat over die verschillende interventies, en besloot een studie op te starten over de invloed van die interventies op eenzaamheid, depressie en zinbeleving.”

Over welke interventies ging het precies?

“Uiteindelijk heb ik er acht kunnen oplejsten, die dan nadien in vragenlijsten zijn gegoten. De eerste vijf zijn interacties met een geliefd persoon, een familielid bijvoorbeeld. Het gaat om traditionele telefoongesprekken, “raambellen” (telefoneren terwijl je elkaar door het raam kunt zien), videobellen (via Skype of Whatsapp bijvoorbeeld), een filmpje bekijken dat door een geliefd persoon is opgenomen en brieven

of kaartjes ontvangen. En daarnaast waren er nog de groepsactiviteiten georganiseerd door de voorziening zelf, duo-activiteiten in de voorziening (een praatje slaan met de buurvrouw, met een verpleegkundige door de gang wandelen...) en ten slotte de gesprekken met een zorgverlener in de voorziening.”

Vooraf videobellen bleek erg zinvol. Verraste u dat?

“Dat bleek inderdaad een significante invloed te hebben: bewoners die vaker videobellen ervaren minder eenzaamheid en depressieve gevoelens. Dat verbaasde me inderdaad wel een beetje, omdat het toch heel anders is dan fysiek contact. Bovendien is de populatie in woonzorgcentra doorgaans niet zo vertrouwd met digitale communicatie. Maar het is in elk geval goed nieuws, omdat veel woonzorgcentra dat probeerden te ondersteunen en het ook vrij haalbaar is.”

“Er zijn trouwens eerdere Aziatische studies die dat verband ook aantonen. Daar woont de familie van bewoners vaak ver weg, waardoor videobellen ook in normale omstandigheden geregeld gebeurt. In die studies is overigens wel aangetoond dat ‘fysiek’ bezoek een nog grotere buffer vormt tegen eenzaamheid en depressie. Maar videobellen komt op de tweede plaats - vóór traditioneel telefoneren en brieven. Dat is ergens wel logisch, omdat er bij videobellen ook non-verbale informatie wordt gedeeld. En die is nu net nodig om een gevoel van verbondenheid op te wekken.”

Welke interventies waren nog doeltreffend?

“Vooraf bij groeps- en duo-activiteiten

in de voorziening zagen we een duidelijk statistisch verband met eenzaamheid. Met depressieve gevoelens helaas niet. Maar voor alle duidelijkheid: hoewel depressie vaak gelinkt is aan eenzaamheid, kunnen we niet spreken van een één-op-één-verband. Mensen die zich eenzaam voelen, hebben een verhoogd risico op depressie, maar ze zijn er niet toe voorbestemd. In ieder geval is het voor woonzorgcentra heel zinvol om dit soort activiteiten te organiseren. Ze hoeven trouwens niet veel moeite of geld te kosten. Uit een open vraag in het onderzoek (‘Wat doet u vooral deugd in deze periode?’) bleek dat de bewoners niet per se naar complexe activiteiten verlangden. Ze waren al heel blij met een babbeltje met de buur, een korte wandeling op de gang of samen koffie drinken. Zulke basisactiviteiten kunnen delen met een andere persoon heft al een groot deel van de eenzaamheid op. Acht op de tien deelnemers aan het onderzoek verwezen bij die vraag naar het belang van contact met andere bewoners. We weten natuurlijk dat er tijdens de lockdown zeer veel druk op het personeel lag, waardoor de zorg misschien niet altijd even gemoedelijk verliep. Dat maakte dat contact met medebewoners waarschijnlijk extra waardevol.”

Waren er ook interventies zonder enig effect?

“Ja. Maar dat heeft grotendeels te maken met het beperkt aantal deelnemers aan het onderzoek: slechts 74 bewoners. Bij een grotere groep zouden we misschien wel statistische effecten hebben gezien. Maar uit dit onderzoek bleek bijvoorbeeld dat videofilmpjes van geliefde personen bekijken niet of nauwelijks samenhangt met eenzaamheid of depressie. Waarschijnlijk komt dat door een gebrek aan

“Bij videobellen wordt ook non-verbale informatie gedeeld. En die is nu net nodig om een gevoel van verbondenheid op te wekken.”

interactie: als kijker ben je veeleer een buitenstaander, je voelt je niet verbonden. En nog opvallender: ‘raambellen’ leverde een ‘omgekeerd’ verband op. Wie dat had gedaan, rapporteerde juist méér eenzame gevoelens. Dat valt mogelijk te verklaren doordat de geliefden op zo’n moment heel dichtbij zijn, maar elkaar toch niet kunnen aanraken. Maar nogmaals: we hadden maar een beperkt aantal deelnemers én ‘raambellen’ gebeurde maar heel zelden, waardoor ik hierover geen conclusies durf te trekken.”

Wat kunnen woonzorgcentra hieruit leren?

“Het lijkt me een goed idee om videobellen te integreren in de dagelijkse zorg. Uiteraard moet je mensen niet forceren: wie niet wil, zal er ook weinig positiefs uithalen. In die zin kan onze studie misschien deels vertekend zijn: bewoners met zware depressieve gevoelens voelden zich waarschijnlijk niet aangesproken om deel te nemen. Maar ik zou hulpverleners wel aanraden om bewoners goed te informeren en te helpen. Veel ouderen voelen zich niet vertrouwd met moderne communicatie, zoals videobellen. Door hen duidelijk uit te leggen hoe het verloopt, of door andere bewoners hun ervaringen te laten delen, kan die drempel verlagen.”

“Daarnaast zou ik een warme oproep willen doen om de individuele quarantaine, waarbij bewoners niemand meer zien behalve hulpverleners, zoveel mogelijk te vermijden. Ik heb daar zoveel schrijnende verhalen over gehoord. Het kan misschien een idee zijn om te werken met kleine bubbels van twee personen, voor bewoners die daaraan behoefte hebben. Er moet altijd een evenwicht worden gevonden tussen de bescherming van de fysieke gezondheid

enerzijds, en het psychisch welzijn anderzijds. Veel bewoners snakten naar contact met medebewoners, zelfs al wisten ze dat daar risico’s aan verbonden waren. Maar ik vrees dat de stem van bewoners te weinig is gehoord tijdens deze crisis.”

Komt er nog een vervolg op deze studie?

“Een deel van de data, rond het effect van sociaal-verbindende interventies op zinbeleving, moet ik nog verwerken. Daarover verschijnt nog een tweede deel van dit rapport. Aanvankelijk was het ook de bedoeling om de deelnemers na het opheffen van de bezoekrestricties opnieuw te bevragen. Maar dat bleek gezien de omstandigheden nogal naïef: in heel wat woonzorgcentra zijn nu al opnieuw restricties. Ik heb van verschillende voorzieningen nu wel de vraag gekregen om een gelijkaardige studie uit te voeren op bredere schaal, met nog meer onderzoeksvragen. Hulpverleners maken zich nog steeds ernstige zorgen over het psychisch welbevinden van hun bewoners. Ik hoop dat het mogelijk zal zijn, maar dan moet ik de garantie krijgen dat genoeg voorzieningen en bewoners willen en kunnen deelnemen. Tijdens de chaos van de lockdown was dat zeker niet evident: ik ben dus héél dankbaar dat enkele voorzieningen dat toch hebben gedaan. De bewoners die toen hebben deelgenomen, waren trouwens zeer positief over hun deelname. Het voelde voor hen heel zinvol om een uitgebreid gesprek te kunnen hebben over iets wezenlijks als eenzaamheid. Dat was zeker een positieve nevenwerking van deze studie. Hopelijk kunnen we hier snel een vervolg aan breien.”

Het volledige rapport van Jessie Dezutter kan u lezen op <https://ppw.kuleuven.be/meaning-and-existence>

Jessie Dezutter: Het kan misschien een idee zijn om te werken met kleine bubbels van twee personen, voor bewoners die daar behoefte aan hebben.

“Er is veel weerbaarheid bij onze hulpverleners”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK / BEELD: JAN LOCUS

Vooraf werd gedacht dat de coronacrisis een lawine aan psychische problemen zou veroorzaken, zeker bij het zorgpersoneel. Professor Ronny Bruffaerts (psycholoog en doctor in de medische wetenschappen, UPC KU Leuven) liet duizenden hulpverleners vragenlijsten invullen tijdens de ‘eerste golf’ en zag vooral veel weerbaarheid. “Al zijn er ook aandachtspunten, zoals een goede balans tussen werk en privé.”

Waarom dit onderzoek?

“Bij de start van de Covid-19-pandemie werd vrij snel gewag gemaakt van een potentieel hoge emotionele impact bij de mensen die besmet raakten met het virus én bij de brede bevolking. Maar vooral bij de zogenaamde ‘frontlinie-werkers’: mensen uit de medische wereld die zich veel meer dan anders geconfronteerd zagen met ernstig zieke mensen én een zeer zware werklast. Veel experts voorspelden een lawine aan psychische stoornissen als angst, depressie en posttraumatische stress in die eerste maanden. In de internationale wetenschappelijke literatuur was een beetje onderzoek voorhanden, maar niet voldoende. En voor België hadden we al helemaal geen data. Dus vonden we het heel belangrijk om dit te onderzoeken.”

Hoe verliep dat onderzoek precies?

“We zijn gestart met het opstellen van een vragenlijst, in nauwe samenwerking met de UPF-universiteit in Barcelona en Harvard in de VS. Die vragenlijst moest relatief kort zijn en makkelijk af te nemen, maar toch veel informatie geven rond het ontstaan en het voortbestaan

van psychische problemen. We focusten op volgende gebieden: angststoornis, depressie, posttraumatische stressstoornis, middelengebonden stoornis (overmatig gebruik van alcohol bijvoorbeeld), paniekaanvallen en suïcidaliteit. De vragenlijsten hebben we voorgelegd aan verschillende doelgroepen uit de gezondheidszorg, in vier ziekenhuizen, vier professionele organisaties en via koepelorganisatie Zorgnet-Icuro.”

Wat waren de opvallendste resultaten?

“Ten eerste viel ons op dat zeer veel mensen wilden deelnemen. De studie liep 11 weken, van 21 april tot 4 juli 2020. In die periode participeerden bijna 8900 hulpverleners, van wie 6409 de volledige vragenlijst hebben ingevuld. Ongeveer 30% van de ondervraagden gaf aan dat ze in de voorbije maand één of meer van de benoemde psychische problemen hadden ondervonden. Dat lijkt misschien veel, maar bij de algemene bevolking is dat ook 14 à 15% en we weten dat het risico bij hulpverleners hoger is, los van Covid-19. Bovendien hebben we ook paniekaanvallen opgenomen, waarover 18% aangaf dat het minstens één keer was voorgevallen in de laatste maand.”

“Als we dan kijken naar de hoeveelheid hulpverleners die voor het eerst psychische problemen hadden, viel dat percentage terug tot 23%. Ook dat lijkt nog relatief hoog, maar gelukkig bleken dat meestal geen ernstige problemen te zijn. Slechts 4,5% van de deelnemers gaf tijdens de coronacrisis aan voor het eerst ernstige psychische problemen te hebben. In de meeste gevallen ging het om een ernstige angststoornis (2%) of depressie (3%). Posttraumatische stressstoornis en/of suïcidaliteit - twee zaken waarvoor vooraf erg werd gevreesd - kwamen beide slechts bij 0,7% van de ondervraagden voor het eerst tijdens deze crisis voor.”

Welke risicofactoren spelen een rol?

“Ten eerste zagen we dat mensen die

vroeger al angstig waren, een verhoogd risico hadden om door Covid-19 psychische problemen te krijgen. Dat viel ook te verwachten. Maar daarnaast ontdekten we verschillende werkgerelateerde risicofactoren. Heel wat hulpverleners moesten tijdens de eerste golf veel overuren maken, wat hun werk-privé-balans verstoort. Sommigen moesten ook tijdelijk op een andere afdeling gaan werken, wat soms tot conflicten met collega's leidde. Ook het tekort aan medisch materiaal - vooral mondmaskers - én aan goede opleiding bleek gelinkt aan psychische problemen. En ten slotte was het effect van sociale steun zeer groot: hulpverleners die samenwonen en/of een goed sociaal netwerk hebben, hadden tot 30% minder psychische problemen tijdens de eerste golf.”

Vonden zorgverleners met psychische problemen vlot de weg naar professionele hulp?

“Ook dat hebben we bevraagd. Ongeveer 48% van de mensen met psychische problemen was in behandeling, een cijfer dat vergelijkbaar is met schattingen over de ganse bevolking. Maar we weten dat in het begin van de coronacrisis veel (psychologische) hulpverlening is gestopt. Van de ondervraagden die in behandeling waren, is ongeveer één op de vijf daarmee gestopt na de uitbraak van Covid-19. Een jammerlijke zaak, zeker omdat het risico op extra psychische problemen voor hen toenam.”

Wat zijn de belangrijkste lessen die we uit uw onderzoek kunnen trekken?

“Ten eerste dat het belangrijk is dat mensen met psychische problemen in behandeling kunnen blijven. Intussen zijn er al grote stappen gezet, onder meer met teleconsultaties. Daarnaast moeten we ons bewust zijn van het feit dat bestaande psychische problemen - vooral angstgerelateerd - een impact hebben op het uitbreken van nieuwe psychische problemen. Dat zien we trouwens ook bij andere doelgroepen. Aan de KU Leuven doen we

“Slechts 4,5% van de deelnemers gaf aan tijdens de coronacrisis voor het eerst ernstige psychische problemen te hebben.”

“Voor zorgorganisaties is het vooral belangrijk om zich *hyperbewust* te zijn van werkgebonden risicofactoren.”



Ronny Bruffaerts: “Zorg dat medewerkers een goede opleiding krijgen en dat hun balans tussen werk en privé gerespecteerd wordt.”

al lange tijd studies naar het psychisch welbevinden van studenten en bij hen zien we gelijkaardige resultaten.”

“Maar voor zorgorganisaties is het vooral belangrijk om zich *hyperbewust* te zijn van werkgebonden risicofactoren. Zorg dat medewerkers een goede opleiding krijgen en dat het evenwicht tussen werk en privé gerespecteerd wordt. Dat is altijd belangrijk, maar door Covid-19 hebben we dat nu heel concreet kunnen blootleggen. Door simulaties hebben we bijvoorbeeld aangetoond dat het vrijwaren van een goede werk-privé-balans tijdens de eerste golf had kunnen leiden tot 28% minder psychische problemen. En het bieden van voldoende opleiding tot 7% minder. Allerlei kleine ingrepen samen hadden de psychische problemen kunnen inperken met 30 tot 40%.”

Komt er nog een vervolg op deze studie?

“Absoluut, dat staat gepland voor oktober-december. Ook nadien zullen we dit nog tweemaal herhalen, zodat we de resultaten over een tijdspanne van 18 maanden kunnen vergelijken. Met deze voorlopige studie hebben we enkel de kortetermijneffecten kunnen meten. Zowat 95% van de hulpverleners bleek geen of lichte psychische problemen te krijgen in de eerste Covid-19-golf.”

Maar hoe staat het met de lange termijn? Kunnen we bijvoorbeeld nog een opstoot van de post-traumatische stress-stoornis verwachten?

“In de internationale literatuur zie je twee strekkingen: de eerste zet de kwetsbaarheid van hulpverleners in de verf, de andere toont aan dat hulpverleners veel

weerberaarder zijn dan we denken: ze passen zich snel aan én komen er op lange termijn zelfs beter uit. Ons onderzoek sluit voorlopig vooral aan bij de tweede strekking, maar het blijft afwachten wat de vervolgresultaten zeggen. Van de 6400 deelnemers heeft 80 tot 85% al aangegeven te willen deelnemen aan de vervolgstudie, waardoor we statistisch nog steeds een valabele basis zullen hebben. Daarnaast werken we ook aan gelijkaardige studies bij patiënten. En samen met mijn collega Patrick Luyten bereid ik een studie voor bij de algemene Belgische bevolking rond psychische stoornissen, onder andere om te bekijken welke impact Covid-19 op het psychisch welzijn van de algemene populatie had. Het belooft dus nog een boeiend jaar te worden.”

EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE FUNCTIE

Laagdrempelige psychologische hulp voor ouderen

TEKST: FILIP DECRUYNAERE / BEELD: JONATHAN RAMAEL

Sarah Morsink: "Covid-19 heeft de nood aan psychologische ondersteuning doen toenemen. Ook bij kinderen en jongeren en bij ouderen. Gevoelens van stress, slapeloosheid, eenzaamheid, angst... steken nog meer dan anders de kop op".

Covid-19 weegt op heel wat mensen. Gevoelens van angst, onzekerheid en eenzaamheid steken bij velen de kop op. Ook veel oudere mensen voelen zich niet goed in hun vel. Om aan die nood tegemoet te komen, besliste de FOD Volksgezondheid in overleg met de gemeenschappen om de leeftijdsgrenzen -18 en +64 jaar bij het proefproject 'eerstelijnspsychologische functie' te laten vallen. Daardoor kunnen nu ook ouderen en kinderen en jongeren hierop een beroep doen. Dr. Sarah Morsink, expert hervorming geestelijke gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, licht toe.

"In januari 2019 ging de 'eerstelijnspsychologische functie' (ELP) van start als tijdelijk proefproject voor vier jaar. Het initiatief kadert in de evolutie naar gemeenschapsgerichte zorg, waarbij we de geestelijke gezondheidszorg zoveel mogelijk in de thuissituatie brengen. Met de terugbetaling van de ELP-zorg stimuleren we de vroegdetectie en vroeginterventie voor lichte tot matige zorg. Het doelpubliek zijn mensen die zich tijdelijk wat minder goed in hun vel voelen en een bedrukte stemming ervaren."

"De ELP-zorg wordt verleend door klinisch psychologen of klinisch orthopedagogen en verloopt via de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg. Dat betekent dat de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen die hieraan mee willen werken, zich vooraf moeten verbinden met het netwerk van hun regio. Het remgeld voor de patiënt bedraagt per consultatie 11,2 euro en daalt tot zelfs 4 euro voor wie recht heeft op een voorkeurregeling."

"Voor de duur van het proefproject was de doelgroep aanvankelijk beperkt tot de leeftijd 18 tot 64 jaar. Die mensen hebben recht op een terugbetaling van vier sessies, eventueel verlengbaar tot acht sessies per jaar. Het blijft een kortdurende interventie. Voor de intakesessie wordt één uur tijd voorzien, voor de opvolgconsulten telkens 45 minuten. Alleen de meest voorkomende klachten komen in aanmerking voor terugbetaling, meer specifiek: gevoelens van angst, gevoelens van depressie en de neiging tot overmatig alcoholgebruik. De verwijzing gebeurt door een arts: de huisarts, de arbeidsarts, een psychiater en in de nieuwe situatie ook een geriater of een pediater, kinderpsychiater of een arts gelinkt aan een CLB of Kind en Gezin. Indien meer gespecialiseerde zorg nodig is, kan de eerstelijnspsycholoog doorverwijzen, bijvoorbeeld naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg."

Geen leeftijdsgrens

"Covid-19 heeft de nood aan psychologische ondersteuning immers nog doen toenemen. Ook bij kinderen en jongeren en bij ouderen. Gevoelens van stress, slapeloosheid, eenzaamheid, angst... steken nog meer dan anders de kop op. Denk aan een oudere vrouw in een woonzorgcentrum die nog vrij actief was maar door corona plots heel veel activiteiten en bezoek ziet wegvallen en zich eenzaam en verloren voelt. Of een oudere man die thuis woont, zich zorgen maakt over corona en daardoor slecht slaapt. Daarom is het idee gegroeid om de leeftijdsgrens in het proefproject weg te nemen. De FOD Volksgezondheid nam hiervoor het initiatief en pleegde overleg met de gemeenschappen. Ook ouderen, en kinderen & jongeren kunnen voortaan gebruikmaken van de eerstelijnspsychologische functie tot het einde van het proefproject op 31 januari 2022."

"De indicaties breiden ook uit. Voor ouderen is naast de oorspronkelijke klachten het misbruik van slaap- en kalmeringsmiddelen toegevoegd. Voor kinderen en jongeren: depressieve stemming, angstige gevoelens, afhankelijkheid, sociale problemen en gedragsproblemen. Bovendien leggen we, naar aanleiding van Covid-19, een bijzondere focus op wie in kritische sectoren werkt: in ziekenhuizen, woonzorgcentra... Die medewerkers zijn door Covid-19 extra gevoelig voor angst en stress. We willen hen aanmoedigen om via doorverwijzing van de arbeidsarts van de externe preventiedienst, indien nodig, laagdrempelig hulp te zoeken bij een eerstelijnspsycholoog."

In het woonzorgcentrum

"Voor de oudere mensen die nog thuis wonen, is het heel eenvoudig: zij gaan op verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog en genieten van terugbetaling. Ook een videoconsult wordt terugbetaald, een telefonisch consult niet. Voor bewoners van een woonzorgcentrum gelden dezelfde afspraken: zij kunnen een bezoek brengen

aan een ELP of een videoconsult vragen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om de eerstelijnspsycholoog een bezoek te laten brengen aan het woonzorgcentrum, zij het zonder tussenkomst van het RIZIV. Hiervoor moet het woonzorgcentrum een overeenkomst sluiten met het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg in zijn regio. Bovendien betaalt het woonzorgcentrum dan de vergoeding van het consult verminderd met het remgeld."

Waarom zou een woonzorgcentrum die kost op zich nemen? Sarah Morsink: "Dit project is een goede manier om snel kwaliteitsvolle en kortdurende psychologische zorg te voorzien, via een relatief goedkope manier voor de bewoner én het woonzorgcentrum. Samenwerking met de GGZ-netwerken maakt het mogelijk om dit eerstelijnspsychologische aanbod af te stemmen met andere zorgmogelijkheden, zoals meer gespecialiseerde zorg bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Uiteraard mag het woonzorgcentrum die kost niet doorrekenen via de factuur. De bewoner mag enkel het remgeld betalen."

"De universiteiten van Luik en Leuven volgen het proefproject van nabij op met zowel kwantitatieve als kwalitatieve evaluaties. De dagdagelijkse opvolging heeft ons toegelaten om heel snel te reageren op de nieuwe context met Covid."

"In de eerste 14 maanden van het proefproject hebben over heel België meer dan 700 klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen een overeenkomst aangegaan met een Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg. Er zijn in die periode 65.000 sessies gerealiseerd. Tussen de verwijzing en de intakesessie liggen gemiddeld 12 dagen. Een bijzondere vermelding verdient het project van het Netwerk Limburg, dat in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting de medewerkers van woonzorgcentra gratis toegang biedt tot ELP. Het is nog vroeg om dit initiatief te evalueren, maar het lijkt alvast heel waardevol."

"We leggen, naar aanleiding van Covid-19, een bijzondere focus op wie in kritische sectoren werkt. Deze medewerkers zijn door Covid-19 extra gevoelig voor angst en stress. We willen hen aanmoedigen om via doorverwijzing laagdrempelig hulp te zoeken bij een eerstelijnspsycholoog"

“We willen dat onze medewerkers met goesting komen werken”

TEKST: HANNEKE DHAESE – BEELD: PETER DE SCHRUYVER

Hoe kleurt jouw dag? Dat is de vraag die de medewerkers van het UZA dagelijks kunnen beantwoorden via de tool Time2Grow. Zelftests, tips en persoonlijke getuigenissen ondersteunen het personeel naar meer veerkracht. Maar daar houdt het niet op. Het uitgebreide welzijnsbeleid is sterk geïntegreerd in het personeelsbeleid van het UZA. Hildegard Hermans, hr-directeur licht toe.

Het Universitair Ziekenhuis Antwerpen zet sterk in op ‘employee experience’ getuigt Hildegard Hermans: “De manier waarop onze medewerkers hun job ervaren, is voor ons cruciaal. We streven ernaar dat ze zich goed voelen binnen onze organisatie. We doen er dan ook alles aan om dat te bewerkstelligen. Hiervoor hebben we tal van initiatieven ontwikkeld, zowel preventieve, begeleidende als curatieve.”

UZA-barometer

“Elke drie maanden gaan we na met hoeveel ‘goesting’ onze medewerkers komen werken door middel van de UZA-barometer. Hierbij wordt nagegaan hoe graag ze hun job bij ons uitoefenen en wat hun zin om te werken groter zou kunnen maken. Belangrijk voor ons is dat ze zelf ideeën kunnen aanreiken. Een kwart van onze medewerkers geeft hierbij input. Suggesties die gegeven worden gaan van meer personeelsbezetting over meer engagementsprojecten zoals yoga, sportevents... tot meer zitbanken buiten en grotere kortingen voor aankopen. Door in te spelen op die ideeën proberen we ervoor te zorgen dat iedereen zoveel mogelijk met volle goesting naar het werk komt.”

Nieuwe ideeën? Ja, graag!

“De UZA-barometer helpt ons bij het creëren van een optimale ‘employee experience’, maar we werken ook continu aan ons projectmanagement. Onze visie hierop hebben we geïnspireerd op het ‘lean’-concept. Dit

is een managementfilosofie die de kwaliteit van het werk van medewerkers vergroot. Zo hebben we op elke afdeling een ‘lean-bord’. Wekelijks komt iedere afdeling samen om te overlopen wat er eventueel misging, wat ze kunnen verbeteren en nog belangrijker: hoe ze dat kunnen doen. Iedere medewerker krijgt de kans om eigen ideeën aan te brengen. Ieder voorstel wordt gehoord en geanalyseerd naar haalbaarheid toe. We hechten veel waarde aan de inbreng van onze medewerkers. Daarom kan iedereen die dat wenst, een opleiding creative problem solving volgen. Door elke medewerker de mogelijkheid te geven nieuwe ideeën aan te brengen, stappen we af van een hiërarchische bedrijfscultuur. We vertrekken vanuit ieders talenten, zo ervaren onze werknemers een grote autonomie die we binnen onze huiscultuur hoog in het vaandel dragen.”

Maar wat als de zin er niet meer is?

“Door in te spelen op die talenten merken medewerkers dat ze soms niet meer in de juiste functie staan. Instroom in de zorg is noodzakelijk, maar we moeten ook een doorstroom creëren. Ons welzijnsbeleid is hier slechts een onderdeel van. Indien een medewerker zich niet langer goed voelt in zijn job, ondernemen we actie. Dat kan gaan van loopbaanbegeleiding en coaching tot het volgen van opleidingen. Zo bieden we bijvoorbeeld een opleiding leadership aan. Centraal staan hierbij de competenties, functies spelen geen rol meer. Vanuit onze filosofie zijn dergelijke projecten dus niet voorbehouden voor projectleiders of leidinggevendenden, maar voor iedereen. Een schoonmaker heeft misschien de ambitie om teamleader van zijn dienst te worden of een verpleegkundige die ervan droomt om hoofdverpleegkundige of EPD-trainer te worden. Op basis van assessment zetten we in op competenties en zo kunnen medewerkers zich verder ontplooiën.”

“Ook voor de medewerkers die uiteindelijk vertrekken, willen we een mooie exit creëren. We focussen ons daarom erg op dit uitstroomverhaal. Met iedereen die wil vertrekken, houden we een exitgesprek. In eerste instantie om de deur op een kier te houden. We willen zoveel mogelijk de connectie met onze medewerkers blijven behouden. Zo zijn er personeelsleden die even iets anders willen doen, of zelfs na vijftien jaar toch terug bij ons komen werken. Iedere uitstroom kan dus ook een instroom betekenen.”

Ondersteuning in moeilijke periodes

“Verschillende factoren kunnen aan de basis liggen waarom medewerkers begeleiding nodig hebben. Bij het UZA hebben we een laag ziekteverzuim en dat willen we graag zo houden. Daarom ontwikkelden we samen met Trendhuis Time2Grow. Dat is een online tool die vroegtijdig signalen van stress en burn-out opspoort. Zo kunnen onze medewerkers dagelijks de korte vragenlijst invullen ‘Hoe kleurt mijn dag’. Is het resultaat groen, geel, of eerder zwart? Bij een verhoogd risico worden ze doorgestuurd naar een volgende vragenlijst die meer inspeelt op mogelijke symptomen, ook wijst de tool de medewerker meteen op ondersteuningsmogelijkheden. Op de website van Time2Grow vinden ze persoonlijke verhalen van zowel eigen als externe medewerkers waarmee het even niet goed ging. Het zijn stuk voor stuk moedige verhalen van getuigenissen die mee het onderwerp bespreekbaar willen maken. Burn-out is immers geen ver-van-mijn-bedshow, het kan ieder van ons overkomen. Iedereen die wil, kan een opleiding volgen om burn-out te herkennen of een cursus volgen over draagkracht. Ook kan ons personeel terecht bij een arbeidsgeneesheer, een externe coach of hr voor verdere opvolging als ze zelf klachten ondervinden. Burn-out is bespreekbaar en helemaal geen taboe.”

We vertrekken vanuit ieders talenten, zo ervaren onze werknemers een grote autonomie die we binnen onze huiscultuur hoog in het vaandel dragen.

“Op de werkvloer krijgt ons personeel soms te maken met onverwachte en zelfs schokkende gebeurtenissen. Om deze collega’s op te vangen, hebben we een peer support team van een vijftiental mensen klaarstaan. De crisisopvang gebeurt in verschillende stadia. Op verschillende momenten wordt de collega opgevolgd door een ‘supporter’ die hem zijn verhaal laat doen en naar manieren zoekt om te helpen. Het gevoel te weten dat er iemand is die naar je verhaal zal luisteren, werkt vaak ook al geruststellend. Dit is bovendien geen gesprek van functie tot functie, maar van mens tot mens.”

De uitdagingen van de laatste maanden

“De laatste maanden heeft vooral Covid-19 ons als ziekenhuis uitgedaagd. In deze uitzonderlijke omstandigheden kunnen onze medewerkers ook steeds rekenen op professionele psychologische begeleiding van ons eigen psychologenteam en werden heel wat initiatieven gelanceerd om zowel fysiek als mentaal fit te blijven. Bovendien werden twaalf UZA-collega’s recentelijk opgeleid tot stresscoach. In een kortdurend traject van een vijftal gesprekken helpen ze medewerkers hun balans te herstellen. Door goed in te zetten op het welzijn van onze medewerkers kunnen we met intense samenwerking, een innovatieve aanpak, professionaliteit en een enorm engagement steeds optimale patiëntenzorg garanderen.”

“Doordat omstandigheden steeds veranderen, moeten we daar bij het UZA ook op inspelen. We zetten sterk in op onze *employee experience* om een cultuur te creëren van veerkracht bij het personeel om hiermee om te gaan. We mogen terecht trots zijn op de grote flexibiliteit en ook de solidariteit van onze medewerkers, want deze factoren zijn immers fundamenteel om te kunnen blijven groeien als organisatie.”

Hildegard Hermans: “We zetten sterk in op de ‘employee experience’ van onze medewerkers, de manier waarop zij hun job ervaren is voor ons cruciaal.”



Een wakkere kijk op zorg.

KBC blijft investeren in een wereld vol verandering. Als sectorspecialist zijn we daarom graag uw partner in al uw bank- en verzekeringszaken.

**KBC Social Profit staat
voor u klaar.**

