

# ZORG WIJZER



Dirk Vanderpoorten, onderhandelaar VIA6:  
**"De coronacrisis was een wake-up  
call op politiek niveau"**

**zorg net**  
ICURO

- 14 Geestelijke gezondheidszorg, een verantwoordelijkheid van ons allemaal
- 22 Analyse WHO-rapport ageism
- 26 Resultaten Leerstoel Future Of Hospital Quality

## Colofon

97

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

**Hoofredactie en coördinatie:**

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

**Vormgeving:** [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

© Zorgnet-Icuro  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,  
tel. 02-511 80 08.  
[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[www.zorgwijzermagazine.be](http://www.zorgwijzermagazine.be)

V.U.: Margot Cloet  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

*Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)*

*Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 97, mei 2021, p. 6-9). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)*

*Wil je adverteren in Zorgwijzer? Stuur dan een mailtje naar [communicatie@zorgneticuro.be](mailto: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](http://www.zorgwijzermagazine.be)*

- 03 Editoriaal
- 04 Korte berichten
- 06 Interview met Dirk Vanderpoorten, secretaris-generaal Werk en Sociale economie
- 10 Hoe kunnen woonzorgcentra hun relatie met familie en bewoners versterken?
- 14 Geestelijke gezondheidszorg: een verantwoordelijkheid van ons allemaal
- 20 Mensgericht bouwen en kankerzorg
- 22 Analyse WHO-rapport "Ageism"
- 26 Resultaten Leerstoel Future of Hospital Quality
- 28 Beroepsportret: hoofd bewonerszorg Joke Timmermans
- 31 Korte berichten

# Investeren in geestelijke gezondheidszorg

EDITORIAAL

Psychische kwetsbaarheid wordt hét gezondheidsthema van de komende decennia. Dat was al langer duidelijk, maar de coronacrisis stelde het probleem op scherp. Eén op de vier burgers in ons land kampen in de loop van hun leven met een geestelijk gezondheidsprobleem; veel mensen krijgen té laat gepaste hulp, met een hoge maatschappelijke kost en een lagere levenskwaliteit als gevolg.

We besteden slechts 6% van ons BNP aan geestelijke gezondheidszorg, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie 10% adviseert. Studies tonen overvloedig aan dat inzetten op geestelijke gezondheidszorg wel degelijk loont: voor de gezondheid en het welzijn van alle mensen eerst en vooral, maar ook uit economische en financiële overwegingen. Investeren in preventie, vroegtijdige detectie en behandeling van psychische aandoeningen vermijdt langdurige arbeidsongeschiktheid en oplopende ziektekosten voor de samenleving.

Tien jaar geleden werd de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg ingezet. We zijn nu duidelijk aanbeland in een nieuwe fase. Corona heeft velen doen reflecteren hoe we verder moeten gaan hervormen, en wat de sturende principes bij die hervormingen en nieuwe investeringen moeten zijn. Zorgnet-Icuro pleit voor een grondig en doordacht plan. We zijn ervan overtuigd dat we de platgetreden paden moeten verlaten en ons niet mogen laten leiden door ingebakken mythes en veronderstellingen. Meer investeren in steeds dezelfde zorgvormen levert niet noodzakelijk ook een beter resultaat. Er is een wetenschappelijk onderbouwde benadering nodig.

Recent publiceerde Zorgnet-Icuro in samenwerking met prof. Ronny Bruffaerts

de publicatie *De Mythes voorbij*, waarin we pleiten om het public health perspectief voorop te stellen. Dat perspectief vertrekt van objectieve, wetenschappelijke informatie over psychische stoornissen in het geheel van de bevolking. Uitgangspunten zijn de volgende basisvragen: Hoe vaak komen psychische problemen voor op het niveau van de bevolking? Wanneer ontstaan psychische problemen? Hoe groot is de behandelkloof? Hoe, waar en bij wie zoeken mensen met psychische problemen hulp? Hoe kunnen we stoornissen vroeger detecteren en op tijd adequate hulp bieden? Al die bevindingen en wetenschappelijke data kunnen ons een beter inzicht bieden op welke manier we de problemen inzake geestelijke gezondheid het best aanpakken, waarop we in de toekomst moeten inzetten.

Enkele belangrijke vaststellingen zijn onder meer dat drie kwart van de psychische problemen ontstaat vóór de leeftijd van 27 jaar. Het is dus bijzonder belangrijk om meer en beter te gaan investeren in het mentaal welzijn van kinderen en jongeren, om vroeg problemen op te sporen, al van in de kleuter- en de lagere school. Een belangrijke vraag is ook hoe we mensen er bewust kunnen van maken op tijd hulp te zoeken. We weten dat wie psychische problemen heeft, het naar hulp zoeken vaak heel lang uitstelt. Ze zijn ervan overtuigd dat ze hun problemen “zelf kunnen oplossen”. Veel stoornissen blijven daardoor te lang onbehandeld, waardoor ze later veel erger worden en er op dat moment een meer gespecialiseerde behandeling nodig is.

Op basis van wetenschappelijke data moeten we op zoek gaan naar nieuwe en andere dan de klassieke recepten om onze geestelijke gezondheidszorg verder uit

te bouwen. Vertrekken van welbepaalde, goed omschreven gezondheidsdoelstellingen is cruciaal. Preventie, vroege opsporing, ambulante zorg, groepstherapieën zijn leidende sleutelbegrippen. Vier experten reflecteren in deze Zorgwijzer alvast op welke manier zij deze uitgangspunten kunnen toepassen voor hun beleidsdomein: de kinderopvang, het onderwijs, de eerste lijn, suïcidepreventie. Ze reiken enkele pistes aan die we in de komende jaren met alle stakeholders verder moeten uitbouwen. Voor een beter geestelijk gezond Vlaanderen.



Margot Cloet  
Gedelegeerd bestuurder

# Nieuw raamwerk biedt handvaten voor open communicatie na patiëntveiligheidsincident

Uit internationaal onderzoek blijkt dat 10 procent van de opgenomen patiënten betrokken geraakt bij een minder of meer ernstig patiëntveiligheidsincident. Sommige patiënten overlijden vroegtijdig door onbedoelde zorggerelateerde schade. In België komt dat neer op enkele duizenden incidenten met schade per jaar en dat heeft een impact op zowel de patiënt, de naasten alsook de betrokken zorgverlener en de organisatie waarin hij/zij werkzaam is. Leren uit incidenten en er open over praten, blijkt een kritische succesfactor te zijn in de zoektocht naar continue kwaliteitsverbetering alsook in het verwerkingsproces van alle betrokkenen. Daarom sloegen het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB KU Leuven) de handen in elkaar om een raamwerk rond *open disclosure* op te stellen. Dat biedt handvaten voor een breed scala aan incidenten. "Patiënten appreciëren een open

houding en een 'sorry', wat maakt dat er vaker in onderling overleg een oplossing gevonden wordt", stelt Ilse Weeghmans (VPP).

Open communicatie tussen zorgverleners en patiënten betrekken bij een patiëntveiligheidsincident is belangrijk, maar gaat vaak gepaard met onzekerheid en hardnekkige mythes. Met dit raamwerk willen het VPP en LIGB-KU Leuven antwoorden geven op vragen zoals: Welke informatie kan je delen met de patiënt en familie? Mag je je verontschuldigen? Hoe pas je *open disclosure* toe? Wie betrek je hierbij? Wat zijn de principes van *open disclosure* en hoe verloopt een *open disclosure*-proces?

Aanvullend op het raamwerk ontwikkelden ze ook een stroomdiagram, als houvast voor praktisch gebruik. Het diagram bevat een overzicht van het proces alsook de belangrijkste principes van *open disclosure*.

## Fundament om verder op te bouwen

In de eerste plaats richt dit raamwerk zich op het proces van *open disclosure* in zorginstellingen, maar het kan ook een basis vormen voor zorgverleners die buiten een zorginstelling te maken krijgen met een patiëntveiligheidsincident en een *open disclosure*-proces willen opstarten.

Het VPP en het LIGB stellen dan ook dat dit raamwerk nog kan worden uitgebreid. "We sluiten niet uit dat we in de toekomst stukken zullen toevoegen aan het raamwerk die specifiek kaderen in een andere context zoals de eerste lijn", aldus professor Steven Lierman (LIGB-KU Leuven).

Het raamwerk werd opgesteld in samenwerking met, en onderschreven door, allerlei koepelorganisaties in de gezondheidszorg (Zorgnet-Icuro, NVKVV, VVH, Assuralia, WVOVAZ en Orde der artsen).



## Vlaamse Overheid lanceert corona-app in 18 talen

**De Vlaamse overheid lanceert een gratis corona-app met informatie over de maatregelen en de vaccinatiecampagne in achttien talen.**

Bijna een kwart van de Vlamingen heeft een migratie-achtergrond, van wie sommigen het Nederlands nog niet goed meester zijn. Om ervoor te zorgen dat ook die mensen verstaanbare informatie kunnen vinden over de huidige coronamaatregelen, zet het Agentschap Integratie en Inburgering die al sinds de start van de pandemie in 25

talen op zijn website. Maar anderstaligen vinden niet altijd vlot de weg naar die website, merkt het agentschap. Daarom is nu een app ontwikkeld, waarop de maatregelen maar ook praktische informatie over de vaccinatiecampagne in achttien talen terug te vinden is. De app is conform de taalwet: de info gaat altijd gepaard met een Nederlandse vertaling.

**De app heet 'crisis information translated' en is gratis beschikbaar in de Google Play Store en de Apple Store**



# Ouderenzorg met een hart?

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

Kijk nu op

[onshartkloptvoor.u.be](https://onshartkloptvoor.u.be)



Ons hart klopt voor u



## Lokaal samenwerken in zorgzame buurten

Het Fonds Dr. Daniël De Coninck van de Koning Boudewijnstichting gelooft in de kracht van zorgzame buurten, om laagdrempelige zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij kwetsbare mensen te brengen, aansluitend op hun levensdoelen en hun sterktes. Het Fonds ondersteunde 35 projecten op het terrein en liet die ook analyseren door een academisch team. Het rapport 'Lokaal samenwerken in Zorgzame Buurten' is de neerslag van dat werk met focusgroepen en enquêtes, ter inspiratie voor andere buurten.

De focus van de 35 zorgzame buurten ligt op het faciliteren van ontmoeting en verbinding in de buurt, het versterken van buurtbewoners in het algemeen en kwetsbare groepen in het bijzonder. In de praktijk zijn mensen betrokken die niet

onder de klassieke definitie van 'zorg- of welzijnsverstrekker' vallen: bewoners, gezinnen, ouderen, kinderen, lokale handelaars, burens... Iedereen komt er vroeg of laat, van ver of van dichtbij, mee in aanraking.

De geselecteerde projecten geven aan zorg 'anders' te willen aanpakken, vanuit de bezorgdheid dat de 'gewone' manier van werken tekortschiet. Niet alleen in de zorg- en welzijnssector, maar op een breder maatschappelijk niveau. De bezorgdheid leeft namelijk dat bepaalde groepen systematisch uit de boot vallen, en projecten willen daar op inspelen.

Het rapport beschrijft ook de processen, hoe in de vele buurten te werk werd gegaan. De 35 projecten vertellen over de

succesfactoren, hindernissen en randvoorwaarden om zorgzame buurten te realiseren. Succesfactoren zijn onder meer een goed evenwicht tussen *top-down* en *bottom-up* benaderingen, participatie en co-creatie, een gezondheids- en welzijnsprofessional die faciliteert en motiveert, vrijwilligers die zich ondersteund weten, het belang van netwerken, samenwerking en allianties.

Het rapport kadert de bevindingen van deze lokale initiatieven in de context van het beleid, van internationale trends en van verschillende kaders voor het stimuleren van buurtgerichte zorg.

### Meer weten?

Lees de publicatie of een samenvatting via [www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications](https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications)



*Dirk Vanderpoorten: "Er is geluisterd naar de noodkreten uit het werkveld. Er komt extra personeel. Dit akkoord maakt echt het verschil."*

# “Dit akkoord maakt echt het verschil”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: SOPHIE NUYTTEN

**Een zucht van opluchting en tevredenheid ging door alle sectoren van zorg en welzijn toen het Vlaams Intersectoraal Akkoord 2021-2025 – kortweg VIA6 – werd goedgekeurd en bekendgemaakt. Negen maanden moeizaam onderhandelen had geen muis gebaard, maar een akkoord waarin alle partijen zich kunnen terugvinden. Meer koopkracht, extra personeel, meer kwaliteitsvolle loopbanen. Dirk Vanderpoorten, secretaris-generaal van het departement Werk en Sociale economie, leidde de onderhandelingen. Wij zochten hem op.**

Vlaanderen kent ondertussen een lange traditie van VIA-akkoorden. Het zijn tripartite akkoorden tussen werkgevers, werknemers en de overheid voor de door Vlaanderen gesubsidieerde social-profitsectoren. Hiertoe behoren naast de publieke en private sectoren uit zorg en welzijn ook de socio-culturele sector en de sociale economie.

De groep sectoren waarop een VIA van toepassing is, groeit door de staats-hervorming alsmaar aan. Waardoor de onderhandelingen steeds complexer worden, zegt Dirk Vanderpoorten. “Hoe meer paritaire comités betrokken zijn, hoe minder evident het wordt een gezamenlijk draagvlak te vinden. Deze keer waren er zeven werkgeversorganisaties bij betrokken, met voor elke sector telkens de drie vakbonden én de bevoegde ministers en kabinetten. Dat is veel volk voor een onderhandelingstafel. Maar de VIA-akkoorden zijn tegelijk een mooie traditie van Vlaams sociaal overleg. Elk VIA geeft het comfort van stabiliteit en sociale vrede voor meerdere jaren.”

**Wat was uw rol als hoofdonderhandelaar precies?**

“De coronacrisis was een wake-up call op politiek niveau. De onderbezetting, de werkdruk, de soms matige lonen... Men wist dat natuurlijk al jaren, maar als puntje bij paaltje kwam ontbraken altijd de budgetten.”

“Zo’n onderhandelingsproces kent verschillende fasen. Het is onmogelijk om alle vergaderingen zelf bij te wonen, maar bij de besprekingen over de grote lijnen en de cruciale details was ik er altijd bij. Ook als het over de centen ging, hield ik de touwtjes in handen. Ik leidde zeer actief de onderhandelingen voor het voorakkoord dat in het najaar tot stand kwam. In de verdere uitwerking van het koopkracht- en kwaliteitsluik kon ik soms wat meer op afstand sturen, al bleef ik de grote principes mee bewaken. Als het ergens dreigde vast te lopen, sprong ik bij als een soort van coach en ontmijner. Ik zie mezelf vooral als een bruggenbouwer.”

**Hoe is men bij u terechtgekomen voor de rol als hoofdonderhandelaar?**

“Ik heb veel ervaring als onderhandelaar, maar toch kwam de vraag ook voor mij wat onverwacht. Het is minister Crevits die het me vroeg. Ik heb er niet lang over hoeven na te denken. In maart vorig jaar stond ook ik elke avond op het terras van mijn appartement te applaudiseren voor de zorgverleners. Ik zag toen al de consequenties voor het sociaal akkoord. Ik wou mee die uitdaging opnemen, omdat die mensen een goed akkoord verdienen. Ik wist dat het moeilijk zou worden. Onder minister-president Dewael (1999-2003) had ik als kabinetsadviseur VIA2 (voor de periode 2000 tot 2005) van nabij ge-

volgd. Ik wist waaraan ik begon. Ik ken de zorg- en welzijnssector ook goed. Tot 2006 werkte ik bij Kind en Gezin, waar ik als algemeen directeur afscheid nam. Ook dat zal hebben meegespeeld in mijn aanstelling. En zoals gezegd: ik had wel wat ervaring als onderhandelaar. Ik heb bijvoorbeeld ook de grote politiehervorming mee onderhandeld.”

**U verwees al naar de coronacrisis en de impact daarvan op de beeldvorming over zorg en welzijn. Heeft deze crisis ook een grote impact gehad op het VIA-akkoord?**

“Jazeker. De coronacrisis was een *wake-up call* op politiek niveau. De onderbezetting, de werkdruk, de soms matige lonen... Men wist dat natuurlijk al jaren, maar als puntje bij paaltje kwam ontbraken altijd de budgetten. De overheid moet natuurlijk op haar centen letten. Maar corona zorgde voor een acceleratie. De waardering voor de sector groeide, de wil was er en plots was er een opening over alle partijen heen. Er was een *common ground*, en dat is cruciaal in onderhandelingen. VIA6 levert dan ook een ferme inspanning voor de betrokken sectoren.”

**Toch hebben de onderhandelingen negen maanden lang geduurd. Het is niet dat het snel beklonken was?**

“Onderschat de complexiteit met al die verschillende sectoren niet. Er zijn een



“IFIC is strategisch en toekomstgericht allicht het belangrijkste element van dit akkoord. Omdat het de beste garantie vormt voor een betere Vlaamse arbeidsmarkt op het vlak van zorg en welzijn.”

aantal generieke thema's zoals werkbaar werk, koopkracht, innovatie, vorming en opleiding... maar die moeten telkens vertaald worden naar de specifieke situatie van elke sector. Een woonzorgcentrum is geen kinderdagverblijf of een socio-culturele instelling. Het uiteindelijke akkoord telt daardoor ook honderd pagina's in een klein lettertype, zonder de bijlagen.

Die lange duurtijd is trouwens niet ongewoon voor een VIA-onderhandeling. Het was een goede methodiek om eerst tot een generiek voorakkoord te komen. De grote lijnen én de budgetafspraken op veertien pagina's. Voor sommige partijen was die methodiek even wennen. Iedereen heeft de neiging om snel in de details te duiken: wat betekent dat voor mijn sector, *what's in it for me?* Maar ik wou eerst het grote kader helder krijgen. Ik ben nog altijd overtuigd van die methodiek.

Ik wou ook niet voortdurend met meer dan veertig vertegenwoordigers aan tafel zitten. Dat is niet werkbaar. Daarom hebben we met woordvoerders gewerkt: één vertegenwoordiger van de vakbonden (Marc Selleslagh, ACV), één vertegenwoordiger van de werkgevers (Ingrid Lieten, Verso), twee vertegenwoordigers van de publieke sector (Christoph Vandenbulcke, ACV-Openbare Diensten en Piet Vanschuylenbergh, VVSG) en dan telkens een woordvoerder van de vier meest betrokken kabinetten (minister-president Jambon, minister Crevits, minister Somers en minister Beke). Dat was in het begin niet evident voor de deelsectoren, maar gaandeweg is het vertrouwen gegroeid in een heel matuur klimaat.”

**Was het beschikbare budget van meet af aan duidelijk voor u?**

“Ja. Er was 525 miljoen euro voorzien. Maar dat heb ik uiteraard niet meteen op tafel gelegd. Bij dit soort onderhandelingen hoort altijd een snuffelronde. Die gesprekken verlopen met alle betrokken

partijen afzonderlijk. Op een informele en vertrouwelijke manier tasten we af wat de mogelijkheden zijn. Zo wordt het speelveld bepaald. Dat is in de zomer gebeurd. Vanaf september zijn dan de eigenlijke onderhandelingen gestart. Uiteindelijk is het budget nog opgetrokken tot 575 miljoen in het voorakkoord en helemaal op het laatste heeft minister-president Jambon na bijna 24 uren onderhandelen nog groen licht gegeven voor 2 miljoen extra, waarvoor ik hem dankbaar ben.”

**Vóór het VIA-voorakkoord was er het federale akkoord voor de federale zorgvoorzieningen. Bovendien was er het IFIC-verhaal dat ook in Vlaanderen ingevoerd moest worden. Zorgde die context voor extra druk?**

“Het speelde mee, maar louter op een positieve manier. Er was niet echt sprake van enige concurrentie op dat vlak tussen de overheden. Er was politiek een *common ground* over IFIC. IFIC is cruciaal voor een gelijk speelveld over alle sectoren heen. Het is een noodzakelijke *tool* voor de transparante en flexibele arbeidsmarkt die we nodig hebben. Dat is, los van de federale overheid, ook het streven van de Vlaamse overheid. IFIC garandeert een betere arbeidsmarkt. Dat helpt ons structureel vooruit. Als secretaris-generaal van het departement Werk en Sociale economie was dat voor mij een extra motivatie om ervoor te gaan.

IFIC is strategisch en toekomstgericht allicht het belangrijkste element van dit akkoord. Omdat het de beste garantie vormt voor een betere Vlaamse arbeidsmarkt op het vlak van zorg en welzijn. En dat is nodig, gezien de uitdagingen waarvoor we staan.”

**Wat zijn voor u andere belangrijke realisaties van VIA6?**

“Alle elementen zijn belangrijk. De koopkracht, maar zeker ook het extra perso-

neel. Voor de private zorg- en welzijnssectoren alleen al gaat het over 3621 voltijdse equivalenten (VTE). Voor de publieke sectoren gaat het over 854 VTE. Dat is een enorme investering. Er is geluisterd naar de noodkreten uit het werkveld. Er komt extra personeel. Dit akkoord maakt echt het verschil.

Daarnaast zijn ook de inspanningen voor de instroom en de zij-instromers belangrijk. Dat is voor mij de derde poot van het akkoord. De werkgevers hebben hiervoor hun nek uitgestoken, met de steun van de vakbonden. We willen voor de VIA-sectoren een actieplan voor de aantrekkelijkheid en de slaagkansen in deze beroepen dat de vergelijking met het STEM-actieplan kan doorstaan. Iets met dezelfde reikwijdte en bekendheid. Omdat het nodig is. Per jaar is er tot 2026 nood aan 46.000 extra arbeidskrachten, als een gevolg van de vergrijzing in de sector en de uitbreidingsnoden.”

**De Vlaamse Zorgambassadeur werkt al jaren aan de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen. Wat kan er nog extra gebeuren?**

“Er gebeurt inderdaad al veel, maar erg verkokerd. Dit akkoord laat toe om de drie werelden samen te brengen: zorg en welzijn, onderwijs, werk en sociale economie. We moeten bruggen bouwen, elkaar versterken voor meer sturing en slagkracht. Samen kunnen we de *sense of urgency* sterker uitdragen. Dit zijn de jobs van de toekomst! We staan allemaal voor dezelfde uitdagingen. Laat ons, zonder afbreuk te doen aan de eigenheid van elke sector, de krachten bundelen en aan één zeel trekken.”

**De loopbanen zelf moeten ook meer “kwalitysvol” gemaakt worden. Alle werknemers kunnen voortaan drie weken onafgebroken vakantie opnemen.**

“Dat was belangrijk voor de vakbonden. Zelf ben ik vooral blij dat de werkgevers ermee ingestemd hebben om het aan-





“We willen voor de VIA-sectoren een actieplan voor de aantrekkelijkheid en de slaagkansen in deze beroepen dat de vergelijking met het STEM-actieplan kan doorstaan.”

bod vorming en opleiding geleidelijk op te trekken van twee naar vijf dagen per medewerker per jaar. Een blijvende professionalisering is noodzakelijk. Werkbaar werk gaat hand in hand met vorming en talentontwikkeling. We moeten hiervoor de nodige tijd vrijmaken. Door de extra voltijdse equivalenten wordt dat mogelijk. Het zal de kwaliteit van zorg en welzijn alleen maar ten goede komen.”

**Tijdens de onderhandeling is de nood aan intersectorale samenwerking en multi-inzetbaarheid gebleken. De regelgeving werpt veel drempels op. Daar wordt iets aan gedaan, ook in overleg met de federale sectoren?**

“We moeten inderdaad openingen maken. Dat staat ook in het Vlaams regeerakkoord. De verkokering is hardnekkig, het gaat niet van een leien dakje. Maar IFIC effent in elk geval mee het pad. Als de loon- en

arbeidsvoorwaarden over alle sectoren heen al gelijk zijn, dan is alvast die noodzakelijke voorwaarde vervuld. De geest en de intentie van het VIA-akkoord is duidelijk, maar Rome is niet op één dag gebouwd.”

**Blijft u ook deze onderhandelingen de komende maanden en jaren opvolgen?**

“Ik zit ondertussen al volop in sociale onderhandelingen in een andere sector. Voor mij is VIA6 afgerond. Maar alles wat instroom en zijstroom betreft, hoort natuurlijk wel tot mijn terrein en zal ik dan ook gepassioneerd blijven volgen. Ik blijf dus betrokken, maar niet bij elk aspect.”

**Welk gevoel houdt u aan deze onderhandelingen over?**

“Ik voel vooral fierheid. Het klinkt *old school*, maar we hebben keihard gewerkt en ik voel me fier en uiterst dankbaar

over de goede samenwerking met alle partners. De onderhandelingen verliepen in een klimaat van discretie, vertrouwen en sociale vrede. Bij de politieke partijen waardeer ik vooral het geduld dat ze opgebracht hebben. Minister Wouter Beke stond erg onder druk om snel met resultaten te komen, maar hij gaf ons de nodige tijd en ruimte om tot een goed akkoord te komen.”

**Mogen ze u over vier jaar opnieuw vragen voor VIA7?**

“Tegen dan ben ik met pensioen. Tenzij de loopbanen ondertussen danig verlengd zijn. Maar daar ga ik nu even niet van uit. (lacht)”

# “Trialoog wil onderzoeken hoe het in de toekomst nog beter kan”

TEKST: KIM MARLIER – BEELD: JAN LOCUS

**Een trialoog wil zoveel zeggen als een gesprek tussen drie personen of groepen. De driehoek woonzorgcentrum, familie en bewoners is daarvan het perfecte voorbeeld. Met het project Trialoog willen de drie grote woonzorgkoepels, Zorgnet-Icuro, VVSG en VLOZO, een traject uitwerken om net de band tussen die drie partijen te verbeteren.**

“Met Trialoog willen we vooruitblikken en onderzoeken hoe het in de toekomst nog beter kan. Hoe kan een woonzorgcentrum een plek zijn waar bewoners en familie zich thuis voelen en de medewerkers zich gerespecteerd en ondersteund voelen?”, zegt Iris De Mol, stafmedewerker ouderenbeleid bij VVSG. “Het afgelopen jaar werd het besef dat iedereen een rol kan spelen en dat we meer oog moeten hebben voor de rol van de andere heel duidelijk”, vertelt Annemie Vanden Bussche, projectmedewerker Trialoog.

## Waar liggen de wortels van dit project?

**Iris De Mol:** “Toen de coronacrisis uitbrak was er een voelbaar partnerschap tussen de drie woonzorgkoepels – Zorgnet-Icuro, VVSG en VLOZO. We zaten allemaal in hetzelfde schuitje. Een groot deel van het debat over wat er met de woonzorgcentra moest gebeuren, werd echter gevoerd in de media. Dat ging wegen op de *drive*, veerkracht en trots van medewerkers. We kwamen op een punt dat het bezoek van familie voor de medewerkers heel wat stress gaf. De familie kon niet meer vrijuit over de vloer komen en de bewoners moesten zich vaker op hun kamer terugtrekken. Heel het gegeven wonen en leven kwam daarmee onder druk te staan. En dat was ook voelbaar in de band tussen de familie, de bewoners en de medewerkers

“Met Trialoog willen we vooruitblikken en onderzoeken hoe het in de toekomst nog beter kan. Hoe kan een woonzorgcentrum een plek zijn waar bewoners en familie zich thuis voelen en de medewerkers zich gerespecteerd en ondersteund voelen.”

van een woonzorgcentrum. Corona zette die breuklijnen op scherp, maar ondertussen zagen we ook heel wat mooie en sterke verhalen.”

**Annemie Vanden Bussche:** “Door al de maatregelen werd de familie tijdens de eerste *lockdown* letterlijk weggetrokken uit het verhaal. Woonzorgcentra merkten toen wat familie kan bijdragen en welke belangrijke rol zij spelen. De familie werd gemist, niet alleen door de bewoners, maar ook door de medewerkers. ‘Het is toch helemaal anders wanneer zij er niet meer zijn. Wij moeten in de toekomst meer met de familie kunnen doen’, hoorden we.”

**Iris De Mol:** “We voelden allemaal: ‘Hier moet iets gebeuren. Hier moeten we iets mee doen’. We moeten onderzoeken hoe we die vertrouwensband tussen de drie partijen kunnen herstellen. Er was nood aan iets constructiefs en positiefs. De drie woonzorgkoepels werkten al vaker samen, denk maar aan het project Wonen en Leven dat uitmondde in de Woonleefwijzer. Toen Zorgnet-Icuro aan vernieuwing van hun convenant toe was, hebben we dat met de koepels samen vastgepakt om het Trialoog-project uit te werken. Voor mij voelt dit als thuis komen, want we werken al meer dan vijf jaar intens samen om wonen en leven stevig te verankeren in de woonzorgcentra. Het zijn bekende

gezichten waarvan je weet dat het fijn samenwerken is.”

## Hoe willen jullie in dit project werken aan een betere “trialoog”?

**Iris De Mol:** “De basis van dit project is dat wij niets weten. Het is niet zo dat we op dit moment een pakket aan vorming, *toolkits* of methodieken klaarstomen om mee aan de slag te gaan. Neen, de eerste en meest belangrijke stap van Trialoog is ons oor te luisteren leggen bij de drie partijen, namelijk de medewerkers in de woonzorgcentra, de familie en de bewoners. Wat betekent een trialoog voor jullie? Op die manier kunnen we in kaart brengen wat de hefboomen zijn voor een trialoog en welke barrières er kunnen opduiken. Eens we dat scherp in het vizier hebben, bekijken we wat de volgende stappen zijn, steeds op maat van de drie betrokken partijen.”

**Annemie Vanden Bussche:** “We werken niet *top-down* waar we als experts een stappenplan naar voor schuiven. Neen, we doen dit samen. Dat is het basisuitgangspunt. Het doen is het zijn. Net door met elkaar in trialoog te gaan, komt er ook een trialoog. We startten in januari 2021 en het project zal drie jaar lopen. In een eerste fase willen we samen met de verschillende huizen uitvissen wat er op theoretisch niveau nodig is.





*Annemie Vanden Bussche: "We werken niet top-down waar we als experts een stappenplan naar voor schuiven. Neen, we doen dit samen. Dat is het basisuitgangspunt. Het doen is het zijn."*

*Iris De Mol: "Dit project kan een meerwaarde zijn voor een woonzorgcentrum. Het geeft hen de kans om te bekijken hoe de dialoog nu verloopt en wat ieders rol hierin is."*

In de tweede fase doen we net hetzelfde in een aantal pilotprojecten. Samen zoeken we uit wat er in hun huis van belang is. Waar willen ze naartoe en welke stappen zullen ze hiervoor nemen? Wat werkt er, wat werkt er niet en wat hebben ze nodig om die weg af te leggen? Van daaruit rollen we dit project uit naar meer huizen. Ook in deze derde fase is het niet de bedoeling om allerlei vormen af te vuren. Met Trialoog willen we op grotere schaal de co-creatie met een huis in gang steken."

**Iris De Mol:** "De *tools*, visie of inhoud die uit dit project voortkomen, zullen geënt zijn op wat we hebben geleerd vanuit de praktijk. De eerste stap bestaat alleen uit het luisteren naar de verschillende partijen en dat is een heel bewuste keuze. Voor mij ligt hier de grote troef van het Trialoog-project. We zijn als mens geneigd om snel te denken aan wat we gaan doen, vaak zonder goed te weten waarom of hoe. Hier nemen we zo maximaal mogelijk de tijd voor verkenning en vraagverheldering. Zo zijn we zeker dat wat we doen, ook echt aansluit op wat nodig is en leeft bij de drie betrokken partijen."

### **Hoe pakken jullie het concreet aan om de verschillende partijen te beluisteren?**

**Annemie Vanden Bussche:** "Via de website [trialooginwzc.be](https://trialooginwzc.be) bieden we drie manieren aan om mee te doen aan de bevraging. Er is een digitale vragenlijst, mensen kunnen zich kandidaat stellen voor een online gespreksgroep en wie wil kan een positief verhaal over een goede dialoog insturen. In de bevraging polsen we naar de onderlinge dialogen: de relatie bewoner-woonzorgcentrum, de relatie familie-woonzorgcentrum en de relatie familie-bewoners. We vragen telkens om een quotering te geven aan die dialoog, met daarnaast de open vragen: Wat is hier sterk aan? Wat kan er beter? Dit is geen wetenschappelijk onderzoek. In deze fase van het project willen we vooral veel horen. Wat houdt mensen bezig? Hoe kijken ze naar deze relaties? Zitten er verschillen in de perspectieven bij de verschillende partijen?"

**Iris De Mol:** "De antwoorden lopen goed binnen. Vooral de familie en de medewerkers antwoorden vlot, maar de stem van de bewoners is nog ondervertegenwoordigd. Daarom roepen we familie, stu-

denten of medewerkers op om ook met hun bewoner de vragenlijst in te vullen. We zijn ervan overtuigd dat het mogelijkheden biedt voor mooie momenten van samenzijn."

### **Waarom is het nu het goede moment voor een project zoals Trialoog?**

**Annemie Vanden Bussche:** "Je voelt dat er een momentum is door de coronacrisis. Ja, er was veel frustratie omdat familie bijvoorbeeld niet op bezoek kon bij de bewoners, maar ook de appreciatie van alle partijen staat nu op scherp. 'Ze hebben zich echt ingespannen voor mijn moeder.' Of 'Amai, je voelt toch het verschil wanneer de familie er niet is.' Heel veel woonzorgcentra voelen dat ze hiermee iets moeten doen. Dat merk je ook in de antwoorden die binnenkomen. Er schuilt energie in en daar willen we mee aan de slag gaan".

**Iris De Mol:** "Of het nu huizen zijn waar de dialoog goed zit of huizen waar het wat stroever loopt, er is altijd ruimte voor verbetering. Covid-19 heeft overal de druk opgevoerd en daarom is het project net

“We nemen zo maximaal mogelijk de tijd voor verkenning en vraagverheldering. Zo zijn we zeker dat wat we doen, ook echt aansluit op wat leeft bij de drie betrokken partijen.”

nu zo relevant. We richten ons dan wel tot de woonzorgcentra, maar eigenlijk gaat het om hoe wij als samenleving naar ouderen kijken. Die blik blijkt nog vaak stereotyperend en discriminerend te zijn. Met trialoog willen we nagaan hoe een woonzorgcentrum een plaats mag zijn of blijven waar bewoners en familie zich thuis voelen en medewerkers zich gerespecteerd en gesteund voelen.”

#### Wat borrelt er nu al op?

**Annemie Vanden Bussche:** “We lezen regelmatig dat medewerkers aangeven dat er sterker moet worden ingezet op het participeren aan het leven in huis. De vragenlijsten van de familieleden zijn ofwel extreem negatief of extreem positief. Daar lees je ofwel dat ze goed geïnformeerd worden of net de roep om meer betrokken en erkend te worden. Je voelt dat iedereen beseft dat ze een rol kunnen spelen en dat we meer oog moeten hebben voor de rol van de andere.”

**Iris De Mol:** “Je voelt een bereidheid om elkaar te ontmoeten. We waren een beetje verzand in stereotypen ten opzichte van elkaar. De sterkste manier om dat te ontcrachten is net door in gesprek te gaan met elkaar.”

#### Welke stappen plannen jullie na deze brede bevraging?

**Annemie Vanden Bussche:** “Na deze bevraging ontwerpen we een traject dat we met een aantal pilootvoorzieningen zullen uittesten. De bedoeling is dat dit in het najaar kan starten. We willen co-creatief met familieleden en medewerkers van het woonzorgcentrum nadenken over welke weg we kunnen opgaan. Die pilootprojecten zullen een jaar lang lopen. Daarna willen we dit breder uitrollen. Hoe en wat ligt nog niet vast en dat is net het mooie

eraan. We zullen geen kant-en-klaar traject serveren waarin woonzorgcentra vijf *tools* moeten implementeren om het gewenste eindresultaat te bereiken. Het gaat over een mentaliteitswijziging. Welke concrete stappen elk woonzorgcentrum moet zetten om dat te bereiken zal verschillen van huis tot huis.”

**Iris De Mol:** “Maatwerk en co-creatie zijn inderdaad de sleutel. Er is altijd een bepaalde visie die je vooruitstuwt, maar wat je precies moet doen is afhankelijk van huis tot huis. Net die diversiteit mogen we als troef zien van het project.”

#### Waar hopen jullie te landen met Trialoog?

**Annemie Vanden Bussche:** “Ik hoop dat het concept trialoog ingeburgerd raakt en dat woonzorgcentra beseffen dat het onontbeerlijk is om hieraan te werken.”

**Iris De Mol:** “Dat veel huizen de meerwaarde van dit project zien en mee op de kar springen en het handen en voeten kunnen geven doorheen boeiende gesprekken met bewoners, familie en medewerkers. Dat is ook de sleutel tot gedragenheid. Ik hoop ook dat er een soort kruisbestuiving of bewustwording komt bij onze regelgevende overheid om woonzorgcentra op een andere manier te benaderen. Dat ze afstappen van het *top-down* opleggen van regelgeving en woonzorgcentra vrijer laten om hun rol als thuisvervangende omgeving waar te maken.”

**Annemie Vanden Bussche:** “Als ik nog verder mag kijken, dan droom ik ervan dat een woonzorgcentrum een toffe plek is om te wonen en te leven. Dat het geweldige leefgemeenschappen worden in plaats van de verplichte laatste stop en ik hoop dat een project zoals Trialoog ook hieraan kan bijdragen.”

Ben je bewoner, familielid of medewerker van een woonzorgcentrum en heb je iets te zeggen over een goede trialoog? Surf dan naar [www.trialooginwzc.be](http://www.trialooginwzc.be) en vul het digitaal vragenformulier in, stel je kandidaat voor de gespreksgroep of pen een voorbeeld van een goede trialoog neer.

# Geestelijke gezondheidszorg: een verantwoordelijkheid van ons allemaal

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK –  
BEELD: JONATHAN RAMAEL & PETER DE SCHRYVER



Onlangs presenteerde Zorgnet-Icuro de publicatie *De mythes voorbij*. Hierin pleiten we om het public health perspectief te gebruiken als leidraad in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. De public health benadering vertrekt vanuit objectieve, wetenschappelijke informatie - weg van enkele hardnekkige mythes - en legt de nadruk op preventie én snelle interventie. Vier experts uit verschillende sectoren geven hun visie en kijken naar de toepassing in hun beleidsdomein.

De publicatie *De mythes voorbij*. Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg kan u lezen en downloaden via [zorgnet-icuro.be](http://zorgnet-icuro.be), rubriek publicaties

Prof. Ronny Bruffaerts legt de principes van public health voor de geestelijke gezondheidszorg helder uit in een Expert Talk van 20' die u kan bekijken op het YouTube-kanaal van Zorgnet-Icuro (gebruik de zoektermen "zorgnet-icuro" en "bruffaerts").

**"Bij het agentschap Opgroeien zijn we heel bewust bezig met de principes van Public Health.** Zo geloven we sterk in 'proportioneel universalisme': we bieden, onder meer met de consultatiebureaus van Kind en Gezin en Huizen van het Kind, brede basiszorg voor iedereen, maar ook specifieke zorgpaden. Daarin schuilt het proportionele: niet iedereen heeft dezelfde zorg nodig. Maar we willen wel iedereen in beeld krijgen, al voor de geboorte. We proberen elke zwangere vrouw te zien tijdens een huisbezoek, en proberen meteen de veerkracht van aanstaande ouders te stimuleren en signalen op te pikken. Zijn er bijvoorbeeld risicofactoren voor een perinatale depressie? Door outreachend te werken, zorg je dat niemand uit de boot valt.

**We weten dat de eerste 1000 dagen - of drie levensjaren - van een kind cruciaal zijn voor de ontwikkeling.** Snelle detectie en hulp zijn dus heel belangrijk, maar we mogen het niet te zeer op individueel vlak bekijken. De context speelt vaak een rol: als een kind bepaalde problemen heeft, moet je ook naar de ouders en hun omgeving kijken. Bij gezinnen in armoede bijvoorbeeld, is het van belang om hen te ondersteunen in hun levenscomfort; dat helpt ook het mentale welzijn van de kinderen enorm vooruit. Ik vrees dat in de geestelijke gezondheidszorg nog te vaak een scheiding wordt gemaakt tussen volwassenen en kinderen. Terwijl die groepen natuurlijk voortdurend met elkaar in contact staan en op elkaar inspelen. In

KATRIEN VERHEGGE

## “De eerste 1000 dagen zijn cruciaal voor de ontwikkeling van ieder kind”



*Als administrateur-generaal van het agentschap Opgroeien weet Katrien Verhegge zeer goed hoe cruciaal het is om psychische problemen bij kinderen en jongeren zo snel mogelijk te detecteren en te behandelen. “Al mogen we nooit de context uit het oog verliezen.”*

verschillende sectoren is de ‘kindreflex’ intussen ingeburgerd: professionals die volwassenen ondersteunen, informeren automatisch naar de aanwezigheid van kinderen. Waarom dan ook geen ‘ouderreflex’ introduceren, in de kinder- en jeugdpsychiatrie bijvoorbeeld?

**Om alle kinderen en jongeren te bereiken, moeten alle beleidsdomeinen mee aan boord.** Daarvan zie ik al heel mooie voorbeelden, zeker op het lokale niveau. Vanuit Opgroeien streven we lokaal naar *coalitions of the willing* om jongeren te ondersteunen: allerlei actoren die samenwerken, zoals het onderwijs, het OCMW, het CAW, de VDAB enz. Want mentaal welzijn heeft ook te maken met een veilige woning, werk, school, deelname aan sociale activiteiten. Bij psychische stoornissen is natuurlijk gespecialiseerde hulp nodig, maar milde psychische problemen kunnen vaak voorkomen of verholpen worden door de context te verbeteren en te zorgen dat jongeren meer kunnen deelnemen aan de samenleving.

**Een van de mooiste voorbeelden van de ‘public mental health’-aanpak zijn de OverKopuizen**, waarvan er binnenkort dertig zullen zijn in Vlaanderen. Dat zijn laagdrempelige ontmoetingsplekken voor jongeren, waar ze meteen ondersteuning kunnen krijgen van bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog. Geestelijke gezondheid wordt er niet geproblematiseerd, maar genormaliseerd: iedereen kan er binnenwaaien en steun vinden. Door een babbel

met leeftijdsgenoten, of door een gesprek met een hulpverlener. In de geestelijke gezondheidszorg worden zulke plaatsen vaak ‘vindplekken’ genoemd, maar wij spreken liever over ‘werkplekken’. Hulpverleners gaan aan de slag op de plek waar de jongeren zijn. Dat is een nieuwe mindset: we moeten jongeren met een probleem niet systematisch doorverwijzen naar het kabinet van een psycholoog of psychiater, voor een één-op-één-gesprek. Het kan ook dichtbij hen, en vaak werkt het zelfs beter in groep.

**Ook het onderwijs moet zo’n ‘werkplek’ worden.** Ik denk niet dat we nood hebben aan extra lesuren of vormingspakketten rond geestelijke gezondheid, veeleer moet de hulp op scholen nog laagdrempeliger en zichtbaarder worden. Onlangs had ik nog een gesprek met de Vlaamse Jeugdraad. Verrassend genoeg hoorde ik dat veel jongeren niet weten bij wie ze op school terecht kunnen met hun problemen. Het CLB en de zorgleerkrachten

moeten dus nog zichtbaarder worden. En waarom kunnen eerstelijnspsychologen geen plek krijgen op school? Nu wordt nog te vaak geïsoleerd gewerkt. Terwijl het zo zinvol is om verschillende expertises te integreren. Dat proberen we bijvoorbeeld ook te doen in de jeugdhulp: veel jongeren in voorzieningen komen uit een verontrustende opvoedingssituatie én hebben psychische problemen. En toch is op die plaatsen vaak te weinig expertise rond geestelijke gezondheidszorg. In plaats van jongeren door te verwijzen van de ene hulpverlener naar de andere, zouden die verschillende expertises meer op de plek zelf moeten werken, rond de jongeren zelf.”

“In de OverKopuizen wordt geestelijke gezondheid niet geproblematiseerd, maar genormaliseerd: iedereen kan er binnenwaaien en steun vinden.”



GWENDOLYN PORTZKY

## “Suïcidepreventie is een taak voor de hele samenleving”



*Gwendolyn Portzky is professor Medische Psychologie en directeur van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) en directeur van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP).*

### **Als het over suïcidepreventie gaat, wordt heel vaak naar Denemarken gekeken.**

In de jaren 1980 had dat land een van de hoogste suïcidedcijfers ter wereld, terwijl ze nu bij de betere leerlingen van de klas zijn. Het land heeft een enorme omslag gemaakt. In de eerste plaats door veranderingen in de zorgverlening. Er kwamen gespecialiseerde klinieken voor suïcidepreventie en zeer goede crisisteams, die je kunt oproepen zoals een ambulance. En na hun ontslag uit het ziekenhuis krijgen mensen met suïcidale gedachten standaard ambulante zorg. In Vlaanderen is de laatste jaren ook al veel geïnvesteerd in ketenzorg, met regionale netwerken. Zo zijn er regio's waar specifieke zorgpaden zijn uitgewerkt voor mensen met suïcidedgedachten die worden ontslagen uit het ziekenhuis. Niet elke regio volgt even snel, maar er zijn wel een paar schitterende voorbeelden.

### **Daarnaast heeft Denemarken ook heel sterk geïnvesteerd in brede, universele preventie.**

Uiteraard kun je niet elke maatregel zomaar blind overnemen, als een soort *copy-paste*. Maar preventie werkt. Dat zien we ook in Vlaanderen: tussen 2000 en 2018 is het aantal zelfdodingen met 26 procent gedaald. We hebben dus al mooie stappen gezet, maar het moet uiteraard nog veel beter.

### **Een belangrijke pijler is het onderwijs.**

We weten dat het aantal suïcidepogingen relatief gezien het hoogst is bij meisjes tussen 15 en 19 jaar. Het is dus cruciaal om in te zetten op preventie bij jongere kinderen en tieners. Onlangs lanceerden we *Silver*, een *serious game* voor jongeren

van 12 tot 16 jaar. Dat is een heel goed voorbeeld van universele preventie. De *game* speelt zich af op een festival en de spelers kunnen kiezen uit vier personages die allerlei zaken meemaken. Daar horen bepaalde gedachten, gevoelens en gedragingen bij en de spelers kunnen kiezen uit verschillende opties. Zo merken ze welke gevolgen die kunnen hebben. Met dit *game* proberen we jongeren inzicht te geven in emoties en gedrag en leren ze hun denkfouten herkennen. Er hoort ook een lessenspakket bij en het sluit aan bij een van de eindtermen van het onderwijs, waardoor we het voor scholen extra toegankelijk maken. Maar zo'n *game* is natuurlijk maar één facet. In het onderwijs zou al vanaf de kleuterschool aandacht moeten zijn voor mentaal welzijn: leer kleuters hun gevoelens herkennen en benoemen.

### **Een ander voorbeeld van universele preventie is Eerste Hulp bij Psychische Problemen,**

de cursus van Rode Kruis Vlaanderen. Nu wordt ook een versie uitgewerkt voor jongeren, iets wat we vanuit het VLESP mee begeleiden en héél hard toejuichen. Het kan zeker helpen om bij de brede bevolking meer kennis over mentale gezondheid te verspreiden en de taboes aan te pakken. Heel wat mensen zoeken geen hulp omdat ze denken dat ze hun mentale problemen zelf kunnen oplossen. Gelukkig wordt de laatste jaren al veel meer aandacht besteed aan geestelijke gezondheid in de media. Vanuit het VLESP proberen we ook ons steentje bij te dragen met onze mediarijlijnen, die recent een update kregen. Als journalisten - en nu ook *influencers* - leren hoe ze correct

**"Onlangs lanceerden we *Silver*, een *serious game* voor jongeren van 12 tot 16 jaar. Dat is een heel goed voorbeeld van universele preventie."**

kunnen berichten over suïcide, heeft dat een enorme invloed op de hele bevolking.

### **Maar suïcidepreventie is meer dan enkel de media en het onderwijs.**

Het is een taak voor de hele samenleving en alle beleidsdomeinen, maar helaas schrikt het thema velen af. Gelukkig is minister van Welzijn Wouter Beke vastberaden om iedereen mee te krijgen. Er wordt nu druk gewerkt aan het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en we hebben al een hele lijst met mogelijkheden. Zo is een belangrijke rol weggelegd voor Werk en Economie, maar ook voor Ruimtelijke Ordening. Gevaarlijke plaatsen zoals bruggen en hoge gebouwen veiliger maken, is een *evidence based*-strategie die suïcide kan voorkomen. Met Infrabel hebben we al een goede samenwerking, maar we moeten nog veel meer partners overtuigen. Maar er zijn nog veel meer voorbeelden. Zo helpt het ook om medicijnen in kleinere verpakkingen te verkopen, om overdosisen te voorkomen. Maar dat is dan weer een federale bevoegdheid, waardoor het ook moeilijker loopt. Er wacht ons een zéér belangrijke taak: sensibiliseren. Aan iedereen, op elk niveau, duidelijk maken dat we allemaal een steentje kunnen bijdragen aan suïcidepreventie."



DIETER VERCAMMEN

## “Door snelle interventies, in de vertrouwde omgeving, is vaak minder intensieve hulp nodig”



Huisarts **Dieter Vercammen** gelooft sterk in preventie, zo snel mogelijk en op de juiste plek. “We moeten de drempels weghalen en de juiste randvoorwaarden scheppen, zodat iedereen de kans krijgt om krachtiger en zelfredzaam te worden.”

“We hebben onze huisartsenpraktijk recent omgedoopt tot ‘Centrum voor gezondheid en welzijn’. Nu werk ik er samen met een andere huisarts en een deeltijds eerstelijnspsycholoog, maar het is de bedoeling om het stap voor stap uit te breiden, met een logopedist en een verpleegkundige bijvoorbeeld. Zo willen we de drempel om hulp te zoeken verlagen. Maar we vonden het wel cruciaal om ook het facet ‘welzijn’ expliciet te vernoemen: je goed voelen is méér dan gezond zijn.

**Als je de hele bevolking vooruit wilt helpen,** moet je ervoor zorgen dat iedereen die hulp nodig heeft, die ook kan krijgen. Op het juiste moment en op de juiste plek. Dat is vaak de vertrouwde omgeving. Eerstelijnspsychologen kunnen daarin een cruciale schakel zijn. Maar het hoeft zeker niet altijd een-op-een-begeleiding te zijn. Als je mensen wilt versterken en zelfredzaam maken, werken groepsinterventies zeer goed. Mensen kunnen heel veel leren van elkaar en door interactie. Voor jongeren zijn groepen bijvoorbeeld heel belangrijk om hun sociale vaardigheden te versterken. En ouderen die zich eenzaam voelen, hebben vaak meer aan stimulerende coaching in groep dan aan

“Als ik een groepsles kan geven aan 20 mensen tegelijk, houd ik veel meer tijd over om patiënten te helpen met complexere problemen.”

een sessie bij de psycholoog. Wij proberen in de praktijk meer die weg op te gaan, maar voorlopig is het onmogelijk om zulke groepsessies gefinancierd te krijgen. Nochtans zou het veel efficiënter zijn. Als huisarts geef ik bijvoorbeeld heel vaak dezelfde uitleg aan mijn patiënten: over gezonde voeding, slaaphygiëne enz. Als ik een groepsles kan geven aan 20 mensen tegelijk, houd ik veel meer tijd over om patiënten te helpen met complexere problemen.

**Zolang we de geestelijke gezondheid als een aparte categorie beschouwen, blijft die in een verdomhoekje zitten.** Dat zorgt ervoor dat veel mensen niet de stap durven te zetten om tijdig hulp te vragen. We moeten onze gezondheid zo breed mogelijk bekijken en de juiste randvoorwaarden creëren. Maar daarvoor moet elk beleidsdomein mee op de kar springen. Mensen hebben een goede, veilige woning nodig in een aangename en veilige buurt. Ze moeten de kans krijgen om deel te nemen aan de samenleving en zichzelf te realiseren, binnen een omgeving die uitnodigt om anderen te ontmoeten. Enzovoort.

**Het onderwijs kan zeker een cruciale rol spelen.** Ieder mens heeft copingstrategieën nodig om met moeilijke omstandigheden om te gaan, want die doen zich nu eenmaal in ieder leven voor. Op jonge leeftijd internaliseren we de strategieën die we rondom ons zien. Als je ouders naar alcohol grijpen als ze te veel stress ervaren, dan wordt dat voor jou ook een optie. Maar als je ziet dat je ook over je problemen mag praten en naar positieve oplossingen kunt zoeken - thuis, maar ook

op school of in het jeugdwerk bijvoorbeeld - dan zul je dat later ook sneller doen.

**Maar leerkrachten krijgen al zéér veel op hun bord,** het is dus heel belangrijk dat zij ondersteund worden door artsen en andere gezondheidswerkers. Ik ga regelmatig naar scholen om te praten over zaken als ‘normale ontwikkeling’ van kinderen en jongeren. En ik overleg regelmatig met scholen over leerlingen. Maar dat is nog te gefragmenteerd, ik zou het liever gestructureerd zien gebeuren. Als we afstappen van het idee dat ieder zijn eigen ding doet, kunnen we veel meer betekenen. Dat klinkt misschien soft, maar het is een grote kracht.”



RAYMONDA VERDYCK

## “Op school draait het om kennis en kunde, maar zeker ook om de vorming van gelukkige mensen”

*Dat het onderwijs een cruciale plek is voor het mentale welzijn van kinderen en jongeren, is klaar en duidelijk voor Raymonda Verdyck, afgevaardigd bestuurder van het GO!.*



“Uiteraard zijn we in ons onderwijs bezig met geestelijke gezondheid, al valt dat eerder onder het begrip ‘welbevinden’. Het streven naar de totale ontwikkeling van kinderen en jongeren zit ingebakken in het pedagogische project van het GO!. Op school draait het om kennis en kunde, maar zeker ook om de vorming van gelukkige mensen. Daarvoor is een warm en verbindend schoolklimaat nodig. We verwachten van onze leerkrachten dat ze zorg dragen voor de leerlingen en hun welbevinden, dat ze ogen en oren hebben voor wat er aan de hand kan zijn. Maar ook dat ze preventief werken, door hun leerlingen inzicht te geven en bewust te maken van hun eigen emoties, zodat ze kunnen opgroeien tot zelfredzame volwassenen, met voldoende zelfvertrouwen.

**Om zo’n warm en verbindend schoolklimaat te creëren, zijn veel factoren belangrijk.** Wij geloven bijvoorbeeld sterk in gedeeld leiderschap bij onze teams: iedereen is mee verantwoordelijk voor het welbevinden van elke leerling. Dat past in een complete schoolaanpak, denk maar aan ons beleid rond pesten op school. Maar ook in ons systeem van positieve feedback: in plaats van alleen te focussen op fouten, proberen we leerlingen te waarderen en te stimuleren. Bij problematisch gedrag proberen we altijd verbindend en ondersteunend aan de slag te gaan. Dat is veel effectiever dan meteen te bestraffen. En ook onze visie rond ‘gepersonaliseerd samen leren’ is relevant: we gaan klassikaal aan de slag, maar wel op maat van elke leerling. Zo kunnen we beter inspelen op elk individu en zijn context. Dat laatste mag je nooit uit het oog verliezen: onze leerkrachten hebben veel interactie met hun leerlingen, maar ook met hun ouders.

“Ik denk niet dat we op school nood hebben aan een leger zorgverleners. In de eerste plaats zijn de leerkrachten er om te zorgen voor hun leerlingen.”

**In de eerste plaats blijft de school een context waar jonge mensen volwaardig kunnen opgroeien.** We willen zoveel mogelijk ontwikkelingskansen bieden en niet onmiddellijk gaan problematiseren. Ik denk niet dat we op school nood hebben aan een leger zorgverleners. In de eerste plaats zijn de leerkrachten er om te zorgen voor hun leerlingen. Soms wordt hun draagkracht natuurlijk overschreden. Gelukkig kunnen we dan rekenen op enkele belangrijke partners. In de eerste plaats het CLB, dat vlot kan inspelen op moeilijke situaties. Als het ook voor hen te complex wordt, kunnen we een beroep doen op een heel ecosysteem van gespecialiseerde organisaties. Maar eenmaal een situatie uitgeklaard is, kan de leerkracht er vaak zelf verder mee aan de slag.

**It takes a village to raise a child.** Dat geldt zeker als het over geestelijke gezondheid en welbevinden gaat. Het onderwijs is een belangrijke spil binnen de ontwikkeling van jonge mensen, maar het kan niet zonder de rest van de maatschappij. Neem nu domeinen als Armoedebestrijding, Economie en Werk. Die spelen een cruciale rol voor het mentale welzijn. Als je ouders geen werk vinden, kan dat een enorme impact hebben op jouw leven. Ook onze leerkrachten moeten zich daar constant van bewust zijn. Ik herinner me nog goed het verhaal van een mama wiens kinderen wafels moesten verkopen voor school. Dat zijn op zich goede acties, die scholen

nodig hebben om extra middelen te verzamelen. Maar die bewuste school hing in de gang een lijst uit met de kinderen die het meeste wafels hadden verkocht. Met de beste bedoelingen natuurlijk. Maar ze waren zich te weinig bewust van het feit dat sommige kinderen niet één wafel kunnen verkopen, door een gebrek aan financiële middelen thuis.

**Die alertheid moet er op elk domein zijn.** Een ander voorbeeld is vrije tijd. Ik heb vroeger nog voor Toerisme Vlaanderen gewerkt en daar hadden we een project rond voordelige vakanties voor mensen in kansarmoede. Ik zal nooit de getuigenis vergeten van een jong meisje dat daardoor eindelijk eens op vakantie kon. Bovendien kon ze voor het eerst iets vertellen in september, toen de leerkracht vroeg hoe de vakantie was geweest.

**Samenwerking is dus cruciaal, maar we hebben ook wetgeving nodig die dat faciliteert.** Dat het agentschap Opgroeien nu de schooltoelagen verdeelt, vind ik waardevol. Maar helaas kan het in sommige situaties nog beter. Zo hebben we een school in Brugge die verbonden is aan een lokale kinderopvang: zij creëren samen een continuüm van ontwikkeling, zowel op het vlak van kennis en vaardigheden als zorg. Maar ze botsen op verschillende wetten en budgetten, die niet op elkaar afgestemd zijn. Dat bemoeilijkt dit soort samenwerkingen.”



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](http://www.kanaalz.be)

kanaal **Z**

In samenwerking met:



Life Is On



VAN MENS TOT MENS

## Hoe patiënten zorgverleners kunnen inspireren



### Input van patiënten voor betere zorg

Elke dag maken duizenden zorgverleners het verschil voor patiënten. Maar waarin zit dat verschil precies? In de kennis die zorgverleners uitstralen, of in het technische aspect van de zorg die ze verlenen? En wat maakt dat patiënten de zorg als bijzonder of buitengewoon ervaren? Is dat het persoonlijke contact met de zorgverlener? Of het feit dat een patiënt mee richting kan geven aan zijn hersteltraject?

In *Van mens tot mens* vertellen diverse (ex-)patiënten wat uitmuntende zorg voor hen betekent. Die zoektocht leidt tot vijftien aandachtspunten voor kwaliteitsvolle zorg: handige tools die patiënten kunnen aanreiken aan zorgverleners om samen de zorg op een nog hoger niveau te tillen. *Tools* die de efficiëntie en de technologie

in onze zorgsector niet in de weg hoeven te staan en geen extra druk leggen op de zorgverleners.

Geschreven vanuit de persoonlijke ervaring van patiënten en aangevuld met de blik van experts in participatie in de zorg, biedt dit boek een omvattend beeld van hoe zorg teamwork is. Bovenal toont het aan hoe zorgverleners en patiënten samen het verschil kunnen maken voor nog veel meer kwaliteitsvolle zorg.

Het boek aankopen met 10% korting en gratis verzending? Surf naar [www.lannoo-campus.be/van-mens-tot-mens](http://www.lannoo-campus.be/van-mens-tot-mens)

Voeg het boek toe aan je winkelmandje en gebruik kortingscodecode **ZORGWIJZER**.

*Deze actie is geldig tot 30/06/2021*

# Mensgericht bouwen en kankerzorg

TEKST: LUK VANRESPAILLE – BEELD: SOPHIE NUYTEN



*Pleuntje Jellema: "Een gevarieerd aanbod met verschillende 'prikkelniveaus' maakt meer kans om aan te sluiten bij de behoeften van de heterogene gebruikersgroep dan het standaard meubilair."*

**Goed een jaar geleden, net voor de eerste lockdown, verdedigde Pleuntje Jellema aan de faculteit Ingenieurswetenschappen van de KULeuven, departement Architectuur, haar doctoraat. Dat bereidde ze voor onder begeleiding van professor Ann Heylighen en Dr. Margo Annemans in de onderzoeksgroep Research[x]Design, en ze kreeg er steun voor van Kom Op Tegen Kanker en het Fonds Suzanne Duchesne. Jellema, met een dubbele achtergrond in sociale geografie en interieurarchitectuur, boog zich over de rol van de gebouwde (zorg)omgeving in de beleving van mensen die getroffen worden door kanker. En Zorgwijzer had daarover een verrijkend onlinegesprek met haar.**

Een woord dat tijdens het gesprek met Pleuntje Jellema geregeld viel, is 'holistisch'. Alleen al de formulering 'mensen getroffen door kanker' is natuurlijk niet toevallig. Kanker is een ingrijpende aandoening die lang niet alleen de patiënten zelf (be)treft, maar ook hun naasten en (mantel)zorgverleners. Samen legt die 'drie-eenheid' een heel traject af, in tijd én ruimte.

Kankerzorg verloopt in stadia die zich doorgaans ook afspelen in verschillende zorgruimten: onderzoek, diagnose, uiteenlopende behandelingen, check-ups, revalidatie, nazorg, en niet te vergeten: de eigen thuisomgeving... Tel daar nog eens de 'tussenruimten' bij die vaak over het hoofd worden gezien: het parkeerterrein en de weg ernaartoe, de cafetaria, sanitair... Al snel wordt duidelijk dat mensen die getroffen worden door kanker wel wat afstanden afleggen. En aan dat rijtje kunnen we nog ruimten toevoegen zoals de inloophuizen die in ons land nog niet bijzonder ingeburgerd zijn, maar waarvan we in het buitenland interessante voorbeelden vinden. Jellema bekeek in dat verband onder meer de Maggie's Centres uit het Verenigd Koninkrijk die een hele filosofie hebben ontwikkeld rond helende architectuur en natuur.

“De kern van wat zich in zorgomgevingen afspeelt, mag dan wel medisch zijn, maar de psychische, emotionele en sociale componenten zijn daarbij net zo goed van tel.”

Al die afstanden leggen kankerpatiënten bovendien af met een lichaam dat doorheen de verschillende stadia nogal verandert. Niet zelden gaat dat gepaard met ingrijpende gevolgen voor hun zintuiglijke gevoeligheid en mobiliteit. Gangen kunnen als het ware langer worden. Een andere ‘activiteit’ waar mensen getroffen door kanker veel tijd aan besteden is... wachten. Ook dat speelt zich af in tussenruimten, waarvan de leek al gauw geneigd is het belang te onderschatten.

## Tijd én ruimte

In de manier waarop mensen, maar ook gebouwen, veranderen komt de tijdsdimensie tot uiting. Uiteraard doen mensen tijdens hun traject door de tijd en door de eindeloze ziekenhuisgangen nogal wat indrukken op. Een patiënt zonder haar met een infuus kruisen, als je net slecht nieuws kreeg, kan hard binnenkomen. Patiënten hebben ongewild allerhande associaties met keukenluchtjes, bepaalde kleuren, geluiden, een ruimte die wat sjofel of afgeleefd oogt... Al die zintuiglijke indrukken hebben een impact op het welbevinden van de betrokkenen, op een manier waar de buitenwereld zelden bij stilstaat. De onderzoekster vroeg de patiënten zelf om foto's te maken (*photovoice*), waarbij de beelden die ze niet konden nemen net zo goed onderdeel zijn van het verhaal. Ze doorploegde ook de getuigenissen van patiënten die hun ervaringen deelden. Haar onderzoek naar mensgericht bouwen is zelf mensgericht ontworpen, in die zin dat het *bottom-up* mee vorm gekregen heeft doorheen de inbreng van de deelnemers.

## Persoonlijk

De gebruikers van al die verschillende ruimten hebben uiteenlopende behoeften, naargelang ze zich aan de vraag- of de aanbodzijde bevinden. En die behoeften zijn ook nog eens persoonlijk en persoonsgebonden. Waar de ene rust wil, is de andere net op zoek naar wat afleiding.

Dezelfde patiënt kan ook op een bepaald ogenblik de kleinschaligheid op prijs stellen, maar in een later stadium net omgekeerd de anonimiteit verkiezen.

Bouwen gebeurt veelal voor de gemiddelde gebruiker. Een zorgomgeving bouw je niet op maat van individuen. Dat er geen concrete bouwtips te geven vallen, belet Jellema echter niet om *hands-on* tips te formuleren voor ontwerpers en architecten. De andere grote vraag uit haar doctoraatsonderzoek, naast die naar de beleving van mensen getroffen door kanker, betreft net de manier waarop ontwerpers en opdrachtgevers de rol van ruimte in die beleving en behoeften kunnen achterhalen en begrijpen. Ze houdt een warm pleidooi om de pragmatische taak- en afdelingsgerichte input van de zorgverleners zeker aan te vullen met de eerder emotionele en doorleefde vragen en adviezen van de zorgontvangers en hun omgeving. Zorgverleners kunnen voor een stuk spreken voor hun patiënten, maar ook luisteren naar de mensen getroffen door kanker zelf levert een rijker antwoord op. De kern van wat zich in zorgomgevingen afspeelt, mag dan wel medisch zijn, maar de psychische, emotionele en sociale componenten zijn daarbij net zo goed van tel.

## Over gangen en overgangen

Ontwerpers doen er goed aan om voldoende aandacht te besteden aan de tussenruimten. Hoewel dat woord suggereert dat vóór en na belangrijker zijn, benadrukt Jellema dat ook die ‘tussenruimten’ ertoe doen en misschien wel de meeste mogelijkheden bieden. Bij haar analyse hanteert ze daar onder meer inzichten uit de culturele antropologie rond overgangsriten en grenzen. Deuren zijn zulke drempels en belangrijk voor de zo cruciale eerste indruk. Onthaalruimten beïnvloeden de mate waarin nieuwkomers zich ergens welkom voelen. Ook gangen zijn transitieruimten die tegelijkertijd afscheiden en uitnodigen, afhankelijk van de

interpretatie. En of er al dan niet ramen zijn, is bepalend voor de relatie met de buitenwereld.

Ontwerpers raadt ze aan om in een ‘*gradiënt van plekken*’ te voorzien, een soort van ruimtelijk buffet, dat de flexibiliteit en variatie biedt waarin uiteenlopende persoonlijkheden hun gading kunnen vinden. Afhankelijk van hoe mensen mentaal, sociaal en fysiek in elkaar zitten, hebben ze heel andere verwachtingen. En toch willen ze zich die plaatsen waar ze door hun ziekte nu eenmaal vaak vertoeven allemaal graag enigszins toe-eigenen om er zich in de mate van het mogelijke thuis te voelen.

Een ander advies betreft de aankleding van de ruimten. Ook hier maakt een gevarieerd aanbod met verschillende ‘prikkelniveaus’ meer kans om aan te sluiten bij de behoeften van de heterogene gebruikersgroep dan het standaard meubilair. Werken (wifi!), *socializen*, bekomen en van je privacy genieten, een kopje thee zetten en bezoekers ontvangen op een neutralere plaats dan de ziekenhuiskamer... het zijn allemaal reële behoeften. Elke patiënt is daarin anders en kan bovendien, zoals gezegd, haar of zijn noden tijdens het traject zien verschuiven. Dat aan hun welbevinden duidelijke ruimtelijke aspecten zitten, zal echter niemand van hen ontkennen.

Een flink aantal van deze tips en denksporen heeft Dr. Jellema verwerkt in een overzichtelijk kwartetspel. Wie graag meer verneemt over haar bevindingen kan een mailtje sturen naar [pleuntje.jellema@kuleuven.be](mailto:pleuntje.jellema@kuleuven.be)

De webpagina van Research[x] Design vind je hier: <https://rxd.architectuur.kuleuven.be/>



*Lien Van Malderen: "We praten over de jeugd van tegenwoordig, ouderen bestempelen we als oudjes. We benoemen hen met één kenmerk, taxeren daarop hun hele zijn en spreken en beslissen over hun hoofden heen."*

# “Onze biologische evolutie verhoudt zich omgekeerd evenredig met de psychologische aanvaarding ervan”

TEKST: NICO KROLS – BEELD: JAN LOCUS

**Ongeacht onze leeftijd zijn we allemaal vatbaar voor leeftijdsdiscriminatie. Zelden zijn we er ons van bewust dat we ons vergrijpen aan *ageism*, dat al even hardnekkig en mensonterend is als seksisme of racisme. Een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) brengt het probleem in kaart en doet aanbevelingen. “Voor velen zal het een *eyeopener* zijn dat we ons niet alleen schuldig maken aan *ageism*, maar dat we er vaak ook slachtoffer van zijn”, zegt gerontoloog Lien Van Malderen, stafmedewerker woonzorg bij Zorgnet-Icuro.**

**Dat leeftijdsdiscriminatie intergenerationaliteit in de weg staat, is geen kwestie van vandaag. Waarom komt het met een nieuw woord – *ageism* – nu terug op de agenda?**

“Het is terug van nooit weggeweest, maar de geesten rijpen, globaal. *Ageism* is een internationaal begrip. We blijven er ons schuldig aan maken. We praten over de jeugd van tegenwoordig, ouderen bestempelen we als oudjes. We benoemen hen met één kenmerk, taxeren daarop hun hele zijn en spreken en beslissen over hun hoofden heen. Als we daarop worden gewezen, minimaliseren we het probleem. Dat bewijst hoe het zit ingebakken in onze samenleving, tot in de wet toe. *Ageism* is wereldwijd een probleem van alle tijden en van alle leeftijden. Daarom zijn we zo blij met dit rapport van de WHO. Het bevestigt de visie die bij vele van onze leden en partners leeft. We moeten nog meer sensibiliseren en doorzetten.”

**Zijn vooral ouderen het slachtoffer van *ageism*?**

“Nee, kinderen en jongeren worden ook uitgesloten op basis van leeftijd, maar om andere redenen. Vanaf een zekere leeftijd word je gestereotypeerd met kwetsbaarheden en beperkingen. En dat keert als een boemerang terug. We willen niet oud worden. Eens zelf de jeugd voorbij willen we aan die stereotypes ontsnappen. Voeding en cosmetica moeten ons redden van de sterfelijkheid. Onze biologische evolutie verhoudt zich omgekeerd evenredig met de psychologische aanvaarding ervan. We zouden ons echter veel ongeluk kunnen besparen als we elkaar respectvol benaderen en stoppen met ons in te prenten dat je als oudere minder waard wordt, stoppen met oud worden eenzijdig te bekijken. Het verouderingsproces hoort nu eenmaal bij het leven. Ouderen – in al hun diversiteit – hoeven geen betutteling of zijn niet *schat-tig*. Ze hebben onze sympathie niet nodig, wel onze empathie. Net zoals adolescenten die nodig hebben. Hen met kinderlijkheden bejegenen toont alleen maar aan dat we hen niet gelijkwaardig vinden. Het is ook geen wij-zij-verhaal, *ageism* is niet alleen gericht tegen een ‘andere’, maar tegen onze toekomstige zelf.”

**Op welke domeinen speelt *ageism* ons parten?**

“Het rapport van de WHO duidt op ingrijpende gevolgen van *ageism* zoals een verhoogde mortaliteit, eenzaamheid en armoede. *Ageism* doet zich zeer breed

voor in onze samenleving, in de algemene beeldvorming, in media, in films en op tv, op de arbeidsmarkt, in het vormingsbeleid, met de verplichte pensioenleeftijd, op de immomarkt. Leeftijd lijkt een gerechtvaardigd criterium tot uitsluiting. Professor Jean Paul Van Bendegem heeft er een boek aan gewijd – *Wijs, grijs en puber* – waarin hij meteen oproept voor een beweging van burgerlijk ongehoorzame senioren. Hij wijst onder meer op de doodsteek die een verplichte pensioengrens kan betekenen. Je levert van de ene dag op de andere je waarde in, en je zingeving. Als je geluk hebt, mag je op nog op de kleinkinderen passen. Dat is niet voor iedereen een even groot verlangen.”

**Sommige culturen hebben wel respect voor hun ouderen, kunnen we daarvan leren?**

“Sommige culturen includeren hun ouderen op andere domeinen dan in onze westerse cultuur, maar evengoed spelen daar ook discriminaties op basis van leeftijd. De gedaante van de discriminatie kan internationaal verschillen, maar ze heeft gemeen dat ze door de gemeenschap van generatie op generatie geïncorporeerd wordt. Onze kijk op ouderen bepaalt ook onze kijk op ouderenzorg. Kwetsbare mensen worden gediscrimineerd, oudere mensen worden gediscrimineerd. Voor kwetsbare ouderen gaat het dus dubbelop.”

**Wat kunnen we doen?**

“Zorgnet-Icuro ijvert ervoor om bijvoorbeeld in de regelgeving bepaalde leef-



“Ouderen – in al hun diversiteit – hoeven geen betutteling of zijn niet *schattig*. Ze hebben onze sympathie niet nodig, wel onze empathie.”



tijdsgrenzen op te heffen. Waarom heeft iemand die na zijn 65<sup>ste</sup> een beperking oploopt geen recht op het statuut van persoon met een handicap en op de bijhorende tegemoetkoming, en personen jonger dan 65 wel? Personen met een psychische aandoening lopen op hun 18<sup>de</sup> en hun 65<sup>ste</sup> tegen breuken in hun ondersteuning aan, gewoon omdat we gemakshalve leeftijds-grenzen leggen op het recht op zorg of ondersteuning. Maar eigenlijk bestaat er voor die grenzen geen menselijke motivatie. Mensen met een beperking of aandoening moeten dan opnieuw ingeschaald worden en intakes herhalen, waarbij het lang niet zeker is of ze op dezelfde zorg kunnen rekenen. In werkgroepen bekijken we hoe we daaraan kunnen verhelpen. Dat is een beleidsmatige aanpak.

De mentaliteit die in onze cultuur en samenleving ingebakken zit, is een heel andere kwestie. We hebben onszelf opgelegd

niet te klagen over onze leeftijd en te leren leven met wat ons enigszins hindert. Maar we zijn daar duidelijk niet goed in. Een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) geeft ook aan waarom: het is met de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen slecht gesteld. Hun depressie is niet minder zwaar dan bij mensen op jongere leeftijd, maar dit wordt vaker genormaliseerd, alsof het eigen is aan het verouderingsproces. Ook daar pleiten we voor veranderingen.”

#### **Is de ouderenzorg zich dan niet bewust van *ageism*?**

“In de ouderenzorg is *ageism* niet steeds zo zwart-wit aanwezig. Om *ageism* tegen te gaan, pleit de WHO voor intergenerati-onele contacten. Die zijn net sterker aanwezig in de ouderenzorg, zij het vaak in een zorgrelatie. *Ageism* is verweven in de samenleving en krijgen we van kindsbeen mee, waardoor het voor iedereen, inclusief zorgverleners, niet altijd herkenbaar is. Het is natuurlijk ook in de zorg belangrijk om meer sensitiviteit te ontwikkelen, al vanaf de opleidingen, zodat we een genuanceerder beeld op ouder worden creëren. Zorgnet-Icuro is aanwezig in werkgroepen om te bekijken hoe we de samenleving, maar ook de sector gevoelig kunnen maken voor ouderen en ouderenzorg. Voorzoningen kunnen we bijvoorbeeld bewust maken van hun handelingen, van de beelden en de terminologie die ze hanteren. Ook vanuit Zorgnet-Icuro zal hiermee altijd zorgvuldig omgegaan worden. Het zit soms in kleine dingen: luid praten of infantiliserende taal gebruiken.”

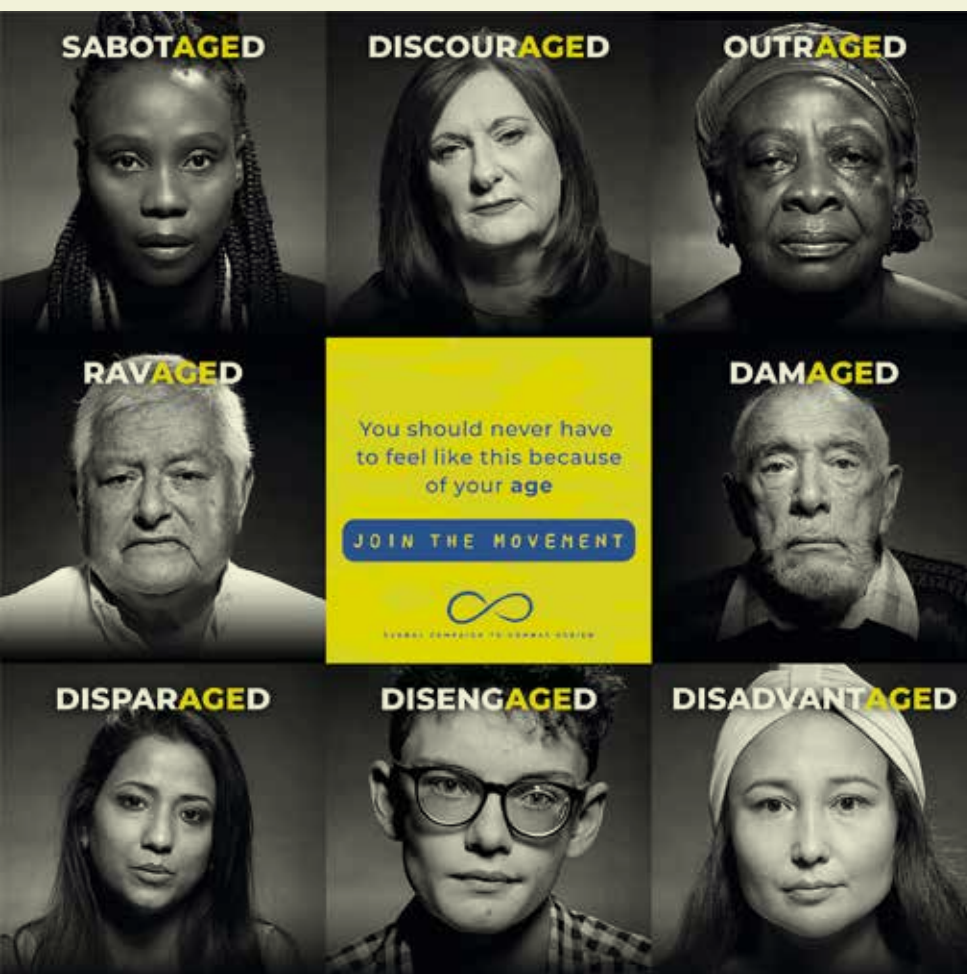
#### **Een mentaliteitswijziging vraagt tijd. Kan de regelgeving het proces versnellen?**

“Zeker. De babyboomers die in de woonzorg terecht komen zullen al veel dingen niet meer aanvaarden, maar we moeten

hun mondigheid ook niet overschatten. Vanuit Zorgnet-Icuro zetten we ook sterk in op het versterken van werken rond participatie. Vlaams welzijnsminister Wouter Beke wees er al op dat de pandemie duidelijk heeft gemaakt dat de participatie van ouderen cruciaal is voor het beleid. Dat is een nieuwe ontwikkeling. Toch moet het beleid ook verder gaan en moet leeftijdsonafhankelijke zorg in de wetten en decreten vastgelegd worden. Daar wil ik wel aan toevoegen dat we de oplossing niet mogen reduceren tot een louter rechtendiscours. Zelfs als rechten worden gerespecteerd kan er sprake zijn van *ageism*. Je neemt daarmee het stereotyperen en discrimineren van personen wegens hun leeftijd niet weg. Soms lost het probleem zich voor een deel vanzelf op als je mensen bij elkaar brengt, als er ruimte en tijd is voor ontmoeting, voor een relatie. Het is net die relationele zorg die een belangrijk deel uitmaakt van het kwaliteitsstreven van Zorgnet-Icuro.”



# WHO | Global report on ageism



Leeftijd is een van de eerste kenmerken – samen met geslacht en ras – die ons opvallen wanneer we andere mensen ontmoeten. Leeftijdsdiscriminatie ontstaat wanneer leeftijd wordt gebruikt om mensen te categoriseren en in te delen op manieren die tot schade, nadeel en onrecht leiden en de solidariteit tussen de generaties uithollen. De Wereldgezondheidsorganisatie startte een campagne tegen leeftijdsdiscriminatie

en presenteerde op 18 maart 2021 in een lijvig rapport aanbevelingen die kunnen helpen om leeftijdsdiscriminatie te verminderen. Om ze te implementeren is politiek engagement nodig, de inzet van verschillende sectoren en actoren en contextspecifieke aanpassingen. Waar mogelijk moeten ze samen worden ingezet om hun impact op leeftijdsdiscriminatie te vergroten.

## Drie strategieën die leeftijdsdiscriminatie kunnen verminderen

### Beleid en wet

Beleid en wetten kunnen worden gebruikt om leeftijdsdiscriminatie tegen gelijk welke leeftijdsgroep terug te dringen. Het beleid en de wetten tegen leeftijdsdiscriminatie kunnen versterkt worden door op lokaal, nationaal of internationaal niveau bestaande instrumenten aan te passen die leeftijdsdiscriminatie toelaten.

### Onderwijs

Educatieve interventies om leeftijdsdiscriminatie te verminderen, moeten worden opgenomen op alle niveaus en soorten onderwijs, van basisschool tot universiteit, en in formele en niet-formele onderwijscontexten. Educatieve activiteiten helpen empathie te vergroten en misvattingen over verschillende leeftijdsgroepen weg te nemen door nauwkeurige informatie en contra-stereotype voorbeelden te verstrekken.

### Intergenerationeel contact

Investeer in intergenerationele contacten die vooroordelen en stereotypen tussen groepen verminderen. Intergenerationele contacten behoren tot de meest effectieve interventies om leeftijdsdiscriminatie tegen ouderen te verminderen. Ze zijn ook veelbelovend voor het verminderen van leeftijdsdiscriminatie tegen jongere mensen.

| [www.who.int](http://www.who.int) > ageing > ageism

# “Met FlaQuM kunnen de ziekenhuizen aan de slag om hun toekomstig kwaliteitsbeleid vorm te geven”

TEKST: LIEVE DHAENE – BEELD: SOPHIE NUYTTEN

*Dirk De Ridder en Kris Vanhaecht:  
“FlaQuM biedt de ziekenhuizen  
openheid en vrijheid, maar tegelijk  
structuur en een vergelijkingsbasis”*



**Twee jaar geleden richtte Zorgnet-Icuro de leerstoel *Future of Hospital Quality* op. Doel was een wetenschappelijke evaluatie te maken van de geleverde kwaliteitsinspanningen door de ziekenhuizen en te kijken hoe een duurzaam kwaliteitsbeleid er in de toekomst kan uitzien. Als eerste resultaat van de leerstoel werd op 4 mei 2021 FlaQuM, het Flanders Quality Model, aan de sector voorgesteld. Dat model biedt zorgorganisaties een gestructureerd raamwerk waarmee ze hun toekomstig kwaliteitsbeleid verder kunnen vormgeven.**

Het afgelopen decennium investeerden de Vlaamse ziekenhuizen sterk in het werken aan kwaliteit en patiëntveiligheid: via het behalen van internationale accrediteringen, de ontwikkeling van en communicatie over kwaliteitsindicatoren, het meewerken aan inspectiebezoeken en het opzetten van interne verbeterprojecten. Enkele jaren geleden werd echter ook duidelijk dat er nood was aan het evalueren en herdenken van het kwaliteitsbeleid. Een aantal ziekenhuizen zette zijn accreditering bijvoorbeeld stop. Om hieraan tegemoet te komen, financiert Zorgnet-Icuro sinds april 2019 de leerstoel *Future of Hospital Quality* aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid (LIGB), onder leiding van de professoren Dirk De Ridder en Kris Vanhaecht. FlaQuM, het Flanders Quality Model, wil de goede dingen uit de Vlaamse en internationale ervaringen bij elkaar brengen. Het omvat een visie-, co-creatie en beleidsmodel, met een leidraad voor zorgorganisaties.

## Visiemodel

Het FlaQuM visiemodel start vanuit de 6 originele dimensies voor kwaliteit zoals



De drie dimensies van het kwaliteitsmodel

in 2001 geformuleerd door het Institute of Medicine (IOM): veilig, effectief, efficiënt, tijdig, gelijk en persoonsgericht. De dimensies werden aangepast zodat het nieuwe model inspeelt op het veranderend wereldbeeld van de gezondheidszorg. Het FlaQuM co-creatiemodel biedt zorgorganisaties een concrete leidraad. De huidige versie van het model bestaat uit 6 drivers, 19 bouwstenen en 104 actievelden om samen te werken aan een duurzaam kwaliteitsbeleid. Het ondersteunt de organisaties in het vertalen, integreren en opvolgen van de kwaliteit binnen de dagelijkse, operationele werking van het ziekenhuis.”

### Cocreatie

Het FlaQuM co-creatiemodel biedt een houvast om op basis van de eigen invulling van de kwaliteitsvisie stap voor stap en samen met alle betrokken *stakeholders* het eigen kwaliteitsmanagement verder uit te werken. Hierbij kunnen organisaties zelf aangeven hoever ze hiermee staan en kunnen ze een eigen projectplan met doelstellingen en timing uitwerken. Het model grijpt uitdrukkelijk terug naar de basiswaarden: waardigheid, respect, partnerschap, holisme, empathie en vriendelijkheid. Kwaliteit werd te lang te strikt bekeken als een technische aangelegenheid. De Covid-crisis heeft geholpen om de vraag ‘waarom staan we in de zorg?’ terug centraal te stellen”.

### Beleidsmodel

Werken aan kwaliteit is geen vrijblijvende activiteit. Vanuit de maatschappelijke rol die de gezondheidszorg speelt en de publieke middelen die erin worden geïnvesteerd, is er een verantwoordingsplicht: zowel binnen de eigen organisatie, voor het eigen bestuur als naar de overheid en

maatschappij. Om na te gaan wat de rol van kwaliteitscontrole, kwaliteitsverbetering, inspectie, omgaan met incidenten en transparantie is, werd door het LIGB-team een uitgebreid Discrete Choice Experiment (DCE) uitgevoerd. Aan dat online-onderzoek namen 450 *stakeholders* uit de Vlaamse gezondheidszorg deel. Uit het experiment blijkt dat deelnemers een voorkeur uitspreken voor kwaliteitscontrole door een onafhankelijke Vlaamse of nationale instantie, waarbij verbetertrajecten uitgevoerd worden op basis van interne kwaliteitsmetingen alsook externe audit resultaten. De controle van het ziekenhuis wordt het meest wenselijk geacht op het niveau van het ziekenhuis i.p.v. op dienstniveau en men geeft voorkeur aan een controle die niet aangekondigd is. Over deze kwaliteitscontrole wensen de *stakeholders* dat men de resultaten publiceert op een publieke website. Om de impact van dit beleid verder in kaart te brengen alsook op langere termijn te kunnen opvolgen en nieuwe initiatieven te kunnen evalueren, onderzoekt het LIGB-team momenteel de financiële consequenties van het huidige kwaliteitsbeleid.

### Toekomst

Het nieuwe model FlaQuM wil de ziekenhuizen houvast bieden. Het is een voorgestructureerd raamwerk gebaseerd op internationale en lokale evidentie. Zo kunnen artsen, directies, ziekenhuizen, netwerken, patiëntenvertegenwoordigers... met elkaar praten. Het biedt ziekenhuizen openheid en vrijheid, maar tegelijk structuur en een vergelijkingsbasis. Zorgnet-Icuro gaat in de komende weken in gesprek met de overheden over hoe FlaQuM geïntegreerd kan worden in het huidige inspectie- en kwaliteitsbeleid van de overheden en de ziekenhuizen.

Verder zal, in samenwerking met alle academische centra, ingezet worden op het organiseren van opleiding over FlaQuM. Die opleiding moet medewerkers uit Vlaamse ziekenhuizen de nodige kennis geven over de achtergrond, de opbouw en het gebruik van de verschillende onderdelen. Via een aantal pilootprojecten onder wetenschappelijke begeleiding en supervisie zal FlaQuM verder verdiept worden. Hiermee wil Zorgnet-Icuro belangrijke stappen zetten in de ontwikkeling van een dynamisch kwaliteitsbeleid samen met de ziekenhuizen.



Vanaf eind mei zullen er over de verschillende dimensies van FlaQuM video's beschikbaar zijn op het Youtube-kanaal van Zorgnet-Icuro.

In de loop van juni verschijnt ook een brochure over de resultaten van de leerstoel en het nieuwe kwaliteitsmodel. De brochure zal te vinden zijn op [zorgnet-icuro.be](http://zorgnet-icuro.be),

# “Ouderenzorg ligt me zo nauw aan het hart”



“Ik heb geleerd dat ik niet alles tot in het detail kan weten, maar dat ik het overzicht moet bewaren.”

“In april 2000 wandelde ik als jonge snotneus wzc Sint-Margaretha binnen. Onverwacht. Een job in de ouderenzorg was geen droom. Ik studeerde af als sociaal verpleegkundige en wou aan de slag in een sociale dienst. Mijn zoektocht verliep niet vlot. Ik had geen zin om lang werkloos te blijven en solliciteerde voor verpleegkundige in dit woonzorgcentrum. ‘Het is dichtbij huis, ik zie wel wat de toekomst brengt’, dacht ik toen. Maar ik ben nooit weggegaan.”

“Ondertussen ben ik hoofd bewonerszorg. Ook niet gepland. Tijdens mijn parcours kwamen er enkele kansen op mij af en dan moet je durven springen. Ik startte eerst als verpleegkundige, een grote troef voor mijn huidige job trouwens. Ik weet hoe het voelt om in een team van zorg- en verpleegkundigen te functioneren, om in een variabel uurrooster te worden ingeschakeld, om in het weekend te werken, om afhankelijk te zijn van huisartsen en artsen van wacht...”

“Ons woonzorgcentrum maakt deel uit van de vzw Zorggroep Zusters van Berlaar. Lange tijd beheerden de zusters de inschrijvingen. Op een gegeven moment vroegen ze mij om de sociale dienst op te starten. Al bleef ik deels in de zorg staan, ook dat was een meerwaarde. Ik maakte kennis met kandidaat-bewoners als ze een plaats zochten en nadien kwam ik met hen in contact vanuit mijn zorgrol als ze hier ook effectief woonden. Dat scheidt een band met hen en hun familie.”

“Toen in ons woonzorgcentrum een nieuwe directeur werd aangesteld, stimuleerde

# DAGELIJKS VERANTWOORDELIJKE IN WZC SINT-MARGARETHA IN HOLSBEEK

## JOKE TIMMERMANS



TEKST: MIEKE VASSEUR – BEELD: JAN LOCUS

zij mij om een banaba Zorgmanagement te studeren. In 2010 werd ik zorgcoördinator, wat ik combineerde met de sociale dienst. Even later werd ik voltijds hoofd bewonerszorg, oftewel de dagelijks verantwoordelijke. De vzw bestaat uit acht woonzorgcentra met vier directies die elk verantwoordelijk zijn voor twee campusen, en elke campus telt zo'n dagelijks verantwoordelijke."

"Sinds dit academiejaar volg ik de opleiding Master in de Verpleeg- en Vroedkunde. Opnieuw een kans, met dank aan de directie. Ik had nooit gedacht dat ik op mijn 44<sup>ste</sup> terug op de – virtuele – schoolbanken zou zitten. Ik kan de inhoud van de lessen aan de praktijk koppelen. Vaak voel je wat juist is in het verlenen van zorg, en nu krijg je daarvoor theoretische kaders aangeleerd. Je kan verbanden leggen. In het vak leiderschap bijvoorbeeld leren we over de verschillende type leiders. Nu herken ik die theorieën in de geschiedenis van onze eigen organisatie. Waarom reageerden mensen toen zus of zo? Waarom neem je bepaalde beslissingen? Hoe breng je verandering teweeg? Welk proces ondergaat je team? Waarom ontstaat weerstand en hoe ga je daarmee om? De opleiding is een echte verrijking."

### Brugfunctie

"Als hoofd bewonerszorg vorm ik de brug tussen de directie en de andere leidinggevenden. Ik hanteer een opendeurpolitiek. Een dag begint met het zeggen van goeiedag, zo luidt onze visie, daarom blijf ik zelf ook niet de hele tijd achter mijn bureau zitten. Ik loop rond en praat met iedereen."

"Ik volg onder andere het personeelsbeleid en de aanwervingen op. Mijn grootste rol is die van teamcoach. Waar lopen mensen tegenaan? Wat hebben ze nodig? Mijn job administratief noemen, vind ik te beperkend, maar het vraagt veel denkwerk. Ik kijk kritisch naar hoe we de zaken kunnen aanpakken en verbeteren. Daarbij geloof ik in het samen nadenken en zoeken naar een oplossing, alleen zo creëer je een groot draagvlak. Verder volg ik projecten op. Het voordeel van onze vzw is dat we veel samen kunnen ontwikkelen. Doorheen de jaren heb ik mijn tanden kunnen zetten in enkele mooie verwezenlijkingen. Het uurroosterpakket bijvoorbeeld, waardoor de planning van alle collega's – van zorg tot logistiek – correct wordt opgesteld. Of het woonzorgleefplan, dat van papier naar pc werd omgevormd. Binnenkort start de bouw van ons buurtzorghuis. Buurtzorg is een van de belangrijkste uitdagingen voor onze sector. Hoe laten we het klassieke beeld van dat gesloten woonzorgcentrum los? Hoe kijken we over het muurtje? En hoe betrekken we de buurt? In ons buurtzorghuis komen alle diensten fysiek samen: het dagverzorgingscentrum, het Lokaal Dienstencentrum, het buurtrestaurant, de recent opgestarte thuisverpleging, een ontmoetingsruimte, oriënterend kortverblijf... Heel boeiend om dat mee vorm te geven. Ook het project mondzorg staat in de startblokken. Verder heb ik een coördinerende rol: ik zorg ervoor dat de zorginhoudelijke taken kunnen draaien, dat een MDO kan doorgaan, regel intern overleg... En ik sta ook weleens mee kasten uit te wassen of een kelder op te ruimen. Ook dat hoort er soms gewoon bij."

### Helikopterview

"Ik heb geleerd dat ik niet alles tot in het detail kan weten, maar dat ik het overzicht moet bewaren. Ik bewaar een soort *helikopterview* tussen ons woonzorgcentrum, de vzw en de overheid. Net door die afwisseling en de brede invulling verveelt mijn job niet. Er bestaat geen checklist voor onze functie. Praat met een ander hoofd bewonerszorg, en je krijgt een ander verhaal. Het hangt af van de grootte van de organisatie, de cultuur, de persoonlijke invulling... Sommigen zullen bijvoorbeeld meer focussen op het medische en klinische aspect. Je hebt vooral een open blik nodig, mensenkennis, *skills* voor *people management*..."

"Ouderenzorg ligt me zo nauw aan het hart. Ik ben enorm fier op wat ik doe. Jammer dat onze sector met zo'n oubollig imago kampt, we zijn net in volle ontwikkeling en staan voor grote uitdagingen. Maar we zijn een sector die zich niet goed durft tonen. Ik kijk ernaar uit om mijn stempel te drukken. Binnenkort starten we met BelRAI. Een van onze gebouwen is 30 jaar oud, hoe gaan we in de toekomst bouwen, welke zorgvormen zullen we aanbieden...?"

"Doorheen de jaren zag ik het profiel van onze bewoners en hun mantelzorgers veranderen. Van stil naar mondig. Problemen worden vaker gemeld, en we gaan veel meer in dialoog. Ook de zorg zelf wordt meer complex. Vroeger had een bewoner bijvoorbeeld enkel Parkinson, nu zijn er meer mengvormen die dan weer ander gedrag met zich meebrengen. Niet evident





*Joke Timmermans: "Soms verbaast het me hoe de liefde voor deze sector blijft groeien."*

voor mijn collega's. Daarom zoeken we continu naar hoe we kwaliteitsvolle zorg kunnen (blijven) leveren. Literatuur en onszelf blijven ontwikkelen zijn belangrijk. Daarom hamer ik op het belang van multidisciplinair overleg."

### **Monitoren**

"De impact van Covid was groot. In het begin overheerste de angst. We zagen de beelden uit Italië en konden de draagwijdte niet inschatten. Dankzij onze vzw-structuur hoefden we niet alles alleen uit te zoeken, we konden ervaringen delen en hadden voldoende beschermingsmateriaal. Mentaal was het zwaar, het spookt 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 in je hoofd. Gelukkig bleven we gespaard van uitbraken. Soms voel ik me daar schuldig over, anderen hebben zo afgezien. Ik ben vooral bezig met de registratie van cijfers, het opvolgen van de stortvloed aan nieuwe regels en hoe die om te zetten in de praktijk. Net als procedures, handhygiëne en testbeleid. Ook medewerkers opvangen, hen blijven enthousiasmeren, ondersteunen... want ook zij kampen met moeilijkheden zoals uitgestelde zorg, kinderen die plots niet meer naar de kinderopvang kunnen door een uitbraak... We botsten intern ook op pijnpunten, en nu overheerst vooral de

moeheid. Al bewaar ik ook mooie herinneringen zoals de creativiteit en het gevoel van samenhang. We probeerden onze bewoners en onszelf lichtpuntjes te bezorgen. Het is ongelooflijk wat iedereen heeft gepresteerd."

### **Blij hart**

"Na 21 jaar ben ik nog steeds laaiend enthousiast. Soms verbaast het me, hoe de liefde voor deze sector blijft groeien. De negatieve beeldvorming, zeker van de afgelopen periode, raakt me diep. Ik laat het daar niet bij. Ik wil tonen wat we goed doen, hoe professioneel we voor onze ouderen zorgen. We doen meer dan de was en de plas, en maken wel degelijk het verschil. Regelmatig krijgen we stagiairs over de vloer: niet alleen verpleeg- of zorgkundigen, maar bijvoorbeeld ook kinesitherapeuten. Vaak is een woonzorgcentrum niet hun eerste keuze. Ik probeer hun beeld over ouderen positief bij te stellen. Als ze dan 'ik wist niet dat het zo fijn was om hier te werken' zeggen, wordt mijn hart blij."

# Podcasts palmen de wereld van de zorg in

**Al enige tijd laat Zorgnet-Icuro via 'Zorgcast' op Spotify en Soundcloud op gezette tijdstippen podcasts op de wereld los. Luisterde jij al naar onze uitzendingen over big data en de staats hervorming? Maar we zijn niet alleen, steeds vaker duiken podcasts over de zorg op. Hieronder twee podcasts die we jullie niet willen onthouden.**

## Podcastreeks naar aanleiding van boek van Luc Van Gorp

Luc Van Gorp legt in *Mensenmaat, een pleidooi voor imperfectie* de vinger op de wonde. De wereld waarin we leven heeft de voorbije decennia een metamorfose ondergaan. De pijlers waarop onze samenleving steunde, zijn afgebrokkeld. Maar de mens zelf is fundamenteel niet veranderd. Die streeft nog altijd naar een gezond, gelukkig en zinvol bestaan, maar

weet dat er naast vreugde en plezier ook lijden en verdriet is. In de podcasts gaat Luc Van Gorp in gesprek met onder andere Inge Vervotte, gedelegeerd bestuurder van zorggroep Emmaüs, en Marc Noppen, directeur van UZ Brussel.

[De podcasts zijn via de streamingkanalen van Pelckmans en CM te beluisteren.](#)

## Podcastreeks 'Levens belangrijk'

Hoe zullen ziekenhuizen evolueren in de toekomst? Wat wordt de rol van technologie om zélf onze gezondheid te monitoren, onder begeleiding van een arts op afstand? En waarom is een gezonde geest minstens even belangrijk als een gezond lichaam? Geert Wellens, auteur van het gelijknamige boek *Levens belangrijk* en oprichter van een bedrijf dat gespecialiseerd

is in de bouw van de zorginfrastructuur, en presentator Jan Hautekiet gaan in gesprek met drie experts op zoek naar antwoorden.

In de eerste aflevering is Peter Degadt te gast. Ze hebben het onder meer over de organisatie van onze zorg, de lessen die we kunnen trekken uit de coronacrisis en het ziekenhuis van de toekomst. In aflevering twee en drie komen Marc Noppen, directeur van UZ Brussel, en Omer Van den Bergh, gezondheidspsycholoog langs.

[De podcasts zijn te beluisteren via Soundcloud en Spotify.](#)

## PODCAST IN 3 AFLEVERINGEN

# "Ziekenhuisfinanciering ontrafeld"

Heel wat Belgische ziekenhuizen hebben het financieel moeilijk. Een derde van de Belgische ziekenhuizen is verlieslatend, de schulden lopen op, en bijna één ziekenhuis op de vijf had in 2019 onvoldoende inkomsten om zijn schulden te kunnen aflossen. Dat zijn de conclusies uit jaarlijkse sectoranalyse die Belfius heeft uitgevoerd. In een reactie zei Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro: "Het huis van de Belgische ziekenhuisfinanciering staat op instorten." Al jarenlang wordt gepleit voor een herziening van het financieringsmodel dat de overheid hanteert, maar verder dan wat oplappen hier en daar kwamen we niet.

De nieuwste toevoeging aan onze 'Zorgcast' is de driedelige podcastreeks "De Ziekenhuisfinanciering Ontrafeld". Daarin bekijken we de financiering van de ziekenhuizen van dichterbij. Wat zijn de pijnpunten van het huidige systeem? Wat

zijn de uitdagingen voor de ziekenhuissector en welke financiering is daarvoor nodig? En hoe zorgen we ervoor dat de ziekenhuisfactuur voor de patiënt betaalbaar blijft?

In aflevering 1 van de *Ziekenhuisfinanciering Ontrafeld* bespreken Katrien Verschoren en Tom Balthazar van Zorgnet-Icuro de noodzaak om de ziekenhuisfinanciering te hervormen.

In de tweede aflevering praten Katrien Verschoren en Marc Geboers van Zorgnet-Icuro over hoe de ambities voor onze ziekenhuizen en de financiering met elkaar in overeenstemming kunnen worden gebracht.

In de laatste aflevering zijn Katrien Verschoren van Zorgnet-Icuro en Carine Van de Voorde van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg KCE te gast.

[Beluister de podcasts op Spotify \(zoek 'Zorgcast' van Zorgnet-Icuro\) of via Soundcloud](#)





Ontdek Kate hier  
in KBC Mobile!

Hallo,  
ik ben **Kate!**  
Ik bespaar je  
tijd en geld.  
Je vindt  
me in  
KBC Mobile.



Stel je vraag aan Kate in KBC Mobile.

[kbc.be/kate](https://kbc.be/kate)