

IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	De zoektocht naar seksueel geweld bij ouderen ...	22
Interview met Johan Van Gompel, voorzitter studiecommissie voor de vergrijzing	4	Diversiteit en discriminatie	27
Born in Belgium Professionals.....	8	Kom Op Tegen Kanker schrijft gids om communicatie in het ziekenhuis te verbeteren	31
Kopzorgen verdienen zorg	12	Het verhaal van Jana: hoe zorgmedewerkers omgaan met zelfdoding	34
Korte berichten	17	Korte berichten	39
Bert Lambeir over sociaal werk en geestelijke gezondheidszorg.....	18	Colofon	39



EDITO



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Golven van vergrijzing

“Vergrijzing”. De term dook in de Wetstraat voor het eerst op in de jaren 1980, toen duidelijk werd dat de geboorte-aantallen na de naoorlogse “babyboom” al een hele tijd sterk aan het dalen waren. Eenvoudige extrapolaties toonden toen al aan dat we in de 21ste eeuw zouden afstevenen op een sterk verouderende bevolking. De feiten zijn gekend: de babyboomers verlaten nu massaal de arbeidsmarkt en gaan met pensioen. Hun jonge vervangers staan met veel minder klaar. De top van de bevolkingspiramide wordt almaar zwaarder; de basis die de pensioen- en zorgkosten moet financieren wordt smaller. Eén op de vijf Vlamingen is nu 65-plus, tegen 2040 zal dat volgens het Federaal Planbureau een kwart van de bevolking zijn. In 2070 zal het aantal 85-plussers in Vlaanderen zelfs zijn toegenomen tot 400.000. We zagen deze kanteeling van de leeftijden van ver aankomen. Maar doen we ook voldoende om ons hierop voor te bereiden?

Zorgwijzer sprak hierover met Johan Van Gompel, de huidige voorzitter van de Studiecommissie voor de Vergrijzing, die precies 20 jaar oud is en opgericht om de budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing in te schatten en te monitoren. Hij spreekt over “drie vergrijzingsgolven”, met de daarbij horende uitdagingen. De eerste golf hebben we eigenlijk al achter de rug. Het ging er om de naoorlogse generatie zo lang mogelijk aan het werk te houden om de krimp in de beroepsactieve bevolking zo goed mogelijk te compenseren.

De tweede golf daarentegen is nu volop bezig: de naoorlogse generatie gaat sinds enkele jaren massaal met pensioen. Dat resulteert niet alleen in druk op de pensioenuitgaven, maar zet ook de arbeidsmarkt in brand. Dat kwam de afgelopen maanden in alle hevigheid tot uiting. Praat met bedrijven of organisaties

en allemaal beginnen ze erover: ze vinden geen personeel meer, vacatures blijven openstaan, in alle sectoren, voor alle mogelijke banen. Vlaanderen heeft nu het laagste werkloosheidsniveau sinds 10 jaar. De kloof tussen de competenties van de werkzoekenden en de vacature-eisen van de werkgevers is groot en structureel. Het zorgt voor een grote nervositeit en concurrentie in een war for talent, niet in het minst in de zorgsector. Een vernieuwend arbeidsmarktbeleid wordt een van de grote uitdagingen van de volgende 10 jaar. En daar moeten we zeker kijken hoe onze ouderen daar ook zelf kunnen toe bijdragen. Wellicht veel meer dan we lang hebben geloofd. Een “leeftijdsvriendelijke” arbeidsmarkt mag niet langer in de conceptuele fase blijven steken.

De derde vergrijzingsgolf ten slotte, die begint pas na 2030. Dan zal het aantal 80- en 85-plussers sterk gaan toenemen, en dus ook de zorgvragen doen stijgen. Om het met de woorden van Van Gompel te zeggen: “het is de overgang van de wonderjaren naar de zorgjaren”. Het nadenken over en introduceren van innovatieve manieren van ouderenzorg en moderne woonconcepten moet nu al starten. We zullen immers alles uit de kast moeten halen om alle ouderen kwaliteitsvol te laten wonen en leven. Ik nodig alle sociale ondernemers uit om hierover out-of-the-box na te denken en nieuwe ideeën en zorgvormen op poten te zetten.

Tot slot nog dit: het laatste verhaal in deze Zorgwijzer is dat van Jana en Jasper. Dat verhaal was gepland voor ons jubileumnummer 100. Tot Jana de strijd tegen haar duistere gedachten verloor. Zorgverlener Jasper deelt openhartig hoe hij en zijn team dit verlies een plaats gaven. Aan de familie en vrienden van Jana, en het hele zorgteam wensen we veel sterkte en kracht.

“We hebben geen buffer voor de kosten van

de vergrijzing”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE • BEELD: JONATHAN RAMAEL



De Studiecommissie voor de vergrijzing bestaat 20 jaar. Jaarlijks maakt de commissie een rapport met vooruitzichten van de impact van de vergrijzing op lange termijn. Huidig voorzitter van de studiecommissie is Johan Van Gompel, senior economist bij KBC en docent economie aan de Universiteit Antwerpen. Hij is niet pessimistisch, maar wel bezorgd. “Als de overheidsfinanciën niet gezond worden, wordt het lastig om de kosten van de vergrijzing op te vangen.”

Johan Van Gompel: “De Studiecommissie voor de vergrijzing maakt deel uit van de Hoge Raad van Financiën. Die bestaat uit experts die problemen van budgettaire en fiscale aard bestuderen en hervormingen voorstellen. De leden van de commissie worden aangesteld door het Federaal Planbureau, de Nationale Bank en de ministers van Financiën, Begroting en Sociale Zaken. Elke expert heeft in principe een mandaat voor vijf jaar. Onze belangrijkste opdracht is om jaarlijks een nota te schrijven over de budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing. Die becijfering gebeurt samen met het Federaal Planbureau. De overheid houdt rekening met dat rapport bij de opmaak van de jaarlijkse stabiliteitsprogramma's die ze moet presenteren aan de Europese Commissie. Daarnaast weegt het rapport op ander beleid, denk aan de pensioenhervorming.”

De Studiecommissie voor de vergrijzing blikt 50 jaar vooruit. Tegelijk benadrukt het rapport dat het geen voorspellingen maakt, alleen vooruitzichten?

“Een voorspelling is een zo precies mogelijke raming van wat gaat komen. Op de lange termijn is een precieze raming echter onmogelijk. Daarom spreken we liever van vooruitzichten of scenario's. We kijken wat er kan gebeuren, vertrekkende vanuit een aantal gegevens en aannames. Die veronderstellingen zijn velerlei: de demografische vooruitzichten zijn belangrijk, maar we houden ook rekening met assumpties over de economie. De geraamde kost van de vergrijzing drukken we trouwens uit in een percentage van het bruto binnenlands product (bbp). Het bbp is een weerspiegeling van de economische activiteit. En die economische activiteit bepaalt mee of de kosten van de vergrijzing betaalbaar blijven. Je hebt immers economische activiteit nodig om sociale uitgaven te financieren. We moeten daarom ook veronderstellingen maken over de evolutie van onze economie de komende decennia. Economische groei is mee het resultaat van de productiviteitsgroei – gedreven door innovatie – en van de demografie, die de potentiële werkgelegenheidsgroei bepaalt. We weten bijvoorbeeld dat de potentiële beroepsbevolking – de mensen van pakweg 20 tot 65 jaar – de komende jaren in absolute aantallen daalt. Dat zal mee een impact hebben op de economische groei, en dus op de betaalbaarheid van de vergrijzing.”

We zullen met minder mensen de kosten moeten dragen voor meer mensen?

“Ja. Dat noemen we de ouderenafhankelijkheidsgraad. Die verhouding neemt de komende decennia scherp toe. De groep mensen ouder dan 65 jaar neemt toe, terwijl de groep 20- tot 65-jarigen kleiner wordt.”

Het rapport van de studiecommissie heeft het over drie golven van vergrijzing?

“De vergrijzing doet zich cohortegewijs voor. We hebben de babyboomgeneratie, geboren na de Tweede Wereldoorlog. Die mensen worden cohortegewijs ouder. Eerst zijn dat 50-plussers geworden. Dat was de eerste golf, die we ondertussen grotendeels achter ons hebben en die een eerste uitdaging vormde: meer mensen langer aan het werk houden. De 50- tot 65-jarigen – een groep die nu stilaan zal afnemen in omvang – moeten we langer aan het werk houden, om de krimp in de beroepsactieve bevolking te compenseren.

De tweede golf dient zich vandaag aan en duurt tot rond 2030. In die periode zien we het aantal 65- tot 80-jarigen sterk toenemen. Dat betekent dat er druk komt op de pensioenuitgaven. Die druk is er vandaag al, maar zal zich de komende jaren versneld



doorzetten. Wat de uitgaven in de gezondheidszorg betreft, is de impact op de uitgaven veeleer beperkt. Mensen van 65 tot 80 jaar zitten doorgaans nog in hun 'wonderjaren'. Ze blijven langer gezond, gaan op citytrip, kopen een elektrische fiets, maken uitstappen. Ze hebben nog niet in grote aantallen nood aan zorg. Het is pas in de derde golf, die start na 2030, dat het aantal 80- en 85-plussers in sterke mate zal toenemen. Het is de overgang van de wonderjaren naar de zorgjaren. Dan zullen de uitgaven in de (acute en langdurige) gezondheidszorg sterk toenemen. Om die stijgende kosten onder controle te houden, zullen we op zoek moeten naar innovatieve manieren van ouderenzorg."

Die zoektocht wordt niet eenvoudig. Mantelzorg is op de terugweg en de vraag naar formele zorg zal stijgen?

"Dat mantelzorg afneemt, heeft een aantal oorzaken. Ten eerste zijn het vooral 50-jarigen die voor hun ouders van 80-plus zorg dragen. Mijn schoonvader is 90 jaar, mijn vrouw en ik zijn midden de 50 en wij zorgen

heidsfinanciën gezond worden. Die zien er vandaag niet rooskleurig uit. De overheidsschuld is mee door de pandemie opgelopen tot 113% van het bbp. Dat betekent dat we – in vergelijking met vele andere Europese landen – een slechte uitgangspositie hebben. We moeten de komende jaren de overheidsfinanciën gezond maken. Doen we dat niet, dan loopt de schuld verder op en dan wordt het moeilijker om de kosten van de vergrijzing op te vangen. Pas als de overheidsfinanciën terug onder controle zijn, kunnen we een buffer creëren."

Hebt u suggesties?

"Een nieuwe pensioenhervorming lijkt me onvermijdelijk. Het verder opkrikken van de gemiddelde effectieve pensioenleeftijd is daarbij essentieel. België heeft nog altijd een relatief lage werkzaamheidsgraad, vooral bij de 55-plussers. Ook het probleem van de vele langdurig zieken moeten we aanpakken. Het wordt alle hens aan dek om zoveel mogelijk mensen aan het werk te krijgen en langer aan het werk te houden."

“Bedrijven zullen meer aandacht besteden aan werkbaar werk, omdat ze anders geen werknemers meer zullen vinden op de nu al krappe arbeidsmarkt. Ik zie dat wel goedkomen

er mee voor dat hij nog thuis kan wonen. Zolang die zorg niet te intensief is, valt dat te organiseren. Maar de druk verhoogt. We vragen mensen dat ze langer aan het werk blijven, waardoor ze minder tijd hebben voor mantelzorg. Tegelijk stijgen met de tweede en de derde vergrijzingsgolf de zorgnoden, wat mantelzorg nog minder evident maakt."

De vraag naar formele zorg zal dus toenemen, wat de kost de hoogte injaagt?

"Inderdaad. De vraag is dan hoe we dat betaalbaar houden. Innovatieve woonconcepten, waarbij mensen zo lang mogelijk thuis wonen, kunnen een deel van de oplossing zijn. Leefstijdbestendige woningen en buurten kunnen een verschil maken. Je ziet dat soort concepten al de kop opsteken. Maar finaal zullen de kosten toenemen. Je kan niet alle noodzakelijke en intense zorg zomaar thuis of in de buurt opvangen."

De piek zou rond 2050 liggen? Volgens de vooruitzichten zullen de sociale uitgaven dan 30,1% van het bbp bedragen, tegenover 24,6% in 2019?

"Die 30,1% is het geheel van de sociale uitgaven. Het gaat dus niet alleen over gezondheidszorg. Het gros van de toename betreft de pensioenuitgaven, de gezondheidszorg komt op de tweede plaats."

Kan een samenleving dat dragen: 30,1% van het bbp naar sociale uitgaven?

"Ja, op twee voorwaarden. Ten eerste moeten de over-

Is dat realistisch? Het aantal mensen met een burn-out neemt toe. Mensen kunnen en willen de druk en het tempo niet meer aan?

"Dat klopt en daarom moeten bedrijven hier voldoende aandacht aan besteden. Bedrijven zullen dat doen, omdat ze anders geen werknemers meer zullen vinden op de nu al krappe arbeidsmarkt. De arbeidsomstandigheden zullen onder die druk verbeteren, zodat mensen langer aan boord kunnen en willen blijven. Ik zie dat wel goedkomen. De overheid moet ook haar rol spelen, bijvoorbeeld met het stimuleren van levenslang leren. Iedereen moet zijn steentje bijdragen. Dat wordt een moeilijke, maar een noodzakelijke oefening, willen we de economische groei veiligstellen. En die groei hebben we nodig om de stijgende kosten van de vergrijzing te dragen."

De tweede voorwaarde is trouwens net die ondersteuning van de economische groei. We moeten een ondernemersklimaat scheppen waarin bedrijven innoveren, investeren en mensen aanwerven. Innovatie creëert productiviteitsgroei. De jongste jaren is de productiviteitsgroei tanende. We moeten die trend keren. De overheid moet de nodige stimulansen uitwerken. Tegelijk moeten we de sociale uitgaven onder controle houden. Bijvoorbeeld door een hogere pensioenleeftijd, waardoor mensen langer bijdragen en pas later een pensioen trekken. Verder zie ik mogelijke efficiëntiewinsten in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in het wegwerken van overconsumptie. Er is niet één gemakkelijke oplossing, we zullen op alle fronten ons uiterste best moeten doen."

Het rapport van de vergrijzingscommissie blijft voorzichtig in zijn voorspellingen. Tegelijk laat het nog elementen buiten beschouwing. Zo stelt het rapport expliciet dat het geen rekening houdt met de gevolgen van de klimaatverandering. Toch is nu al duidelijk dat de klimaatcrisis een impact zal hebben. Op de gezondheidszorg, maar bijvoorbeeld ook op de migratie en dus op de demografie.

"Meer nog dan de vergrijzing is de klimaatverandering een trend waarvan de gevolgen nog moeilijk in te schatten zijn. De becijfering ervan is bijzonder lastig. Hetzelfde geldt voor de pandemie. Als de situatie nog lang aanhoudt of als er een nieuw virus opduikt, dan blijft dat niet zonder gevolgen. Ik geef toe dat de oefening die wij maken een partiële oefening is. We baseren ons op berekeningen die we nu al kunnen maken en op de maatregelen die de overheid nu al genomen heeft. Als de overheid nieuwe maatregelen neemt, dan verandert de context weer. In dat opzicht maken we 'fictieve oefeningen bij ongewijzigd beleid'. Elk jaar sturen we onze prognose bij in een nieuw rapport waarin we nieuw beschikbare informatie meenemen. Naast de klimaatverandering zijn er overigens nog tal van risico's: denk bijvoorbeeld aan de internationale geopolitieke situatie. Die kunnen we onmogelijk allemaal in rekening brengen."

Om met een positieve noot af te sluiten: het ziet ernaar uit dat het armoederisico voor gepensioneerden zal dalen?

"Dat komt vooral omdat de voorbije decennia meer vrouwen op de arbeidsmarkt gekomen zijn. Als zij met pensioen gaan, hebben ze hun eigen pensioeninkomen. Daardoor daalt het armoederisico bij die groep. Zolang we de pensioenkosten draaglijk houden, welteverstaan. Een ander element dat meespeelt in het armoederisico is het hebben van een eigen woning. Daar zien we een minder positieve trend: de woningmarkt is zo duur dat het woningbezit voor het eerst in de naoorlogse periode licht aan het dalen lijkt. Als die trend zich de komende decennia doorzet, dan is dat een extra risico om op oudere leeftijd alsnog in de armoede te verzeilen."

De Studiecommissie voor de vergrijzing maakt al 20 jaar een jaarlijks rapport en kijkt 50 jaar vooruit. Als u dat geheel overziet, bent u dan positief of veeleer negatief gestemd?

"Enige bezorgdheid is op zijn plaats. De geschiedenis leert ons echter dat samenlevingen zich flexibel aanpassen. Ik geloof ook rotsvast in innovatie om de productiviteitsgroei op te krikken. Ik ben niet pessimistisch, wel bezorgd. De overheid moet meer inspanningen doen om een goede context te scheppen. Die is er vandaag onvoldoende. We hebben geen financiële buffer om de kosten van de vergrijzing op te vangen."

De rapporten van de Studiecommissie voor de vergrijzing kan u lezen op www.hogeraadvanfinancien.be/nl/publications

“Het is pas in de derde golf, die start na 2030, dat het aantal 80- en 85-plussers in sterke mate zal toenemen. Het is de overgang van de wonderjaren naar de zorgjaren

Johan Van Gompel



KATRIEN BEECKMAN OVER BORN IN BELGIUM PROFESSIONALS

“Inzetten op preventie en geïntegreerde zorg voor kwetsbare zwangeren”

TEKST: KIM MARLIER • BEELD: JAN LOCUS

Elk jaar worden baby's geboren in een kwetsbaar gezin. Niet alle moeders kunnen namelijk terugvallen op de nodige zorg tijdens hun zwangerschap en dat heeft gevolgen voor hen én voor hun ongeboren kind. In Brussel is dat de realiteit voor een derde van alle baby's, Vlaanderen volgt met één op vijf en in Wallonië gaat het over één op zeven. Met een screeningstool wil Born in Belgium Professionals net die kwetsbare zwangere vrouwen detecteren, zodat ze zorg op maat kunnen krijgen tijdens hun zwangerschap.

Het werk van Professor Katrien Beeckman draaide altijd al rond de zorg voor kwetsbare zwangeren. Sinds 2011 is ze aangesteld binnen de onderzoekcel Nursing and Midwifery Research van het UZ Brussel met als doel er onderzoek voor verpleegkundigen en vroedvrouwen uit te bouwen. De expertise over de organisatie van zorg, specifiek voor kwetsbare zwangere vrouwen, en de aanwezigheid op een ronde tafel van het RIZIV maakte dat het RIZIV bij professor Beeckman uitkwam om het project Born in Brussels op te zetten. Dat is ondertussen uitgegroeid tot Born in Belgium Professionals.

Kans op een gezonde zwangerschap

“Het project Born in Belgium Professionals ontstond in Brussel en kadert in het witboek van Toegankelijkheid

tot Gezondheidszorg, beheerd door het RIZIV”, vertelt Professor Katrien Beeckman. “Een van de pijlers binnen dit witboek definieerde dat er een zorgtraject moest komen om de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare zwangeren te verbeteren, zeker in Brussel. De cijfers van kinderen die opgroeien in armoede zijn hier namelijk het hoogst. Sociaal kwetsbare mama's hebben nog steeds minder kans op een gezonde zwangerschap. In Brussel worden elk jaar ruim 23.000 baby's geboren, waarvan meer dan een derde in een kwetsbaar gezin. Het houdt in dat niet alle moeders kunnen terugvallen op de nodige zorg tijdens hun zwangerschap. Dat heeft vanzelfsprekend gevolgen voor hen én voor hun ongeboren kind. De eerste 1000 dagen van ons leven zijn bepalend voor de rest van ons leven. De gezondheid van een moeder heeft im-

pact op het kind, niet alleen op korte maar ook op lange termijn. Op korte termijn spreken we bijvoorbeeld over prematuriteit en laag geboortegewicht. Op lange termijn gaat het over chronische aandoeningen en gedragsproblemen.”

Screenen op kwetsbaarheden

“Born in Belgium Professionals is een digitaal platform dat ontwikkeld werd door en voor professionals rond kwetsbare zwangere vrouwen. We richten ons met dit project niet rechtstreeks naar de zwangere mama's. Het is een tool specifiek voor de professionelen die via ons platform aanstaande mama's kunnen screenen op psychosociale kwetsbaarheden om zorgnoden te detecteren. We evalueren 13 indicatoren binnen die kwetsbaarheden: dat gaat van inkomen, over opleidingsstatus, sociaal netwerk en financiële status tot middelengebruik, geweld, depressie, angst en geboorteland.”

Netwerk en team

“Het project startte in 2018. In eerste instantie zetten we hard in op het vormen van een netwerk en een team. Daarnaast doken we in de literatuur om de

screeningstool te onderbouwen. In 2019 ontwikkelden we de tool en tekenden we de verschillende zorgpaden uit. Hiervoor baseerden we ons op expertpanels over de verschillende kwetsbaarheden, waarmee we een 160-tal organisaties bereikten.”

“In 2020 werd de tool technisch helemaal ontwikkeld en begonnen we met de implementatie bij de verschillende partnerorganisaties. Het coronavirus maakte het ons echter niet gemakkelijk. Toch zijn we erin geslaagd om met enkele organisaties voorbereidende stappen te doorlopen. Sinds 2021 loopt de tool goed. Hij wordt al door meer dan 30 organisaties in Brussel gebruikt; in het UZ Brussel zijn bijvoorbeeld al meer dan 800 vrouwen gescreend.”

Kleurcode rood, groen of blauw

“Wanneer er een kwetsbaarheid blijkt uit de screening, biedt Born in Belgium Professionals zorgpaden op maat aan in de vorm van informatie en adresboeken. Ik denk bijvoorbeeld aan de vragen ‘wat moet je doen met een vrouw die illegaal in ons land verblijft?’, ‘Hoe bied ik hulp bij administratie?’, ‘Wat bij communicatieproblemen of huisvestingsproblemen?’”

“Alle mama’s moeten de kans krijgen om hun zorgnood kenbaar te maken en zorg op maat krijgen op een zodanige manier dat de continuïteit van zorg gegarandeerd is

“Stel dat er een probleem blijkt op vlak van huisvesting, dan kleurt die indicator rood. Wanneer men daarop klikt, krijgt de zorgverlener suggesties wat er kan ondernomen worden of naar wie er kan doorverwezen worden. Zo kiest de zorgverlener welke actie hij of zij onderneemt en na een klik wordt de indicator op de hoofdpagina blauw of groen. Een groene kleurcode wijst erop dat het probleem is opgelost, bijvoorbeeld door de papieren in orde te maken. De blauwe kleurcode betekent dat die kwetsbaarheid een gegeven is dat de volledige zwangerschap de volle aandacht verdient. Denk maar aan mentaal welzijn, sociaal netwerk of communicatieproblemen. Wanneer je de tool opent als tweede of derde zorgverlener kom je onmiddellijk op de pagina waar de vorige zorgverlener gestopt is.”

“We hielden de vragen van de screening kort en beperkt zodat het haalbaar is om bij een eerste anamnese zoveel mogelijk vragen te stellen. Soms is het nodig om dieper te kunnen screenen, bijvoorbeeld bij vermoeden van een depressie. Daarom is doorscreenen ook een beschikbare functie in deze tool. We organiseren ook regelmatig een trainingsdag voor de gebruikers waar ze leren om de moeilijke vragen op een gepaste manier te stellen. Polsen of er al geweld geweest is in het huishouden, is bijvoorbeeld zo’n gevoelige vraag. Het is ook belangrijk om die vragen niet stigmatiserend te brengen. We werken per indicator met verschillende vragen die gevalideerd zijn. Er werd gezocht naar vragen die correct zijn en die meten wat ze moeten meten. Het doel blijft dat vrouwen voelen dat ze bij de zorgverlener terecht kunnen met hun zorgvraag.”

Continuïteit van zorg

“We willen psychosociale kwetsbaarheid bespreekbaar maken. Alle mama’s moeten de kans krijgen om hun zorgnood kenbaar te maken en zorg op maat te krijgen op een zodanige manier dat de continuïteit van zorg gegarandeerd is. Het platform is integreerbaar in verschillende elektronische dossiers zoals Allsoft, Patientmanager, PrimuZ en Nexuzhealth. Zo kan zowel de nulde, de eerste als de tweede lijn met het platform aan de slag. Op die manier moeten vrouwen hun verhaal niet telkens opnieuw doen en kan er bij doorverwijzing meteen voortgewerkt worden aan een dossier. Op langere termijn krijgen we door dit platform ook zicht op de kwetsbaarheden en in welke combinaties de verschillende kwetsbaarheden het meeste voorkomen.”

Kwetsbaarheden kan je niet voorspellen

“Een dertigtal organisaties in Brussel zijn op dit moment al met deze tool aan de slag. Bij de opstart bekijken wij met de organisatie hoe ze op dat moment werken en waar deze tool het best ingepast kan worden. Born in Belgium Professionals is toegankelijk voor iedereen die zorg draagt voor de zwangere vrouw in kwestie, denk maar aan een vroedvrouw, huisarts, gynaecoloog, psycholoog of sociaal werker. Het is niet altijd de gynaecoloog die de vrouwen screent.”

“Wij leggen niet vast hoe de screening moet verlopen en wie wel of niet in aanmerking komt. Wij bieden de tool, het platform en de zorgpaden aan. Het is aan de praktijk zelf om te kijken hoe ze dit kunnen integreren in hun organisatie en wie ze screenen. Wij leggen geen verplichtingen op. Uiteraard pleiten wij ervoor om iedereen systematisch te screenen, want je kan de kwetsbaarheden niet vooraf inschatten. Je kan denken dat alles oké is, maar dat is niet altijd zo.”

Uitrol in Vlaanderen en Wallonië

“Sinds september 2021 rollen we het project ook uit in Vlaanderen en Wallonië. Voor de uitbreiding naar Vlaanderen werken we samen met VEN-PMG (Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid). Bij hen loopt een project dat wil sensibiliseren rond aandacht voor mentaal welzijn tijdens de zwangerschap, maar zij botsten regelmatig tegen het feit aan dat er geen tools voorhanden waren om over de zorggrenzen heen te communiceren. In die zin is ons project een pasklaar antwoord op hun probleem en gingen we een samenwerking aan. Samen met hen kijken we na in welke regio’s en ziekenhuizen er nood en vraag is. Van daaruit stappen we naar de partners om het project te implementeren. We willen dit project ook uitrollen in Wallonië, maar daar zijn we nog op zoek naar partners.”

Reacties en hindernissen

“We krijgen meestal positieve reacties uit het werkveld omdat de tool een hulp is om te communiceren. We horen dat de screening volledig is en dat ze een goede basis vormt voor multidisciplinair overleg. Daarnaast weerklinkt ook het argument dat het de werkdruk verhoogt om al die punten te bevragen. Al zijn er grote verschillen tussen organisaties. Bij sommige wordt er beleidsmatig wel tijd voor vrij gemaakt,



“De eerste 1000 dagen zijn bepalend voor de rest van ons leven.”

De gezondheid van een moeder heeft impact op het kind, ook op lange termijn”

Katrien Beeckman



bij andere iets minder. We voelen wel dat iedereen het idee genegen is en dat men het platform graag ten volle zou gebruiken.”

“De grootste hindernissen zijn de juridische en technische vragen rond de implementatie van het dossier. We moeten met heel wat mensen rond de tafel zitten en alle stappen doorlopen is heel tijdrovend. Het begint met een team vroedvrouwen en gynaecologen te overtuigen, wat meestal heel vlot gaat. Daarna komt de implementatie van de tool op de tafel van het management en de IT en het kost veel tijd in om iedereen correct te informeren. Nu proberen we sneller de IT-mensen mee aan tafel te krijgen, om zo het proces efficiënter te kunnen doorlopen.”

“Daarnaast botsen we ook in de praktijk op hindernissen. Een van de pijlers in de tool is de doorverwijzing wanneer er een kwetsbaarheid blijkt, maar we horen dat dit soms moeilijk in de praktijk te brengen is. Er is bijvoorbeeld nog niet structureel een psycholoog verbonden aan elke prenatale afdeling. Anno 2021 zou dat logisch moeten zijn, maar het is nog geen realiteit in veel instellingen.”

“Een andere pijler van de tool is het multidisciplinair overleg. Het is belangrijk dat er tijd wordt vrijgemaakt om te praten over deze casussen. Onze tool biedt een overzicht aan van de kwetsbare zwangere vrouwen en is op die manier een mooie basis om in gesprek te gaan. In de praktijk is hier zeer veel nood aan, maar ook hier opnieuw voel je dat dit niet overal even goed ingebed is.”

Een grote meerwaarde

“Born in Belgium Professionals is wetenschappelijk gefundeerd en werd gebouwd in samenwerking met partners op het terrein. Dat is de grote sterkte van deze screeningstool. Er kan multidisciplinair samengewerkt worden over de nulde, eerste en tweede lijn, zodat op die manier de continuïteit van zorg kan gegarandeerd worden. Door de psychosociale noden bij elke vrouw in kaart te brengen kunnen we komen tot geïntegreerde zorg voor kwetsbare zwangeren. Dat in combinatie met het feit dat het platform kan gedeeld worden, lijkt mij de grote meerwaarde tegenover alles wat er nu al bestaat.”

“Er hangen nog veel taboes rond mentale gezondheid bij ouderen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: JONATHAN RAMAEL



Van links naar rechts: Marijse Bynens, Lien Van Malderen en Justine Rooze

Eén op de vijf ouderen tussen 65 en 74 jaar en één op de drie 75-plussers kampt met psychische problemen. En toch blijft die groep vaak onzichtbaar. Met de campagne “Kopzorgen verdienen zorg” wil de Vlaamse Ouderenraad taboes doorbreken. Ook Zorgnet-Icuro ziet heel wat kansen en uitdagingen.

De Vlaamse Ouderenraad startte in oktober 2020 de Kopzorgen-campagne op. “We merkten dat er nog veel taboes zijn rond psychologische problemen bij ouderen”, vertelt Justine Rooze, beleidsmedewerker Ouderenzorg. “Enerzijds voelen veel ouderen zelf schroom om over hun mentaal welzijn te praten,

anderzijds krijgen ze daar ook weinig kans toe. Als samenleving gaan we anders om met psychische problemen, afhankelijk van de leeftijd. Bij depressies krijgen ouderen bijvoorbeeld veel sneller medicatie voorgeschreven, terwijl er bij jongeren meer voor psychotherapie wordt gekozen. Maar ook op ingrijpende levensgebeurtenissen reageren we anders. Als een dertiger zijn partner verliest, zal er veel meer steun en begrip zijn dan wanneer dat bij een tachtiger gebeurt. Nochtans zijn het verlies en de impact minstens even groot.”

Zorgnet-Icuro deelt de bezorgdheden van de Vlaamse Ouderenraad, vertelt stafmedewerker geestelijke

gezondheidszorg Marijse Bynens. “Uit verschillende onderzoeken blijkt inderdaad dat psychische problemen veel voorkomen bij ouderen, en wellicht wordt het nog onderschat. In zulke onderzoeken worden mensen in woonzorgcentra bijvoorbeeld vaak niet bevraagd. Ook mensen met dementie kunnen zelden deelnemen. En bepaalde problematieken zijn heel moeilijk meetbaar. Ouderen zullen bijvoorbeeld mogelijks andere symptomen vertonen bij psychische problemen dan op jongere leeftijd. Maar we weten dat het een breed probleem is, dus we willen zeker ons steentje bijdragen om het goed in kaart te brengen en mee te werken aan structurele oplossingen.”

Daarnaast blijkt de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen ook minder goed uitgebouwd te zijn, aldus Justine Rooze: “Zo is het in woonzorgcentra vaak heel moeilijk om de weg te vinden naar psychosociale hulp. En op de mobiele teams voor acute en chronische zorg konden 65-plussers aanvankelijk geen beroep doen, iets wat intussen gelukkig rechtgezet is.” Lien Van Malderen, stafmedewerker woonzorg bij Zorgnet-Icuro, vult aan: “We merken wel dat deze problematiek steeds meer op de politieke agenda komt.”



“Als een dertiger zijn partner verliest, zal er veel meer steun en begrip zijn dan wanneer dat bij een tachtiger gebeurt

Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerde in 2018 een rapport om de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg bij ouderen – en de impact die deze heeft op ouderen – aan de kaak te stellen en verbeteracties te formuleren. “Dat heeft geleid tot een gemeenschappelijke verklaring vanuit de verschillende regeringen voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen, waar ook Zorgnet-Icuro zich mee toe engageert,” zo stelt Bynens.

Ook de Kopzorgen-campagne van de Vlaamse Ouderenraad heeft op anderhalf jaar tijd al wat in beweging gezet. “We hebben al heel wat partners kunnen overtuigen om een engagement op te nemen. Daarin hebben onze Koplopers – onder wie wijlen Paula Sémer – een belangrijke rol gespeeld. Zulke rolmodellen moedigen andere ouderen aan om hun verhaal te delen, iets wat heel wat mensen intussen hebben gedaan op onze website kopzorgen.be,” aldus Rooze. Daarnaast deed de Ouderenraad ook een reeks diepte-interviews, zowel met ouderen als met professionals uit de geestelijke gezondheidszorg. Ze peilden onder meer naar mogelijke oorzaken voor psychologische problemen bij ouderen, naar drempels voor hulp en goede praktijken.

“Door tijdig aandacht te hebben voor signalen, te luisteren naar de noden van ouderen en ze ook ernstig te nemen, kunnen we veel ernstige problemen voorkomen”

Justine Rooze

Verlieservaringen en ageism

Laat ons beginnen om de oorzaken onder de loep te nemen. Hoe komt het dat zoveel ouderen kampen met psychische problemen? Justine Rooze vertelt: “Uit onze gesprekken met ouderen hebben we vooral geleerd dat velen van hen geconfronteerd worden

met verlieservaringen – van hun geliefde, hun fysieke gezondheid, hun woonst... – en ingrijpende levensveranderingen. Dat kunnen voor buitenstaanders misschien ‘banale dingen’ lijken, zoals het feit dat ze niet meer met de auto kunnen rijden, of dat ze gehoorproblemen krijgen. Maar de impact kan enorm groot zijn. Ook de verhuis naar een woonzorgcentrum lijkt misschien iets dat simpelweg bij het leven hoort, maar het is voor heel wat ouderen een grote stap.

Daarnaast worden ze vaak geconfronteerd met existentiële vraagstukken: de tijd die hen rest wordt korter, dus ze staan meer stil bij wat ze nog willen en kunnen doen. En daar komt dan vaak nog een maatschappelijke kwetsbaarheid bovenop. Ouderen worden geconfronteerd met een toenemende digitalisering, waarbij ze niet altijd kunnen volgen. Hun woning voldoet niet altijd meer aan hun fysieke behoeften, heel wat voorzieningen verdwijnen uit hun dorp, hun inkomen kan erg laag zijn...”

“Het ‘normaliseren’ van psychische problemen of moeilijkheden van ouderen is een vorm van ageism

Al wil Rooze daar wel een kanttekening bij plaatsen. “Niet elke oudere die zijn partner verliest of naar een woonzorgcentrum verhuist, ontwikkelt ook psychische problemen. Integendeel: door tijdig aandacht te hebben voor signalen, te luisteren naar de noden van ouderen en ze ook ernstig te nemen, kunnen we veel ernstige problemen voorkomen. Daarom willen we ook dat er meer wordt gekozen voor preventie. In de eerste plaats moet dit thema bespreekbaar worden, we moeten af van alle taboes.”

Dat die taboes anno 2022 nog springlevend zijn, heeft volgens Rooze verschillende oorzaken. “Ouderen zelf vinden het niet altijd makkelijk om over hun psychische problemen te praten. Dat heeft veel te maken met de tijdsgeschiedenis waarin zij opgroeiden. Denk maar aan het oude spreekwoord ‘spreken is zilver, zwijgen is goud’. Bovendien willen zij niemand tot last zijn, waardoor zij proberen om hun problemen alleen te dragen. Er zijn ook weinig rolmodellen die het goede voorbeeld geven. Voor jongeren zijn er heel wat campagnes, zoals Rode Neuzen Dag, waarbij leeftijdsgenoten hun verhaal doen. Maar bij ouderen ontbreekt dat nog – iets waar wij met onze campagne natuurlijk verandering in willen brengen.”

Daarnaast geven we als maatschappij ook foute signalen, zegt Rooze. “Als ouderen het signaal geven dat ze mogelijk levensmoe zijn, wordt dat vaak niet naar waarde geschat, of zelfs weggelachen. Het zou

aanleiding kunnen geven tot een deugddoend, diepgaand gesprek, maar in plaats daarvan wordt het genegeerd. Het is dus een taak voor de hele samenleving om hier veel bewuster mee om te springen.” Lien Van Malderen bevestigt: “Het ‘normaliseren’ van psychische problemen of moeilijkheden van ouderen is een vorm van ageism, een wereldwijde problematiek die ook wordt aangekaart door onder meer de Wereldgezondheidsorganisatie.”

Tegenover draagkracht staat draaglast: zaken waar ouderen onder lijden. Rooze: “De overheid moet structurele oplossingen bieden voor problemen waar ouderen mee kampen, zoals onaangepaste dienstverlening en vervoersarmoede. Maar ook ageism, discriminatie op basis van leeftijd, is een onderschat probleem. Ouderen worden heel vaak betutteld. Of er wordt óver hen gepraat, in plaats van met hen. Dit kan hun eigenwaarde aantasten. Om dit tegen te gaan, geloven wij in de kracht van intergenerationale contacten. Breng de jonge en oude generaties met elkaar in gesprek, in verenigingen of op de werkvloer bijvoorbeeld. Laat hen kennis en ervaring uitwisselen, zodat ze elkaar meer naar waarde leren schatten.”

Drempels

Los van die taboes zijn er nog heel wat aandachtspunten, aldus Rooze. “We merken dat ouderen die de stap naar hulp willen zetten, op heel wat drempels botsen. Vaak kennen ze het bestaande aanbod onvoldoende, en is dit ook weinig transparant. Heel wat organisaties vind je bijvoorbeeld enkel online. Hier zien wij een belangrijke rol weggelegd voor eerstelijnsprofessionals, zoals huisartsen. Zij zijn belangrijke vertrouwenspersonen voor ouderen, dus ze moeten goed signalen kunnen oppikken. Als een oudere klaagt over slaapproblemen of andere klachten die mogelijk psychosomatisch kunnen zijn, moeten ze daar dieper op ingaan en eventueel doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp, zoals psychotherapie.”

Het is echter geen sinecure om, als huisarts, of breder als zorgverleners of gezondheidsmedewerkers een duidelijk beeld te krijgen op het best passende aanbod. De structuren, het kader of een duidelijke sociale kaart ontbreken opdat een oudere met bijvoorbeeld zowel een fysieke als psychische zorgnood de juiste omkadering vindt. De grote diversiteit van de doelgroep maakt het bieden van passende ondersteuning niet evident.

“Onder meer daarom richtte Zorgnet-Icuro samen met zijn leden vanuit zowel de geestelijke gezondheidszorg als ouderenzorg een werkgroep op rond mentaal welzijn bij ouderen,” vertelt Van Malderen. “We komen maandelijks samen om expertise en goede praktijken uit te wisselen. Een pijnpunt dat vooral naar voren komt, is het gebrek aan duidelijke structuren, kaders of beleid die intersectorale samenwerking versterkt. Qua doorstroom en continuïteit van de zorg is dat niet evident, noch voor de oudere noch voor de zorgverleners. De doelgroep heeft zorgnoden die regelmatig zowel van

“We zijn geen voorstander van een volledig apart zorgaanbod voor ouderen: iedereen heeft recht op dezelfde kwaliteitsvolle zorg, ongeacht de leeftijd”

Lien Van Malderen

fysieke als psychische aard zijn. De huidige financiering en normeringen van voorzieningen zijn daarop niet aangepast. Er is dus nood aan flexibeler en meer toegankelijke wetgevende en beleidskaders die de samenwerking ondersteunen. Doordat het zorglandschap erg versnipperd is, kennen de verschillende sectoren ook niet altijd elkaars aanbod en is doorverwijzen moeilijker.”

Ook belangrijk is dat er geen breuklijnen ontstaan in de geestelijke gezondheidszorg naarmate patiënten ouder worden, benadrukt Van Malderen. “We zijn geen voorstander van een volledig apart zorgaanbod voor ouderen: iedereen heeft recht op dezelfde kwaliteitsvolle zorg, ongeacht de leeftijd. Maar het is wel cruciaal om genoeg aandacht te hebben voor de specifieke noden van ouderen. Als je hen bijvoorbeeld na een opname in een psychiatrisch centrum weer wil activeren in de samenleving, moet je op zoek naar andere partners dan wanneer het over een veertiger of vijftiger gaat. Ik denk bijvoorbeeld aan buurthuizen of lokale dienstencentra. Dat zijn overigens ook plaatsen waar mentale problemen bij ouderen sneller gedetecteerd kunnen worden. Want kwetsbare ouderen die nog thuis wonen, bereiken we vaak heel moeilijk. Om hun noden te zien en hen te helpen, rekenen we extra op de eerste lijn: huisartsen, maar zeker ook eerstelijnspsychologen.”

Het belang van de eerste lijn wordt ook bekrachtigd door de Vlaamse Ouderenraad. “Psychologische hulp op de eerste lijn kan een groot verschil maken voor ouderen, maar soms is er gespecialiseerde hulp nodig”, zegt Rooze. “Voor ouderen is het aanbod op dit moment ontoereikend. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat er in psychiatrische ziekenhuizen te weinig bedden voor ouderen worden voorzien. En vaak zien we een combinatie van fysieke zorgnoden en psychiatrische problemen, maar die kunnen zelden op één plek behandeld worden. Al zien we ook op dat punt al mooie praktijken. Het AZ Delta in Roeselare opende bijvoorbeeld een nieuwe, geïntegreerde afdeling voor ouderen. Daarnaast zien we in steeds meer woonzorgcentra mooie trajecten rond dementie, waarbij wordt gekeken naar de individuele noden van mensen. Maar er zijn bijvoorbeeld ook woonzorgcentra die in samenwerking met een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg een groepsaanbod



hebben uitgewerkt voor bewoners die recent verhuisd zijn, om over die overgang te praten. We hopen dat er in de toekomst steeds meer van die initiatieven ontstaan en dat de aandacht voor psychisch welzijn bij ouderen structureel verankerd raakt in het zorglandschap.” Naast het wegnemen van drempels, formuleerde de Ouderenraad nog een hele resem andere beleidsvoorstellen.

Zo wordt ervoor gepleit om de bronnen van draagkracht te versterken. “Als we aan preventie van psychologische problemen willen doen, moeten we de dingen stimuleren waaruit ouderen hun kracht en levenslust halen. Een sterk sociaal netwerk is daar één van. Maar ook alledaagse activiteiten en een betekenisvol engagement zijn belangrijk. Van vrijwilligerswerk tot opvang van kleinkinderen. Ouderenverenigingen kunnen hierin een belangrijke rol spelen, net als zorgzame buurten.”

In de zorgopleidingen moet er meer aandacht zijn voor mentale kwetsbaarheid bij ouderen

Bynens wijst er op dat ook in de zorgopleidingen meer aandacht moet zijn voor mentale kwetsbaarheid bij ouderen. “We hebben in ons land geen specifieke afstudeerrichting ‘ouderenpsychiatrie’. En ook bijvoorbeeld in de opleiding psychologie komen psychische problemen specifiek bij ouderen amper aan bod. Onze leden geven aan dat hun personeel die expertise moet opbouwen door ervaring, maar dat er een grote lacune is in de opleidingen. We hopen trouwens ook dat de algemene beeldvorming rond chronische zorg stilaan verandert. Nu leeft bij veel studenten nog het idee dat die minder interessant of uitdagend zou zijn. Maar het is belangrijk dat we hen warm maken voor langdurige zorg met ouderen en/of personen met psychische problemen, want het is een zeer boeiende doelgroep en we zullen alle helpende handen nodig hebben.”

Good Practices

Er zijn wel al enkele goede praktijken waarbij drempels worden weggenomen, vertelt Rooze. “Zo zien we dat bepaalde organisaties ervaringsdeskundigen inzetten: ouderen die zelf vertellen op welke drempels ze gebotst zijn en wat hen daarbij heeft geholpen. Daarnaast is het ook een goed idee om psychologische zorg naar de doelgroep te brengen. Sommige woonzorgcentra of lokale dienstencentra nemen bijvoorbeeld een psycholoog in dienst.”

Deze mooie voorbeelden worden ook duidelijk in de interne werkgroep lopende binnen Zorgnet-Icuro; vele voorzieningen gaan op eigen initiatief inventief te werk en gaan samenwerkingen aan om de nodige kennis,

expertise uit te wisselen. Dat gebeurt vaak in twee richtingen, zowel wat betreft aanvullende expertise inzake geestelijke gezondheidszorg in de woonzorgcentra, als kennis inzake fysieke zorgomkadering in de geestelijke gezondheidszorg.

“We pleiten er niet per se voor dat elk woonzorgcentrum een eigen psycholoog moet hebben”, vult Bynens aan. “Maar wel dat men beroep kan doen op iemand met de juiste kennis van zaken. Onlangs opperde een van onze leden om bijvoorbeeld woonzorgcentra te kunnen laten werken met een referentiepersoon voor psychische problemen, net zoals die er nu al zijn voor dementie. Ook het bevorderen van inzet van eerstelijnspsychologen binnen woonzorgcentra zou een mogelijkheid kunnen zijn. Sowieso pleiten we ervoor dat er meer expertise gedeeld wordt en dat regelgevende kaders dit stimuleren. Zo zien we dat sommige ziekenhuizen nu al werken met ‘outreach-teams’. Inderdaad: oud met een d. Ze werken outreachend voor ouderen, en sturen mobiele teams naar woonzorgcentra en thuiswonende ouderen. Een heel mooi initiatief, maar dit gebeurt momenteel enkel wanneer ziekenhuizen dat initiatief nemen, met eigen middelen. In sommige regio’s kunnen ouderen dus op zulke steun rekenen, in andere niet. Er is nood aan structurele oplossingen.”



“We pleiten er niet per se voor dat elk woonzorgcentrum een eigen psycholoog moet hebben, maar wel dat men beroep kan doen op iemand met de juiste kennis van zaken”

Marijse Bynens

Met FlaQuM naar duurzame kwaliteit

Flanders Quality Model (FlaQuM) is een nieuw kwaliteitsmodel voor zorgorganisaties, ontwikkeld door door het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) van KU Leuven dankzij de ondersteuning van de leerstoelen “Future of Hospital Quality” van Zorgnet-Icuro en de Sint-Trudo Leerstoel “Naar een duurzaam kwaliteitsbeleid”. Het model wordt nu in 18 Vlaamse proeftuinen geïmplementeerd. Op 3 en 4 mei vindt er een introductietweedaagse plaats over het kwaliteitsmodel. De brochure over FlaQuM kan gedownload worden op www.zorgneticuro.be.

Het afgelopen decennium investeerden de Vlaamse ziekenhuizen sterk in kwaliteit en patiëntveiligheid, bijvoorbeeld via het behalen van internationale accreditatie, de communicatie over kwaliteitsindicatoren, het meewerken aan inspectiebezoeken en het opzetten van interne verbeterprojecten. Naast deze positieve initiatieven, werd het echter ook duidelijk dat er nood was aan het evalueren en herdenken van het huidige Vlaamse kwaliteitsbeleid. 18 ziekenhuizen – waar er dit jaar nog enkele bij komen – slaan de handen in elkaar en zullen gebruik maken van Flanders Quality Model (FlaQuM) om op zoek te gaan naar duurzame kwaliteit.

“Zorgnet Icuro kan de samenwerking tussen ziekenhuizen enkel toejuichen. We zullen de voortgang van FlaQuM ook van nabij blijven opvolgen. De leerpunten uit deze proeftuinen zullen gerapporteerd worden aan onze commissie *quality & safety* en zo houden we ook de niet deelnemende ziekenhuizen op de hoogte?”, zegt Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet Icuro.

Brochure

FlaQuM bestaat uit drie delen: een visiemodel, een cocreatiemodel en een beleidsmodel. Het visiemodel helpt om als individueel ziekenhuis, of misschien onmiddellijk als netwerk, een koers te kiezen waarop men wil inzetten en kijken hoe kwaliteit past binnen zowel de strategie, als bij de waarden en normen. Hierbij wordt niet alleen rekening gehouden met de externe klant, de patiënt en zijn omgeving, maar ook met de interne klant: de medewerkers. Het cocreatiemodel, een managementmodel, bepaalt hoe die visie op kwaliteit zal voortbouwen in de eigen organisatie via drivers, bouwstenen en actievelden. Hierin staat beschreven hoe men zichzelf kan evalueren, projecten kan opbouwen en borgen in de eigen organisatie, maar ook in partnerorganisaties. Ten slotte is er het beleidsmodel. Dat model zorgt voor de nodige begeleiding om keuzes te maken over transparantie, maar ook over maatschappelijke verantwoording en Vlaamse kwaliteitsprioriteiten.

Introductietweedaagse FlaQuM op 3 en 4 mei 2022

Op 3 en 4 mei 2022 organiseert het LIGB KU Leuven in samenwerking met Zorgnet-Icuro en de andere Vlaamse universitaire instellingen (Universiteit Hasselt, Universiteit Gent, Universiteit Antwerpen en Universiteit Brussel) een introductie cursus van twee dagen in het FlaQuM-model. De tweedaagse is bedoeld voor overheidsmedewerkers, bestuurders, directies, stafmedewerkers en klinici van algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen.

De tweedaagse biedt een eerste uitgebreide kennisgeving in de verschillende onderdelen en wat FlaQuM voor uw organisatie te bieden heeft. Verder wordt ook stilgestaan bij de uitdagingen voor de sector. Naast een aantal plenaire sessies, zijn er ook een aantal break-outs waarbij we met u in discussie willen treden.

De tweedaagse zal doorgaan in Van der Valk Hotel in Mechelen. Momenteel is het event reeds volzet, maar u kan zich nog registreren via deze link om een plaatsje te verwerven op de reservelijst: www.zorgneticuro.be/activiteiten/introductietweedaagse-flaquum

Meer informatie over het voorgaande FlaQuM-onderzoek en de organisatie van de proeftuin kan u vinden op www.FlaQuM.org.

DOWNLOAD HIER DE FLAQUM BROCHURE



BERT LAMBEIR OVER SOCIAAL WERK EN
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

“Kritisch maar constructief ploeteren op de bouwwerf van de samenleving”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: SOPHIE NUYTTEN



Sociaal werkers staan met beide voeten in de samenleving. Ook in de geestelijke gezondheidszorg spelen ze een cruciale rol in het herstel van de patiënt. Dat zegt Bert Lambeir, gepokt en gemazzeld in het sociaal werk, maar sinds goed een jaar algemeen directeur van de Alexianen Zorggroep Tienen. Bert Lambeir breekt ook een lans voor schakelzorg en voor het slopen van muurtjes in en tussen organisaties. “Dit is geen pleidooi voor eenheidsworst, integendeel.” benadrukt hij.

De wortels van Bert Lambeir liggen vooral in het sociaal werk. Hij was onder meer twaalf jaar directeur van wat sinds de fusie in 2014 CAW Oost-Brabant heet en daarvoor coördineerde hij enkele jaren het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, een consortium van de Vlaamse universiteiten, dat beleidsmatig onderzoek doet in opdracht van de bevoegde Vlaamse minister. Van opleiding is Lambeir trouwens pedagoog, met een doctoraat aan de KU Leuven. Toch koos hij er eind 2020 voor een nieuwe richting in te slaan.

“Ik heb altijd graag bij het CAW gewerkt, maar het is goed voor een organisatie als er op tijd wat nieuw bloed komt, ook aan de top. En voor mezelf was de tijd rijp voor andere horizonten. Ik wil mezelf blijven uitdagen, zodat ik andere mensen kan inspireren en op sleeptouw nemen. De vele jaren ervaring in het CAW komen me uiteraard goed van pas als algemeen directeur van de Alexianen Zorggroep Tienen (AZT). Sociaal werkers hebben sowieso een brede blik. Hoe je omgaat met iemand met een sociale problematiek verschilt in wezen niet zoveel van hoe je kijkt naar iemand met een psychiatrische problematiek. We spreken immers niet van een ‘problematische mens’, maar van een ‘mens met bepaalde problemen.’ Die zienswijze delen het sociaal werk en de geestelijke gezondheidszorg. In die zin was het goed thuiskomen bij de Alexianen. De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg heeft zich hier vertaald in sterke mobiele equipes, in initiatieven beschut wonen, in aandacht voor activering via het arbeidscentrum. Maar ook in de gespecialiseerde residentiele afdelingen vertrekken we vanuit de verschillende levensdomeinen als basis voor herstel en betekenisgeving. Ik kan me vanuit mijn achtergrond in het sociaal werk goed identificeren met de aanpak hier. Dat lijkt me ook essentieel voor een directeur.

Wist je trouwens dat op elke afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis Alexianen een sociaal werker actief is? Een opname is voor een patiënt en zijn netwerk een ingrijpende ervaring. Voor de patiënt betekent het dat hij noodgedwongen even de pauzeknop indrukt: hij stapt tijdelijk uit het werk, de school, het gezin... Dat is nooit evident. Er komt heel wat bij kijken. Vaak ook op financieel gebied. Het is onze missie om te werken aan het herstel. We kunnen misschien niet iedereen ‘genezen’, maar we kunnen mensen wel leren omgaan met hun problematiek, zodat ze zich kunnen handhaven in het leven en een zinvol bestaan kunnen uitbouwen. Dat gaat niet vanzelf. De sociaal werkers op de afdeling maken deel uit van het multidisciplinaire team. Van vóór de eigenlijke opname tot na het ontslag blijven ze de patiënt en zijn netwerk volgen en ondersteunen op psychosociaal, administratief en juridisch gebied. Sociaal werkers zorgen ervoor dat mensen hun rechten kunnen opnemen. Ze tonen patiënten en hun netwerk de weg naar het CAW, de mutualiteit, het OCMW... Ze praten met het gezin en de kinderen, gaan soms op huisbezoek, nemen waar nodig contact op met bewindvoerders enzovoort. Door al die lasten op zich te nemen, geven sociaal werkers de patiënt en zijn netwerk zoveel mogelijk ruimte om zich te focussen op het eigenlijke herstel. We zouden als ziekenhuis gemakkelijk kunnen zeggen: dat is niet onze opdracht. Maar dat is het wél. Het hoort bij het herstel, zowel tijdens als na de opname.”

Is uw beeld van de psychiatrie veranderd sinds u de overstap maakte vanuit het CAW?

“Toen ik bij het CAW werkte, was het sowieso soms moeilijk om een beeld te krijgen van de geestelijke gezondheidszorg. Dé ggz bestaat overigens niet. Ik zie het veeleer als een continuüm. Iedereen heeft wel eens een mindere dag, een moment van onwelbevinden. Maar dat is niet hetzelfde als een psychisch probleem, wat op zijn beurt niet gelijk staat aan een psychiatrische problematiek. Maar waar begint het ene en eindigt het andere? Uiteindelijk ondersteunen we mensen die zich niet goed voelen. We zoeken naar een manier om ze verder te helpen, om hun kracht en mogelijk-



“Stepped care, zorgpaden, geïntegreerde zorg, aandacht voor preventie, ontschotting en samenwerking over de lijnen heen...

Het zit allemaal in die visie van de schakelzorg

heden aan te boren. De wijze waarop we dat doen – met diverse therapieën, behandelingen en al dan niet gecombineerd met medicatie – verschilt van mens tot mens en van situatie tot situatie. De geestelijke gezondheidszorg en hoe we ons organiseren is een permanente zoektocht. Elke definitie is relatief. Daarom hou ik wel van dat denken vanuit een continuüm.

Is mijn beeld op de psychiatrie het afgelopen jaar dan veranderd? Toch wel, als ik eerlijk ben. Op het gevaar af wat melig te klinken: ik was oprecht verrast door de openheid van de psychiatrie en het psychiatrisch ziekenhuis. Vroeger waren die ziekenhuizen afgesloten eilanden, vandaag zijn het veel meer open huizen. We streven ernaar een plek in de samenleving te zijn. We werken samen met het netwerk rond de patiënt en met de collega's van de eerste en de tweede lijn. Dat is nodig met het oog op dat continuüm van zorg. Ik gebruik hiervoor graag het woord schakelzorg: wanneer het moet schakelen we een versnelling hoger, zodra het kan schakelen we weer een versnelling lager. Stepped care, zorgpaden, geïntegreerde zorg, aandacht voor preventie, ontschotting en samenwerking over de lijnen heen... Het zit allemaal in die visie van de schakelzorg.

De eerstelijnszones hebben na een moeizame start voor een gezonde dynamiek gezorgd. Essentieel is dat ook de geestelijke gezondheidszorg zich in de eerstelijnszones verankert. Zo kan de ggz haar rol spelen in het continuüm van zorg. Dat is geen pleidooi voor eenheidsworst, integendeel. Het gaat erom dat we de juiste zorg op de juiste plaats voor de juiste patiënt op het juiste moment inzetten. Een absolute voorwaarde hiervoor is dat we goed samenwerken en dat we elkaar kennen. Waarin verschillen we en waar ligt ons gemeenschappelijk streven?

Schakelzorg moeten we ook intern in onze organisaties waarmaken. In het CAW heb ik gepoogd zoveel mogelijk interne muurtjes te slopen. Bijvoorbeeld door in plaats van teams op basis van een expertise te kiezen voor regiotrans teams die multidisciplinair zijn samengesteld. In het psychiatrisch ziekenhuis streven we ook naar die interdisciplinariteit in alle afdelingen. En in onze woonzorgcentra zitten in elk team naast verpleegkundigen, zorgkundigen, een ergotherapeut, een kinesitherapeut en een sociaal werker, ook een psycholoog en een pastor.

Onze visie op geestelijke gezondheidszorg is ook sterk verbonden met de tijdgeest. Wat we onder geestelijke gezondheid verstaan, evolueert voortdurend. Dat

merk je weer met corona. De context is veranderd en dus kijken we op een andere manier naar ons mentaal welzijn. Hetzelfde met nieuwe drugs die op de markt komen of problematisch internetgebruik... Op elke nieuwe uitdaging moeten we nieuwe antwoorden proberen te vinden. Die oplossingen zijn nooit in steen gebeiteld. Hoe de ggz er over twintig jaar zal uitzien, weet niemand. Ja, we kunnen wel scenario's bedenken vanuit wat we vandaag ervaren: de jongvolwassenheid als cruciale leeftijd, het stijgend aantal gedwongen opnames, de vergrijzing die onvermijdelijk een impact zal hebben op de ouderenpsychiatrie... Maar daarnaast zijn er de steeds snellere maatschappelijke veranderingen die ons voor telkens nieuwe uitdagingen plaatsen. Een vaste waarde hierin, ook binnen de psychiatrie, is het belang van zingeving. Het gaat erom dat je ondanks je problematiek toch zin kan geven aan je bestaan, dat je het draaglijk maakt en dat je ermee kan leven. Het is iets waar we bij Alexianen Zorggroep Tienen veel aandacht aan schenken.”

U was tot voor kort actief bij het Vlaams Platform Sterk Sociaal Werk. Wat is dat precies en waarom is het nodig?

“Het platform is gegroeid uit de eerste Sociaalwerkconferentie van 2018. Die conferentie kwam er op vraag van het algemeen welzijnswerk na de Eerstelijnsgezondheidsconferentie. Ik was nauw betrokken bij de organisatie van de Sociaalwerkconferentie. Daaruit is een dynamiek ontstaan die vorm kreeg in het Platform Sterk Sociaal Werk. Het is dat platform dat nu volop bezig is met de organisatie van de tweede Sociaalwerkconferentie op 5 mei 2022. Ik volg dat nog mee vanuit mijn engagement in Sociaal.Net, maar natuurlijk minder actief dan vroeger vanuit het CAW.”

Wat betekent sterk sociaal werk voor u?

“Sterk sociaal werk ploetert kritisch maar constructief mee op de bouwwerf van de samenleving. Sociaal werk is per definitie kritisch: we bewegen ons aan de onderkant van de samenleving en gaan aan de slag met de tekorten van de bestaande structuren. Sociaal werk houdt daarom altijd een bepaalde kritiek in. Tegelijk zijn sociaal werkers constructief: ze zoeken oplossingen, ze staan zoals de beste stuurder op het schip, ze bouwen mee aan de samenleving. Het gaat altijd om de samenleving, om het collectief. Ook als we werken met het individu, doen we dat altijd in een bredere maatschappelijke context. Werken we met een dakloze, dan kaarten we de woonproblematiek aan. Hebben we te maken met familiaal geweld, dan buigen we ons over het geweld in de samenleving. Dat



“Sociaal werkers geven de patiënt en zijn netwerk zoveel mogelijk ruimte om zich te focussen op het eigenlijke herstel”

Bert Lambeir

bouwen aan de samenleving houdt overigens nooit op. Het blijft een bouwwerf. Er zullen altijd groepen mensen zijn voor wie de lat te hoog wordt gelegd, die uit de boot vallen.

Uw formulering herinnert aan de speedboot-metafoer van psychiater Dirk De Wachter.

Ik kan me wel vinden in die metafoer. De context van onze samenleving is danig veranderd. Hoe we vandaag in het leven staan, is helemaal anders dan het leven onder de kerktoren van vroeger. Omgaan met die steeds snellere veranderingen en hogere verwachtingen is niet gemakkelijk en heeft ook zijn effect op mensen. Ik pleit voor een zekere mildheid tegenover onszelf en de anderen. Of zoals één van onze psychiater onlangs zei: ‘We moeten meer traagheid toelaten’. De druk op jongeren is niet te onderschatten. We merken dat bijvoorbeeld aan het toenemende aantal jongeren met eetstoornissen. Ook de impact op jongeren van de coronapandemie en de maatregelen is nog altijd onderbelicht.

Waar zal de tweede Sociaalwerkconferentie in mei 2022 op focussen?

Tijdens de eerste conferentie is de gigantisch grote variatie aan praktijken onder de aandacht gekomen. Maar onder al die diversiteit schuilt een gemeenschappelijk DNA. We willen dat DNA opnieuw benoemen en zoeken hoe we dat in de veranderende context – op de bouwwerf van de samenleving in ontwikkeling – vorm kunnen geven. Wat is ons DNA? En kunnen we vandaag uit ons gemeenschappelijk streven benoemen, als een soort van kompas dat de weg wijst? Wat is ons ideale maatschappijbeeld? Ja, een zekere naïviteit is noodzakelijk voor het sociaal werk. Eens we dat DNA helder hebben, moeten we dat vertalen naar de opleidingen, naar het beleid, naar de erkenning van de opdracht van sociaal werkers. Sociaal werk wordt niet altijd gewaardeerd. Het is uitgesproken politiek, in de zin dat het de samenleving mee vorm wil geven en dat het kritisch staat. Sociaal werk gaat in tegen de individualisering die om zich heen grijpt. Daarom is het zo belangrijk.

INES KEYGNAERT, ANNE NOBELS EN ELISABETH VANDER STICHELE OVER DE ZOEKTOCHT NAAR SEKSUEEL GEWELD BIJ OUDEREN

Vergeten te vragen

TEKST: NICO KROLS • BEELD: JAN LOCUS

“Ik dacht dat ik een fout had gemaakt.” Dr. Anne Nobels had de cijfers berekend, herberekend en dan nog eens. Check, dubbel check, triple check. Vertwijfeld stuurde ze een sms naar prof. dr. Ines Keygnaert die het onderzoek leidde: “De cijfers kloppen. Ze zijn ontstellend. Wat doen we?” Hun onderzoek is wereldwijd het eerste dat specifieke aandacht heeft voor seksueel geweld bij ouderen.



Anne Nobels



Ines Keygnaert

Eén op twaalf Belgen ouder dan 70 had in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek met seksueel geweld te maken. In de loop van hun leven blijkt de helft van de vrouwen en een derde van de mannen met seksueel geweld te zijn geconfronteerd. Het gaat over grensoverschrijdend gedrag zonder aanraking, over geweld met aanraking en over (poging tot) verkrachting. Vrouwen maakten meer seksueel geweld mee tijdens hun hele leven, maar in de laatste twaalf maanden werden vrouwen en mannen in gelijke mate slachtoffer. De plegers zijn niet exclusief, maar wel in de meerderheid van de gevallen mannen, gemiddeld zo'n twintig jaar jonger dan het slachtoffer en in 60% van de gevallen een bekende.

“Het feit dat het probleem nooit eerder werd onderzocht, is veelzeggend”

“Het feit dat het probleem nooit eerder werd onderzocht, is veelzeggend”, vertelt Ines Keygnaert. Zij is professor Seksuele en Reproductieve Gezondheid aan de Universiteit Gent en coördineert er het onderzoek rond seksueel geweld en schending van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten, alsook rond gender en seksuele gezondheidspromotie in moeilijk bereikbare, kwetsbare en/of minderheidsgroepen. “Het is een typisch fenomeen bij seksueel geweld”, zegt ze. “De slachtoffers zwijgen over wat hen is overkomen en ze kennen hun lotgenoten niet, want die zwijgen ook. Zij zoeken geen zorg en de zorg ziet hen niet. Er bestaat bij de oudere generaties veel schroom om het over seksualiteit te hebben. Spreken over ervaringen met seksueel geweld, dat ligt nog veel moeilijker, ook omdat ze daarvoor vaak de taal niet hebben. Seksueel geweld kan iemands hele leven bepalen en diens gedrag verklaren, maar we houden liever met z'n allen het potje gedekt. Velen denken gewoon niet aan de mogelijkheid dat ouderen seksueel benaderd kunnen worden en vergeten dat ze ooit slachtoffer van seksueel geweld geweest kunnen zijn. Vooral de zorgsector kan daarin een groot verschil maken, maar daar wordt het probleem evenzeer veronachtzaamd.”

Deuren open

Dr. Anne Nobels, ouderenpsychiater en systeemtherapeut in UZ Gent, doceert over seksueel geweld bij ouderen bij prof. dr. Keygnaert. Samen met een team van interviewers ging ze in heel België van deur tot deur om ouderen te bevragen over seksualiteit, intimiteit en seksueel geweld. Ze interviewden meer dan 500 ouderen over het gevoelige onderwerp. “Aanvankelijk waren we on-

gerust of we wel genoeg ouderen zouden vinden die met ons over deze thema's zouden willen praten”, vertelt ze, “maar onze angst was ongegrond. Vele slachtoffers waren blij dat ze het er – eindelijk – over konden hebben. Zes op de tien oudere slachtoffers had zijn ervaringen met seksueel geweld nog nooit met iemand gedeeld. Ik schrok er toch van als slachtoffers me zeiden: ‘Jij bent de eerste aan wie ik dit vertel’ – in sommige gevallen na meer dan zestig jaar.”

Nooit te laat om hulp te krijgen

Onderzoek uit het buitenland toont aan dat ook hulpverleners het erg lastig hebben met die verhalen, vertelt Nobels. “Ze voelen zich hulpeloos omdat ze het gevoel hebben niets meer te kunnen ‘oplossen’, omdat het trauma lang geleden is gebeurd en niet meer ongedaan gemaakt kan worden. Ik ga met die opvatting niet akkoord. Je kan door te luisteren juist helpen om beter te begrijpen wat er gebeurd is en de impact die dat op hen gehad heeft. Zo kunnen slachtoffers zich verzoenen met bepaalde gebeurtenissen en met beslissingen die ze in hun leven gemaakt hebben. Misschien kan je hen zelfs helpen om – ook al is het in een late levensfase – het verhaal toch nog te delen met hun kinderen en voor herstel te zorgen over de generaties heen. Het idee dat psychotherapie voor ouderen niet goed zou werken, is allang achterhaald.” Of zoals professor Keygnaert het stelt: “Het is nooit te laat om hulp te zoeken én te krijgen.”

“Aanvankelijk waren we ongerust of we wel genoeg ouderen zouden vinden die met ons over deze thema's zouden willen praten, maar onze angst was ongegrond”

Dat is ook het wedervaren van geronto-seksuoloog dr. Vander Stichele. Eén eenvoudige vraag was er nodig om een 80-jarige vrouw, die op haar dienst in het AZ Sint-Jan Brugge was opgenomen omwille van een longinfectie, te laten vertellen over haar ervaringen met seksueel geweld. De vrouw was in de jaren 1970 assistente van een notaris geweest. Die speelde het handig en gaf haar meer aanzien naarmate ze meer op zijn ongewenste avances inging. Zij zweeg, onderging de manipulatieve vernederingen en ongewenste aanrakingen, bang om haar job, de privileges en haar gezin te verliezen. Tot ze door hem verkracht werd. Ze nam ontslag, maar vertelde er nooit





“Slachtoffers vertelden me dat ze graag met een zorgverlener over hun ervaringen zouden willen praten, maar dat ze niet goed weten hoe ze het onderwerp moet aansnijden”

Anne Nobels

bij waarom. “Ik was blij dat ze haar verhaal kon doen”, zegt Vander Stichele. “Voor haar volstond dat op dat moment. Ze had de ervaring een plaats gegeven tussen alle andere die ze in haar leven had meegemaakt. Maar met iets vrede nemen hoeft geen eenmalige gebeurtenis te zijn. Ze had even het deksel van de pot gelicht. Dat luchtte op, maar ze koos er nog altijd voor – misschien voorlopig – het verhaal niet aan haar kinderen te vertellen. Haar goed recht, al zal dat lang niet voor alle slachtoffers volstaan.”

Naast de studie in de algemene oudere populatie, interviewde Nobels honderd patiënten op verschillende afdelingen ouderenspsychiatrie in Vlaanderen. “Ook daar vonden we erg hoge prevalenties van seksueel geweld bij zowel vrouwen als mannen”, legt ze uit. “Eén op vijf van de vrouwelijke patiënten had ooit een verkrachting of een poging tot verkrachting meegemaakt. Slechts twee patiënten hadden ooit hun

verhaal gedeeld met een zorgverlener uit de geestelijke gezondheidszorg, terwijl die patiënten toch in behandeling waren. Als ouderenspsychiater vind ik dat ontstellende cijfers. Verschillende slachtoffers vertelden me dat ze graag met een zorgverlener over hun ervaringen zouden willen praten, maar dat ze niet goed weten hoe ze het onderwerp moet aansnijden. Ze zouden graag hebben dat zorgverleners zelf de vraag zouden stellen.”

De juiste reflex

Afgaand op het onderzoek van Keygnaert en anderen weet dr. Vander Stichele dat bijna één op twee van de patiënten die ze op haar dienst behandelt, seksueel geweld heeft meegemaakt. “Dat is bepalend voor hoe je die oudere bejegend en behandelt. Als je geen rekening houdt met mogelijk slachtofferschap dreig je een hele laag in de zorg te missen die veel van het gedrag en de houding van je patiënt kan verklaren. Zelden maken ouderen melding van feiten, maar dat wil niet zeggen dat ze er niet naar gevraagd willen worden, door de huisarts, in het woonzorgcentrum, de thuiszorg of het ziekenhuis. Van zorgfiguren verdragen en verwachten ze die vertrouwelijke rol. De vraag stellen neemt veel onrust weg. En als ik aanvoel dat zij een vraag niet durven te stellen, stel ik hen gerust: over lichamelijke en seks heb ik zo ongeveer alles al gehoord.”

“Zelden maken ouderen melding van feiten, maar dat wil niet zeggen dat ze er niet naar gevraagd willen worden.

Van zorgfiguren verdragen en verwachten ze die vertrouwelijke rol

Keygnaert vult aan: “De zorgsector zou ouderen proactief over seksueel geweld moeten bevragen. Dat staat ook zo in onze beleidsaanbevelingen. Uit verschillende onderzoeken blijkt inderdaad dat ouderen het gesprek met een hulpverlener over seksualiteit en seksueel geweld op prijs stellen, maar er ook van uitgaan dat de hulpverlener de eerste stap zet. Hulpverleners van hun kant voelen dan weer schroom om deze onderwerpen met ouderen te bespreken omdat ze bang zijn de oudere te beledigen en hopen dat de oudere er zelf zal over beginnen. Op deze manier blijft iedereen op elkaar wachten. We willen graag klinische richtlijnen opstellen voor ziekenhuizen en woonzorgcentra, waarbij aan een reflex gewerkt kan worden om de juiste vragen te stellen.”

Herstellende gesprekken

Repressief reageren op seksueel geweld vindt Vander Stichele niet altijd nodig. “Bij intrafamiliaal geweld zelfs zelden”, vindt ze. “Met straffen zwaaien jaagt zowel slachtoffer als pleger onder de radar, uit schaamte en vrees voor represailles. Dat is net waarom zoveel geheimen, geheimen blijven. Vanuit mijn praktijk merk ik dat seksueel geweld vaak ontstaat door een volgehouden misverstand, scheefgegroeide relaties, subtiele hints en knipperlichten die werden gemist. Veel hangt af van de impact op het slachtoffer en de aard en de intentionaliteit van de daad natuurlijk, maar ik ben voorstander van herstelgesprekken tussen de betrokken partijen, zodra ze er zich toe in staat voelen. Repressie neemt de kans daarop net weg en dan creëer je een loopgravenoorlog. Daar wint niemand bij. Ik zie heil in een positieve benadering die een gezond herstel voor ogen houdt – met een gestructureerde vraagstelling moet dat haalbaar zijn en dan hoeft er

op niemands verhaal een deksel. Duidelijk is dat we als zorgverleners de vraag moeten durven te stellen, en ja, dan is de ontwikkeling van geschikt vormingsmateriaal wellicht geen overbodige luxe.”

De heersende opvatting is dat slachtoffers klacht zouden moeten indienen, en wel meteen, maar dat is niet de meest empathische benadering. “Vanuit justitieel en politieel opzicht vindt men dat je na seksueel geweld zo snel mogelijk aangifte moet doen en je op sporen te laten onderzoeken”, zegt Keygnaert. “Je moet je dus ten dienste stellen van de maatschappij. Maar zo ga je als maatschappij voorbij aan het feit dat iemand net een schokkende gebeurtenis heeft meegemaakt waarvoor die allereerst zorg behoeft. We zien bijvoorbeeld in de Zorgcentra na Seksueel Geweld dat eerst zorg bieden, slachtoffers net helpt om klacht neer te leggen, ook al is dat soms enkele weken of maanden later. Anderen laten de hele procesgang liever aan zich voorbijgaan. Het is niet de gerechtelijke erkenning van de feiten waar ze van wakker liggen en dat moeten we ook respecteren. Zij hebben meer aan een therapeutische verwerking, in beslotenheid. Een goede zaak is wel dat de verjaringstermijnen veranderen – als je wil, kan je nog lang na de feiten naar het gerecht stappen.”

De volgende generatie behoeden

Seksueel geweld helemaal de wereld uit helpen is helaas een utopie, dus komt het vooral aan op preventie en goede zorg. “Het schort aan beide”, vindt Keygnaert. “We reageren dikwijls zo krampachtig op seks en seksueel geweld. Daardoor zien we problemen vaak niet eens aankomen en laten we ze vervolgens te ver komen. We weten ook dat het risico op seksueel geweld intergeneratieel wordt doorgegeven. Het



“De zorgsector zou ouderen proactief over seksueel geweld moeten bevragen. Dat staat ook zo in onze beleidsaanbevelingen”

Ines Keygnaert



probleem beperkt zich dus niet tot één slachtoffer. Het straalt niet alleen af op de omgeving van het slachtoffer, maar werkt ook neurobiologisch door: kinderen van slachtoffers die niet de juiste steun en zorg hebben gekregen, hebben ook meer kans om zelf slachtoffer van seksueel geweld te worden.”

Keygnaert en Nobels pleiten voor acties op diverse terreinen en kunnen op basis van hun onderzoek instrumenten ontwikkelen om seksueel geweld op ouders in voorzieningen aan te pakken. De fondsen ontbreken daar voornamelijk voor. Mogelijk zorgt de prestigieuze

Marie Popelin-prijs, die Keygnaert ontving in december 2021, voor een gunstige wind. De Nationale Vrouwenraad verwoordde het zo in zijn laudatio: “Niet alleen haar bijdrage aan het wetenschappelijke onderzoek omtrent seksueel geweld en de zorgverlening aan slachtoffers, maar vooral de manier waarop zij deze inzichten weet te vertalen naar concrete zorgmodellen en beleidsmaatregelen verdient veel lof.”

Als die zorgmodellen en beleidsmaatregelen er komen hoeven slachtoffers hopelijk niet meer te wachten op de verlossende vraag die niemand ooit stelt.



“Vanuit mijn praktijk merk ik dat seksueel geweld vaak ontstaat door een volgehouden misverstand, scheefgegroeide relaties, subtiele hints en knipperluchten die werden gemist”

Elisabeth Vander Stichele

Resultaten uit het onderzoek naar seksueel geweld in België

Prof. dr. Keygnaert en haar onderzoeksteam voerden met het UN-MENAMAIS project een nationaal onderzoek naar de mechanismes, aard, omvang en impact van seksueel geweld op slachtoffers van alle leeftijden in België.

Blijkt dat één op twaalf ouderen (8,4%) in de afgelopen twaalf maanden te maken had met seksueel geweld, 2,5% met seksueel geweld met aanraking en 0,6% met (een poging tot) verkrachting. Vrouwen en mannen werden in het afgelopen jaar in gelijke mate slachtoffer. Veel ouderen maakten in de loop van hun leven een vorm van seksueel geweld mee: 44% (55% van de vrouwen en 29% van de mannen). Bijna de helft van de vrouwen (45%) en één op vier mannen (22%) rapporteerde seksuele intimidatie zonder aanraking. Eén op drie vrouwen (35%) en één op zes mannen (16%) had te maken met seksueel geweld met aanraking. Eén op 12 vrouwen (8%) en 3% van de mannen meldde (een poging tot) verkrachting.

Proactieve gezondheidswerkers

De onderzoekers pleiten er ook voor dat gezondheidswerkers die werken met ouderen kwalitatief getraind moeten worden om een gesprek op gang te brengen over seksuele gezondheid, seksueel geweld en de gevolgen daarvan voor de geestelijke gezondheid door middel van opleiding, screeningsinstrumenten en zorgprocedures. De meerderheid van de oudere slachtoffers (60%) heeft zijn ervaringen met seksueel geweld nooit onthuld en 94% heeft nooit professionele hulp gezocht. Bovendien willen oudere slachtoffers dat gezondheidswerkers seksuele gezondheid en seksueel geweld actief bevragen.

DOWNLOAD HIER HET RAPPORT



VINCENCIA AGBANYO OVER DIVERSITEIT EN DISCRIMINATIE

“Als je iedereen gelijkwaardig wil behandelen, mag je kleur niet negeren”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: TINI CLEEMPUT



Het begon als een initiatief van enkele geneeskundestudenten, maar intussen groeide AfroMedica uit tot een breed platform dat iedereen wil sensibiliseren rond diversiteit in de gezondheidszorg. “Er zijn te veel blinde vlekken”, vertelt mede-oprichter en vicevoorzitter Vincencia Agbanyo.

Hoe is het idee voor AfroMedica ontstaan?

“Zelf begon ik vier jaar geleden aan de opleiding geneeskunde aan de UGent. Al snel merkte ik dat ik een van de enige studenten met een donkere huidskleur was: in mijn jaar waren we met z'n tweeën, dus we vonden elkaar snel. En we kwamen ook in contact met gekleurde studenten van andere medische en paramedische opleidingen in verschillende steden, waar de situatie heel vergelijkbaar was. In 2020 brak de hele Black Lives Matter-beweging door. Er was dus steeds meer aandacht voor discriminatie en diversiteit, maar

er bestonden nog veel taboes en vooroordelen. Daarom besloten we AfroMedica op te richten. Eerst lag de focus op studenten, maar intussen is die verschoven naar de brede medische en paramedische sector, en zelfs naar de algemene samenleving. Elke thuisverpleegkundige, huisarts, poetsvrouw in een woonzorgcentrum of kinesist komt vroeg of laat in aanmerking met diversiteit, want iedereen wordt wel eens ziek of heeft hulp nodig.”

Hoe komt het dat er nog steeds zo weinig gekleurde studenten zijn in medische richtingen?

“Het is onmogelijk om de vinger te leggen op één precieze oorzaak, omdat heel veel factoren meespelen. Ik kan me hiervoor niet baseren op wetenschappelijk onderzoek, enkel op mijn eigen ervaringen en die van de mensen uit mijn omgeving, en op mijn buikgevoel. Ik denk dat het tekort aan rolmodellen zeker een rol speelt: mochten er meer gekleurde artsen zijn, dan zou



de drempel verlagen. En daarnaast krijgen gekleurde jongeren soms iets minder ondersteuning van thuis uit. Als je alles zelf moet uitzoeken, kan zo'n zware studie misschien wat afschrikken. Al is er zeker onderzoek nodig naar de precieze oorzaken, zodat we die kunnen aanpakken."

Jullie klagen aan dat er in de opleiding 'blinde vlekken' zijn. Leg eens uit.

"Vorig academiejaar kreeg ik het vak dermatologie en het viel me meteen op dat we amper afbeeldingen te zien kregen van patiënten met een donkere huid. Er wordt nog te vaak vanuit een wit perspectief gekeken. Vroeger was dat misschien logisch, omdat bijna alle patiënten wit waren. Maar stilaan evolueren we naar een superdiverse samenleving, waardoor er ook een ander perspectief nodig is. Bepaalde aandoeningen kunnen er op een zwarte huid namelijk anders uitzien, of zijn misschien moeilijker te herkennen. Het is dus heel belangrijk dat studenten die te zien krijgen, zodat ze later correcte diagnoses kunnen stellen. Daarom hebben wij op onze Facebookpagina bijvoorbeeld het handboek Mind the Gap onder de aandacht gebracht, dat focust op symptomen bij mensen met een donkere huid. Rode vlekken, blauwe plekken of bleekheid zijn bijvoorbeeld symptomen die zich anders uiten bij een donkere huidskleur."

"Daarnaast zijn er ook heel wat vooroordelen die onbewust worden gevoeld. Uit een Amerikaanse studie blijkt bijvoorbeeld dat studenten geneeskunde geloven dat zwarte mensen minder pijn voelen. Zulke misverstanden moeten absoluut de wereld uit. Al willen we niemand met de vinger wijzen. We zijn zelf heel tevreden over onze opleiding. Maar door te sensibiliseren, willen we diversiteit op een positieve manier onder de aandacht brengen."

“Uit een Amerikaanse studie blijkt dat studenten geneeskunde geloven dat zwarte mensen minder pijn voelen”

Wordt kleur soms genegeerd uit goede bedoelingen, om iedereen gelijk te behandelen?

"Als je iedereen gelijkwaardig wil behandelen, mag je kleur niet negeren. Bepaalde symptomen uiten zich anders op een andere huidskleur, maar door culturele en religieuze verschillen hebben patiënten soms ook een andere benadering nodig. Er mag dus ook geen taboe zijn over onderzoek naar dit thema. Meten is weten. Als we weten dat een bepaalde bevolkingsgroep meer risico loopt op een bepaalde aandoening,

“Voor witte artsen is het bijna vanzelfsprekend dat hun patiënten zich laten vaccineren, ze begrijpen niet altijd welke culturele factoren er kunnen meespelen”

Vincencia Agbanyo

of dat een ziekte meer impact kan hebben bij een bevolkingsgroep, dan is het belangrijk dat we dit verder onderzoeken, om voor iedereen betere zorgen te kunnen aanbieden. Uit internationaal onderzoek weten we bijvoorbeeld dat de coronapandemie gekleurde mensen harder heeft getroffen. In ons land is hierover voorlopig geen informatie beschikbaar: zoiets moet dringend veranderen."

Worden jullie tijdens de opleiding ook geconfronteerd met discriminatie?

"Persoonlijk heb ik dat gelukkig nog niet meegemaakt. Maar ik ken verschillende studenten die tijdens hun stages vooroordelen hebben ervaren. Het is heel moeilijk om daarmee om te gaan. De personen die hen discrimineren, zijn namelijk vaak ook degenen die hen moeten beoordelen. Bovendien gaat het niet altijd over bewuste discriminatie. Een bepaalde opmerking kan voor een wit persoon onschuldig lijken, maar toch heel kwetsend overkomen."

"En daarnaast is er natuurlijk ook voor patiënten nood aan meer aandacht voor discriminatie. Neem nu de taalbarrière: als iemand die geen Nederlands spreekt een belangrijke diagnose krijgt, is het een goed idee om een tolk in te schakelen. Bij gebrek aan tijd en middelen krijgen die mensen soms gewoon een Nederlandstalige brochure mee naar huis, maar dat lijkt me toch niet voldoende. We willen hiermee zeker geen artsen of ander medisch personeel aanvallen: van hen wordt al heel veel gevraagd. Maar we willen hen enkel bewust maken van bepaalde blinde vlekken, op een positieve manier."

Leven er bij jullie eigen gemeenschappen ook bepaalde taboes of vooroordelen, tegenover de coronavaccins bijvoorbeeld?

"Ja, ik merk in mijn eigen gemeenschap bijvoorbeeld dat heel wat mensen twijfelachtig staan tegenover die vaccins. Dat heeft vooral met onwetendheid te maken. Er leven bepaalde overtuigingen over het coronavaccin die niet wetenschappelijk gegrond zijn; die moeten we absoluut de kop indrukken. Maar het is belangrijk dat het op een cultuursensitieve manier gebeurt, met aandacht voor de achterliggende context. Daarom zou het een goede zaak zijn dat er in de toekomst meer artsen en andere zorgprofessionals met een donkere huidskleur zijn. Voor witte artsen is het bijna vanzelfsprekend dat hun patiënten zich laten vaccineren, ze begrijpen niet altijd welke culturele factoren er kunnen meespelen. Hoe meer diversiteit in deze sector, hoe meer handvaten om met alle verschillende patiënten om te gaan."

“Het viel me meteen op dat we in het vak dermatologie amper afbeeldingen te zien kregen van patiënten met een donkere huid”



Volg AfroMedica op Facebook:
www.facebook.com/AfroMedica


Welke reacties krijgen jullie op AfroMedica?

"Op sociale media zijn die alvast heel positief. Toen we onze Facebookpagina in april oprichtten, dachten we dat we misschien honderd volgers zouden hebben. Maar intussen zijn dat er al meer dan duizend. Heel wat mensen beseffen nu dat discriminatie in de gezondheidszorg voor hen een blinde vlek was: wie er niet mee wordt geconfronteerd, kent het niet. Ze reageren dus heel positief, en willen graag bijleren. Ook met de faculteit geneeskunde van de UGent hebben we zeer goede gesprekken gevoerd. Zij willen mee verder kijken naar hoe we bepaalde zaken concreet kunnen veranderen. We hebben ook met één docent al verschillende contacten gehad. Zij gaf toe dat ze nog nooit echt had stilgestaan bij dit probleem, maar ze was blij dat wij ons hiervoor actief willen inzetten."

Wat zijn jullie plannen voor de toekomst?

"Wij zijn in de eerste plaats natuurlijk studenten, dus nu is het vrij druk door de voorbereiding op de examens. In het begin van dit academiejaar hebben we onder meer twee live events georganiseerd: een lezing over de historische dimensie van de koloniale gezondheidszorg en een panelgesprek over carrières in de gezondheidszorg, met uitsluitend gekleurde sprekers. Zo willen we mensen inspireren, informeren en sensibiliseren. En we zijn nu al volop plannen aan het smeden voor het volgende semester. We doen er alles aan om zoveel mogelijk mensen te bereiken. Over de concrete details kan ik nog niet veel kwijt, maar ik raad iedereen aan om ons te volgen op sociale media."





KOM OP TEGEN KANKER SCHRIJFT
GIDS OM COMMUNICATIE IN HET
ZIEKENHUIS TE VERBETEREN

Tijd voor een taal- bijstands- beleid

TEKST: LUK VAN RESPAILLE • BEELD: JAN LOCUS

Stel je de stress voor als je in een ver buitenland naar de dokter moet. In een vreemde taal beschrijven hoe en waar het pijn doet, begin er maar aan. Beide partijen kunnen zich proberen te behelpen in het Engels, een beroep doen op Google Translate, op een tolk. Of wie weet beheerst iemand uit je reisgezelschap enigszins de taal. Vergelijkbare situaties zijn dagelijkse kost in veel van onze ziekenhuizen. Kom Op Tegen Kanker publiceerde daarom de Gids voor een taalbijstandsbeleid in jouw ziekenhuis. Zorgwijzer had een gesprek met Els Meerbergen, expert kankerzorg bij KOTK en auteur van de pas verschenen gids. Sofie Goderis, dienstverantwoordelijke Sociale Dienst - Interculturele Bemiddeling - Vrijwilligerswerk bij AZ Sint-Lucas in Gent, getuigt vanop de werkvloer.

“Zowel patiënt als zorgverstreker zijn vragende partij voor een respectvolle en warme onderlinge omgang, zeker in een context die vaak al stresserend genoeg is

Nieuwe migratiegolven en opeenvolgende vluchtelingen- en asielcrisisen hebben de diversiteit overal te lande alleen maar doen toenemen. Taalbarrières zijn er ondertussen niet alleen in de centra van onze grote steden. Vrijwel ieder ziekenhuis wordt er tegenwoordig mee geconfronteerd. Op allerlei manieren en met veel goede wil proberen patiënten en zorgverstrekers de brug te slaan. En soms loopt het daarbij ook wel eens verkeerd. Met de bijbehorende misverstanden en tijdverlies. Met een gefrustreerde tolk omdat de patiënt niet op de afspraak was. Met onduidelijkheid over de aanpak en de ongerustheid en de gebrekkige zorgkwaliteit die daarvan het gevolg zijn. “Je zult maar beseffen dat je eierstokken weggenomen werden, als het helaas al te laat is,” haalt Els Meerbergen aan als schrijnend voorbeeld. Bovendien worden patiënten terecht almaar mondiger. Ook corona maakt het werken moeilijker. Door het virus mochten familieleden en andere, al dan niet professionele tolken, om hygiënische en veiligheidsredenen gewoon het ziekenhuis niet meer binnen. “Het laatste wat je bij afwezigheid van een professionele tolk wil, is een jong kind dat voor zijn ouders een slechtnieuwsgesprek moet tolken,” aldus Sofie Goderis van AZ Sint-Lucas. Bij het gebruik van informele tolken heb je bovendien geen zicht op de kwaliteit van het getolkte gesprek.

En daar beginnen de ontstaansgeschiedenis van de ‘Gids voor een taalbijstandsbeleid in jouw ziekenhuis’ en het verhaal van Els Meerbergen: een kwaliteitsvolle, veilige zorg kan niet zonder goede communicatie. Informatie, vrije en geïnformeerde toestemming, privacy... zijn bovendien wettelijk gewaarborgde patiëntenrechten. Zowel patiënt als zorgverstreker zijn vragende partij voor een respectvolle en warme onderlinge omgang, zeker in een context die vaak al stresserend genoeg is. Om al te veel losse initiatieven te vermijden, is het belangrijk dat ziekenhuizen rond communicatie een visie en een beleid ontwikkelen. En omdat het weinig productief is om het warm water telkens opnieuw uit te vinden, vond Kom Op Tegen Kanker het een goed idee dat ziekenhuizen zouden leren van elkaar. Om op zoek te gaan naar wat er zoal bestaat en waar de prangendste behoeften zitten, organiseerde de organisatie vorig jaar geleden een reeks van focusgroepen met de diverse stakeholders. Sofie Goderis was vanuit haar functie bij AZ St-Lucas in Gent een van de betrokkenen die mee input voor de gids gaven. Het resultaat daarvan is nu beschikbaar: de Gids voor een taalbijstandsbeleid in jouw ziekenhuis.

Van plan trekken naar uitwisselen en coördineren

Eén manier van samenvatten zou kunnen zijn: “laat het improviseren voor wat het is – hoe goed dat ook bedoeld is – en ga samenzitten. Kijk rond, inventariseer, vergelijk en maak voor jouw ziekenhuis de beste keuzes.” Dat komt neer op de stap zetten van een bestaande toestand die spontaan en ad hoc tot stand gekomen is, naar een geplande toestand, het ontwikkelen van een visie dus. Om van de fase van de visie naar het beleid te evolueren is een strategie nodig, met andere woorden de vertaling van de vraag ‘wat’ in een aantal vragen ‘hoe’. En ook daar geldt: doe het niet alleen, inventariseer en kies op basis van de lokale voorwaarden en omstandigheden. Dan resten nog twee stappen, zij het niet de gemakkelijkste: middelen vinden en implementeren.

Een visie alleen zal niet alles oplossen

Met de publicatie van de gids is een belangrijke stap gezet. Maar de wereld staat niet stil. Het landschap blijft evolueren. Nieuwe initiatieven duiken op. Wetgeving verandert. De gids verschijnt dus in een digitaal formaat om gemakkelijk met een nieuwe versie te kunnen inspelen op een gewijzigde toestand.



Els Meerbergen

Kom Op Tegen Kanker blijft trouwens zelf ook niet bij de pakken zitten. Met de publicatie van de gids zit het werk er geenszins op. Samen met Zorgnet-Icuro, Domus Medica en andere organisaties uit het brede werkveld is Els Meerbergen ook betrokken bij het uitwerken van een standpunttekst rond taalondersteuning in de zorg. En de uitdagingen beperken zich ook niet tot de ziekenhuizen alleen. Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners worden net zo goed geconfronteerd met problemen en verwarring rond taal en communicatie.

Daarnaast beseffen Els Meerbergen en Kom Op Tegen Kanker maar al te goed dat het inschakelen van tolken en andere professionals geld kost. Parallel aan het verrichte studiewerk klopt de organisatie daarom aan bij de overheden, met de vraag om in de nodige financiering te voorzien. Patiëntenrechten en kwaliteitsmodellen zijn uiteraard belangrijk, maar blijven dode letter als er geen centen tegenover staan. Een efficiënt taalbijstandsbeleid kan immers niet zonder de beschikbaarheid van intercultureel bemiddelaars en sociaal tolken.

Het ideale beleid komt van boven en onderen tegelijk

Op dezelfde manier moet ook op het niveau van de ziekenhuizen een visie als een beginpunt gezien worden en niet als een einddoel. Van visie naar beleid en naar concrete actie veronderstelt de betrokkenheid van velen en, uiteraard, de nodige middelen. Ook ziekenhuismedewerkers die geen rechtstreekse zorgtaken opnemen krijgen er mee te maken. Afspraken voor raadplegingen en behandelingen vast-

“Steun van bovenaf is belangrijk om je beleid het nodige gezag en financiële armslag te geven



Sofie Goderis

“Het laatste wat je wil, is een zeer jong kind dat voor zijn ouders een slecht-nieuwsgesprek moet tolken”

Sofie Goderis



leggen, facturen opstellen, klachten behandelen... Medewerkers van de ziekenhuizen zullen getuigen dat de druk op de zorg zo al groot genoeg is, zonder dat er nog communicatieproblemen met de patiënten bovenop komen. Een taalbijstandsbeleid houdt dus niet alleen rekening met de patiënt, maar heeft net zo goed ook het welbevinden en de professionele voldoening van de zorgverlener voor ogen.

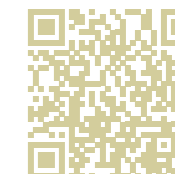
“Steun van bovenaf is belangrijk om je beleid het nodige gezag en financiële armslag te geven. Er zijn beperkt lokale subsidies te vinden,” weet Sofie Goderis, maar iemand in de organisatie moet er zich wel mee bezig te houden. Omgekeerd zal een aanpak bottom-up bijdragen tot het vereiste draagvlak en ervoor zorgen dat het beleid rekening houdt met de praktijk en de behoeften die zich elke dag laten voelen op de werkvloer.



Enkele richtlijnen uit de Gids

- De gids bevat zowel een stappenplan (trekker, stuurgroep, visie, strategie, budget, implementatie, evaluatie, bijsturing...), als een inventaris (wat zegt de wet, wat bestaat er al, welke zijn daarvan de troeven en beperkingen, wat kost het...)
- Zorg houdt zich niet aan de kantooruren. Flexibiliteit en creativiteit zijn daarom belangrijk en noodzakelijk. Met een eigen visie- en beleidstekst voorkom je dat ‘iedereen zomaar wat probeert’. Je krijgt een coherente aanpak die gericht blijft op de uiteindelijke doelstellingen en waarden van de organisatie.
- Tegelijk vermijd je eenheidsworst omdat je beleid vertrekt vanuit de concrete betrokkenen zelf – van patiënten en ervaringsdeskundigen tot de directie – en op die manier maatwerk garandeert.
- Je staat er niet alleen voor. De gids bevat tal van praktijkvoorbeelden, adressen, tips. Delen en uitwisselen is ook de boodschap voor wie start met de ontwikkeling van een beleid.
- Je kunt niet aan alles denken. Gebarentaal is bijvoorbeeld ook een taal, waaraan je misschien zou voorbijgaan, tot je ermee geconfronteerd wordt. Daarom zijn in deze gids al de ervaringen van velen bijeengebracht en dat is ook een van de grote lijnen binnen de aange-reikte adviezen: zet iedereen rond de tafel.
- Samenwerking en netwerking. Twee weten meer dan één. Breng iedereen samen om geen ideeën of behoeften links te laten liggen. En kijk ook al eens over het muurtje. Net zo belangrijk is het dat iedereen mee blijft. Nege-ren van de weerstand is dan ook geen optie. En het taalbijstandsbeleid is er zoals gezegd niet alleen voor de patiënten maar ook voor de zorgverstrekkers.
- Als het dan toch over communicatie gaat... vergeet niet te communiceren. Zet de beschik-bare info op het intranet. Zorg voor een lo-gisch en algemeen bekend aanspreekpunt. Voorzie in de nodige opleiding en laat dan de mond-tot-mondreclame zijn werk doen.

Je kan de Gids voor een taalbijstandsbeleid in jouw ziekenhuis downloaden op www.zorgneticuro.be > thema's > communicatie





HET VERHAAL VAN JANA: HOË ZORGMEDEWERKERS
OMGAAN MET ZELFDODING

“Jana was een bijzondere patiënt, die veel teweegbracht op de afdeling”

TEKST: KIM MARLIJER • BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

Zorgwijzer 100 bracht een mooie staalkaart van de zorg: 100 levensjaren samengevat in 10 intieme zorgverhalen recht uit het hart. Patiënten, cliënten, bewoners en zorgverleners uit alle leeftijdsgroepen vertelden openhartig over hun band die gevormd werd door en tijdens de zorg. Voor het honderdste nummer werden echter 11 artikels geschreven, maar bij één gesprek haalde de realiteit het verhaal in. In september praatten we met Jana (18) en haar individueel begeleider Jasper. Het was een kwetsbaar gesprek over knokken tegen de donkere wolken die je gedachten volledig overnemen. Een maand na het interview stapte Jana uit het leven, maar toch willen we ook haar verhaal vertellen. Samen met Jasper kijken we terug op wat Jana vertelde tijdens het interview. Hoe klinken die woorden nu? En wat doet het met een team om een patiënt te verliezen? Hoe neem je afscheid?





Jana

“Toen ik alleen ging wonen heb ik my story isn’t over yet; op mijn voet laten tatoeëren”, vertelde Jana tijdens ons gesprek in september. “Die zin geeft me kracht om door te gaan. De puntkomma staat voor het feit dat je kan stoppen, maar toch doorgaat. Net zoals een schrijver een zin kan afmaken met een punt, maar met de puntkomma ervoor kiest om toch verder te schrijven. Ik wil leren omgaan met mijn slechte gedachten, dat is wat ik in februari voor ogen had, maar voorlopig heb ik het gevoel dat het niet lukt, meer nog... ik voel hoe ik opnieuw naar beneden zak. Het is lastig om dat uit te spreken, maar ik ben het aan het leren.”

Jana worstelde met donkere gedachten en werd in februari 2021 opgenomen in het Psychiatrisch Centrum Menen, afdeling de Kade. Haar individueel begeleider Jasper gaf haar tijd en ruimte, elke dag zat hij drie tot vier keer en tijdje bij haar in de kamer. Hij babbelde over de afdeling, wat er die middag op het menu stond of stelde voor om een wandelingetje te maken. “Ik had dit nog nooit gedaan, maar het voelde als de langste en meest zekere weg

richting vertrouwen. De regie bij Jana leggen, dat was de rode draad in de behandeling”, zegt Jasper. “Na een lange opname, verhuisde Jana in juli van vorig jaar naar haar appartement. Vier dagen in de week kreeg ze nabehandeling in de Kade. Wanneer ze voelde dat het minder ging, kon ze aankloppen voor intensievere hulp. Dat verliep vlot en ze had veel om naar uit te kijken waaronder een citytrip naar Parijs, maar op het eind van de zomer merkten we hoe ze opnieuw weggleed. Ze kwam opnieuw een week in crisisopname en het viel mij op dat ze dezelfde donkere gedachten had, met het grote verschil dat haar woorden beangstigend en concreet waren. Ze herhaalde regelmatig dat ze maar wilde leven tot aan haar verjaardag in oktober. Het feit dat ze oprecht klonk en een datum uitsprak zorgde ervoor dat we op onze hoede waren. Nog nooit had ze zo’n duidelijke wens gehad om te sterven, zelfs niet tijdens haar moeilijkste periode in februari en maart. Ik durf niet zeggen dat we het zagen aankomen, maar we voelden dat er op korte periode veel veranderd was en waren alert.”

Drie gemiste oproepen

“Ik had enkele weken verlof en tijdens de laatste week zag ik plots drie gemiste oproepen in tien minuten van mijn co-collega. “Ik heb geen goed nieuws”, zei ze toen ik terug belde en op dat moment wist ik onmiddellijk: “Het gaat over Jana.”

“Ik had Jana vier weken niet gezien of gehoord, maar toen ik hoorde dat ze overleden was, schrok ik niet. “Het was te denken”, was mijn eerste reactie. In alle eerlijkheid, er waaiden veel ‘wat-als-vragen’ door mijn hoofd. Ik was echt van mijn melk die eerste dagen na haar overlijden en het woog door dat ik er niet geweest was in die vier weken. Ze had het zwaar en op dat moment verdween ik als haar vertrouwenspersoon van het toneel. Niet dat dat iets veranderd zou hebben aan de situatie, maar toch overheerst het gevoel dat ik de kans niet gekregen heb.”

“De laatste dag voor ik met verlof ging, kwam de fotograaf om de foto’s te maken voor het interview in Zorgwijzer 100 en dat was voor ons beiden iets wat volledig buiten onze comfortzone viel. Tegelijk was het ook een geweldige middag waar we enorm gelachen hebben, niet in het minst met elkaar. Na afloop was het lastig om haar achter te laten. ‘Hopelijk zien we elkaar terug binnen enkele weken’, dacht ik omdat ik wist dat een moeilijke periode zou worden. Toch ben ik blij dat zo’n opgewekt moment de laatste levende herinnering aan Jana is.”

“In ons bureau is er een hoekje met de foto’s van twee collega’s die overleden zijn en daar staat de foto van Jana nu ook bij. Ik ben ervan overtuigd dat dit

een vast plekje zal blijven voor haar”

Jasper



Bij de collega’s

“Jana was niet alleen voor mij een bijzondere patiënt, ze bracht veel teweeg op de afdeling. Meer dan een jaar was ze hier in opname en alle patiënten kenden haar. Ze was altijd geëngageerd voor therapieën en stelde zich open voor het team. Veel patiënten komen naar het bureau met praktische vragen over medicatie of therapie, maar Jana kon binnenspringen om een mopje te vertellen of even te babbelen. Ze had snel uitgevogeld van welke muziek je hield of wie graag naar ‘Friends’ keek. Net door die frequente bezoeken leer je elkaar beter kennen. Met Jana kon je makkelijk open gesprekken voeren, zonder het gevoel te hebben dat je privéleven werd uitgeplozen.”

“Op de afdeling stond er lang een rouwhoekje met haar foto en één van haar tekeningen waar een kaarsje bij brandde, maar er kwam een moment om ook van dat hoekje afscheid te nemen. Het voelde niet goed om alles gewoon weg te nemen. In ons bureau staan foto’s van twee collega’s die overleden zijn en daar staat de foto van Jana nu ook bij. Ik ben ervan overtuigd dat dat een vast plekje zal blijven voor haar.”



Samen afscheid nemen

“Net omdat iedereen die hechte band met Jana voelde, werd onmiddellijk beslist om hier in het centrum een afscheidsmoment te organiseren. We contacteerden iedereen die met Jana gewerkt had: het zorgpersoneel, alle patiënten en we nodigden ook Jana haar ouders en grootouders uit. We hielden een kleine viering met foto’s van Jana en een powerpoint, onze muziktherapeute speelde live muziek. Op voorhand polsten we de patiënten wie iets naar voor wilde brengen. Verschillende patiënten vertelden uit hun eigen ervaringen, anderen droegen een gedicht voor. Iedereen die wilde kon een bloem leggen bij Jana’s foto.”

“Het was goed om samen met de patiënten afscheid te nemen. Er werd veel gehuild, ook door het personeel en – hoe vreemd het ook klinkt – het deed de patiënten merkbaar goed om te zien dat we op dezelfde lijn zaten met ons verdriet. Na de dienst bleven alle collega’s en de grootouders zitten en nam iedereen de tijd om wat na te praten. Ik heb lang gebabbeld met Jana’s grootouders en hun dankbaarheid was zo voelbaar. Het hielp me echt om alles een plaats te geven en ik ben blij dat we de kans kregen om op een waardige manier vaarwel te zeggen.”

Net door samen te werken met Jana leerde ik dat de informele momenten heel belangrijk zijn. Er moet ruimte zijn om wat te zeveren

Een mooi verhaal

“Ik vond die dagelijkse bezoeken vervelend, niet omdat jij daar zat, maar omdat het mij niet lukte om iets te zeggen. Dat was lastig want ergens wou ik wel, maar als het superslecht gaat heb ik gewoon geen woorden meer. Toch heb ik nooit gedacht “Neen, daar is hij weer”. Ik was blij dat ik eindelijk het gevoel had dat ik iemand kon vertrouwen. Heel langzaam besepte ik dat je anders was dan mijn vorige individueel begeleiders. Je was rustig, geduldig en gaf me ruimte”, vertelde Jana in september. “Weet je, dat was echt nieuw voor mij. Ik voelde me begrepen en dat had ik nog nooit eerder gehad. Het was een fijn gevoel om niet veroordeeld te worden.”

“Het kostte veel tijd om een goede band op te bouwen met Jana en ze kreeg de regie over haar behandeling in eigen handen. Dat is iets waar we nog steeds positief op terugkijken. Ik heb zeker niet het gevoel dat we het anders hadden moeten aanpakken, meer nog ik ben blij met de band die we gecreëerd hebben.”

“Is het een mooi verhaal? Voor mij ergens wel. Het kreeg niet het verhoopt einde, maar ik blijf het knap vinden om te zien wat we bereikt hebben samen met Jana. Op haar goede dagen was ze vrolijk, haalde grapjes uit en zo blijven we haar ook herinneren. Net door met haar samen te werken leerde ik dat de informele momenten heel belangrijk zijn. Er moet ruimte zijn om wat te zeveren. Losser en speelser zijn en iets prijsgeven over jezelf als persoon helpt om een goede band te creëren, waardoor het voor de patiënten een minder grote stap is om de verpleging aan te spreken.” “Toen ik bij haar op de kamer zat hielp het niet om te vragen hoe ze zich voelde of wat ze dacht. Pas toen ik vragen begon te stellen over muziek of de Friends-quotes die aan de muur hingen, had ik haar weer mee. Het moet niet altijd ernstig zijn en over de grote emoties gaan. Het kleine verhaal is ook waardevol en je kan echter zijn.”

Vrank en vrij

“Ik leerde ‘Friends’ en Taylor Swift kennen door Jana en als ik de serie nu zie of de nieuwe plaat van Swift hoor, flitst ze even voorbij in mijn hoofd. Ik weet niet of dit zal slijten, maar als het onlosmakelijk verbonden blijft met haar, dan is dat zo. Het is een positieve herinnering, die ik nooit moeilijk zal vinden. Ik hoop vooral dat ze nu geen zorgen meer moet dragen. Ik heb geen idee wat er na de dood komt, maar ik weet wel dat ze droomde van reizen. Ga nu maar eeuwig reizen, Jana, denk ik soms. Wees vrank en vrij en doe wat je zo graag wilde doen.”



Jasper

Feestsymposium Ethiek op donderdag 31 maart

Het is feest! Want we blazen heel wat kaarsjes uit voor de ethische werking van Zorgnet-Icuro. In 2021 bestond de Ethische Commissie, die zorgt voor de gekende Ethische Adviesteksten, precies 25 jaar. De Commissie ‘Vorming en Intervisie’ die zich inzet om ethiek heel concreet te maken op de werkvloer, heeft 15 jaar op de teller. Redenen te over om deze verjaardagen te vieren!

Dat doen we met een groot en gevarieerd feestsymposium rond ethiek en zorg, vandaag en morgen. Op het symposium kan je je de hele dag laten onderdompelen in een brede waaier aan ethische thema’s, prangende vragen, frisse methodieken en goede praktijken. Je kan rekenen op een boeiend scala aan nationale en internationale sprekers, ervaren workshopbegeleiders, interactiemomenten, een ethische boekenstand, theater en

poëzie. Je kan zelf je keuzepalet samenstellen uit een gevarieerd ethisch menu, geheel naar eigen noden en interesses. Plenair en parallel, fysiek en digitaal. Alles komt aan bod.

Heel graag tot 31 maart!



Brochure ‘aanwezigheid van externen in het operatiekwartier’

Zorgnet-Icuro actualiseerde eind 2021 de brochure ‘Aanwezigheid van externen in het operatiekwartier’ uit 2012. Een gemengde werkgroep van Zorgnet-Icuro, met vertegenwoordigers van de Vlaamse ziekenhuizen, de Vereniging van Vlaamse Operatieverpleegkundigen (VVOV) en de Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën (beMedTech) maakte een eerste leidraad met instructies om met de aanwezigheid van externen in het operatiekwartier om te gaan. De nieuwe publicatie houdt die leidraad onder de loep, toetst hem af aan de praktijk en stemt waar nodig af op de veranderde situatie en de huidige regelgeving.

Verder wordt er ingezoomd op de recente omzendbrief van het FAGG die enkele voorwaarden onderlijnt voor de aanwezigheid van externen in het operatiekwartier. Prof. dr. Tom Goffin geeft een overschouwende conclusie mee. Aansluitend vindt u een aantal elementen die we noteerden na een zevental interviews met Vlaamse ziekenhuizen.



• De brochure kan gedownload worden op www.zorgneticuro.be/publicaties

• De vernieuwde publicatie werd voorgesteld tijdens een lanceringsevent. Scan de QR code en bekijk de opname.



Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdredactie en coördinatie:
Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Mieke Vasseur

Vormgeving:
www.engage.studio

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel,
tel. 02-511 80 08.

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

Heb je een vraag voor de redactie, een suggestie voor een artikel in Zorgwijzer, of wil je een opinie of getuigenis insturen? Bezorg ons je ideeën op communicatie@zorgneticuro.be

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 101, januari 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

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.zorgneticuro.be/nieuwsbrief

www.zorgneticuro.be