

zorgwijzer 102

Dubbelgesprek onder intensivisten: België - Nederland



IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Huisarts over “Wordt het ooit weer licht?”	25
Dubbelgesprek onder intensivisten.....	4	Koen Michiels, nieuwe voorzitter Zorgnet-Icuro	28
Jaarcampagne Te Gek!? over depressie.....	11	Medisch beleid in woonzorgcentra.....	30
Psychiater Nathalie Vanderbruggen	12	Interview met dr. Hans Kluge.....	34
Ervaringswerker aan het woord.....	18	Korte berichten	39
Psychiater Eva Debusscher & Fotografe Lieve Blancquaert.....	20	Colofon.....	39

EDITO



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Over naar de orde van de dag, of net niet?

Wanneer u dit leest, zitten we hopelijk al heel ver in de staart van de vijfde covidgolf. Het ‘gewone’ leven herneemt. Mensen herademt. De hoop leeft dat dit het punt wordt waarop de pandemie kantelt naar een endemie. Alleen een brief vanuit de toekomst zou ons hierover uitsluitel kunnen geven. Maar hopen kan en mag. Laat ons genieten van de covidpauze die voor ons ligt. Ook de zorg herademt stilaan. Daar is er geen knaldrang, neen. De sector likt zijn wonden van best wel twee heftige jaren. Veel mensen zijn heel diep gegaan. Nu moet er zorg worden ingehaald, projecten hernomen en proberen directies hun vermoeide medewerkers wat extra rust te gunnen.

Ze zijn het eens over het belang van draaiboeken en een breed gedragen debat over levenskwaliteit en medische hardnekkigheid. De cultuurverschillen daarover zijn in elk geval significant. In Nederland waren er doorgesproken scenario’s voor het geval er moeilijke keuzes moesten worden gemaakt, met zowel medische als niet-medische criteria. In België, met een veel hogere IC-capaciteit, is dat brede debat er niet gekomen. Al geven veel artsen aan dat we dat post-covid toch eens moeten durven doen en de beslissingen niet alleen overlaten aan de verantwoordelijkheid van de gezondheidsprofessionals. Het toont hoe nu en dan over het (grens)muurtje kijken inspirerend kan werken.

Hoe gaan we nu verder? Mensen zijn bedreven in het snel vergeten. We laten vaak na achterom te kijken en lessen te trekken uit wat er is gebeurd. Het kan niet snel genoeg gaan om de draad terug op te pikken en alles opnieuw ‘normaal’ te laten worden. Maar wat is dat dan, dat ‘normaal’? Moeten we zo snel mogelijk terug naar de situatie zoals het vroeger was of maken we van de gelegenheid gebruik om enkele zaken in vraag te stellen? Ik denk dat we tijd moeten nemen voor reflectie en niet té snel mogen overgaan tot de ‘normale’ orde van de dag.

Hans Kluge spreekt verder in deze *Zorgwijzer* over hoe we slim moeten gebruik maken van de ‘wapenstilstand van enkele maanden’ in deze pandemie. We kijken samen met hem naar de covidcrisis vanuit de Europese WHO-bril. Hoe heeft Europa het aangepakt? Wat kon Europa doen en wat deed het niet? Ook hij pleit voor reflectie en *pandemic preparedness*. Hij eindigt het gesprek met zijn onvoorwaardelijke en immense waardering voor de gezondheidswerkers. Hoe ze er stonden en alles gaven; hoe er eerst handgeklap was dat langzamerhand verstomde, en ergernis en agressie meer en meer hun deel werden.

Mensen die het twee jaar vanop de eerste rij meemaakten, spreken in deze *Zorgwijzer* openhartig en laten je nadenken. Vooreerst kruisen twee intensivisten in een pittige discussie de degens over hoe Nederland en België het aanpakten. Hoe zag de werkelijkheid achter de cijfers eruit in twee buurlanden, slechts een fietstocht van elkaar verwijderd? Best wel verschillend, zo blijkt. Ilse van Stijn (NL) en Peter Rogiers (B) houden de organisatie van de IC-afdelingen en de opname- en ontslagcriteria in hun land tegen het licht.

Ik deel de waardering van Hans Kluge voor de volle honderd procent. Zonder mensen geen IC-bedden, zonder mensen geen zorg. Dat heeft de crisis – veel meer dan we vroeger al wisten – duidelijk gemaakt. Mensen blijven motiveren om voor een zorgberoep te kiezen is en blijft onze grootste opdracht voor de toekomst. Ik wens alle mensen die in de zorg werken de broodnodige rust toe. Geniet van de lente!



28



34

Dr. Hans Kluge

“We mogen het debat ten gronde niet langer

uit de weg gaan”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE • BEELD: JONATHAN RAMAEL



De covidpandemie heeft de diensten intensieve zorgen op de kaart gezet. Zowel in Nederland als in België krijgen we al twee jaar lang zowat elke dag in *prime time* de meest actuele cijfers van het aantal bezette en het aantal beschikbare bedden. Dr. Peter Rogiers en dr. Ilse van Stijn relativeren die cijfers. De werkelijkheid achter die cijfers, daar gaat het om. Hoe zag die werkelijkheid er dan uit in Nederland en in België? Welke discussies werden al dan niet gevoerd? De verschillen tussen beide landen zijn groot, zo blijkt. Alhoewel.

Nederland heeft relatief weinig IC-bedden (6,4 op 100.000 inwoners), België heeft er een pak meer (16 op 100.000), maar dan weer veel minder dan bijvoorbeeld Duitsland (34 op 100.000). Hoe komt dat? Is dat historisch gegroeid? Zit daar een strategie achter, een andere visie op gezondheidszorg?

Dr. van Stijn: “In Nederland is het aantal IC-bedden de jongste decennia niet meegegroeid met de behoeften. Dat probleem is al lang gekend. In 1996 verscheen al een rapport met als titel *Geen plaats in de herberg*. Dat heeft verschillende oorzaken. Op een zeker moment zijn er richtlijnen ingevoerd voor een efficiënter opname- en ontslagmanagement, maar men heeft geen rekening gehouden met de vergrijzing en de stijgende noden. Nog voor corona moesten wij dagelijks keuzes maken: welke patiënt nemen we wel of niet op? We hebben ondertussen veel geïnvesteerd in het transport van patiënten tussen ziekenhuizen. Het probleem is dat een uitbreiding van bedden extra personeel vergt. En dat personeel is er al vijftien jaar onvoldoende.”

Marianne Brackel, voorzitter van patiëntenorganisatie IC-Connect in Nederland, gaf een andere uitleg. De beperkte IC-capaciteit had er volgens haar mee te maken dat Nederland minder oudere of kwetsbare patiënten opneemt. Nederland zou meer nadruk leggen op de kwaliteit van leven en niet op het zo lang mogelijk rekken van de levensduur van iedere patiënt?

Dr. van Stijn: “Ook dat verhaal klopt. Het is zeker zo dat wij in Nederland restrictiever zijn wat opnames op IC betreft dan veel andere Europese landen. Onze visie is dat de zorg proportioneel moet zijn: we moeten waarde kunnen toevoegen. Vaak is dat niet het geval. Als iemand thuis al bedlegerig was, totaal afhankelijk en daarbovenop nog eens een ernstige ziekte krijgt, dan starten wij meestal geen IC-behandeling meer. Maar zelfs met dat restrictievere beleid hebben wij al vele jaren een tekort aan plaatsen.”

Zijn we in Vlaanderen dan meer gefocust op het zo lang mogelijk rekken van het leven?

Dr. Rogiers: “Eerst een algemene opmerking: ik sta met verbazing te kijken hoe sinds de coronacrisis het aantal plaatsen op intensieve zorg allesbepalend lijkt. Ook vóór de pandemie lag onze afdeling nagenoeg vol. Onze bezettingsgraad ligt doorheen het jaar gemiddeld op 92%. Op sommige dagen hebben we een bezetting van 110%. Dat betekent dat een bed op één dag door twee patiënten wordt ingenomen: 's morgens verlaat een patiënt de afdeling en enkele uren later ligt er al een nieuwe patiënt. Tijdens covid hebben pers en politiek een beeld opgehangen van intensieve zorg zonder een maatschappelijk discours te voeren. Welke behandelingen passen wij toe op IZ, zowel medisch als verpleegkundig? En wat kost dat aan mensen en middelen? Het creëren van kwaliteit van leven, daarover hebben we het de voorbije twee jaar niet gehad in ons land. Het wordt tijd dat we dat debat aangaan in plaats van te discussiëren over wie voorrang heeft. Dat is een discussie die ik liever niet voer. Dat leidt alleen tot polarisatie.

Wat ons parten speelt: in heel Europa zijn we al jaren ziekenhuisbedden aan het afbouwen, terwijl de noden toenemen. Toen ik dertig jaar geleden begon, werd iemand van tachtig niet meer opgenomen in een chronisch hemodialyseprogramma. Die mensen kregen geen hartoperatie, geen chemotherapie. Vandaag gebeurt dat wel en dikwijls terecht. Dat creëert een toenemende zorgbehoefte. Bovendien werkt de jongere generatie artsen geen tachtig uur per week meer. Vroeger bleven we na een



wachtdienst vaak nog een shift werken, soms tot 36 uur aaneen. Gelukkig is dat verleden tijd. Maar het betekent dat je medisch én verpleegkundig meer mensen nodig hebt om al die zorg te verlenen.”

Dr. van Stijn: “Ook in Nederland is de capaciteit beperkt. Er is weinig of geen bufferruimte.”

In Vlaanderen was er in het voorjaar van 2020 even opschudding toen het valse gerucht de ronde deed dat bewoners van woonzorgcentra niet meer naar het ziekenhuis overgebracht zouden worden. Er volgde een golf van verontwaardiging. Kijkt men daar in Nederland toch anders naar?

Dr. van Stijn: “In Nederland is er nooit sprake geweest om op voorhand bepaalde groepen uit te sluiten. Maar we hebben vrij snel als professionals beslissingen genomen over welke maatregelen we zouden nemen als het uit de hand liep. Herinner je je de beelden uit Italië helemaal aan het begin van de crisis? Je kan je capa-

Is er bij ons ook een dergelijk debat gevoerd?

Dr. Rogiers: “Ook wij hadden vrij snel richtlijnen, opgesteld door de Belgische Vereniging voor IC-Geneeskunde. Die richtlijnen zijn gebaseerd op bepaalde scores als maat voor het fysiek en geestelijk functioneren van een patiënt vóór de acute aandoening. Die richtlijnen zijn een advies, een hulpmiddel, geen absolute waarden. We moeten elke dag keuzes maken, maar we doen dat op een menselijke, weloverwogen manier. Los daarvan zou het goed zijn om eens het maatschappelijk debat over levenseinde grondig te voeren. Bewoners in een woonzorgcentrum zitten in hun laatste levensfase. We moeten allemaal vroeg of laat sterven. Hoe lang moet je iemands leven rekken als hij op het einde ernstig ziek wordt? Daar bestaan geen simpele antwoorden op. Op IZ liggen de patiënten die er het ergst aan toe zijn. En zelfs met alle mogelijke middelen kunnen we niet iedereen helpen. Door covid lagen mensen van middelbare leeftijd soms vier weken op IC onder volledige narcose aan een beademings-

Wij Vlamingen spreken veel dingen niet uit. We denken misschien wel hetzelfde over die dingen, maar we vermijden het debat erover. Dat is spijtig

citeit ietwat verhogen, maar je kan ze niet eindeloos oprekken, want dat zou op den duur betekenen dat je iedereen slechte zorg geeft. Als we ooit voor die moeilijke keuzes zouden staan, dan wisten we wat te doen. We hebben een draaiboek gemaakt met medische criteria en – als dat niet voldoende zou blijken – ook met niet-medische criteria.”

Nam de beroepsvereniging van intensivisten in Nederland hiervoor zelf het initiatief? Hadden jullie daar het mandaat voor?

Dr. van Stijn: We hebben in de schoot van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care inderdaad op eigen initiatief de Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen opgericht, waarvan ik voorzitter ben. De taskforce heeft de draaiboeken eerst aan de eigen beroepsgroep voorgelegd en daarna aan de Federatie Medisch Specialisten, die alle wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen verenigt. Dat is bijzonder snel gegaan, op enkele digitale vergaderingen tijd hebben we een consensus gevonden. We hebben ook de eerste lijn en de ouderenverenigingen betrokken, zodat we een breed draagvlak hadden. Als intensivisten alleen hadden we niet het mandaat, maar het voelde juist waardevol om dat samen met andere artsen op te nemen. Al is het zo dat in Nederland een intensivist per definitie de hoofdbehandelaar is van een IC-patiënt. De intensivist bepaalt de indicatie voor een opname en bepaalt of een specifieke patiënt al dan niet opgenomen wordt. Op patiënteniveau hebben we dus wel dat mandaat.”

toestel. Soms waren patiënten na zes weken op IC zo verzwakt, dat ze herstelden van covid maar uiteindelijk stierven aan andere aandoeningen of een gebrek aan reserve. Vroegtijdige zorgplanning kan veel leed voorkomen. Daarover spreken, ook met je familie, doe je het best als het nog niet acuut nodig is. Bijvoorbeeld bij een verhuizing naar het woonzorgcentrum.”

Dr. van Stijn, u had het over medische en niet-medische criteria in het draaiboek. Wat zijn dan bijvoorbeeld die niet-medische criteria?

Dr. van Stijn: “Ter verduidelijking: die draaiboeken waren bedoeld voor in uiterste nood, bij een apert en landelijk tekort aan plaatsen, middelen en mensen op intensive care. De niet-medische criteria kwamen er dan nog pas in ‘Fase 3 stap C’. We willen als het zo ver komt elk bed zo efficiënt mogelijk inzetten. Dat betekent dat we dan voorrang geven aan patiënten die kortdurig een IC-bed nodig hebben. Daarna krijgt de jongere generatie voorkeur op de oudere generatie. We werken niet met leeftijden, maar met generaties. Heb je dan nog te veel patiënten tegelijk, dan moet je uiteindelijk loten.”

Dat klinkt heftig. Is dat herkenbaar voor u, dr. Rogiers?

Dr. Rogiers: “Tot op een dergelijk niveau heeft men bij ons het debat niet durven te voeren. Dat is een cultuurverschil tussen Nederlanders en Vlamingen, denk ik. Wij Vlamingen spreken veel dingen niet uit.

We denken misschien wel hetzelfde over die zaken, maar we vermijden het debat erover. Dat is spijtig.”

Dr. van Stijn: “In Nederland heeft de politiek zich hierover ook uitgesproken. Toen we het als professionals eens waren over de draaiboeken, is het debat ook in de Kamer gevoerd.”

En heeft de politiek nog veel gewijzigd aan de draaiboeken of was het draagvlak ook in het parlement heel breed?

Dr. van Stijn: “Maatschappelijk was er een grote consensus en dat heeft ons geholpen. Politiek was er eerst de neiging om nog aanpassingen te doen, maar uiteindelijk is dat na een motie in de Tweede Kamer, die opriep om het advies van de professionals te volgen, niet gebeurd. De draaiboeken zijn ongewijzigd gebleven. Meer zelfs, de Inspectie voor Volksgezondheid, een overheidsorgaan, heeft gesteld dat de draaiboeken de norm zijn voor verantwoorde en kwalitatief goede zorg in deze crisissituatie en dat als landelijk fase drie afgekondigd wordt, niemand van deze richtlijnen mag afwijken, omdat je iedereen in het land gelijke kansen moet geven.”

Dr. Rogiers: “In Italië werden de ziekenhuizen overspoeld door patiënten. De gezondheidszorg was helemaal niet voorbereid op dit virus. Men was de controle kwijt. Zijn toen altijd de juiste beslissingen genomen? Had men meer levens kunnen redden? Achteraf is het gemakkelijk om die vragen te stellen, maar een draaiboek naar Nederlands model biedt houvast. Het doet me denken aan oorlogs- of rampeneeskunde. Wat als je plots, totaal onverwacht, duizend slachtoffers op een spoedgevallendienst hebt. Hoe ga je triëren? In België zijn we erin geslaagd om door opschaling dat soort keuzes niet te hoeven maken. Toch heeft het zin om over zo’n plan na te denken en het debat ten gronde te voeren. Wie zegt dat een volgende pandemie – over vijftig jaar of over drie jaar – niet nog veel erger zal zijn? Ik zou het als arts fijn vinden om te kunnen werken met een plan dat politiek en maatschappelijk gedragen is. Het probleem in België is dat vandaag om het even wie naar de rechter kan stappen om een intensivist of een andere arts aan te klagen. Als die dreiging reëel wordt, dan zitten we pas echt met een probleem en dan is elk open en objectief debat verzeikt.”

Dr. van Stijn: “Zou het niet zo moeten zijn dat de professionals dit vastpakken en opschrijven hoe ze het zouden willen en het dan presenteren aan de politiek?”

Dr. Rogiers: “Dat gebeurt, maar de politiek vermijdt dat debat, over alle partijgrenzen heen. Het ethisch debat ten gronde voeren, dat gebeurt niet bij ons. Als ik de voorbije twintig jaar vertelde dat ik intensivist ben, vroegen de mensen me vaak ‘ah, jij werkt op de spoedgevallen?’ En dan moest ik uitleggen dat dat niet hetzelfde is. En vandaag weet iedereen dat als het aantal bezette IC-bedden onder de vijfhonderd zakt, de mensen op skivakantie mogen. Dat is het niveau waarop bij ons het debat wordt gevoerd. Het is potsierlijk. We hebben een

Wie is wie?

Dr. Ilse van Stijn is intensivist. Drie jaar geleden werd ze voorzitter van het bestuur medische staf van het OLVG-ziekenhuis in Amsterdam. Daarvoor was ze hoofd van de afdeling intensive care. Ze was bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care en is nu voorzitter van de Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen.



Dr. Peter Rogiers is internist van basisopleiding, maar werkt sinds 1992 op de afdeling intensieve zorg in ZNA. Hij is diensthoofd IZ van de drie ZNA-ziekenhuizen in Antwerpen.



objectief en ernstig maatschappelijk debat nodig. Wie beweert dat de aarde plat is en niet rond, met als enige argument 'dat is mijn mening', die moeten we niet uitnodigen op dat debat en ook geen forum geven in de pers. Daar schiet niemand iets mee op. We moeten objectief blijven en de tijd nemen voor een debat in de diepte met medische, ethische, sociologische, filosofische, economische, financiële en andere aspecten."

Dr. van Stijn: "Het zou inderdaad een gemiste kans zijn als je het momentum niet grijpt. In Nederland hebben we ook nog werk voor de boeg, zeker op het gebied van educatie. Wat betekent het als je opgenomen wordt op intensive care? Mensen onderschatten dat weleens. Het is een vorm van lijden. En als dat lijden geen doel meer dient, waarom doen we het dan? Ook in Nederland zijn er families die naar de rechter stappen om via een kortgeding een behandeling af te dwingen. Het is pijnlijk als mensen zo afscheid moeten nemen van een dierbare. En verder: hoe gaan we daar maatschappelijk mee om? Welke balans streven we na? Dat zijn de vragen die ertoe doen. Niet de dagelijkse cijfers van het aantal ingenomen bedden op IC. Weet je, uiteindelijk moeten we leren leven met dit virus."



Akkoord dr. Rogiers?

Dr. Rogiers: "Helemaal. De meeste mensen die vandaag (begin februari 2022, nvdr) in het ziekenhuis belanden, worden mét covid opgenomen, niet door covid. Ze komen binnen na een hartinfarct, met diabetes of een beroerte en dan stellen we vast dat ze ook besmet zijn met corona. Dat is helemaal anders dan in de vorige golven, toen mensen met ademhalingsproblemen worstelden. Dat onderscheid maken we nog te weinig. Men blijft te zeer gefixeerd op die cijfers en grafieken, terwijl de realiteit erachter helemaal veranderd is."

Artsen, ziekenhuizen en koepelorganisaties hebben toch ook gewaarschuwd om die vierde golf vooral niet te onderschatten?

Dr. Rogiers: "Ik begrijp dat, want we hebben ons al een paar keer miskeken op dit virus. Telkens weer het rijk der vrijheid aankondigen en dan te snel beslissingen nemen of met een nieuwe variant geconfronteerd worden... We zijn voorzichtig geworden. Wij zijn geen waarzeggers. Achteraf is het altijd gemakkelijk praten. Nogmaals, we hebben een maatschappelijk debat nodig dat deze concrete situatie overstijgt."

Waarom lukt het eigenlijk niet op de manier waarop het in Nederland is gelopen: van onderuit een gedragen plan uitwerken in dialoog met alle stakeholders en daarna dat plan voorleggen aan de politiek en het parlement?

Dr. Rogiers: "Ik denk dat het maatschappelijk draagvlak in Nederland hierover vooraf al veel groter was. Praten over levenseinde en dergelijke thema's is bij ons nog niet gewoon. We hebben het er niet over. Ook niet op school of in het hoger onderwijs. Terwijl jongeren toch grootouders hebben die ze ouder zien worden."

In beide landen hebben we opgeschaald. Het vinden van bedden bleek niet onoverkomelijk, maar voldoende mensen en apparatuur vinden was minder evident.

Dr. Rogiers: "Ik heb nooit eerder zo'n enthousiasme en solidariteit gevoeld in het ziekenhuis als tijdens de eerste golf. Iedereen wou helpen en bijspringen en kwam met creatieve ideeën voor beschermings- en ander materiaal. Bij de tweede golf was het enthousiasme al minder. In de derde golf was het applaus gaan liggen en kwam er zelfs onbegrip voor in de plaats: 'jullie zijn de schuld dat wij niet meer kunnen opereren.'"

Dr. van Stijn: "Hetzelfde zag je in de maatschappij: van klappen voor de zorg naar klappen in de zorg. In de eerste golf was niets te gek. We vonden nog voldoende personeel. Zelfs collega's die met pensioen waren, kwamen terug om te helpen. De spirit zat goed. Hoe langer zo iets duurt, hoe koeler het enthousiasme. Er vielen meer zorgverleners uit, het verzuim steeg, het werd nog lastiger. De maatschappelijke waardering in de eerste golf gaf ons vleugels. Maar ook dat viel stil en we kregen zelfs de schuld dat de terrassen dicht waren. Ik merk bij collega's dat ze in het begin trots waren op IC te werken, terwijl ze dat nu vaak verzwijgen. Dat is helemaal gekeerd."

Hebt u dat zien aankomen?

Dr. van Stijn: "Niet in die mate. Dat het applaus zou verstommen, was duidelijk. Maar dat we met agressie tegen zorgverleners te maken zouden krijgen, dat had ik niet verwacht."

Is het niet vreemd dat het kantelpunt in veel landen ongeveer op hetzelfde moment kwam?

Dr. van Stijn: "Er zit blijkbaar een grens op de rek. Ik ben geen socioloog, ik stel gewoon vast dat mensen voor een korte tijd best wel veel dingen kunnen laten en zich aan richtlijnen houden als ze snappen waarom. →



"Dat het applaus zou verstommen, was duidelijk. Maar dat we met agressie tegen zorgverleners te maken zouden krijgen, dat had ik niet verwacht"

Dr. Ilse van Stijn

Maar blijkbaar mag dat toch niet te lang duren. Zodra de crisis iets minder acuut wordt en de situatie verandert, is het moeilijk om mensen bij de les te houden.”

Een crisis van twee jaar is ook geen crisis meer?

Dr. van Stijn: “Precies.”

In beide landen zijn op een gegeven ogenblik niet-dringende behandelingen uitgesteld. Steeds meer mensen vonden het allesbehalve evident dat covidpatiënten voorrang kregen op andere patiënten.

Dr. van Stijn: “We hebben nooit voorrang gegeven aan covidpatiënten. We geven altijd voorrang aan patiënten die het dringendst zorg nodig hebben. Ik heb eindelijk veel pleidooien gehouden, tot op televisie toe, om die polarisatie niet te maken. Het gaat niet om covid- versus niet-covidpatiënten, maar om acute zorg: als je acute zorg niet levert, dan gaan mensen dood. Als je meer acute zorg moet verlenen, vermindert de capaciteit voor chronische en planbare zorg. Dat heeft gevolgen. Zo kan chronische zorg plots acuut worden of kan het uitstellen van zorg leiden tot grotere schade. Sommige patiënten hebben veel pijn geleden door het uitstel van hun behandeling. Denk maar aan mensen met heupartrose: je kan zo’n operatie uitstellen, de patiënt zal er niet aan sterven, maar het doet veel pijn en de kwaliteit van leven lijdt eronder. Onderschat dat niet. We moeten voortdurend nadenken, kritisch reflecteren en contact houden met alle patiënten op de wachtlijst. Je kan nooit zomaar zorg wegnemen.”

Bij ons was er een oproep van mensen met kanker. Daar speelt niet alleen de fysieke pijn, maar ook de angst: hoe lang kan mijn behandeling wachten zonder mijn kans op herstel te hypothekeren?

Dr. Rogiers: “Tijdens corona is het ziekenhuis door veel patiënten ten onrechte lang beschouwd als een onveilige plaats. Mensen namen daarom zelf een afwachtende houding aan. Tegelijk denk ik niet dat we veel kankerbehandelingen hebben uitgesteld. Chemotherapie, bestralingen en oncologische operaties zijn altijd blijven doorgaan. Andere behandelingen zijn misschien onnodig uitgesteld uit voorzichtigheid. Het gebeurt zelden dat een patiënt na een knieoperatie op IZ wordt opgenomen. Toch zijn dat soort operaties uitgesteld om IZ te ontlasten. Dat had niet altijd hoeven.”

Is het denkbaar dat op een bepaald moment gevaccineerde patiënten voorrang krijgen op niet-gevaccineerde patiënten?

Dr. van Stijn: “Ook daarover hebben we al gedebatteerd met de beroepsvereniging. Er bleek echter geen medisch criterium voor dat onderscheid. Ook vanuit ethisch standpunt is daar geen grond voor. Het principe ‘eigen schuld, dikke bult’ geldt niet als criterium. Je weet nooit waarom iemand zich niet liet vaccineren.

“We hebben nooit voorrang gegeven aan covidpatiënten.

“We geven altijd voorrang aan patiënten die het dringendst zorg nodig hebben

Het is niet altijd uit ‘dwarsigheid’. Bovendien, als we alle *self inflicted injuries* afwijzen, dan kunnen we ver gaan.”

Dr. Rogiers: “Wat doe je met mensen die roken? Die hun diabetes niet goed verzorgen? We maken daar toch ook geen onderscheid? Covid zet de dingen iets meer op scherp. Als je vandaag rookt, ondervind je daar over dertig jaar de gevolgen van. Wie zich vandaag niet laat vaccineren, kan volgende week de gevolgen dragen. De link tussen oorzaak en gevolg is veel directer. Maar ethisch verandert dat niets.”

Kunnen Nederland en België van elkaar leren? Of heeft elk met zijn eigen traditie, cultuur en middelen, en met vallen en opstaan, uiteindelijk toch het best mogelijke parcours afgelegd?

Dr. van Stijn: “Elk land heeft zijn complexiteit, context en besluitvorming. En zijn bevolking. Nederlanders zijn net iets anarchistischer. Ze vinden het lastig om zich aan regels te houden. De snelheid van vaccineren had bij ons beter gekund. Tegelijk, als het gaat over duidelijkheid, dan was Nederland toch wel vrij strikt. Of het aantal IC-bedden nu zal verhogen? Dat hangt er vooral van af of we voldoende personeel vinden. We hebben van de overheid toestemming om meer bedden operationeel te maken dan we op dit ogenblik aankunnen. Hoe maken we jonge mensen warm voor de zorg? Hoe maken we werken op IC aantrekkelijk? Daar zijn we nu erg mee bezig. Daarnaast moeten we werk maken van buffercapaciteit in eigen land en een *pandemic preparedness* op Europees niveau.”

Dr. Rogiers: “Europa bleef inderdaad opvallend afwezig tijdens de covidcrisis. In vergelijking met Nederland mag de capaciteit IC-bedden in België hoog lijken, maar vergeet niet dat Nederland in verhouding tot het aantal patiënten meer verpleegkundigen inzet.* Tegelijk zijn de wachttijden voor een operatie in België korter dan in Nederland. Dat maakt deel uit van onze mentaliteit: we steken wel een tandje bij als het nodig is. Wat is dan het beste systeem? Misschien moeten we elkaar ergens in het midden vinden?”

* In Nederland was de verhouding in de periode voorafgaand aan corona 1 verpleegkundige voor 1,75 à 2 patiënten op IC. In België is de verhouding 1 verpleegkundige op 3 patiënten.

Jaarcampagne TE GEK!? over depressie



Al vele jaren maakt Te Gek!?, met Guy Swinnen als peter en Selah Sue als meter, geestelijke gezondheid in Vlaanderen bespreekbaar via brede publiekscampagnes en projecten voor specifieke doelgroepen. Daarnaast zet Te Gek!? ook in op een humane geestelijke gezondheidszorg met tal van bestaande activiteiten en nieuwe initiatieven.

In september 2021 ging de jaarcampagne *Wellicht* over depressie van start. Hiermee wil Te Gek!? bij de Vlaamse bevolking de kennis over depressie vergroten, het thema bespreekbaar maken en stigmatisering tegengaan. In de beste Te Gek!?-traditie vinden een jaar lang Te-Gekke!?-projecten plaats.

Depressie is een stemmingsstoornis dat veel mensen in onze maatschappij treft. Wereldwijd lijden 264 miljoen mensen aan een depressie. Het is vandaag de derde oorzaak van de ‘universele ziekte’, dat is het totale wereldwijde verlies aan productieve jaren door ziekte. In 2030 zal depressie de belangrijkste oorzaak zijn. Maar liefst 20% van de vrouwen en 10% van de mannen in ons land krijgen ooit met een vorm van depressie te maken. Eén persoon op zeven wordt vroeg of laat zelfs geconfronteerd met een zware depressie. En toch blijft de kennis over dat thema beperkt en zorgen taboe en vooroordelen ervoor dat mensen laat hulp inschakelen. In het overgrote deel van de gevallen worden depressieve klachten onvoldoende ernstig genomen of worden ze zelfs niet benoemd.

Dat is jammer, want doorgaans is een depressie vrij goed te behandelen. Bovendien zorgt een tijdige behandeling van een depressie ervoor dat ze niet ernstiger wordt en verkleint het risico op een terugval.

Wellicht is een gezamenlijk initiatief van Te Gek!?, Museum Dr. Guislain, Ups & Downs, Similes, Familieplatform, Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) & Kinderen van Ouders met een Afhankelijkheidsprobleem (KOAP), Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP), Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP), Janssen, unik-id, de Vlaamse Overheid, Zorgnet-Icuro, Domus Medica en de Belgisch-Nederlandse Wandelverbroedering.

Alle info op www.tegek.be en www.wellicht.be

Te
GEK!?

De volgende vier artikels kaderen in de *Wellicht*-campagne van Te Gek!?.

PSYCHIATER NATHALIE VANDERBRUGGEN

“Goedbedoelde adviezen als ‘ga eens op vakantie’ zijn erg pijnlijk voor iemand met een depressie”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINI CLEEMPUT

Prof. dr. Nathalie Vanderbruggen is diensthoofd psychiatrie in het UZ Brussel. Haar specialisatie ligt onder andere bij angst- en stemmingsstoornissen, middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotherapie... *Zorgwijzer* sprak met haar over het hoe en wat van een depressie, de nieuwe tendensen in behandeling en het belang van de context en familie.

Te Gek!? wijdt zijn nieuwe jaarcampagne aan depressie. Een goed idee?

“Absoluut. Want ondanks het feit dat depressie steeds meer aandacht krijgt, heerst er toch nog een taboe rond. Velen voelen schroom om erover te praten en hulp te zoeken, ze schamen zich of voelen zich onterecht ‘zwak’. Depressie is een ernstige ziekte die een belangrijke vermindering van de levenskwaliteit met zich meebrengt en een negatieve impact heeft op de relaties met de omgeving. Het leidt vaak tot tijdelijke werkonbekwaamheid, rolbeperking en houdt een verhoogd risico in op suïcide. De campagnes van Te Gek!? hebben in het verleden al bewezen dat ze heel drempelverlagend werken. Ze brengen geestelijke gezondheidsproblemen onder de aandacht en dat is anno 2022 nog steeds nodig. Informatieverstrekking en sensibilisering zijn een belangrijke vorm van preventie. Te Gek!? brengt moeilijke thema’s op een erg toegankelijke manier, via getuigenissen van ervaringsdeskundigen en dankzij de medewerking van Bekende Vlamingen en artiesten.”

Wat zijn de belangrijkste taboes en vooroordelen?

“Heel wat mensen onderschatten de ernst van de ziekte. Iedereen voelt zich weleens een periode wat neerslachtig, maar dat heeft niets met depressie te maken. Depressie brengt een zeer intens lijden teweeg en heeft een enorme impact op het dagelijks leven. Mensen met een depressie krijgen vanuit hun omgeving vaak goedbedoelde adviezen als ‘doe eens iets leuks, ga een tijdje op vakantie...’ Zulke boodschappen zijn pijnlijk voor de patiënt. Mensen met een depressie kunnen niet genieten van vakantie, een leuke film of een stevige wandeling. Die adviezen wakkeren schuld- of schaamtegevoelens aan, alsof patiënten onvoldoende inspanningen doen om beter te worden.”

Wanneer spreken we over een depressie?

“Een depressie is een stemmingsstoornis met als belangrijkste symptomen: zware neerslachtigheid, gebrek aan plezierbeleving en interesse; en dat bijna elke dag, gedurende minstens twee weken. Die symptomen gaan gepaard met andere lichamelijke, gevoelsmatige en cognitieve moeilijkheden zoals verminderde of toegenomen eetlust, slaapstoornissen, psychomotorische vertraging of agitatie, vermoeidheid en verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid en/of schuldgevoelens, twijfelzucht, geheugen- en concentratiestoornissen en soms suïcidegedachten.”

Is burn-out ook een vorm van depressie?

“Nee, dat zijn twee aparte aandoeningen. Ze worden soms met elkaar verward, omdat er bij beide enkele gelijkaardige symptomen voorkomen, zoals zeer invaliderende vermoeidheid, verlies van energie, slaapstoornissen en cognitieve problemen. Het grote verschil is dat mensen met een burn-out wel zin hebben om iets te ondernemen, maar het ontbreekt hen aan energie. Terwijl mensen met een depressie zin noch motivatie hebben om iets te doen. Bovendien zijn er belangrijke contextuele verschillen: burn-out is vooral werkgerelateerd, terwijl depressie een impact heeft op alle levensdomeinen en op alle aspecten van het functioneren. Burn-out is dus veeleer een probleem van energietekort door langdurige mentale overbelasting, terwijl depressie een stemmingsstoornis is.”

Hoe vaak komt depressie voor? En hebben bepaalde groepen meer kans dan andere?

“De levensprevalentie in België (de kans om ooit in het leven een depressie door te maken) schommelt tussen de 15 en 35%. De meeste mensen ontwikkelen een eerste depressie rond hun twintigste à dertigste levensjaar. Het komt dubbel zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Overige kwetsbare groepen zijn ouderen, alleenstaanden en de laatste decennia zien we ook een belangrijke toename bij jongeren. Depressie wordt veroorzaakt door een combinatie van biologische, psychologische en



sociale factoren. Een van de biologische factoren is genetische kwetsbaarheid: er is dan een grotere gevoeligheid om een depressie te ontwikkelen indien zich ook heftige levensgebeurtenissen voordoen. Andere biologische factoren zoals bepaalde lichamelijke aandoeningen - denk maar aan schildklier- en bijnierschors-afwijkingen, hart- en vaatziekten, diabetes of chronische pijn - maar ook het gebruik van middelen en medicijnen kunnen aanleiding geven tot een depressieve stoornis. Psychologische en sociale factoren spelen eveneens een rol. Een van de meest consistente bevindingen in onderzoek is dat een depressieve episode vaak wordt voorafgegaan door stressvolle gebeurtenissen. Belangrijke verlieservaringen bijvoorbeeld, zoals het wegvallen van een partner of een job, of het afnemen van lichamelijke capaciteiten door ouderdom, kunnen depressie uitlokken. Ook vroegkinderlijke trauma's kunnen mensen levenslang meer gevoelig maken voor somberheid en depressie. Toch zal niet iedereen met een grotere kwetsbaarheid ooit een depressie ontwikkelen. Veel is afhankelijk van de persoonlijkheid. Mensen wiens pro-

voorgeschreven, hebben veel minder bijwerkingen dan de oudere preparaten. Er doen echter nog veel mythes de ronde. Dat antidepressiva verslavend zouden zijn bijvoorbeeld: dat is niet het geval!”

Zijn er nog alternatieven?

“Als psychotherapeutische en farmacotherapeutische strategieën onvoldoende opklaring geven van de depressie kan, op indicatie, eventueel gebruik gemaakt worden van neuromodulatietechnieken. Dat zijn behandelvormen waarbij de activiteit van welbepaalde delen van de hersenen worden gestimuleerd of onderdrukt. Elektroconvulsietherapie (ECT) is de oudste en meest werkzame biologische behandeling voor depressie, maar ook voor catatonie, manische toestandsbeelden of psychose. Tijdens ECT wordt, onder narcose, een elektrische impuls toegediend waardoor er in de hersenen een ontlading of een convulsie ontstaat. Uit cijfers blijkt dat 41 tot 91% van de patiënten met depressie na deze behandeling het beter stellen. Bij een psychotische depressie herstelt zelfs minstens 90%

jaar na elkaar voordoen. Een winterdepressie gaat gepaard met atypische kenmerken zoals een verhoogde eetlust met vooral *craving* naar koolhydraten, een uitgesproken vermoeidheid en slaapbehoefte, gebrek aan energie en prikkelbaarheid. Bij lichttherapie wordt de persoon kort na het ontwaken gedurende een halfuur blootgesteld aan een sterk wit of blauw licht van minstens 10.000 lux. Lichttherapie verlaagt de concentratie melatonine in het bloed. Daardoor wordt de slaapbehoefte minder en nemen ook de andere klachten af, waardoor men weer beter kan functioneren.”

Moeten patiënten met een depressie ook vaak worden opgenomen?

“Er is al jaren een trend bezig naar meer vermaatschappelijking van de zorg: bedden in psychiatrische ziekenhuizen worden afgebouwd en er wordt meer ingezet op ambulante hulpverlening. Dat is positief: de meeste patiënten die lijden aan een depressie kunnen ambulant worden geholpen. Maar er zijn natuurlijk

uitzonderingen. Soms is de depressie dermate ernstig dat iemand niet meer in staat is om voor zichzelf te zorgen. Of er is sprake van suïcidedgedachten en er kan thuis onvoldoende veiligheid worden geboden. In zulke gevallen kan een opname meer nabijheid van zorg bieden. Meestal verwijst de huisarts, psycholoog of psychiater de patiënten door voor opname. Maar het gebeurt ook geregeld dat patiënten via spoed binnenkomen, na een suïcidepoging bijvoorbeeld.”

Zijn suïcide en depressie onlosmakelijk met elkaar verbonden?

“Niet altijd. We weten dat ongeveer 4% van de patiënten die een depressie doormaken, overlijden aan suïcide. Al is er natuurlijk een grotere groep die ooit een

“Niet iedereen met een grotere kwetsbaarheid zal ooit een depressie ontwikkelen. Veel hangt af van de persoonlijkheid

bleemoplossend vermogen beperkt is, grote faalangst hebben of juist heel perfectionistisch zijn en hoge eisen stellen aan zichzelf, zijn er meer gevoelig voor.”

Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

“Bij een milde tot matige depressie dringt zich niet altijd medicatie op, maar kunnen patiënten al veel baat hebben bij betere zelfzorg: meer bewegen en sporten, voldoende slapen, gezond eten, minder alcohol drinken, stress vermijden... Ook mindfulness en relaxatie kunnen goed helpen. Daarnaast is psychotherapie belangrijk, om meer zicht te krijgen op het eigen functioneren en opnieuw grip te krijgen op het leven. De patiënt leert beter om te gaan met stressvolle situaties en signalen te herkennen die opnieuw een depressie zouden kunnen uitlokken. Bij een ernstige depressie zijn antidepressiva wel aangewezen en levert de combinatie van medicatie en psychotherapie de beste resultaten. Antidepressiva werken in op de mechanismen in de hersenen die verantwoordelijk zijn voor depressie. Ze kunnen ervoor zorgen dat de zwaarste symptomen onder controle raken, zodat de patiënt zich kan openstellen voor psychotherapie.”

Over antidepressiva bestaat nochtans de nodige controverse.

“Er wordt vaak beweerd dat te veel mensen antidepressiva slikken, vooral de huisartsen worden daarvoor met de vinger gewezen. Het klopt dat ongeveer 8% van de bevolking antidepressiva neemt. Maar antidepressiva worden ook voorgeschreven voor andere indicaties zoals angststoornissen of obsessief compulsieve stoornissen. De antidepressiva die vandaag het meest worden

van de patiënten binnen de twee weken na de start van de behandeling. Er zijn eigenlijk weinig contra-indicaties. De bijwerkingen die het meest voorkomen, zijn misselijkheid en hoofdpijn. Ook kan een deel van de patiënten tijdens de behandeling met ECT moeite ervaren met het inprenten van nieuwe informatie. Maar meestal verdwijnt dat volledig enkele weken na het staken van de ECT-kuur.

Transcraniële magnetische stimulatie (TMS) is een nieuwere techniek die ingang vindt bij verschillende neuropsychiatrische aandoeningen. Hierbij hoeft de patiënt niet onder volledige narcose te worden gebracht. Die techniek maakt gebruik van een elektromagnetische stimulatiespoel die tegen de hoofdhuid wordt gehouden boven een bepaald hersengebied. In die spoel wordt een magnetisch veld opgewekt dat door de schedel heen dringt en ter hoogte van de hersenschors een elektrische activiteit opwekt en zo de neuronale activiteit moduleert. Er zijn geen noemenswaardige bijwerkingen en deze techniek heeft geen negatieve invloed op de cognitie. Er zijn ook nog andere neuromodulatietechnieken voor depressie mogelijk zoals Nervus Vagusstimulatie (NVS), transcraniële Direct Current Stimulatie (tDCS) en Deep Brain Stimulatie (DBS).”

Ook lichttherapie wordt steeds vaker gebruikt: werkt dat echt?

“Voor mensen met een seizoensgebonden depressie, ook wel ‘winterdepressie’ genoemd, kan chronotherapie - waarvan lichttherapie deel uitmaakt - werken. Die depressie begint in het najaar en gaat voorbij in het voorjaar. Die periodes moeten zich minstens twee



“Het is jammer dat veel patiënten zo lang wachten om hulp te zoeken. Hoe sneller men iemand kan behandelen, hoe beter de resultaten”

Nathalie Vanderbruggen



suïcidepoging onderneemt. Men neemt aan dat van alle mensen die zich van het leven benamen, ongeveer de helft aan een depressieve stoornis leed. Daarnaast kunnen ook andere psychische aandoeningen een rol spelen, zoals angststoornissen of andere psychosociale factoren. Hulpverleners mogen niet aarzelen dat te bespreken, de laatste jaren is daar veel meer aandacht voor. Vaak voelen patiënten zich opgelucht als ze hierover kunnen praten, omdat ze er al lang mee worstelen. Ze durven het niet altijd uitspreken voor hun naasten, uit angst voor afwijzende reacties. Door als hulpverlener het probleem in kaart te brengen, kun je samen kijken waar de patiënt het meeste nood aan heeft.”

Wat kan de rol van familie en naasten zijn?

“De psychiatrie had van oudsher de traditie om de context van patiënten weinig of niet te betrekken. Zorgverleners hebben het soms moeilijk met multipartijdigheid en loyaleitsconflicten. Ze verschuilen zich dan achter het beroepsgeheim. Tegenwoordig is er gelukkig veel meer aandacht voor de context, al kan het zeker nog beter. Als de patiënt ermee instemt - wat meestal het geval is - kan het betrekken van familie en naasten een enorme meerwaarde zijn voor het herstel van de patiënt. Het heeft geen zin om een patiënt na zijn behandeling in een ziekenhuis bijvoorbeeld naar huis te sturen, als zijn naasten niet weten hoe ze hem verder kunnen steunen.”

Krijgen familieleden zelf ook ondersteuning?

“Dat gebeurt nog te weinig. Terwijl zij uiteraard ook lijden onder de depressie van hun naaste. Men weet bijvoorbeeld dat kinderen van wie de ouder een depressie heeft meegemaakt, zelf ook kwetsbaarder zijn om psychische problemen te ontwikkelen. Het is dus heel belangrijk dat ze goed gesteund en begeleid worden. Ook partners van patiënten moeten beter geïnformeerd en begeleid worden, zodat ze begrijpen waaraan de patiënt nood heeft en hoe ze hun partner het best kunnen bijstaan.”

Gemiddeld duurt het een jaar voor iemand hulp zoekt voor een depressie. Hoe komt dat?

“Vaak heeft dat te maken met een aanvankelijke onderschatting van het probleem: veel mensen vermoeden dat hun sombere stemming vanzelf zal overgaan. Maar daarmee gaan ze voorbij aan de ernst van een depressie, die veel fundamenteeler is dan een droevige bui. Bovendien heerst bij velen nog schroom om toe te geven dat ze aan een depressie lijden. De ziekte wordt nog vaak geassocieerd met zwakte, waardoor mensen zich schamen of schuldig voelen. Uiteraard is het jammer dat veel patiënten zo lang wachten om hulp te zoeken. Hoe sneller men iemand kan behandelen, hoe beter de resultaten. Ook omdat het aantal verlieservaringen zich vaak snel opstapelt: mensen die lange tijd met een depressie worstelen, verliezen soms hun werk, de band met vrienden of hun gezin. Dat maakt het herstel veel zwaarder.

Ik zie wel positieve signalen: de geestelijke gezondheidszorg krijgt steeds meer aandacht en het stigma lijkt stilaan te verdwijnen. Door organisaties als Te Gek?!, maar ook omdat de media er vaker over berichten. Ook de overheid doet inspanningen. Recent heeft de federale overheid een aanzienlijk budget voorzien voor de netwerken GGZ. Die krijgen de opdracht om eerstelijnspsychologische zorg te ontwikkelen in hun geografisch gebied. Dat zal onvoldoende zijn om iedereen te helpen en de wachtlijsten voor ambulante hulp weg te werken, maar het is een belangrijke eerste stap. Al kunnen we natuurlijk meer doen. Op dit moment gaat 6% van het budget voor gezondheidszorg naar geestelijke gezondheid. Volgens de OESO zou dat minstens 10% moeten zijn. Daar zijn we dus nog niet. Maar ik denk dat de geesten stilaan rijp worden om meer te investeren in geestelijke gezondheidszorg. Dat is misschien toch één positief gevolg geweest van covid: ineens begrijpen veel meer mensen het belang van mentale gezondheid.”

“Als de patiënt ermee instemt - wat meestal het geval is - kan het betrekken van familie en naasten een enorme meerwaarde zijn voor het herstel”

Nathalie Vanderbruggen



“Iedereen voelt zich weleens een periode wat neerslachtig, maar dat heeft niets met depressie te maken”

ERVARINGSWERKER AAN HET WOORD

“Ik wil anderen de lange weg besparen die ik zelf in de psychiatrie moest afleggen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: SOPHIE NUYTEN

Tom Van den Abeele heeft een bipolaire stoornis: vanaf zijn 20ste kreeg hij te kampen met manische periodes, gevolgd door depressies. Hij besloot zich om te scholen tot ervaringswerker in de geestelijke gezondheidszorg en werkt nu bij PZ Sint-Alexius in Grimbergen.

Wanneer ontdekte je dat je een bipolaire stoornis hebt?

“Pas rond mijn 30ste. Maar daar ging al een heel traject van psychiatrische hulp en opnames aan vooraf. Toen ik 20 was, is mijn broer verongelukt, waarna ik voor het eerst een zware depressie kreeg. Een psychiater schreef me toen een hoge dosis Xanax voor, wat mijn eerste manische periode triggerde. Nadien begon mijn leven heel hobbelig te verlopen: studeren lukte niet goed en ik begon in de horeca te werken. Maar ik gooide me vooral volop in het uitgaansleven. Af en toe had ik manische periodes, al was ik me daar toen nog niet van bewust. Dan dronk ik wekenlang veel te veel alcohol en geest raakten compleet uitgeput en na enkele weken viel ik keihard in depressies. Die duurden soms een halfjaar en waren zeer ernstig, waardoor ik altijd moest worden opgenomen. Rond mijn 30ste kreeg ik na een test in een psychiatrisch ziekenhuis te horen dat ik een bipolaire stoornis heb, met meer aanleg voor manische periodes. Dat is een zware diagnose, omdat het niet te genezen valt. Maar sindsdien gaat het veel beter met mij: ik kreeg de juiste medicatie, maar vooral ook handvaten om ermee te leren omgaan.”

Hoe kwam je op het idee om als ervaringswerker aan de slag te gaan?

“Na mijn laatste opname in 2014 kon ik terecht in het psychotherapeutisch dagcentrum van de Alexianen in Leuven. Daar kwam ik bij een fantastisch team terecht

en kreeg ik zeer fijne therapieën. Toen mijn begeleiding ten einde liep, vroeg een van de hulpverleners of ik mijn verhaal wilde vertellen aan studenten verpleegkunde. Dat viel heel goed mee, dus nadien gaf ik nog geregeld presentaties voor studenten. Op een bepaald moment vroeg iemand of ik me niet beter zou omscholen tot ervaringswerker in de geestelijke gezondheidszorg. In 2015 ben ik aan die opleiding begonnen aan de UCLL Hogeschool.”

Niet veel later kon je al professioneel aan de slag.

“Nadat ik even als vrijwilliger had gewerkt, zag ik eind 2015 een vacature voor een ervaringswerker bij Zorggroep Sint-Kamillus in Bierbeek. De toenmalige directeur patiëntenzorg was helemaal mee in het verhaal van ervaringswerkers en herstelgerichte zorg, dus ik heb daar heel veel mogen doen. Zo heb ik in duo met een andere hulpverlener een opleiding Herstelgerichte Zorg gecreëerd, die uiteindelijk een verplichte module werd voor alle medewerkers. Daarnaast zetelde ik in allerlei werkgroepen: rond vrijheidsbeperkende maatregelen bijvoorbeeld, of rond signaliseringsplannen en crisiskaarten. Die laatste zijn trouwens uitgerold in heel het ziekenhuis: een fantastische prestatie.”

Werkte je ook samen met patiënten?

“Ja. In het begin was dat beperkt, met één praatgroep per week. Maar dat werd steeds meer. Na een tijdje mocht ik een inloophuis creëren, een laagdrempelige

ontmoetingsplek waar patiënten van alle afdelingen zomaar binnen en buiten konden lopen. Daar stonden onder meer computers, een pingpongtafel én de grootste tv van het hele ziekenhuis. In de geestelijke gezondheidszorg is er vaak een tekort aan humor. Dus organiseerde ik een wekelijks lachuurkje met dvd's van Philippe Geubels, Urbanus en andere komieken. Op een bepaald moment stelden enkele patiënten voor om een fuif te organiseren. Ik zorgde voor drankjes, chips en alle apparatuur, zij voor de muziek. Zo hebben we een aantal geweldige middagen gehad, op vrijdag van 13 tot 17 uur. Patiënten en begeleiders stonden daar samen plaatjes te draaien en te dansen: fantastische momenten. Als ervaringswerker probeerde ik toch wat uit mijn vaste taken en rollen te treden en verlichting te brengen, om een opname voor patiënten aangenamer te maken.”

Wat is je grootste meerwaarde als ervaringswerker?

“Het belangrijkste verschil met reguliere hulpverleners is dat ik heel open kan praten over mijn eigen kwetsbaarheden en ervaringen in de psychiatrie. Daardoor is het contact met patiënten anders. Ik zal zeker niet beweren dat wat ik doe beter of belangrijker is, maar het is een goede aanvulling. Ik sta vaak iets dichter bij patiënten - al heb ik het zelf liever over 'mensen in opname'. Maar de essentie van mijn job is toch dat ik hen de lange weg wil besparen die ik zelf in de psychiatrie moest afleggen. Ik hoop dat ik hen wat sneller in de juiste richting kan helpen. En ik wil de patiënten ook een stem geven in de psychiatrie.”

Heb je soms weerstand gevoeld van collega-hulpverleners?

“Zelden. Bij Sint-Kamillus heb ik op veel verschillende afdelingen gewerkt, en slechts op één plek voelde ik dat. Op mijn eerste werkdag zei een collega: 'vanaf nu zal je ook dingen moeten verbieden aan de patiënten'. Dat raakte mij echt. Alsof dat de essentie van de job is. Gelukkig had ik toen al verschillende jaren ervaring en stond ik vrij stevig in mijn schoenen. Er leven wel wat vooroordelen over ervaringswerkers, maar uiteindelijk heb ik ook op die afdeling mijn meerwaarde kunnen bewijzen en is iedereen bijgedraaid. Ze hadden gewoon wat meer tijd nodig.”

Intussen ben je van job veranderd.

“Doordat ik verhuisde, werd de afstand naar het werk vrij pittig. Dus toen ik een vacature zag bij PZ Sint-Alexius in Grimbergen, trok dat mijn aandacht. Bovendien sprak het takenpakket me erg aan: de herstelgerichte zorg in het hele ziekenhuis implementeren, helemaal van nul. Dat leek me een heel fijne uitdaging. Ik werd aangenomen en ben er nu stafmedewerker: een mooie erkenning van mijn rol als ervaringswerker. Op dit moment ben ik een opleiding over herstelgerichte zorg aan het ontwikkelen, die we op elke afdeling zullen geven. En ik zetel ook in enkele werkgroepen, onder meer rond ethiek en vrijheidsbeperkende maatregelen. Heel boeiend.

Het is een halftijdse functie; daarnaast kon ik ook aan de slag bij het mobiel team van het ziekenhuis. Daar

“Een opname lijkt wel het laatste taboe. Terwijl het echt iedereen kan overkomen

ben ik de eerste betaalde ervaringswerker, maar het team heeft me meteen met open armen ontvangen. Het voelt een beetje alsof de cirkel rond is: zelf ben ik als patiënt ook begeleid door een mobiel team, waardoor een opname vermeden kon worden. Ik ben blij dat ik nu iets kan terugdoen, onder meer door mensen te helpen om hun sociaal netwerk te vergroten en de band met hun familie en context te versterken.”

Jullie hechten veel belang aan de 'familie-reflex'. Wat is dat precies?

“Dat is een volledig uitgewerkte methodiek om familie en naasten meer te betrekken bij de behandeling, vanaf het intakegesprek. Door hen warm te ontvangen, naar hen te luisteren en hen psycho-educatie te geven. Vroeger gebeurde dat veel te weinig. Mijn eigen familie werd zelden geraadpleegd toen ik opgenomen werd. Dat heeft er mee voor gezorgd dat ik zo lang moest wachten op een correcte diagnose. Toen mijn zussen toch eens werden uitgenodigd voor een gesprek, werd meteen veel duidelijk. En toen een van hen tijdens een gesprek met een hulpverlener zei dat ik in mijn manische periodes heel arrogant was en dat ze niet wilde dat haar kinderen - met wie ik een goede band heb - mij dan zagen, heb ik echt de klik gemaakt. Ik wilde me laten behandelen, om geen mensen te verliezen. Dat ik intussen zo stabiel ben en een normaal leven kan leiden - voltijds werk, samenwonen met mijn vriendin, fijne hobby's, een goede vriendenkring - komt ook omdat mijn omgeving heel goed weet wat een bipolaire stoornis is en hoe ze mij daarin kunnen ondersteunen. Dat probeer ik lotgenoten ook duidelijk te maken: zoek de juiste hulp en laat je ondersteunen door je netwerk. Dan kun je er sterker uitkomen.”

Alleen ervaren velen nog het taboe dat rond psychische problemen hangt. Had je dat ook?

“Helaas wel. Op een bepaald moment heb ik me zelfs laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis, zonder dat iemand het wist. Nu geef ik sessies aan patiënten die net opgenomen zijn, over stigma en zelfstigma. Hoe kun je erover vertellen aan vrienden, familie en collega's. Wat vertel je? Waar doe je dat? Ik merk dat zelfs bij jongeren het taboe nog groot is. Over depressie praten, of zeggen dat je naar een psycholoog gaat: dat wordt nu beter aanvaard. Maar een opname lijkt wel het laatste taboe. Terwijl het echt iedereen kan overkomen.”

PSYCHIATER EVA DEBUSSCHER &
FOTOGRAFE LIEVE BLANQUAERT

“Verslaving is als een extra persoon die traag je leven binnensluipt”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: JONATHAN RAMAEL

Liefde, depressie en verslaving: het zijn drie thema's die vaak pijnlijk diep met elkaar verbonden zijn. Psychiater en systeempsychotherapeut Eva Debusscher (Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie Pittem) en fotografe Lieve Blancquaert geven lezingen over die drie-eenheid. “Als we bij enkele mensen vooroordelen kunnen wegnemen, is onze missie geslaagd.”

Waar komt het idee vandaan om samen lezingen te geven over liefde, depressie en verslaving?

Eva Debusscher: “Alles begon met de documentaire en expo van Lieve, *Tussen ons* (een productie van *De Chinezen, red*), waarbij mensen met een verslaving samen met een dierbare werden geportretteerd en geïnterviewd. Het VAD (Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen) bracht ons vervolgens samen. Op de lezing tonen we fragmenten uit de docu, waarna zich een gesprek tussen ons ontspint.”

Lieve Blancquaert: “We hebben intussen al één lezing gegeven en het concept bleek in de smaak te vallen bij het publiek. Het goede aan de documentaire is dat de personages heel herkenbaar zijn: ik denk dat iedereen in het publiek zich wel in een van hen herkende. Maar ik vind het ook belangrijk om zo'n complex thema goed te duiden. Zelf ben ik geen expert: als fotografe en documentairemaker stap ik telkens in een heel ander thema. Door mensen met een verslaving en hun naasten te ontmoeten, heb ik veel over die problematiek geleerd. Maar ik zou mezelf nooit een expert noemen en ik wil ook voorzichtig zijn met grote uitspraken. Daarom vond ik het fantastisch dat Eva mee in die lezingenreeks wilde stappen: zij kan alles heel goed duiden. Zo komen we echt tot een gesprek, waarbij we elkaar vragen stellen en heel dat kluwen van liefde, verslaving en depressie proberen te ontrafelen.”

Debusscher: “Zelf ken ik als beleidspsychiater voor verslavingszorg en systeempsychotherapeut de problematiek vanuit een bepaalde expertise en ervaring. Maar het mooie aan Lieve is dat ze heel intuïtieve vragen durft te stellen, die uit het leven gegrepen zijn. Zoals de kernvraag uit de documentaire: kan je iemand met een verslaving nog graag zien? En moet je jezelf niet beschermen tegen die persoon? Daarmee raakt ze echt de kern.”

Hoe blik jij terug op die docu, Lieve?

Blancquaert: “Als we aan verslaving denken, doemen er spontaan beelden op van vuile, onverzorgde mensen die in een zetel hangen. Maar ik wilde alle betrokkenen op hun mooiste tonen. Het werden bijna statieportretten, waarbij je eigenlijk niet kunt zien wie de mens met een verslaving is, en wie de naaste. Dat vind ik zo belangrijk: iedereen weer mens laten zijn, los van vooroordelen. Want vergis je niet: het stigma op mensen die verslaafd zijn is enorm groot, maar het is ook verschrikkelijk zwaar voor hun omgeving. Ook zij zijn slachtoffers. En toch wordt er met de naasten nog maar weinig rekening gehouden. Dat geeft hen heel vaak een gevoel van onmacht.”

Die onmacht lijkt een rode draad doorheen dit thema.

Debusscher: “Dat klopt. Ik vergelijk verslaving soms met een extra persoon - ongewenst en onzichtbaar - die

heel traag je leven binnensluipt. Dat voelt voor de omgeving heel vreemd aan: je geliefde gaat zich ineens anders gedragen, lijkt niet meer aanwezig, heeft geen aandacht meer... Sommigen vermoeden zelfs dat hun partner een affaire heeft. Het duurt vaak lang voordat de partner, kinderen en dichte vrienden begrijpen wat er aan de hand is. Maar ook de persoon die een verslaving ontwikkelt, merkt dat niet snel. Zo'n verslaving neemt heel zachtjes je persoonlijkheid over. Contradictorisch genoeg merkt de brede omgeving - vrienden, kennissen, collega's - soms sneller dat er iets aan de hand is dan de persoon in kwestie en zijn gezin.”

Blancquaert: “Dat beeld van de extra derde persoon die tussen twee geliefden in komt te staan en de relatie kaapt, heb ik ook heel duidelijk gevoeld wanneer ik de duo's portretteerde. Heel schrijnend.”

“Niemand leeft op een eiland. Tegelijk ligt daar - tussen ons - ook een groot deel van het herstel”



Eva Debusscher

De onwetendheid en taboes over verslaving zijn nog heel groot. Hoe komt dat?

Debusscher: “Dat heeft veel te maken met een schadelijke overtuiging, die helaas nog breed gedragen wordt in de samenleving: dat verslaving een kwestie is van te weinig wilskracht. Veel mensen denken dat je gewoon even stevig op je tanden moet bijten om te stoppen, want je wéét toch dat alcohol/drugs/gokken slecht voor je zijn? Maar daarmee gaan ze compleet voorbij aan het complexe medisch-psychiatrische proces dat bij verslaving hoort. Een verslaving verandert je lichaam, hersenen én persoonlijkheid. Het is als een trein waarop je op een bepaald moment springt, en die dan met een rotvaart verder blijft denderen. Erf springen is bijzonder moeilijk. En het vooroordeel dat je ‘gewoon’ meer wilskracht moet hebben, is vreselijk veroordelend en versterkt het taboe nog.”

Blancquaert: “Als we heel eerlijk zijn met onszelf, dan hebben we dat vooroordeel allemaal. Ik dacht er zelf ook zo over, voor ik met de documentaire begon. In-tussen heb ik veel geleerd, maar toch blijft dat gevoel soms hangen. Helaas ken ik in mijn omgeving ook mensen met een verslaving, en het is heel moeilijk om daarvoor begrip te tonen.”

Debusscher: “Ik vrees dat elke buitenstaander met die overtuiging start. Maar geloof me: veel van mijn patiënten hebben net heel veel wilskracht en karakter. Zij begrijpen zelf niet hoe een verslaving hun leven kon overnemen. En ook hun naasten begrijpen er niets van. Daarom is het zo belangrijk dat zij zoveel mogelijk worden meegenomen in de behandeling. We moeten hen tonen dat verslaving veel gezichten heeft en heel complex is, zodat ze meer inzicht en begrip krijgen.”



“Jammer dat je van een verslaving geen tandpijn krijgt, dan zouden mensen misschien sneller hulp zoeken”

Lieve Blancquaert

Wat zijn belangrijke voorwaarden om een behandeling te doen slagen?

Debusscher: “Bij een ernstig verslaving is een opname soms de enige manier om genoeg afstand te nemen van het verslavende middel en de context waarin het gebruikt wordt. Zo’n opname is vaak ook een begin om – eens fysiek ontnuchterd – het denkveranderingsproces op gang te krijgen. De patiënt moet leren begrijpen wat er precies aan de hand is. En vooral: zichzelf echt leren kennen. Want wie ze tijdens hun verslaving (denken te) zijn, is niet de persoon die nuchter kan blijven. Eenmaal ze meer inzicht hebben in zichzelf, is het ontzettend belangrijk om te werken aan meer steun en verbinding. Dat is uiteraard niet vanzelfsprekend: aan een partner die heel erg heeft afgezien door zo’n verslaving, kun je niet vragen om vanaf dag één weer alle steun te bieden. Dat vraagt een heel proces van verbinding zoeken.”

Die nood aan verbinding lijkt echt wel cruciaal te zijn.

Blancquaert: “Dat zag ik ook bij de duo’s in de documentaire. Wat mensen met een verslaving het meeste nodig hebben, dreigen ze het snelst te verliezen.”

Debusscher: “Heel vaak beginnen mensen pas aan een behandeling onder druk van hun partner of naasten. Omdat die er bijvoorbeeld mee dreigen de relatie te verbreken. Uiteraard moet je in de eerste plaats voor jezelf stoppen met alcohol, drugs of gokken. Maar wat er ‘tussen ons’ gebeurt – een héél toepasselijke naam voor de documentaire – is van ontzettend groot belang. Een van de psychotherapeutische denkkaders bij onze zorgpaden verslavingszorg is systeemtherapie: de basisovertuiging daarbij is dat psychische problemen vooral hun oorsprong vinden in wat zich tussen mensen afspeelt. Niemand leeft op een eiland. Tegelijk ligt daar – tussen ons – ook een groot deel van het herstel.”

Hoe worden naasten betrokken bij de behandeling?

Debusscher: “Ze worden uitgenodigd voor een aantal sessies om de problematiek van verslaving uit te leggen. Dat is geen droog lesje. We treden met hen in dialoog, vragen wat hun ideeën over verslaving zijn en proberen hun inzichten te verbreden. Ook kinderen krijgen uitleg – op maat, uiteraard – en een rondleiding in het ziekenhuis. We proberen de naasten zoveel mogelijk te ondersteunen, naar hen te luisteren en hun noden te erkennen. Soms hebben zij een individueel traject nodig, dan verwijzen we hen door. We hebben de naasten van patiënten echt nodig: herstel heeft veel meer kans op slagen als de patiënt goed omringd wordt. Een deel van de behandeling is een ambulante fase van twee jaar, met verschillende groepstherapieën. Een daarvan is een koppelgroep, waar patiënten samen met hun partners welkom zijn. De koppels kunnen onderling ervaringen uitwisselen en zorgen delen.”

“Het stigma op mensen die verslaafd zijn is enorm groot, maar het is ook verschrikkelijk zwaar voor hun omgeving”

Lieve Blancquaert



De lezingen gaan over verslaving en depressie. Is er een link tussen die twee?

Debusscher: “In veel gevallen wel, maar het is geen eenvoudig causaal verband. Niet elke mens met een verslaving krijgt een depressie, of omgekeerd. Al is er wel een grote groep mensen met een depressie die in de val trappen van het roesmiddel. Vooral alcohol is heel verleidelijk, omdat het zo alomtegenwoordig en laagdrempelig is. En het doet altijd wat het moet doen: alcohol is als een goede vriend die er altijd is wanneer je hem nodig hebt en meteen verlichting geeft. Het is dus logisch dat mensen die heel diep zitten, daar vaak naar grijpen. Maar op een bepaald moment neemt dat middel het over en komt er dus een verslaving bovenop de depressie. Al werkt het ook soms omgekeerd: wie verslaafd is, raakt mettertijd volledig uitgeput, zowel fysiek als psychisch. Verslaafd zijn is een voltijdse job. Die extreme uitputting kan zeker een trigger zijn om in een depressie te belanden.”

Kan medicatie tegen depressie ook een verslaving triggeren?

Debusscher: “Dat antidepressiva verslavend zouden zijn, is gelukkig een mythe. Wat helaas wél klopt, is dat alcohol ervoor zorgt dat antidepressiva minder goed werken. Het is dus belangrijk om eerst de alcoholverslaving onder controle te krijgen, om ook de depressie goed te kunnen aanpakken. Wat we wel vaak zien, is dat artsen slaap- of kalmeermiddelen voorschrijven aan mensen met een depressie. Dat is een begrijpelijke reflex. Maar als er een onderliggende verslaving

speelt – iets wat artsen niet altijd kunnen zien, omdat patiënten die vaak verstoppen – is dat helaas nefast. Slaap- en kalmeermiddelen kunnen namelijk verslavend zijn en zo kan dus een sneeuwbaaleffect van nog ernstiger verslaving ontstaan.”

Depressie gaat vaak gepaard met eenzaamheid. Zit daar ook een link met verslaving?

Blancquaert: “Persoonlijk heb ik de indruk dat al die zaken aan elkaar hangen. Het lijkt zelfs een vicieuze cirkel te zijn: mensen die zwaar in de put zitten, zoeken de roes op om rustig te worden. Maar als die zoektocht naar de roes escaleert, wordt het heel moeilijk om hun naasten dichtbij te houden. Dan is die ‘derde persoon’ er: hun omgeving herkent hen niet meer en het komt tot een breuk. Zo belanden mensen in eenzaamheid, waardoor het nog verleidelijker wordt om de roes op te zoeken.”

Debusscher: “Maar ook bij de naasten is die eenzaamheid een heel grote dreiging. Partners en kinderen raken vaak mee geïsoleerd, omdat ze er alles aan willen doen om hun geliefde te redden. Denk maar aan een mama die de schulden van haar gokverslaafde zoon blijft betalen. En die er bovendien met niemand over durft te praten, uit schaamte.”

Blancquaert: “Het is verschrikkelijk hard, maar soms moet je als naaste kunnen zeggen: hier stopt het. Bij de duo’s uit de documentaire kwam dat ook naar voren.



Een moeder vertelde dat haar zoon pas beseftte dat hij hulp moest zoeken op het moment dat zij hem liet vallen. Zolang ze hem bleef beschermen, werd de verslaving erger.”

Kunnen depressie en verslaving ook samen worden behandeld?

Debusscher: “In het verleden werd verslaving veeleer als een maatschappelijk probleem gezien, in plaats van een geestelijk gezondheidsprobleem. Ook in de hulpverlening zie je soms nog de opsplitsing tussen verslavingszorg en andere geestelijke gezondheidszorg. Gelukkig wordt daar steeds vaker van afgestapt en ontstaat er een geïntegreerde behandeling. Maar niettemin moet je patiënten eerst genoeg zorg en steun geven om nuchter te worden. Dat wordt dan gaandeweg gekoppeld aan trajecten voor andere psychische problemen zoals depressie, trauma of angst. Maar continuïteit van zorg is heel belangrijk, zodat mensen niet hervallen in hun verslaving. We moeten ook altijd opletten voor het fenomeen waarbij mensen enkel hun depressie laten behandelen, maar hun verslaving niet gezien of benoemd wordt. Dan kan die laatste blijven woekeren, waardoor de situatie alleen maar erger wordt. Van de vijftig patiënten met een verslaving die ik nu behandel, zowel in opname als in dagtherapie, neemt ongeveer de helft antidepressiva. Dat is een momentopname, maar het illustreert wel goed hoe nauw de twee problematieken verweven zijn.”

Wachten mensen te lang om hun verslaving te laten behandelen?

Debusscher: “Helaas wel. In de medische wereld bestaat er zoiets als *the treatment gap*: het verschil tussen het aantal mensen met een bepaalde problematiek en het aantal mensen dat ervoor behandeld wordt. Van alle medische aandoeningen scoort alcoholverslaving het slechtst. Het taboe om hulp te zoeken is verschrikkelijk groot, nog groter dan bij een depressie.”

Blancquaert: “Jammer dat je van een verslaving geen tandpijn krijgt, denk ik soms. Dan zouden mensen misschien sneller hulp zoeken.”

Debusscher: “Het tegendeel is zelfs waar: alcohol doet je geloven dat alles prima met je gaat, zolang je maar blijft gebruiken. Veel van mijn patiënten zien het aanvankelijk niet zitten om te stoppen, precies om die reden. En afkicken is natuurlijk echt geen pretje.”

Tot slot: wat willen jullie met de lezingen graag bereiken?

Blancquaert: “Als we bij enkele mensen stigma’s of vooroordelen kunnen wegnemen, is onze missie al geslaagd. Zelf kampte ik daar ook enorm mee en ik voel nog steeds hoe moeilijk het is om die vooroordelen los te laten, ondanks het feit dat ik nu meer begrip van verslaving.”

Debusscher: “En de kracht van beelden en foto’s is zoveel groter dan van een saaie uitleg. Al mijn medewerkers in Pittem hebben de documentaire gezien en ze waren echt blij: eindelijk zagen ze een manier om onze boodschap enorm aan kracht te doen winnen.”

Blancquaert: “Tijdens onze eerste lezing voelde je ook aan de lichaamstaal in de zaal dat er mensen met gelijkaardige problemen waren. Er zijn zoveel mensen die zelf met een verslaving kampen, of het in hun nabije omgeving zien gebeuren. Maar amper iemand durft dat uit te spreken.”

Debusscher: “Hopelijk kunnen we dat ook bereiken: dat mensen de kracht voelen om uit hun isolement te breken en iemand in vertrouwen te nemen. Maar ook als je in je omgeving iemand ziet worstelen met een verslaving, is het belangrijk om erover te praten. Probeer dat altijd te doen als die persoon nuchter is, praat vanuit jezelf en benoem het gedrag. Als je iemand begint aan te vallen, kan je nooit tot een goed gesprek komen. Maar ik moedig iedereen aan om het toch te proberen, want het kan de eerste stap zijn tot herstel.”

“Hopelijk kunnen we met de lezingen bereiken dat mensen de kracht voelen om uit hun isolement te breken en iemand in vertrouwen te nemen”

Eva Debusscher

Is herstel - of zelfs genezing - ooit helemaal mogelijk?

Debusscher: “Mensen kunnen zeker duurzaam nuchter worden. Maar gecontroleerd alcohol gebruiken na een verslaving, dat is eigenlijk niet mogelijk. Dat geldt trouwens ook voor een depressie: je kunt ervan herstellen, maar je moet altijd alert blijven voor herval. Maar ik blijf absoluut geloven in herstel. Dat zeg ik zelfs luidop tegen mijn patiënten bij het begin van de behandeling: ik geloof erin! Verslaving is een problematiek waarin veel moedeloosheid heerst, dus dat zijn mijn collega’s en ik-zelf onze patiënten echt verschuldigd.”

Zowel de expo als de documentaire *Tussen ons kaderden* binnen *Roes(t)*, de vorige campagne van Te Gek!? over alcohol-, drug- en gokproblemen. Ook de lezingen van Lieve Blancquaert & Eva Debusscher leggen een link tussen *Roes(t)* en de huidige campagne *Wellicht* (over depressie). Interesse in de lezing? Contacteer Te Gek!? via info@tegek.be



HUISARTS OVER
“WORDT HET OOIT WEER LICHT?”

“Dit dagboek over donkere tijden kan veel mensen troost en hoop bieden”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: SOPHIE NUYTEN

In het boek *Wordt het ooit weer licht?* getuigt An Peeters in dagboekfragmenten over haar depressie, de “zwarte vlek op haar hart”. Huisarts Lut De Deken las het boek en vertelt over de meerwaarde ervan, aan de hand van tien fragmenten.

“Ze is er al lang, die zwarte vlek op mijn hart. Soms is ze maar zo klein als een speldenkopje. (...) Op andere momenten danst ze brutaal mijn hele hart over.”

“De metafoor van de zwarte vlek had ik nooit eerder gehoord. Maar ik vind het heel mooi verwoord, heel accuraat ook. Met die eerste zinnen zet An Peeters de toon voor haar zeer menselijke getuigenis. De lezer ontdekt hoe zij vanuit een diep dal omhoog kruipt, iets wat heel veel tijd en wilskracht vraagt. Ik vind het ontzettend moedig dat zij dat allemaal zo eerlijk heeft opgeschreven. Al vermoed ik dat het voor haarzelf ook een vorm van therapie zal zijn geweest. Een dagboek bijhouden in donkere tijden kan voor veel mensen troost bieden. En ook lezers kunnen hier zeker troost en hoop vinden. Zo’n eerlijke getuigenis vind je niet zo vaak. Al deed het me denken aan *Nocturne voor Joachim*, het boek dat Magda de Wolf schreef over haar zoon, die ook kampte met een depressie. Hij stopte op eigen houtje met zijn medicatie en stapte helaas uit het leven. Dit soort boeken zijn niet alleen troostend voor wie kampt met

depressie, maar ook zinvol voor de brede samenleving: we moeten leren erkennen dat heel wat mensen kwetsbaar zijn en hulp nodig hebben. En dat het iederéén kan overkomen.”

“Met een bonzend hart zit ik in de wachtzaal van een grote psychologenpraktijk. Eindelijk, want in mijn hart weet ik dat deze afspraak al vijf, tien of zelfs wel vijftien jaar over datum is.”

“De drempel om professionele hulp te zoeken, bij een psycholoog of psychiater, is helaas nog hoog. Als huisarts krijg ik regelmatig patiënten over de vloer die absoluut gebaat zouden zijn bij zulke hulp - al is het maar om enkele concrete handvaten mee te krijgen - maar die dat niet willen. Omdat ze in het verleden al negatieve ervaringen hebben gehad bijvoorbeeld, of omdat het te duur is. Daarnaast is er ook nog het taboe: sommige mensen schamen zich en willen geen hulp vragen. Ik heb het gevoel dat dat bij de jongere generatie verandert, maar bij veel oudere patiënten ligt dat toch



nog moeilijk. Soms sluiten ze zich zelfs volledig af van de buitenwereld en beantwoorden ze geen mails of telefoontjes meer. Dan probeer ik daar als huisarts toch door te breken. Ik raad mensen met een depressie altijd aan om zoveel mogelijk licht en beweging in hun leven te brengen, want je lost het probleem niet op door je op te sluiten, integendeel!”

“Vandaag stond de controlearts aan de deur terwijl ik naar de tandarts was. (...) Dat ik me zou moeten gaan verantwoorden bij de man die tijdens mijn eerste zwangerschap ook al eens mijn pad had gekruist, was voor mij de druppel. Hij was toen al de koudste en hardvochtigste man in de streek.”

“De passages over de controlearts vond ik soms moeilijk, omdat ik zelf af en toe als controlearts werk. Zelf probeer ik open te staan voor het verhaal van de patiënt en heel goed te luisteren. En ik weet dat bepaalde collega's iets minder gevoelig zijn. Maar het lijkt me verkeerd om controleartsen af te schrijven als boemannen. Ze hebben vaak een heel streng imago, maar is er natuurlijk hun maatschappelijke functie: mensen die kunnen werken, moeten gestimuleerd worden om dat te doen. Dat wordt ons niet altijd in dank afgenomen. Vergelijk het met politieagenten die snelheidscontroles uitvoeren: wie betrapt wordt, is vaak boos. Maar zo worden wel levens gered.”

“Ik zie haar nu al een klein jaar (minstens) om de twee weken. Eerlijk gezegd weet ik niet hoeveel uren ik al op haar stoel gezeten heb, hoe vaak ik de dagen tot een volgende afspraak aftelde of hoeveel e-mails ik haar geschreven heb op momenten dat de mist in mijn hoofd te dicht werd.”

“Het is prachtig om te lezen hoeveel steun An vindt bij haar psychologe, op een bepaald moment schrijft ze zelfs dat ze ‘leeft van sessie tot sessie’. En achteraan in het boek omschrijft ze haar als haar ‘gouden psychologe’. Niet iedereen zal zo snel iemand vinden met wie het klikt, soms gaan mensen bij twee of drie verschillende psychologen voor het echt juist voelt. Maar ik merk ook wel dat An echt open staat voor die hulp. Al mogen we nooit vergeten dat zij het belangrijkste werk zelf heeft gedaan. Als hulpverlener kun je bepaalde handvaten bieden, maar het is vooral de patiënt die aan zijn genezingsproces moet werken.”

“Nóg een ander type medicatie erbij zou kunnen helpen. Ik aarzel en moet mezelf eraan herinneren dat het niet mijn schuld is dat het niet is gelukt. Ik heb bepaalde stofjes in mijn hersenen tekort, waardoor het licht niet meer aan kán gaan.”

“De zoektocht naar de juiste medicatie tegen depressie is vaak een werk van lange adem. En het is niet omdat een bepaalde pil goed helpt bij je buurvrouw, dat dat bij jou ook het geval zal zijn. Het voordeel van de nieuwste generatie antidepressiva is wel dat de bijwerkingen heel beperkt zijn. Maar het is ook belangrijk dat ze altijd gecontroleerd worden voorgeschreven en dat een

patiënt niet op eigen houtje stopt wanneer het beter lijkt te gaan. Dat is een vaak voorkomende valkuil. Er zijn heel wat patiënten die levenslang antidepressiva moeten blijven nemen, daar is op zich niets mis mee. Vergelijk het met diabetespatiënten: ook zij hangen een leven lang vast aan medicatie. Maar bij een psychische aandoening lijkt dat toch nog een groter taboe te zijn.”

“Een schaar lag drie meter van mij verwijderd en een deel van mij wilde dat het voorbij was. Het andere deel hield me tegen de grond gedrukt: een interne worsteling.”

“Heel wat patiënten met een depressie worstelen met suicidegedachten. Het is heel belangrijk om daar als huisarts of andere hulpverlener openlijk over te praten. Vaak voelt zo'n gesprek voor de patiënt zelfs als verlossend: eindelijk kunnen ze hun donkerste gevoelens eens delen, zonder dat ze daarvoor veroordeeld worden.”

“An omschrijft heel sterk hoe een depressie elke vorm van levensvreugde kan wegnemen”

Lut De Deken



“Ik moet een loodzware beslissing nemen: ga ik weer werken of laat ik me opnemen?”

“Terwijl An nog in volle behandeling is voor haar depressie, besluit ze toch al te gaan werken. Ik weet niet of zij als leerkracht gebruik maakte van de mogelijkheid, maar in het onderwijs kun je beginnen met halftijds werk en dan langzaam opbouwen: een ideale tussenoplossing. Zo haal je de banden met het normale leven weer aan en krijg je weer de nodige structuur, maar vind je toch nog de nodige rust. Helaas is dat niet bij elke job mogelijk: dat is iets waar in de toekomst hopelijk nog meer oog voor zal zijn. Geneesheer-adviseurs maken er alvast ook soms gebruik van.”

“Ik was bijna elf toen het eerste Harry Potter-boek uitkwam. (...) Voor de jonge of oppervlakkige lezer lijken de dementors slechts een akelig, duister verzinsel. Echt akelig wordt het pas op het moment dat je beseft dat de gevoelens die beschreven worden helemaal geen fictie zijn, maar een metafoor voor de dagelijkse strijd tegen innerlijke demonen die je kwellen.”

“Zelf heb ik de Harry Potter-boeken niet gelezen, maar ik vond dat een hele mooie metafoor. Die donkere gedachten kunnen inderdaad verraderlijk zijn: het ene moment voelt iemand zich prima, maar plots wordt hij daardoor overvallen. Veel van mijn patiënten vertellen dat ze niet durven af te spreken met vrienden of familie, omdat ze niet kunnen inschatten hoe ze zich op dat moment zullen voelen. Daardoor staat hun leven on hold. Het is heel belangrijk om die angst te overwinnen en toch weer naar buiten te gaan, maar daar is goede begeleiding voor nodig. An besluit dat hoofdstuk trouwens heel hoopvol: ‘Er is altijd wel iemand die naast je wil lopen, je wil beschermen, en iemand die ondanks alle duisternis toch in jouw krachten blijft geloven tot je zelf weer sterk genoeg bent om je eigen kracht te zien.’”



“Welke gek geniet er nu niet van vakantie? Ik blijikbaar.”

“An omschrijft heel sterk hoe een depressie elke vorm van levensvreugde kan wegnemen. Maar op een bepaald moment schrijft ze ook dat ze vrede heeft met momenten die ‘goed genoeg’ zijn. Daar kunnen we nog veel uit leren. We leven in een maatschappij met een bepaald ideaalbeeld: trouwen, kindjes, een huis... Maar het leven gaat niet altijd over rozen, er zijn altijd onverwachte problemen. Ook positieve momenten, zoals een huwelijk of een geboorte, kunnen trouwens een depressie triggeren. Het leven zit vol onverwachte wendingen, als mens heb je de nodige flexibiliteit en veerkracht nodig om daarmee om te gaan. Het is heel belangrijk dat kinderen dat al van jongs af leren.”

“Dankjewel mijn allerliefste nichtje, dat ik hier nooit écht alleen door moest.”

“An heeft een heel sterke band met haar man, kinderen en naasten. Hun steun mag zeker niet onderschat worden. Helaas heeft niet iedereen een even sterk netwerk, maar het is belangrijk dat we allemaal proberen om mensen met een depressie niet los te laten. Als je iemand kent die daarmee worstelt, ga dan langs en bied spontaan hulp. Zeg niet dat de persoon jou moet belen als er iets is, want daar heeft die waarschijnlijk geen energie voor. Maak bewust tijd voor de ander, daarmee kun je heel veel betekenen.”

KOEN MICHIELS,
NIEUWE VOORZITTER ZORGNET-ICURO

“War for talent prioriteit nummer één”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE • BEELD: JAN LOCUS



Koen Michiels volgde op 1 januari 2022 Etienne Wauters op als voorzitter van Zorgnet-Icuro. Er wachten hem de komende jaren enkele grote uitdagingen. De *war for talent*, een hervorming van KB 78 over de zorgberoepen en meer intersectorale samenwerking worden zijn prioriteiten.

Nieuwjaarsdag 2022 was een heel bijzonder moment voor u: de geboorte van Vitaz én de start van uw voorzitterschap van Zorgnet-Icuro.

“Dat mag je gerust wat relativeren hoor. Mijn grote werk voor Vitaz is enkele jaren geleden gebeurd. Toen heb ik samen met anderen AZ Nikolaas en AZ Lokeren bij elkaar gebracht en zo het fundament gelegd voor Vitaz. De overgang op 1 januari 2022 was vooral spannend voor de collega's van de administratieve diensten en ICT. Ook voor mijn voorzitterschap van Zorgnet-Icuro kom ik niet onbeslagen op het ijs. Ik engageer me al langer voor Zorgnet-Icuro. Dat macroniveau heeft me altijd geboeid. Op een bepaald moment vallen de puzzelstukjes in elkaar.”

Wat worden uw stokpaardjes als voorzitter?

“Er zijn er een aantal. De *war for talent* houdt me enorm bezig. Het gaat niet alleen om verpleegkundigen. Er zit maatschappelijk een enorme frictie op de arbeidsmarkt. Het is voor veel functies moeilijk om vandaag goede medewerkers aan te trekken. Een actualisatie van KB 78 over de zorgberoepen is in dat kader meer dan ooit nodig. Het staat al decennialang in elk regeerakkoord, maar het komt er maar niet van. Hopelijk is iedereen vandaag wel bereid om hier constructief aan mee te werken: de voorzieningen, de koepels, maar ook de beroepsverenigingen. We moeten de handen in elkaar slaan om dat compleet achterhaald systeem te actualiseren. Wat het extra complex maakt, is dat ook Europa een vinger in de pap heeft. Maar we kunnen er niet langer omheen: taakuitzuivering, functiedifferentiatie... We moeten een attractieve sector blijven.”

De *war for talent* brengt mij vanzelf op een tweede prioriteit: het intersectorale. Zorgnet-Icuro telt drie grote pijlers: algemene ziekenhuizen, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn meer en meer verbindingen tussen die pijlers, door een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg. Naarmate de middelen schaarser worden – in euro's, maar ook in personeel – moeten we zo efficiënt mogelijk werken. Dat is het voordeel van Zorgnet-Icuro: het intersectorale is in de kiem aanwezig. Ik ben ervan overtuigd dat we daar nog extra meerwaarde kunnen creëren.”

Volgen dan ook interne hervormingen om het intersectorale mogelijk te maken?

“Ik wil niet op de ontwikkelingen vooruitlopen, maar ik sluit niets uit. De ontwikkelingen op lokaal vlak gaan soms vlotter dan op macroniveau. Als ik zie hoe we bijvoorbeeld in het Waasland tijdens de covidcrisis intersectoraal hebben samengewerkt met de ouderenzorg, de integrale jeugdzorg, de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg... Dat was fantastisch. Hoe we samen meerwaarde hebben gecreëerd door mensen en middelen te delen. Op microvlak is dat heel concreet en hanteerbaar. Op macroniveau wordt alles veel abstracter. Toch moet ook op dat abstracte niveau alles beter scharmieren.”

Laat ons de drie sectoren en hun grootste uitdagingen eens bekijken. Waar zitten de kansen en bedreigingen voor de ouderenzorg?

“De *war for talent* laat zich hier allicht het sterkst voelen. Woonzorgcentra hebben het sowieso al moeilijker om verpleegkundigen aan te werven. Toch hebben ze

sterke troeven. De setting mag dan minder technologisch zijn dan in ziekenhuizen, de zorgrelatie tussen medewerker en bewoner is er veel sterker aanwezig. Ik heb zelf het fantastische werk in de ouderenzorg van dichtbij mogen ervaren. Mijn vader is enkele weken geleden gestorven in het woonzorgcentrum waar hij al enkele jaren woonde. Ik ben erg dankbaar en heb veel respect voor de medewerkers in het woonzorgcentrum.

Ook het financieringssysteem in de ouderenzorg staat ter discussie. De overheid denkt na over een vorm van persoonsvolgende financiering. Daarbij zou de oudere een rugzakje aan middelen krijgen, waarmee hij zelf zorg en ondersteuning kan inkopen. Dat nieuwe model zal een grote impact hebben op de financiering. Het vergt een ander soort ondernemerschap en dat zal ongetwijfeld hier en daar onzekerheid met zich meebrengen. We zullen die overgang vanuit Zorgnet-Icuro goed begeleiden, lerend uit de ervaringen in de sector van personen met een handicap.

Er beweegt trouwens al veel op het terrein. Woonzorgcentra verenigen zich steeds meer in clusters. Zo slagen ze erin om nog beter hun deskundigheid met elkaar te delen en om een aantal items overkoepelend uit te werken, bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne. Dat werkt een verdere professionalisering van de ouderenzorg in de hand.

Ten slotte is er de maatschappelijke evolutie naar meer thuiszorg, meer mantelzorg, meer buurtzorg. Een gevolg is dat de bewoners in woonzorgcentra alsnog meer zwaar zorgbehoevend zijn. De organisatie van de zorg moeten we op die toenemende zorgzwaarte afstemmen, ook wat personeelsnormen betreft. Daarnaast kunnen woonzorgcentra nieuwe opdrachten op zich nemen in de geïntegreerde buurtzorg die zich aan het ontwikkelen is. Het gaat niet om louter zorg alleen: hoeveel ouderen die thuis wonen dreigen er niet te vereenzamen?”

Ook de geestelijke gezondheidszorg is volop in beweging?

“Covid heeft het belang van een goede geestelijke gezondheidszorg nog maar eens in de verf gezet. Tegelijk heeft de crisis ons nog eens met de neus op de feiten geduwd: we schieten tekort wat plaatsen in de kinder-

en jeugdpsychiatrie betreft. De noden zijn erg groot. De transformatie met de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, die inzet op meer zorg thuis, ambulante en in de buurt, moet verder worden ontwikkeld. Geestelijke gezondheidszorg zit trouwens niet alleen in psychiatrische ziekenhuizen en Centra Geestelijke Gezondheidszorg, maar ook in de algemene ziekenhuizen: op de spoedafdelingen en in de PAAZ'en. Het is een enorm complex van voorzieningen die in het kader van 'artikel 107' lokaal geclusterd zijn. Maar het werk is niet af. We moeten blijven evolueren en investeren in een beter aanbod in elke regio. Een aanbod dat aansluit op de behoeften van de populatie in die regio. De druk op het welzijn in onze maatschappij is hoog.”

De algemene ziekenhuizen worstelen evenzeer met de netwerkvorming?

“De netwerkvorming bij de ziekenhuizen moet verder worden uitgekristalliseerd. Het congres *Together we care* van Zorgnet-Icuro in 2013 was een mijlpaal. Maar in de uitwerking van die visie en de vertaling ervan in KB's zitten een aantal vormfouten. Die moeten we in dialoog met de Vlaamse en de federale overheid oplossen. Het idee van netwerkvorming en samenwerking blijft overeind, alleen is de weg ernaar toe niet zo eenvoudig. Er spelen veel elementen mee: juridisch, administratief, maar ongetwijfeld ook enige angst en onzekerheid bij ziekenhuizen in het zoeken naar hun nieuwe rol en plaats in het netwerk. Het hangt allemaal nauw samen met de wijze waarop ziekenhuizen de komende jaren gefinancierd zullen worden. Ook de herijking van de nomenclatuur kunnen we niet langer voor ons uit schuiven. Die hoognodige hervormingen staan al jaren in de steigers, maar covid heeft ook hier voor stilstand gezorgd. Ik ben blij dat minister Vandenbroucke dat nu weer op de agenda heeft gezet. Het ontbreekt ons vandaag vooral aan duidelijkheid.”

Naast het intersectorale binnen de sectoren van Zorgnet-Icuro is er ook meer en meer samenwerking met de welzijnssector?

“Dat klopt. Er zijn veel raakvlakken tussen zorg en welzijn. Zowel wat uitdagingen betreft als qua regelgeving, nu grote delen van de zorg ook Vlaamse bevoegdheid zijn geworden. Zorgnet-Icuro onderhoudt goede contacten met het Vlaams Welzijnsverbond.

Zorgnet-Icuro is sterk verankerd in het zorglandschap. De voortdurende dialoog met de sectoren die we vertegenwoordigen, maakt onze kracht uit. Onze achterban stuurt ons en inspireert ons in de visievorming en geeft ons het mandaat om die visie te bepleiten en te verdedigen bij de verschillende overheden. We hebben als koepelorganisatie een sterke identiteit, wat belangrijk is, maar we blijven in de eerste plaats de vertegenwoordiger van de honderden zorgorganisaties op het terrein.”

Wie is Koen Michiels?

Koen Michiels is gedelegeerd bestuurder van AZ Nikolaas en AZ Lokeren, die op 1 januari 2022 fuseerden tot het fusieziekenhuis Vitaz. Hij is voorzitter van de vzw Samen Ouder, een groep van 7 woonzorgcentra in het Waasland, bestuurder in enkele andere Vlaamse ziekenhuizen en voorzitter van het radiotherapienetwerk Iridium. Koen Michiels volgt Etienne Wauters op, die acht jaar voorzitter was van Zorgnet-Icuro.

Het mandaat van CRA moet meer body krijgen

TEKST: KIM MARLIER • BEELD: JAN LOCUS



Hilde De Nutte

Walter Sablon

“De flitspalen staan er, maar er kunnen geen boetes worden uitgeschreven”. Aan het woord is Walter Sablon, stafmedewerker woonzorg bij Zorgnet-Icuro over de functie van coördinerend en raadgevend arts in de woonzorgcentra. Hij schreef samen met de werkgroep CRA en medisch beleid en met input van het sectoraal bestuurscollege ouderenzorg een visienota over het medisch beleid in woonzorgcentra en de rol van de CRA. Hilde De Nutte, stafmedewerker ziekenhuizen bij Zorgnet-Icuro, volgde de visienota mee op om de materie vanuit medische hoek te bekijken. Een dubbelgesprek.

“De functie van coördinerend en raadgevend arts (CRA) is eigen aan de woonzorgsector en heeft zijn eigen regelgeving. Daarom hebben we in onze sector een werkgroep CRA en medisch beleid opgericht. Met die groep dachten we na over de CRA-werking op dit moment en het medisch zorgbeleid in de woonzorgcentra. In een woonzorgcentrum is het toezicht op de bewoners anders georganiseerd dan bijvoorbeeld in de ziekenhuizen. Bewoners van een woonzorgcentrum hebben een vrije keuze van huisarts. Dat is een belangrijk principe dat aan de basis ligt van de functie van CRA.

In een gemiddeld woonzorgcentrum met 120 woongelegenheden lopen makkelijk een veertigtal huisartsen binnen en buiten om hun bewoners op te volgen. De taak van de CRA bestaat erin om een beleid uit te stippen voor die groep huisartsen. Dat houdt in dat hij of zij afspraken maakt rond onder andere een geneesmiddelenformulier, het palliatief zorgbeleid, de bezoeken van huisartsen en betalingssystemen. Zijn mandaat is gebaseerd op collegiale principes, waardoor hij hiërarchisch niet boven de huisartsen staat, maar hen wel kan aanspreken wanneer zij bijvoorbeeld een aantal afspraken niet naleven. De meerwaarde van de CRA zit vervat in de naam. Hij is coördinerend én raadgevend. Een CRA schrijft een beleid uit, coördineert en is het aanspreekpunt voor de directie rond medisch beleid.”

Covidpandemie als trigger

“Een aantal evoluties en triggers liggen aan de basis van onze visietekst. Een daarvan was de covidpandemie, die als een schokgolf door onze maatschappij trok; zeker de eerste golf schudde alles door elkaar. Ook de woonzorgcentra zochten hoe ze de zorg voor hun bewoners konden garanderen met een minimale kans om besmettingen binnen te halen of naar buiten te dragen. De richtlijnen voor de CRA stellen dat hij instaat voor de coördinatie en organisatie van de continuïteit van de medische zorg. Uitdrukkelijk ook bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel, zoals dat bij de coviduitbraken het geval was. Veel van die artsen zijn toen in de vuurlinie gaan staan om de coördinatie op zich te nemen. Zeker tijdens de eerste lockdown hebben de CRA's dat gedaan.

Nadien merkten we dat het feit dat iemand het commando op zich neemt en een beleid uitstippelt, heel goed werkt. In uitzonderlijke omstandigheden - zoals een wereldwijde pandemie - volgt iedereen de CRA,

maar in de latere golven viel alles wat meer terug in z'n gewone plooi. Wij zagen echter dat net die extra sturing ten goede komt van een organisatie, zeker in een crisis, maar ook in onverdachte tijden. De functie van de CRA kwam met andere woorden tijdens de covidpandemie duidelijk op de voorgrond en net dat momentum willen we vastpakken om nu meer *body* te geven aan het mandaat.”

Andere evoluties

“Maar er spelen nog evoluties mee. Eerst en vooral zie je dat bestaande woonzorgcentra groter zijn geworden. Daarnaast is het zorgprofiel van de bewoners niet alleen zwaarder, maar ook veel complexer geworden. De multimorbiditeit van de bewoners vraagt expertise en meteen rijst dan de vraag of dat goed kan worden begeleid door een groep huisartsen die regelmatig binnen en buiten loopt. Moeten we niet duidelijker een lijn trekken in die complexe zorgnood? Je ziet ook dat sommige woonzorgcentra zich gaan toeleggen op specifieke doelgroepen, denk maar aan dementiezorg of psychogeriatric, en dat vraagt een zekere kennis.

Daarnaast creëerde het woonzorgdecreet van 2019 een belangrijke wettelijke hefboom. Dat decreet stelt dat woonzorgcentra tegen 2023 een uitgeschreven beleid moeten hebben rond een zestiental thema's zoals dementiezorg, omgaan met gedragsproblemen, valpreventie of ondervoeding... Voor heel wat van die thema's moeten er in het medisch zorgbeleid interdisciplinaire afspraken worden gemaakt. En dat brengt de CRA in de rol van coördinator weer meer in de focus.

We merken ook een belangrijke evolutie waarbij huisartsen meer en meer in groepspraktijken gaan werken. Dat zorgt ervoor dat de vertrouwensrelatie met de huisarts gaandeweg een andere invulling krijgt. De klassieke één-op-één-relatie vervaagt. Dat hoeft geen negatieve evolutie te zijn, want groepspraktijken zijn het steeds vaker gewoon om multidisciplinair samen te werken.

Ten slotte is de ICT-evolutie geen onbelangrijke factor. Wanneer je als huisarts bewoners in drie verschillende woonzorgcentra bezoekt, is de kans reëel dat je met drie verschillende soorten elektronische bewonersdossiers moet werken. Het vraagt enige aanpassing en soepelheid om wegwijs te raken in de verschillende ICT-systemen.”





“Het is niet de bedoeling om de CRA hiërarchisch boven de groep huisartsen te plaatsen. Maar er moeten wel handvatten zijn om te kunnen handelen”

Walter Sablon

Visie op de rol van de CRA

“Al die evoluties duwen ons in een bepaalde richting en we willen daarop meer grip krijgen om goed werk te kunnen blijven leveren. Met deze nota willen we een visiedocument uitwerken waarmee we het medisch zorgbeleid en in het bijzonder de functie van de CRA onder de loep nemen. In de huidige situatie, waar er bijvoorbeeld 40 huisartsen instaan voor de zorg van 120 bewoners, is het bijzonder moeilijk om een beleid uit te schrijven en iedereen op één lijn te krijgen. Maar er bestaan verschillende mogelijkheden en modellen om de zorg te organiseren.

Op dit moment voel je hoe de zorg in een aantal woonzorgcentra beweegt van de ene pool, waar elke bewoner de eigen huisarts behoudt, naar een andere pool, waar een kleine groep van toegewezen huisartsen alle bewoners in het woonzorgcentrum opvolgt. Met deze nota pleiten we ervoor om verschillende beleids- en zorgmodellen toe te laten die allemaal op het spectrum zitten tussen die twee polen. Afhankelijk van de keuzes, mogelijkheden en context eigen aan de zorgvoorzieningen. En daarvoor moet er een wijziging komen in de regelgeving, zowel op Vlaams als federaal niveau.”

Wijzigingen

“In onze nota stellen we enkele wijzigingen voor. Zo moeten we meer *body* geven aan het mandaat van CRA. Nu is het een collegiaal model waar de CRA een adviserende rol heeft, maar wat doe je met huisartsen die zich niet houden aan het huisreglement? Een CRA kan op dit moment niets doen, want hiërarchisch staat hij niet boven de huisartsen. Vergelijk het met een scheidsrechter die een wedstrijd kan fluiten, maar geen gele of rode kaarten mag uitdelen. Daarom pleiten we er in de nota voor dat de CRA meer zeggingskracht krijgt in het woonzorgcentrum. Het is niet de bedoeling om de functie hiërarchisch boven de groep huisartsen te plaatsen, maar er moeten wel handvatten zijn om te kunnen handelen. Dat hangt natuurlijk ook samen met het aantal huisartsen dat actief is in het woonzorgcentrum. Hoe kleiner het team, hoe makkelijker je een beleid kan integreren.

In de werkgroep kwam een voorbeeld op tafel van een groot woonzorgcentrum dat samenwerkt met 86 huisartsen. Op dat moment kan het al een uitdaging zijn voor de CRA om elke huisarts te kennen. Vandaar dat we ook de mogelijkheid willen open houden om enkel met geëngageerde huisartsen te werken, die voluit achter het zorgbeleid van de voorziening staan, tot een kleinere groep vaste huisartsen bij doorgedreven doelgroepwerking. Op die manier kan een voorziening makkelijker een lijn in het beleid trekken en aanhouden.

Het medisch zorgbeleid, gecoördineerd door de CRA, maakt integraal deel uit van het globaal zorgbeleid van een woonzorgcentrum. Net daarom moet elk woonzorgcentrum de functie van de CRA kunnen moduleren in functie van de lokale behoeften en mogelijkheden. Bijvoorbeeld door delen van de opdracht toe te vertrouwen aan collega-artsen of hen onder toezicht delegeren aan een master in de verpleegkunde die daarvoor een bijkomende opleiding volgde. Ook daarop moet de overheidsfinanciering van het zorgbeleid worden aangepast.”

Externe liaison

“Verder nemen we ook de externe liaison onder de loep. We stellen vast dat het zorgprogramma geriatrie van de ziekenhuizen op vlak van de liaisonfunctie naar de woonzorgcentra onvoldoende uitgewerkt en gefinancierd is. Daardoor vloeit er onvoldoende praktische samenwerking uit voort, terwijl er heel wat mogelijkheden zijn. Zo zou je een ziekenhuisopname kunnen uitsluiten door de mogelijkheden van het geriatrisch dagziekenhuis verder uit te bouwen. Dan kan een bewoner met mobiliteitsproblemen en een uitgesproken valproblematiek bijvoorbeeld naar het dagziekenhuis gaan waar zowel de arts, kinesist als bandagist dat probleem als team aanpakken. Wanneer al die consulten worden gebundeld tijdens één moment in het geriatrisch ziekenhuis, dan is dat een meerwaarde. In sommige gevallen kan dat zelfs een opname vermijden. Ook wanneer het ziekenhuis zijn expertise kan delen met de woonzorgcentra door bijvoorbeeld opleiding, intervisie of videoconsult, kunnen we onnodige zieken-

huisopnames vermijden. De kernwoorden zijn comfort voor de bewoner en expertise overdragen. De CRA kan een katalysator zijn om dat mogelijk te maken.”

Herziening van de financiering

“Ook een herziening van de financiering behoort tot onze aandachtspunten. De verloning van een CRA gaat op dit moment uit van een vast aantal uur per bewoner. Een CRA moet 2 uur en 20 minuten CRA-tijd voorzien per 30 bewoners per week. Een CRA die instaat voor 120 bewoners is bijgevolg twee halve dagen aanwezig in een woonzorgcentrum. Bekijk je de financiering, dan komt dat uit op 51 euro per uur. Als we even vergelijken met andere verloningen, dan zie je dat bijvoorbeeld een verpleegkundige in een vaccinatiecentrum verloond wordt aan 47 euro per uur en een arts in het vaccinatiecentrum aan 81 euro per uur. Als we die cijfers naast elkaar zetten, toont dat aan dat de CRA niet evenwichtig wordt gefinancierd in relatie tot de wettelijk verwachte inspanning aan werkuren. Voor de duidelijkheid: we vragen niet om een hoger uurloon voor de CRA, maar een herijking van het aantal CRA-uren in relatie tot de schaalgrootte van de voorziening. Zo zou men kunnen vertrekken van een vaste basisfinanciering voor alle woonzorgcentra, met daar bovenop een variabel deel in functie van de schaalgrootte.

“Op dit moment zijn er CRA's te weinig. Dat tekort zal alleen maar toenemen, tenzij de regelgeving op vlak van uren en financiering wordt aangepast”

Er zijn op dit moment in Vlaanderen 820 erkende woonzorgcentra die nagenoeg allemaal over een CRA moeten beschikken. Sommige voorzieningen hebben het echter moeilijk om die functie in te vullen. Dan rijst de vraag of ze zich tevreden stellen met die ene beschikbare arts, die niet echt de competenties heeft om het beleid mee uit te rollen, maar hen een erkenningsprobleem oplevert als ze hem weigeren.

Momenteel staat in de regelgeving dat de CRA wordt voorgedragen door de huisartsenkring. Als die kring maar één persoon voorstelt, dan heb je als voorziening geen vrije keuze. Wij stellen voor om die procedure om te draaien zodat de voorziening zelf kandidaten kan voordragen die de huisartsenkring kan beoordelen. Op dit moment zijn er CRA's te kort, en dat tekort zal alleen maar toenemen, tenzij de regelgeving op vlak van uren en financiering wordt aangepast. Het strikte harnas waarin een CRA nu wordt geduwd, houdt artsen tegen om dat engagement op te nemen.

We mogen ook niet vergeten dat CRA's in de eerste plaats klinici zijn, terwijl het CRA-mandaat toch ook veel managementkwaliteiten vereist. De opleiding tot CRA zal daarop gaandeweg ook meer inzetten, zodat de nieuwe generatie CRA's over meer managementcompetenties zal beschikken.”

Toekomst

“Met onze visietekst trekken we nu naar het kabinet van minister Wouter Beke. We willen gehoor krijgen over de aspecten die vervat zijn in de Vlaamse regelgeving. Daarnaast leggen we deze tekst ook voor op federaal niveau om de pijnpunten op het vlak van de liaisonwerking aan te kaarten. Kortom, dan begint het politieke werk.”



“We stellen vast dat het zorgprogramma geriatrie van de ziekenhuizen voor de liaisonfunctie naar de woonzorgcentra onvoldoende is uitgewerkt en gefinancierd”

Hilde De Nutte



DR. HANS KLUGE, REGIONAAL
DIRECTEUR EUROPA BIJ DE WHO

“Mens,
dier, milieu:
het hangt
allemaal
samen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: WHO

Nu de omikronvariant over zijn piek heen is, krijgen we een geweldige opportuniteit voor een wapenstilstand in de pandemie. Daarvan moeten we slim gebruikmaken, zegt dr. Hans Kluge, regionaal directeur Europa bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Er staan ons nog grote uitdagingen te wachten, benadrukt hij. “One Health luidt ons motto: je kan de gezondheid van mensen niet los zien van de gezondheid van de dieren en van het milieu.”

Welke rol heeft de WHO precies gespeeld in de coronacrisis?

“De WHO coördineert internationaal het domein gezondheid, zowel technisch als operationeel. Specifiek voor corona stellen we richtlijnen op en zien we erop toe dat de beschikbare kennis wordt vertaald in gecoördineerde acties. Een goed voorbeeld is Covax, een internationaal initiatief om de vaccins voor iedereen beschikbaar te maken. Zonder Covax waren er alleen bilaterale donaties geweest. Nu was er toch meer coördinatie op basis van de noden. In de Europese regio

hebben we een expertgroep opgericht die maandelijks bijeenkomt om kort op de bal te spelen en op basis van actuele kennis richtlijnen te geven. In Oost-Europese landen heeft de WHO daarnaast een actieve rol gespeeld in de opleiding van medisch personeel, de aankoop van maskers en ander beschermend en medisch materieel. Ik heb mijn 700 medewerkers van in het begin geherprofileerd om dag en nacht op de pandemie te werken. Ik had ervaring bij Artsen Zonder Grenzen. In een crisis luidt de mantra: *hope for the best, prepare for the worst.*”

Heeft de WHO veel impact gehad? Zelfs binnen Europa leeft toch de indruk dat elk land vooral zijn eigen gang is gegaan.

“Gezondheid blijft een nationale bevoegdheid. Onze richtlijnen zijn niet bindend. De WHO heeft daarvoor geen mandaat. Wat wel opvalt, is dat de situatie in veel landen pas beter is geworden nadat ze de richtlijnen begonnen te volgen. Toch heeft de WHO wel degelijk impact gehad, op verschillende niveaus. Globaal hebben we voor het eerst een publiek-privaat partnerschap opgericht om de kennis over vaccins te delen. Mee daardoor zijn we erin geslaagd al na één jaar meerdere vaccins klaar te hebben. Dat is historisch. Op regionaal niveau heeft de WHO de mentale gezondheid op de agenda geplaatst. We hebben de pan-Europese coalitie om de mentale gezondheid te verbeteren gelanceerd met een persconferentie in Brussel in aanwezigheid van Koningin Mathilde. Naar aanleiding van onze oproep hebben verschillende landen actieplannen ontwikkeld. Dat was nodig. Eén op twee adolescenten vertoont door corona signalen van angst of depressie. De nasleep van corona zal veel langer duren dan de eigenlijke pandemie. Op nationaal niveau hebben we bijvoorbeeld Roemenië ondersteund met de ontwikkeling van *telemedicine* om gezondheidszorg naar de bevolking in rurale gebieden te brengen. Ook in België zijn we actief. Een van onze beste mensen, dr. Michel Thieren, zetelt in de GEMS om er internationale expertise binnen te brengen en om de ervaringen in België te kunnen delen met andere landen.”

Wat is goed gelopen, wat had beter gekund?

“Er zijn om te beginnen 1,3 biljoen vaccins toegediend op heel korte tijd. Dat is fenomenaal. Een studie van het European Center of Disease Control in Stockholm toont dat die vaccins in 33 landen samen een half miljoen levens hebben gered in de kwetsbare bevolkingsgroep boven 65 jaar. De pandemie heeft op een aantal vlakken ook voor doorbraken gezorgd. Denk aan de digitalisering in de gezondheidszorg.

Wat kon er beter? Helemaal in het begin was er een gebrek aan solidariteit. Het was elk voor zich om maskers en beschermingsmateriaal bij elkaar te harken. Gelukkig is dat snel verbeterd. Daarnaast kunnen we er niet omheen dat de politiek, om het zacht uit te drukken, niet altijd het advies van de WHO heeft gevolgd. De realiteit heeft getoond dat we het virus alleen kunnen overwinnen als de overheden én de bevolking meewerken en de juiste dingen doen. In veel landen hebben overheden ook te snel gedacht dat de pandemie voorbij was, terwijl we weten dat een pandemie in golven verloopt. Mensen vragen mij soms welk land het goed heeft gedaan. Maar eigenlijk was geen enkel land goed voorbereid. Zelfs niet de landen met sterke gezondheidssystemen.”

Had u de scepsis tegenover COVID-19 in het algemeen en de vaccinatie in het bijzonder bij sommige overheden en bij een deel van de bevolking verwacht?

“We weten uit ervaring dat er altijd scepsis bestaat te-

Wie is dr. Hans Kluge?

Dr. Hans Kluge is sinds 1 februari 2020 regionaal directeur voor Europa bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Samen met de gezondheidsministers van de 53 Europese landen zet hij zich in voor de gezondheid van burgers in de Europese regio. Kluge werd geboren in Roeselare, studeerde geneeskunde, chirurgie en verloskunde aan de KU Leuven en vestigde zich als huisarts. Hij was ook actief bij Artsen Zonder Grenzen in Somalië en Liberia en in het Siberische gevangenisstelsel. Voor zijn benoeming tot regionaal directeur was hij al directeur van het departement gezondheidssystemen bij WHO/Europe.

genover vaccins. Wat we wel onderschat hebben, is dat in sommige landen de politiek daarin meegegaan is. Toen ik dat merkte, heb ik heel snel een team met onder meer sociologen en antropologen opgericht – de Behaviour and Culture Insight Unit – om vanuit de gedragswetenschappen te bestuderen wat mensen drijft in zo'n situaties. We hebben studies gedaan in 34 landen. Interessant was de vaststelling dat in al die landen het percentage antivaxers uiteindelijk zeer laag was. We moeten daar dus niet *al ons poer op verschieten*, zoals we in West-Vlaanderen zeggen. Je zal die mensen toch niet van mening doen veranderen.

Naast die rabiante antivaxers heb je een grote groep twijfelaars. Zij hebben vaak zeer gerechtvaardigde vragen. Het klopt dat het doorgaan vijf tot tien jaar duurt om een vaccin te ontwikkelen. Nu was het er na één jaar. We hebben hierover duidelijk gecommuniceerd, maar we hebben de macht van desinformatie op sociale media onderschat. Dat was ongezien. We moeten daaruit lessen trekken. Ook de WHO moet meer met *influencers* werken. In Noorwegen hebben popsterren ons al geholpen, in Portugal hebben voetballers en basketballers onze berichten helpen verspreiden. Het is voor *influencers* vaak gemakkelijker om bepaalde doelgroepen zoals jongeren op een geloofwaardige manier te bereiken.”

Hoe hebt u persoonlijk de voorbije twee jaar beleefd?

“Ik ben regionaal directeur van de WHO geworden vlak voor de pandemie begon. Gelukkig heeft mijn ervaring bij Artsen Zonder Grenzen me enorm geholpen. Een sector die mij persoonlijk na aan het hart ligt, is het onderwijs. Nooit eerder in de geschiedenis heeft het onderwijs zo'n lange onderbreking gekend. De impact op de kinderen is enorm. Het WHO-principe is altijd geweest: de scholen moeten als laatste sluiten en als eerste opnieuw opengaan. Een school is immers niet alleen een plek voor onderwijs, het is een sociaal gebeuren. In sommige landen is de school de enige plek waar kinderen elke dag een maaltijd krijgen. Ook in België



“De weerbaarheid en de veerkracht van een gemeenschap zit vooral in de buurten, niet op nationaal niveau of tussen landen. Mensen helpen mensen. Dat moeten we waarderen

heeft een school een beschermende functie. Tijdens de lockdown nam het huiselijk geweld toe. In zo'n context opgesloten zitten, is voor kinderen de hel. Het onderwijs is zoveel meer dan kennisoverdracht. Mijn respect voor gezondheidswerkers is enorm, maar ook het onderwijzend personeel verdient een grote pluim.

De pandemie duurt nu al meer dan twee jaar en veel mensen zitten op hun tandvlees. Gelukkig zien we veel solidariteit op lokaal niveau: burens die boodschappen doen voor oudere mensen bijvoorbeeld. De weerbaarheid en de veerkracht van een gemeenschap zit vooral in de buurten, niet op nationaal niveau of tussen landen. Mensen helpen mensen. Dat moeten we waarderen. Die kracht kan ons helpen om een cultuur van gezonde levensstijl te creëren na de pandemie.”

Er is vaak discussie geweest over wat voorrang te geven: gezondheidszorg, onderwijs, economie...

“Ik heb een jaar geleden de pan-Europese Commissie Gezondheid en Duurzame Ontwikkeling opgericht, met als voorzitter Mario Monti, voormalig eerste minister en minister van Financiën van Italië. Ook Maggie De Block maakte daarvan deel uit, maar de meeste leden van de commissie kwamen niet uit de gezondheidszorg. Dat was een bewuste keuze. De WHO praat graag met gezondheidswerkers, want zij zeggen meestal dat we gelijk hebben. (lacht) Dat is heel aangenaam. Maar we falen dikwijls om eerste ministers of ministers van Financiën te overtuigen. Het doel van de commissie was om gezondheid bovenaan de politieke agenda te krijgen. De commissie is daarin geslaagd met haar rapport. Het punt is: het gaat niet over gezondheid of economie. Ik zeg altijd: *health is not everything, but without health, there is nothing*. Zonder gezondheid is er geen groei, gaan de grenzen dicht, verbrekken de sociale cohesie en de veiligheid... Gezondheid is de basis. Daarom is investeren in gezondheidszorg zo belangrijk.

Op microniveau moeten we vooral investeren in de eerstelijnszorg. In België heb ik met Pedro Facon een aantal bezoeken gebracht aan huisartsen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Ze waren niet altijd gelukkig met hun rol in de pandemie, maar mensen hebben doorgaans een groot vertrouwen in hun huisarts. We moeten de gezondheidszorg in de toekomst nog dichter bij de bevolking brengen. Investeren in de eerste lijn, zodat de ziekenhuizen meer ruimte krijgen voor de meer complexe noden. Ik sta dan ook achter de hervormingsplannen van minister Frank Vandenbroucke.”

Soms leek het erop dat we zelfs moesten afweten wat voorrang verdiende: de mentale of de fysieke gezondheid. Een lockdown was nodig voor de lichamelijke gezondheid, maar woog op de mentale gezondheid.

“De WHO heeft de mentale gezondheid op de agenda gezet. We moeten af van het schisma tussen mentale en fysieke gezondheid. Het gaat over de persoon. Mijn vader was arts, mijn moeder verpleegkundige en van thuis uit heb ik altijd meegekregen om naar de hele persoon te kijken. Soms kan je een fysisch probleem oplossen door aandacht voor het mentale welzijn en vice versa.

Europa heeft vandaag een geweldige opportuniteit om uit de crisis van de pandemie te geraken. De omikronvariant gaat zo snel dat je hem niet kan tegenhouden. De duur van het begin van omikron tot aan de piek is beperkt tot 20 à 25 dagen. Dat is veel korter dan voorspeld. Eens die curve daalt, krijgen we een immens kapitaal aan immuniteit: ofwel zijn de mensen geboosterd, ofwel hebben ze het virus gehad. Bovendien loopt de winter op z'n einde. Er komt dus een wapenstilstand van enkele maanden. We moeten daarvan gebruik maken om de surveillance op te schroeven, de vaccinatiegraad nog te verhogen en antivirale medicatie te ontwikkelen om de meest kwetsbare mensen te beschermen. We moeten ons voorbereiden, want we kunnen niet meer terug naar de lockdowns. Mentaal zou dat veel te zwaar zijn.”

U stelt me niet helemaal gerust als u zo de nadruk legt dat de wapenstilstand 'voor een paar maanden' is. Na de zomer herbegint de ellende?

“In de winter komt het virus terug. Dat weten we. De immuniteit daalt. Er komen nieuwe mutanten. Maar het hoeft niet weer een pandemie te worden. Als corona een gewoon virus wordt, dan zijn we ervan af met een jaarlijkse prik, zoals tegen de griep. We moeten optimistisch zijn en leren leven met het virus. Maar we moeten op onze hoede blijven en snel ingrijpen waar nodig. Een korte, lokale lockdown bij een uitbraak kan je niet uitsluiten.”

In een crisis toont de mensheid zich vaak van zijn slechtste en van zijn beste kant. Geldt dat ook voor de coronacrisis? Hebben landen en overheden de juiste dingen gedaan? En wat met de rol van de farmaceutische sector, die ook niet onbesproken is?

“In Afrika is maar een fractie van de mensen gevaccineerd... Maar als je het positief bekijkt: de Europese Unie, China, Turkije... hebben toch veel gedeeld. Niet



“De realiteit heeft getoond dat we het virus alleen kunnen overwinnen als de overheden én de bevolking meewerken en de juiste dingen doen”

Dr. Hans Kluge

genoeg, dat klopt. Ik had vooral veel meer verwacht van de G7 en de G20, de machtigste economieën. In hun eigen belang trouwens: de rijke landen zullen er niet uitgeraken zonder ook de bevolking in de arme landen te vaccineren. Daar moeten we nog een tandje bijsteken. De WHO ontwikkelt op dit ogenblik in elke regio twee hubs om de mRNA-vaccin-productiecapaciteit in lage-inkomenslanden op te volgen. Het is te laat voor de huidige pandemie, maar het is nodig voor de toekomst.

Ik heb daarnaast samen met Noorwegen het Oslo Medicine Initiative opgericht voor een nieuw sociaal pact tussen de publieke en de private sector voor een gelijke toegang tot geneesmiddelen. Een van de sleutelfiguren in dit initiatief is trouwens Jo De Cock, voormalig hoofd van het RIZIV. We hebben al contacten met CEO's van de twintig grootste farmabedrijven en je merkt dat er iets beweegt. Maar we zijn er nog niet. We moeten nog meer technologie en kennis delen. Als de farmasector geen water in de wijn doet, komt er onvermijdelijk een striktere regelgeving. Landen zullen dat niet meer tolereren. Dan riskeren we een *lose-losesituation*. Het is aan de farmasector om een stap te zetten. Maar ik ben optimistisch. We hebben hetzelfde gezien met medicatie tegen aids. In het begin was die ontzettend duur, maar de patiënten kwamen op straat in Zuid-Afrika. De *civil society* riep de overheid en de farmasector ter verantwoording. Het kan niet dat mensen sterven omdat ze de medicatie niet kunnen betalen. De WHO probeert een veilige omgeving te creëren om landen en de farmasector samen te brengen en zo tot een dialoog te komen. Farmabedrijven hebben een punt als ze zeggen dat de ontwikkeling van een nieuw medicijn veel tijd en middelen kost. Maar beseffen ze ook wel dat hun research zwaar wordt gefinancierd met publieke middelen. We moeten aan tafel zitten en enkele mythes doorprikken. Maar ik zie dat goedkomen.”

U zei het al: eigenlijk was geen enkel land voorbereid op de coronapandemie. Zijn we vandaag beter gewapend tegen een volgende crisis? Verwacht de WHO nog meer mondiale crisissen, bijvoorbeeld door de klimaatcrisis? Zijn daar achter de schermen al voorbereidingen voor bezig?

“Absoluut. We weten wat we moeten doen: een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, meer aandacht voor de mentale gezondheid en voor de link tussen gezondheid en sociaal welzijn. Die link is tijdens de pandemie verbroken en moeten we dringend herstellen. Ik heb het over de groeiende sociale ongelijkheid, die leidt tot sociale onvrede en betogingen.

Een van de grote aanbevelingen van het Monti-rapport was de zogenaamde One Health. 70% van de *cross border threats* in de toekomst zal zoönotisch zijn (*infectie van dier op mens of omgekeerd, nvdr*). Je kan de gezondheid van mensen niet los zien van de gezondheid van de dieren en van het milieu. Die uitdaging is enorm. In Denemarken was er enkele maanden geleden opschudding door een covidinfectie bij nertsen. Ze hebben al die dieren afgeslacht. In Amerika stellen ze nu covid vast bij de hertenpopulatie. Hypothetisch kan het dat covid een tijdje verdwijnt, maar in de dierenpopulatie vermenigvuldigt en dan weer overspringt op de mensen. One Health is ontzettend belangrijk, ook voor de klimaatcrisis. Overstromingen, bosbranden, mosquito's... Het hangt allemaal nauw samen en het vergt een gecoördineerde aanpak. De direct betrokken sectoren moeten samenwerken en de andere sectoren ervan overtuigen dat ze er ook baat bij hebben. Neem bijvoorbeeld het toerisme. Jij gaat toch ook liever naar een veilig land, op alle vlakken?”





Hebt u het gevoel dat dat idee van One Health en die holistische, duurzame benadering stilaan aan het rijpen is in de geesten?

“Ja, maar niet concreet genoeg. Daarom wil ik richtlijnen uitwerken die heel praktisch zijn: wat moet er nu gedaan worden? In die context wil ik een pluim geven aan Christiaan De Coster, de voormalig directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid. Hij was al vroeg met die problematiek bezig, visionair. Ik zie dus wel wat bewegen, maar ik ben niet naïef. Bij elke pandemie zie je twee cyclussen: eerst is er paniek, daarna komt er verwaarlozing. Het menselijk geheugen is erg kort. Dat is niet altijd slecht: het helpt om optimistisch te blijven. Toch mogen we de lessen die we nu leren niet vergeten. Mario Monti wees me er onlangs nog eens op: in de politiek is er altijd één *issue* dat alle aandacht domineert. Vandaag is dat gezondheid. Maar het kan snel keren.”

Wat heeft de voorbije twee jaar het meest indruk op u gemaakt?

“Daar hoeft ik geen seconde over na te denken: de gezondheidswerkers. Zij zijn fenomenaal. Ik ben de hele pandemie door blijven reizen om ter plekke te zien hoe alles liep en waar de noden waren. Zelfs toen ik nog niet gevaccineerd was, want ik heb mijn beurt afgewacht, zonder prioriteit. Ik heb veel gezien tijdens die reizen, erg veel emotionele tafereel, maar vooral veel weerbaarheid. Huisartsen in Wallonië met een gebrek aan beschermingsmateriaal, die in hun praktijk kampeerden om hun familie niet in gevaar te brengen. Ik ben in Roemenië geweest, in Rusland en Oekraïne, in de migrantenkampen in Wit-Rusland aan de grens met Polen... Terwijl veel mensen veilig thuis konden werken, stonden duizenden gezondheidswerkers elke dag in de frontlinie. Welke impact zal dat hebben op de instroom van nieuwe generaties gezondheidswerkers? Zijn jonge

mensen nog bereid om voor arts of verpleegkundige te studeren na deze pandemie? In sommige landen absoluut wel, in andere landen veel minder. Cijfers die ik pas gekregen heb, tonen dat 43% van de frontlinie-gezondheidswerkers met angst en posttraumatische problemen kampen. De overheden én de bevolking moeten de gezondheidswerkers steunen. Ze waren voor de pandemie dikwijls al ondergefinancierd. We gaan hen in de toekomst nog nodig hebben. Als het leven zijn normale gang herneemt, met mensen die vlot heen en weer reizen, de wereldwijde handel, de ontbossing, de klimaatcrisis, dan komen we binnen de kortste keren weer in de problemen. De vraag is dan niet of er een volgende pandemie komt, maar wanneer die komt.

In september organiseer ik een pan-Europese bestuursraad met de 53 ministers van Volksgezondheid over de status van de gezondheidswerkers. In aanloop daarvan onderzoeken we, onder meer met artificiële intelligentie, hoe technologie gezondheidswerkers kan ontlasten. Ik geloof ook in *taskshifting*: het verschuiven van taken. Huisartsen kunnen bepaalde taken doorgeven aan verpleegkundigen, verpleegkundigen kunnen sommige opdrachten overlaten aan zorgkundigen of sociaal werkers. Ik ben zelf arts, ik kom uit een artsenfamilie, ik weet dat dat gevoelig ligt, maar het moet. En ik blijf optimistisch. Zeker nu minister Vandembroucke zijn plannen op tafel heeft gelegd. Iedereen moet zijn comfortzone durven te verlaten en een steentje bijdragen aan een hervormde gezondheidszorg.”

Hoe voelt u zich vandaag, nu het erop lijkt dat we stilaan naar het einde van de pandemie gaan?

“Opgelet, we zijn er nog niet! We hebben een opportuniteit nu, maar we moeten die kans wel grijpen door de juiste dingen te doen. Komt er nog een nieuwe variant? Ja. Maar dat hoeft geen drama te zijn. Ook als er een totaal ander virus opduikt, kunnen we leren uit de voorbije twee jaar. Daar had China in deze pandemie een voorsprong op ons: daar zeuren de mensen niet omdat ze een masker moesten dragen, ze deden het gewoon. Moeten we dan heel ons leven een masker dragen? Natuurlijk niet, maar wel heel ons leven tijdens bepaalde perioden. We moeten vlugger de basismaatregelen invoeren als de nood hoog is. Ik blijf optimistisch. Maar dit virus heeft ons al meer dan een keer verrast en daarom hou ik altijd een slag om de arm.”

“Als de farmasector geen water in de wijn doet, komt er onvermijdelijk een striktere regelgeving. Landen zullen dit niet meer tolereren”

Kom je het team van Zorgnet-Icuro versterken?

Wij zijn op zoek naar enthousiaste collega's! Momenteel hebben we vacatures voor:



Directeur Algemene Ziekenhuizen

Ben je vertrouwd met de werking van een algemeen ziekenhuis? Beschik je over een goede kennis van de regelgeving en financiering van de algemene ziekenhuizen, en de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende overheden? Ben je een echte netwerker en people manager? Dan ben jij de geknipte figuur om ons team ziekenhuizen te leiden.

Financieel-economisch stafmedewerker

Je volgt de brede economisch-financiële ontwikkelingen in de zorgsector op de voet - in het bijzonder de financiering van ziekenhuizen. Je bent geïnteresseerd in macro-economische analyses en studiewerk. Je participeert aan werkgroepen en adviesorganen en doet aan beleidsvoorbereiding.

Twee vacatures voor administratief medewerker (voltijds/deeltijds)

Je coördineert de administratieve ondersteuning van een afdeling (ca. 7 à 8 medewerkers). Je organiseert interne en externe (digitale) meetings en events. Je woont vergaderingen bij en doet verslaggeving. Je bent een centraal aanspreekpunt voor de leden.

Wat bieden wij?

Zeer afwisselende jobs met veel contacten in een maatschappelijk relevante sector; een enthousiast team van 50 collega's; een zeer concurrentieel salaris met een uitgebreid pakket aan extralegale voordelen; ruime mogelijkheid tot telewerk.

Bekijk de volledige vacatures op www.zorgnet-icuro.be/jobs. Zoek op "Zorgnet-Icuro". Daar vind je meer info over de jobinhoud, profiel en sollicitatieprocedure.



De coronapandemie eist al twee jaar alle aandacht op. Maar de zorg- en welzijnssector heeft heel wat meer te bieden. Z-Healthcare laat de sector zelf aan het woord en belicht innovatieve projecten die het verschil maken: soms hightech en spectaculair, soms kleinschalig en bescheiden. Maar altijd warmmenselijk en binnen een duurzaam beleidskader. Deze innovatieve projecten geven moed want vroeg of laat hebben we de zorg- en welzijnssector allemaal nodig.

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

kanaal **Z**

In samenwerking met: **FLANDERS' CARE**, **Vlaanderen is innoveren en ondernemen in zorg**, **zorgnet icuro**, **Belgische Vereniging van Zelfstuurende Ziekenhuizen vzw**

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie 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@zorgnet-icuro.be

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 102, maart 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgnet-icuro.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.zorgnet-icuro.be/nieuwsbrief

www.zorgnet-icuro.be

