

# zorgwijzer 104

MINISTER FRANK VANDENBROUCKE:

**“Ik voel in de sector  
de overtuiging  
dat de hervorming  
noodzakelijk is”**

**zorg net**

icuro

## IN DIT NUMMER

Edito.....	3	<i>Community hospitals</i> bieden een antwoord op zorguitdagingen.....	24
Interview met federaal minister Frank Vandenbroucke.....	4	10 jaar ggz-netwerken: een evaluatie.....	30
Public Mental Health Monitor.....	12	Huisartsen Linde Tilley en Filip Charlier over de samenwerking met ziekenhuizen.....	34
Stappen richting een efficiëntere inzet van zorgpersoneel.....	20	Korte berichten.....	38



## EDITO



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

### Een ambitieus plan

Prominent vooraan in deze Zorgwijzer staat minister Frank Vandenbroucke. Hij licht uitgebreid en met verve zijn hervormingsplannen voor de ziekenhuizen toe. Na twee jaar beheersing van de covidpandemie gaat daar nu alle aandacht en energie naar toe. De minister is ambitieus; het plan is omvattend. Het gaat om de hervorming van het ziekenhuislandschap, de financiering, de nomenclatuur, het belonen van kwaliteit en het beheersen van de supplementen. Ook Zorgnet-Icuro wil als Vlaamse ziekenhuiscoepel ambitieus zijn. Sommige werven slepen we al decennia mee. Iedereen weet dat het huis van de ziekenhuisfinanciering op instorten staat. We willen de “wending” alle kansen geven en samen met alle *stakeholders* hard werken om tot een tastbaar resultaat te komen.

Het eerste akkoord over de bevrozing van de supplementen mogen we gerust historisch noemen, zeker als je bedenkt hoe groot de regionale verschillen zijn op dat vlak. De concrete uitwerking van de verschillende werven zal ons tijd kosten en veel cijferwerk om alles een robuuste onderbouw te geven. Dat is nodig om met deze omvattende hervorming een aantal valkuilen te vermijden én tegelijk voldoende opportuniteiten te grijpen.

Eerste principe is dat de hervorming niet mag vervellen tot een besparingsoperatie. Met andere woorden: wat we ergens wegknippen, moeten we elders opnieuw investeren. Ik denk hier meteen aan de rol van de private verzekeraars. Een grondig debat hierover is onvermijdelijk wanneer de supplementen zullen worden afgebouwd, zij minder tussenkomsten moeten uitbetalen, en bij gelijkblijvende premies hun winsten fors zullen toenemen. Bijzondere aandacht moet er ook gaan naar de financieringsmechanismen in de overgangsfase. Ziekenhuizen zijn nu zwaar ondergefinancierd; zij mogen niet verplicht worden om de factuur van de overgangsfase te dragen.

Verder moeten we erover waken dat de hervorming de ongelijkheid in de gezondheidszorg niet verder gaat aanwakkeren. De plafonnering en later de afbouw van de supplementen dragen het risico in zich dat meer artsen niet langer tot de conventies zullen toetreden en hun activiteiten gaan concentreren in privéklinieken. Een groei van de “villageneeskunde”, waar vooral aan planbare zorg wordt gedaan, zou de druk op de ziekenhuizen vergroten. In dat scenario worden ziekenhuizen geconfronteerd met een nog grotere schaarste aan bepaalde medische specialismen, terwijl ze de meer complexe zorg 24/24 en 7/7 moeten opnemen. Dat vermijden wordt een moeilijke evenwichtsoefening die uiteraard ook samenhangt met de artsencontingentering.

De minister wil de duale financiering met zuivere honoraria wegwerken. Dat is nodig om de discussies over de afdrachten te doen stoppen. Het impliceert dus ook een fundamenteel andere positionering van de artsen in het ziekenhuis en een hervorming van het ziekenhuisbestuur, met meer ruimte voor discussies over inhoud dan wel over centen. De eerste gesprekken over nieuwe governance-modellen komen er binnenkort aan. Laat ons de kans grijpen om na te denken over hoe we ook andere *stakeholders*, zoals zorgpersoneel, patiënten of andere zorgaanbieders meer kunnen betrekken bij het uittekenen van het ziekenhuisbeleid. Absoluut te mijden zijn in elk geval modellen die leiden tot onbestuurbaarheid, formalisering en juridisering van de besluitvorming.

Minister Vandenbroucke spreekt over een opvallend momentum, een besef bij alle betrokkenen dat we nood hebben aan iets nieuws. Laten we allen samen dat “*point of no return*” waarmaken, met de ambitie om onze ziekenhuiszorg zo kwaliteitsvol en toegankelijk mogelijk te houden. Ik wens iedereen een fijne zomer toe!

INTERVIEW MET FEDERAAL MINISTER  
FRANK VANDENBROUCKE

**“We moeten het huidige momentum grijpen om een ‘point of no return’ te creëren”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: HANNAH MOENS



**Na twee jaar covid, wil minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) nu volop aan de slag met de hervorming van de ziekenhuisorganisatie- en financiering. Hij pleit voor een volledige revolutie, in plaats van “schijfjes salami”. En het mag wat hem betreft best wat sneller vooruitgaan, zo vertrouwt hij Zorgnet-Icuro toe.**

*“Hoewel dit een enorme taak is die voor ons ligt, ben ik toch optimistisch gestemd. Omdat ik in de sector ook de overtuiging voel dat de hervorming noodzakelijk is*

**U presenteerde begin dit jaar een heel ambitieus plan voor de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering. Wat zijn uw concrete stappen voor de komende jaren?**

Het is inderdaad een ambitieus plan, omdat we hebben gekozen voor een volledige hervorming. We gaan niet hervormen in schijfjes, zoals bij een salami. Als het over financiering gaat, dan is er in de sector een grote eensgezindheid dat de bestaande versie hopeloos complex en totaal ondoorzichtig is. Dat moet dus anders.

We kiezen voor een opsplitsing van de bestaande nomenclatuur. Het is de bedoeling dat de loutere vergoeding van zorgverstrekkers in de nomenclatuur blijft, voornamelijk op basis van een prestatiefinanciering. Maar de werkingskosten van de ziekenhuizen willen we rechtstreeks financieren. Daarvoor moet je natuurlijk heel goed weten welke reële en verantwoorde kosten er bij de verschillende interventies in ziekenhuizen komen kijken. Dat vraagt zeer grondige analyses. Daar wordt nu met man en macht aan gewerkt door universitaire teams. Een tijdrovende, maar cruciale taak.

We mikken erop dat we die analyse van de ziekenhuiskosten rond hebben tegen het einde van 2023, om in 2024 de all-in forfaits per DRG (Diagnosis Related Group) te kunnen berekenen. En voor de herziening van het professioneel gedeelte van de nomenclatuur willen we al heel ver gevorderd zijn tegen einde 2024. Dan kunnen we in 2024 al beginnen met het schrijven van de nieuwe regelgeving.

**2024 is ook een verkiezingsjaar. Bent u niet bang dat uw eventuele opvolger alles zal terugdraaien?**

Ik hoop dat we van het huidige momentum en de goede sfeer gebruik kunnen maken om een ‘point of no return’ te creëren vóór het einde van de legislatuur.

Dat betekent dat we onze analyses goed in kaart hebben gebracht: hoe moet de nieuwe nomenclatuur eruitzien en wat zijn verantwoorde werkingskosten van ziekenhuizen? Maar die ‘point of no return’ moet ook ontstaan doordat de sector zélf overtuigd is van deze hervorming. Als alle cijfers en analyses op tafel liggen, zal de noodzaak daarvan ook veel concreter en duidelijker worden.

Hoewel het een enorme taak is die voor ons ligt, ben ik toch optimistisch gestemd. Omdat ik in de sector ook de overtuiging voel dat de hervorming noodzakelijk is. We hebben een ad-hocoverleggroep opgericht

met vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders, de artsen, de mutualiteiten en mijzelf. Daar loopt het alvast goed. We boeken vooruitgang en er is vaste wil bij alle betrokkenen om nagels met koppen te slaan.

**Er zijn ook bepaalde stappen van de hervorming die u al sneller wil nemen.**

Er zijn inderdaad enkele belangrijke deelsectoren waarin ik sneller vooruit wil gaan: de medische beeldvorming, de geneesmiddelen en de klinische biologie. Laat me even uitweiden over dat laatste. Ik ben ervan overtuigd dat daar een draagvlak is voor een grondige hervorming, waardoor we relatief snel vooruit kunnen. In die sector is toch wel sprake van een zekere overproductie en overcompensatie. Het is de bedoeling om die terug te dringen. Maar het geld dat daardoor vrijkomt, willen we uiteraard herinvesteren in de gezondheidszorg, in de honoraria van zowel huisartsen als specialisten.

**Het vertrekpunt van het nieuwe ziekenhuislandschap zijn de ziekenhuisnetwerken. Er werden er 23 erkend, maar die zijn niet allemaal even logisch. Gaat u daar nog iets aan doen?**

De vorige regering heeft het initiatief genomen om ziekenhuisnetwerken te creëren, wat absoluut een goede zaak was. Alleen hebben die netwerken in de praktijk niet altijd de meest ideale vorm aangenomen. De doelstelling is duidelijk: aan populatiemanagement doen en vanuit zo'n ziekenhuisnetwerk dus een bepaalde regio bedienen op een coherente manier. Helaas blijkt nu dat de huidige netwerken zeer ongelijk zijn qua populatie-omvang en dat je in een aantal subregio's netwerken hebt die elkaar binnen hetzelfde territorium vlijmscherp beconcurreren. Dat is uiteraard niet de bedoeling. In Vlaanderen stelt zich dat meer dan in Franstalig België.



Ik heb getwijfeld wat ik hiermee zou doen, want eigenlijk is dat geen goede structuur. Maar in de politiek moet je soms durven te beslissen om aan een nieuw hoofdstuk te beginnen, in plaats van telkens opnieuw hetzelfde hoofdstuk te herschrijven. Na enige twijfel heb ik voor mezelf dus de knop omgedraaid. We gaan met de huidige netwerken aan de slag.

#### Hoe wilt u die netwerken ondersteunen?

Op verschillende manieren. Zo was er bij de netwerken altijd de angst dat ze gevat zouden worden op basis van de Europese concurrentieregels. Wel, we hebben wettelijk bepaald dat een voorafgaande beoordeling door de mededingingsautoriteit niet nodig is, want dat was een zeer gevoelig punt. Maar we hebben bijvoorbeeld ook afgesproken met de minister van Financiën dat transacties binnen de netwerken in principe niet BTW-plichtig zijn.

We willen ook allerlei praktische vormen van samenwerking makkelijker maken, zoals tussen verschillende labo's anatomopathologie in verschillende ziekenhuizen. En we willen de netwerken uitnodigen om in kaart te brengen hoe zij zich verhouden tot de andere componenten van gezondheidszorg in hun regio. Wat is hun relatie en mogelijke samenwerking met actoren van de eerste lijn, met de netwerken geestelijke gezondheidszorg ... Op die manier moet een cartografie ontstaan van de wijze waarop netwerken hun samenwerking zien in hun eigen regio. Hiermee begeef ik me natuurlijk op een terrein dat ook heel belangrijk is voor de deelstaten. Ik ben in goed overleg met mijn Vlaamse collega, Hilde Crevits, om dergelijke bevraging samen aan te pakken. Tot slot zullen de netwerken uiteraard ook meer moeten nadenken over klinische samenwerking. Dus vooruit met de geit: op naar meer samenwerking!

#### Er moet concentratie komen van bepaalde medische expertise. Wat in mensentaal betekent dat niet elk ziekenhuis nog elke specialisatie zal hebben. Hoe sturend gaat u hierin optreden?

Als het over de meest prominente dossiers gaat - hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren en beroertecentra - dan wil ik daar absoluut voor gaan. Dat zijn domeinen waarin bundeling van concentratie echt dwingend is, om redenen van medische kwaliteit. Dat moet absoluut voorrang krijgen in het debat. En dat zijn ook stappen van de hervorming die we nog tijdens deze legislatuur willen zetten.

#### Een ander aspect van die concentratie is de sluiting van kleinere materniteiten. Dat stuit op veel protest. Hoe kijkt u daarnaar?

In deze discussie zijn die kleine materniteiten prominenter geworden dan ik voor ogen had. Dat heeft te maken met het feit dat daarover in de vorige legislatuur al een voorstel van beslissing lag, waardoor het zowel erg concreet als gevoelig is.



*Als het over hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren en beroertecentra gaat, dan spreken we over medische kwaliteit. Daar wil ik dus volop gaan voor concentratie van expertise*

Nogmaals: als het over hoofd- en halstumoren, ovariumtumoren en beroertecentra gaat, dan spreken we over medische kwaliteit. Daar wil ik dus volop gaan voor concentratie van expertise. Maar bij materniteiten is de afweging genuanceerder. Het probleem van kleine materniteiten, die wij in tegenstelling tot veel andere landen hebben, is niet dat ze minder medische kwaliteit bieden. Wel dat je je paramedische personeel niet altijd op de meest efficiënte manier kunt inzetten. Het is overigens geen besparingsverhaal. Het gaat zuiver over de vraag: kun je zorgpersoneel, dat vandaag heel schaars en moeilijk te vinden is, niet efficiënter inzetten door materniteiten te groeperen?

Dat zal ook meer comfort opleveren bij aanstaande ouders. Nu heb je in een kleine materniteit altijd het risico dat er geen bed vrij is, terwijl een grote afdeling meer buffer heeft.

Omdat het een genuanceerd dossier is, heb ik aan de federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen een advies gevraagd op basis van een iets genuanceerder voorstel, dat meer rekening houdt met criteria van afstand en nabijheid. Ik zal hun advies bekijken en er in de mate van het mogelijke rekening mee houden.

#### Een eerste belangrijke realisatie van uw plan was de recente bevrozing van de ereloonsupplementen voor eenpersoonskamers. Maar in het ene ziekenhuis zijn die veel hoger dan in het andere. Is zo'n bevrozing dan wel fair?

Ik ben blij dat we die bevrozing van de maximumtarieven in overleg tot stand hebben kunnen brengen. Daar hoort trouwens ook bij dat de percentages van de afdrachten bevroren zijn: het was gelijk oversteken. Maar het feit dat het in overleg is gebeurd, betekent dat er draagvlak voor was.

Al is dit slechts een eerste stap. We moeten de stijging van de ereloonsupplementen niet alleen een halt toeroepen, maar ook verminderen. En dat moet inderdaad op een correcte manier gebeuren. Het is niet de bedoeling dat we de ziekenhuizen die exorbitant veel supplementen vragen, daar ook voor belonen. Zij zullen een grotere inspanning moeten doen. Ik wil de lat gelijk leggen.

Nu zijn er wel ziekenhuizen die zeggen dat ze die supplementen nodig hebben voor hun functioneren. Ik vind dat een vrij dubieus argument, maar bon. Ik wil daar wel deels aan tegemoetkomen door een financiële compensatie te voorzien. Maar nogmaals: op een uniforme manier. We gaan niet meer geld geven aan ziekenhuizen die vandaag grote supplementen vragen. Dat sommige ziekenhuizen meer supplementen nodig zouden hebben dan andere, blijft toch vreemd.

#### Zullen de ereloonsupplementen in de toekomst helemaal verdwijnen?

Dat zie ik niet gebeuren. Maar ik vind wel dat we ze streng moeten inperken. Voor de concrete voorstellen moet u nog even geduld oefenen: die lanceer ik

*“Het is niet de bedoeling dat we de ziekenhuizen die exorbitant veel supplementen vragen, daarvoor ook belonen. Zij zullen een grotere inspanning moeten doen”*

volgend jaar. Overigens vind ik het belangrijk om die ereloonsupplementen niet enkel te beperken voor ziekenhuisactiviteiten, maar ook voor de ambulante sector. Anders riskeer je dat bepaalde specialisten wegtrekken uit de ziekenhuizen om aan 'villageneeskunde' buiten het ziekenhuis te doen, wat geen goede ontwikkeling zou zijn. Dat maakt de discussie een stuk complexer, maar ze is onvermijdelijk.

#### U wilt evolueren naar een zuivere ziekenhuisfinanciering. Maar heel wat middelen zitten vandaag bij de private verzekeraars. Hoe gaat u dat systeem omvormen?

Uw vraag brengt me op ideeën, waarvoor dank. (grijnst) Als private verzekeraars onvoorzien winsten boeken omdat de ereloonsupplementen worden beperkt, zouden we misschien een extra bijdrage kunnen vragen van hen. Die kunnen we dan gebruiken als beperkte compensatie voor de ziekenhuizen.

#### Als ziekenhuizen in de toekomst rechtstreeks gefinancierd worden, vrezet de artsen een deel van hun macht te verliezen. Terecht?

De vraag is: wat willen we bereiken? Op dit moment zitten er verkeerde prikkels in de ziekenhuisfinanciering: die stimuleert overconsumptie en -productie. Bovendien ontstaat vaak een conflictueuze relatie tussen artsen en ziekenhuisbeheerders, omdat die laatste afdrachten moeten vragen aan de artsen om hun financiële tekorten te compenseren. Veel discussies draaien rond centen en de verdeling daarvan.

Gelukkig is er veel deontologie bij heel wat artsen en beheerders, waardoor het systeem overeind blijft. Het is niet omdat de prikkels in de richting van overproductie gaan, dat men overal overproduceert. Het is niet omdat het systeem conflictueus is, dat er overal conflicten zijn. Ik kom geregeld in ziekenhuizen waar het overleg tussen de artsen en de beheerders me heel goed lijkt te lopen. En maar goed ook.

Maar we moeten ervoor zorgen dat het nieuwe financieringssysteem die goede praktijken ondersteunt en aanmoedigt in plaats van tegenwerkt. Dan moet je dus ook nadenken over een andere manier van governance. Als het overleg vandaag moeilijk loopt, kunnen artsen hun macht halen uit hun financiële inbreng. Dat zal verdwijnen. In plaats daarvan moet je naar een systeem van co-governance waarbij artsen en beheerders samen de ziekenhuisgemeenschap vormgeven. En waarbij artsen ook de nodige zeggenschap hebben over investeringen. Want zij hebben die toestellen nodig voor de kwaliteit en toekomst van hun praktijk. Dat *co-governancemodel* moeten we trouwens ook expliciet in wetgeving gieten. Voorlopig kan ik daarover nog niet te veel kwijt, omdat ik nog wacht op voorstellen van de artsenbank en de beheerders, waarmee we dan voort kunnen werken.



“De nieuwe eerstelijnspsychologische conventie is een revolutie, een weldoordacht maatschappelijk experiment. Dat vraagt veel tijd”

Maar ook hierover ben ik optimistisch gestemd: er is vandaag een generatie artsen die het erover eens is dat de huidige financiering compleet anachronistisch is. En dat de bestaande prikkels niet in de richting gaan waarvoor zij zelf gemotiveerd zijn: kwaliteitsvol werk. Er is een momentum om het te veranderen. Vandaar dat ik pleit voor één fundamentele hervorming. Die heeft als nadeel dat je nog twee jaar moet analyseren en studeren. Maar eenmaal je dat hebt gedaan, kun je eraan beginnen.

#### **Er gaan ook stemmen op voor een inperking van de artsenlonen. Moeten we in de toekomst niet meer nadenken over artsen in loondienst?**

Er zijn ziekenhuizen waar veel artsen in loondienst zijn, zoals de universitaire ziekenhuizen, en dat is een goed model. Maar er zijn ook veel ziekenhuizen die goed draaien met zelfstandige artsen. Met onze hervorming blijven we uit de buurt van die discussie, omdat we iets anders willen. In de politiek moet je nu eenmaal prioriteiten stellen.

Onze prioriteit is een zuiver honorarium. Dan krijg je transparantie en dan eindigt het eeuwige conflict over de opdrachten. Maar dat brengt onvermijdelijk mee dat je moet nadenken over de verhouding binnen en tussen de disciplines. Je moet weten welk deel van het honorarium een relevante vergoeding is voor werkingskosten die samengaan met de prestatie. Je moet het zuivere, professionele honorarium vervolgens binnen

disciplines in evenwicht brengen, én tussen disciplines. Dat wordt niet eenvoudig, maar het is mogelijk.

#### **Dat brengt ons bij de grote verschillen in vergoeding tussen specialisten. Zal een psychiater in de toekomst evenveel verdienen als een nefroloog?**

We gaan zeker nadenken over de inkomensverschillen tussen artsen: waar zijn die gerechtvaardigd en waar niet? Vandaag is dat een moeilijk debat, net omdat de financiering niet zuiver is. Dat een nefroloog veel verdient, komt ook omdat zijn technische installatie veel kost. Een psychiater heeft die dure machinerie niet nodig. Maar als je de kost van die installatie eruit haalt, moet je je wel afvragen welke factoren nog verantwoord zijn dat een nefroloog meer verdient dan een psychiater. Zijn er verschillen qua intellectuele inzet, risico, tijd, opleiding...? Misschien wel. Maar dan zal je die toch duidelijk moeten aantonen.

#### **Het gaat heel vaak over algemene ziekenhuizen. Hoe ziet u de plaats van de psychiatrische ziekenhuizen in de hele hervorming?**

De psychiatrische ziekenhuizen zijn financieel gezien een apart verhaal. Maar ik vind wel dat we hen moeten meenemen in onze denkoefening over het landschap. En dan heb ik het met name over de relatie tussen de psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling. En vervolgens moeten we ook kijken naar de netwerken

geestelijke gezondheidszorg. De ziekenhuisnetwerken moeten bij hun cartografie ook hun relatie met psychiatrische ziekenhuizen in kaart brengen, bijvoorbeeld.

Maar er gebeuren ook al concrete dingen. Zo hebben we op 19 mei een call gelanceerd voor de oprichting van ‘high and intensive care’-afdelingen (HIC) in de psychiatrie. Daarvoor maken we een budget vrij van 15 miljoen euro. Bij de netwerken geestelijke gezondheidszorg die al zo’n HIC hebben, kunnen we hun mobiele crisisteam versterken met zes voltijdse werkrachten. Door die teams te versterken, sla je een brug tussen de verschillende voorzieningen: je kunt de patiënt beter oriënteren en beslissen of die naar een psychiatrisch ziekenhuis kan, naar een PAAZ-afdeling van een algemeen ziekenhuis, of dat hij ambulante zorg kan krijgen.

#### **Toen vorige zomer werd gecommuniceerd dat iedereen voor 11 euro naar de psycholoog zou kunnen, was er euforie. Maar zo eenvoudig blijkt het in de praktijk niet. Hoe staat het ondertussen met de concrete uitrol van de eerstelijns psychologische conventie?**

Die communicatie was inderdaad voorbarig, om verschillende redenen. Zo gaat dit echt om een hervorming. Het is niet de bedoeling om het huidige aanbod gewoon goedkoper te maken. We hebben een radicale *cultuurshift* nodig. Daar spelen de netwerken geestelijke gezondheidszorg een cruciale rol in. Zij moeten veel meer *outreaching* werken en nadenken over vindplaatsen: plekken waar je mensen ontmoet met mentale problemen, die misschien nooit zelf naar een klinisch psycholoog zouden stappen. Ik denk bijvoorbeeld aan de sociale diensten van OCMW’s, of huisartsenpraktijken. Die laatste krijgen steeds meer te maken met patiënten met psychische problemen - die vaak hand in hand gaan met somatische problemen - en hebben dus meer ondersteuning nodig.

Maar naast dat *outreaching* werken, is er ook nood aan nieuwe methodieken. Als we mensen willen empoweren en meer veerkracht geven, kunnen groepsessies een heel krachtig middel zijn. Die zijn uiteraard kosteneffectiever dan individuele sessies, maar misschien zijn ze in bepaalde gevallen ook gewoon beter? Tijdens de covidperiode werden groepsessies georganiseerd voor studenten rond veerkracht, die ze gratis konden bijwonen. Daar zijn mooie resultaten geboekt: we konden voorkomen dat heel wat jonge mensen in een reeks individuele sessies terecht kwamen en bovendien konden we zwaardere problemen voorkomen. Het was geen gerandomiseerde studie, maar die resultaten tonen toch aan dat zulke groepsessies kosteneffectief zijn én goed werken.

We moeten het werkveld - de netwerken geestelijke gezondheidszorg, maar ook de klinisch psychologen en orthopedagogen - dus overtuigen van nieuwe

methodieken en *outreaching* werk. Die nieuwe conventie is een revolutie, een weldoordacht maatschappelijk experiment. Dat vraagt veel tijd.

#### **Dat het zo traag gaat, is geen kwestie van middelen?**

Ik kan me niet uitspreken over de toestand over enkele jaren. Maar op dit ogenblik is het probleem niet dat we geld te kort hebben. Wel dat we een heel nieuwe manier van werken willen uitrollen waarvoor we mensen moeten vinden en enthousiasmeren. En dat we alles natuurlijk ook praktisch georganiseerd moeten krijgen. Dat vraagt veel overleg en het is een cultuurshift. Maar de voorbije maanden werd ik wel wat ongeduldig: ik vond dat het sneller vooruit moest gaan.

**“Vorige zomer is het beeld ontstaan dat iedereen voortaan voor elf euro naar de psycholoog kan, zonder enige beperking of sturing. Die communicatie moet worden bijgestuurd en dat is een taak van de netwerken”**

#### **Ziet u nog bepaalde hefbomen om het proces te versnellen?**

Vanuit de FOD Volksgezondheid hebben we nu zelf 13.000 klinisch psychologen aangeschreven om duidelijk te maken waarvoor de conventie staat en hoe ze erin kunnen stappen. Ondanks het feit dat hun beroepsorganisaties goed werk hebben geleverd, hadden we het gevoel dat de individuele zelfstandige klinisch psychologen en orthopedagogen, alsook loontrekkenden in bijvoorbeeld *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*, misschien te weinig gevat waren.

Die acties hebben succes gehad: op het einde van mei telden we 1590 individuele conventies met klinisch psychologen en orthopedagogen, een stijging met 28% op één maand tijd. Op weekbasis bedraagt het aanbod nu 15.715 uren, een stijging met 27% op één maand tijd. En sinds 1 januari zijn reeds 42.151 mensen ingegaan op dit aanbod.

Nu denk ik dat de netwerken geestelijke gezondheidszorg nog extra hun best moeten doen om de communicatie naar het publiek te verbeteren. Vorige zomer is inderdaad het beeld ontstaan dat iedereen voortaan

voor elf euro naar de psycholoog kan, zonder enige beperking of sturing. Die communicatie moet worden bijgestuurd en dat is een taak van de netwerken. Zij moeten aan het brede publiek duidelijk maken wat zij aanbieden, waar de mensen hen kunnen vinden én wat de hervorming inhoudt. Maar we gaan hen zeker bijstaan om die communicatie op punt te stellen. De beroepsorganisaties van de zorgverstrekkers vinden dat ook belangrijk, en terecht.

### **Een ander zéér heikel punt is het personeelstekort in de hele zorgsector. Voor de pandemie was er al schaarste, maar de situatie wordt steeds prangender. Welke oplossingen ziet u?**

Dat is inderdaad een zeer groot probleem dat weegt op mijn gemoed, net als bij vele anderen uit de sector. We investeren al zeer veel. Als je kijkt naar de huidige federale uitgaven aan gezondheidszorg, dan zijn die tegenover 2019 - het jaar voor deze legislatuur - gestegen met 23%. Dit jaar plannen we maar liefst 6,1 miljard meer uit te geven dan in 2019. Uiteraard zijn dat deels eenmalige covid-uitgaven. Dit jaar zijn die begroot op 729 miljoen euro. Maar zelfs als je die eruit haalt, is dat nog steeds een stijging van 20%. En ik weet ook wel dat de prijzen stijgen en dat een euro vandaag minder waard is dan in 2019. Maar toch: na een aantal jaar van zeer matige groei van de budgetten - om het woord 'stilstand' niet te gebruiken - is dat een erg omvangrijke investering. Dus ja, het doet pijn om te zien dat we desondanks een aantal diensten niet bemand krijgen. Dat levert nog meer stress en problemen op, waardoor je in een vicieuze cirkel belandt. Dat moeten we dus aanpakken, met een hele batterij aan maatregelen.

### **Die batterij begint met de nieuwe loonmaatregelen die u onlangs aankondigde.**

Een aantrekkelijke verloning is uiteraard belangrijk. Wanneer we applaudisseren voor de zorg, mag dat geen gratis applaus zijn. We moeten het ook menen. Daarom ben ik de sociale partners erg dankbaar dat ze het grote sociale akkoord van 2020 hebben omgezet in definitieve en structurele maatregelen. Ik heb daar nog iets extra's aan toegevoegd: een enveloppe van 45 miljoen euro om tegen 2024 de gespecialiseerde verpleegkundigen een extra vergoeding te geven. Dat was een belangrijk signaal. Maar het is slechts een begin.

### **Welke maatregelen hebt u nog in gedachten?**

Het hoofdstuk van het sociaal akkoord is nu afgerond, maar we mogen niet op onze lauweren rusten. We moeten meteen aan een nieuw hoofdstuk beginnen, samen met de sociale partners. Een nieuw groot sociaal akkoord zal niet voor deze legislatuur zijn, maar we moeten wel al samen starten met de voorbereiding. Al sluit ik niet uit dat we bepaalde acute problemen nu al kunnen aanpakken. Zo is er nog veel werk op het vlak van arbeidsorganisatie en arbeidsvoorwaarden. Niet voor niets hebben we bij het afwerken van het sociaal akkoord vanuit de federale regering 7 miljoen euro ter beschikking gesteld van de HR-departementen van de ziekenhuizen. Daar hangt wel een uitdrukkelijke opdracht aan vast: ze moeten mensen rekruteren die specifiek bezig zijn met kwalitatieve arbeidsvoorwaarden. Dan heb ik het over taakverdeling, vorming, voorkomen van *burn-out*, begeleiding van medewerkers ... Dat mag niet bij woorden blijven, er moeten concrete acties tegenover staan. Vandaar die 7 miljoen.



Daarnaast is er het opleidingsproject '#KiesvoordeZorg', dat toch relatief succesvol is. In 2021 zijn 446 mensen gestart met een opleiding dankzij dit project; in september 2022 kunnen 478 mensen de stap zetten. Zulke inspanningen moeten we nog versterken.

Tot slot moeten we nadenken over de vraag hoe we mensen met allerlei verschillende competenties en diploma's - ik denk bijvoorbeeld aan de HBO5-opleiding, die ik als minister van Onderwijs destijds zelf heb gecreëerd - op de best mogelijke manier kunnen inzetten. Als je goed georganiseerde teams hebt, kunnen mensen met een lagere formele scholing misschien iets meer taken op zich nemen, op voorwaarde dat ze goed begeleid en ondersteund worden. Dat kan trouwens ook buiten de ziekenhuizen: waarom geen praktijkassistenten inzetten in huisartsenpraktijken? Dat moet op de agenda komen. Maar om dat mogelijk te maken, moeten we ook durven te sleutelen aan de wet op de uitvoering van de gezondheidsberoepen, het vroegere KB 78. We moeten een akkoord vinden over de manier om ieders competentie maximaal te waarderen en te valoriseren.

### **In 2021 werd op het RIZIV een ambitieuze oefening gestart over gezondheidszorgdoelstellingen gekoppeld aan een meerjarenbegroting. Hoe staat het daarmee?**

Ik heb een voorstel klaar dat ik nu voorleg aan de regering. Dat is gebaseerd op twee rapporten: een rapport van een werkgroep in het Verzekeringscomité en de Algemene Raad, en een rapport van een onafhankelijke groep wetenschappers onder leiding van professor Erik Schokkaert (KU Leuven). Geïnteresseerden kunnen beide rapporten - die gelukkig niet erg tegenstrijdig zijn - nalezen op de website van het RIZIV. Het is de bedoeling om een meerjarenvisie te krijgen op de begroting, in plaats van de traditionele schijfjes salami van jaar tot jaar. Bovendien zal er meer focus liggen op gezondheidsdoelen, synergieën en multidisciplinariteit. Ik hoop dat we daarover relatief snel een akkoord zullen bereiken, zowel politiek als met het werkveld.

### **Binnenkort bent u twee jaar bezig als minister. Wat heeft u tot nog toe het meest geraakt?**

Ik ben het meest geraakt door de vele getuigenissen van mensen uit de sector en de impact die de pandemie had op hun leven en werk. Zo sprak ik in een Aalsters ziekenhuis met een schoonmaakster. Zij vertelde me dat ze op een bepaald moment in de kamer van een oude, stervende vrouw stond. Ze had covid en lag daar moederziel alleen. Die schoonmaakster heeft haar hand op die dame gelegd. En dat had toch geholpen, zei ze. (*slikt*) Dat is toch buitengewoon?

Mensen hebben tijdens de pandemie afgezien. Het werk van verpleegkundigen, zorgkundigen en zelfs poetspersoneel werd totaal ontwricht. Dat heeft enorm

“Als je goed georganiseerde teams hebt, kunnen mensen met een lagere formele scholing misschien iets meer taken op zich nemen, op voorwaarde dat ze goed begeleid en ondersteund worden

veel ellende met zich meegebracht. En toch was er nog die inzet, die reflex om het beste van zichzelf te geven. Dat is maar een van de vele anekdotes die me diep hebben geraakt.

### **En wat heeft u het hardst verrast?**

Twintig jaar geleden ben ik ook al even in deze sector gepasseerd. Maar als ik de situatie van toen vergelijk met vandaag, dan merk ik dat er nu veel meer momentum is voor een grondige hervorming. Er is bij artsen en ziekenhuisbeheerders veel meer bereidheid om te zeggen: het huidige systeem is voorbij zijn vervaldatum, we hebben nood aan iets nieuws. Natuurlijk moeten we dat momentum nu grijpen. En als puntje bij paaltje komt, moeten we in het water durven te springen. Maar ik ben optimistisch dat het zal lukken.

### **Komt die bereidheid door covid, denkt u?**

Ik denk dat covid daartoe bijgedragen heeft, maar het is niet de enige factor. Het gaat ook om de complete onwerkbaarheid van de ziekenhuisfinanciering, louter door zijn complexiteit. Dat is ook wel gebleken in de oefening die we moesten doen om de ziekenhuizen te compenseren voor de extra covidkosten. Dat bleek een onwaarschijnlijk complex en ondoorzichtig kluwen. Elke serieuze mens die die oefening heeft gedaan, moest wel besluiten dat het systeem aan de basis compleet anachronistisch is.

### **Zal uw legislatuur over twee jaar geslaagd zijn?**

Daarover zal de kiezer moeten oordelen. Maar we doen ons best. Al mogen we niet vergeten dat ik in de regering ben gestapt na een heel lange periode van lopende zaken. Ik moest zeer veel dingen opkuisen die het gevolg waren van die lange periode van inertie. Dat verklaart ook al die dikke wetteksten van mij, waarop het parlement soms vloekt. Maar die hebben allemaal te maken met problemen uit die periode. En toen kwam covid, wat me heeft verhinderd om een aantal dossiers aan te pakken. Maar ik hoop dat we de komende twee jaar toch nog heel wat kunnen verwezenlijken.

“Nu zijn we vooral afhankelijk van opinies, maar die zijn helaas vaak gedreven door mythes. Met correcte data kunnen we die doorprikken

Ronny Bruffaerts



PUBLIC MENTAL HEALTH  
MONITOR

“Als het over geestelijke gezondheid gaat, mogen we niet langer blind varen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JAN LOCUS & JONATHAN RAMAEL

Als we willen dat de geestelijke gezondheidszorg beter aansluit bij de noden van de bevolking, is er dringend nood aan actuele wetenschappelijke data. Zorgnet-Icuro ondersteunt daarom de interuniversitaire leerstoel *Public Mental Health Monitor*, onder leiding van Ronny Bruffaerts (KU Leuven) en copromotoren Kris Van den Broeck (UAntwerpen), Gwendolyn Portzky (UGent) en Mark Leys (VUB).

Zorgnet-Icuro is al jaren overtuigd van de voordelen van ‘*public mental health*’, vertelt stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg Gorik Kaesemans. “Binnen onze sector is al tien jaar lang een hervorming bezig, rond het befaamde artikel 107. De sleutel daarvan is vermaatschappelijking: we willen patiënten zoveel mogelijk in hun eigen context behandelen. Waar de geestelijke gezondheidszorg vroeger in instellingen plaatsvond, verschuift die nu voor een groot deel naar de bredere maatschappij. Dat brengt het belang van die maatschappij ook veel scherper in beeld: we weten intussen dat allerlei omstandigheden een impact kunnen hebben op het ontstaan en in stand houden van psychische problemen. Maar - en nu kom ik bij de kern van dit verhaal - we missen data om daar heel precies de vinger op te leggen. Als je vanuit een *Public Mental Health*-perspectief denkt, dan kijk je naar de noden van de hele bevolking en hoe je daar zo goed en efficiënt mogelijk kunt op inspelen. De zorg is nu grotendeels aanbodgestuurd, terwijl die vraaggestuurd moet worden. Bovendien moet er veel meer nadruk komen op preventie: net zoals het gezondheidseconomisch bekeken effectiever is om te investeren in tabakspreventie dan in de opleiding van





“De zorg is nu grotendeels aanbodgestuurd, terwijl die vraaggestuurd moet worden. Bovendien moet er veel meer nadruk komen op preventie

Gorik Kaesemans

extra oncologen, moeten we ook nog meer kiezen voor de preventie van depressie, angststoornissen, suïcide enz. Begrijp me niet verkeerd: we zullen altijd psychiatrische ziekenhuizen nodig hebben, maar het moet veel meer een én-én-verhaal worden. Hoe kun je ervoor zorgen dat er binnen je populatie zo weinig mogelijk psychische stoornissen ontstaan, en hoe kun je de mensen die toch in de problemen komen, zo goed mogelijk helpen?”

*Public Mental Health* gaat in de eerste plaats over kennis, vertelt Ronny Bruffaerts (KU Leuven), titularis van de nieuwe leerstoel. “We moeten weten hoe vaak psychische stoornissen voorkomen, wie extra kwetsbaar is, welke factoren een impact hebben ... Die wetenschappelijke kennis vormt de basis voor behandeling én preventie. Nu wachten we tot patiënten een depressie ontwikkelen en zelf de stap zetten naar hulpverlening. Terwijl we die ontluikende depressies vaak al jaren hadden kunnen detecteren, op school of in de jeugdbeweging bijvoorbeeld. We moeten dus op zoek naar manieren om sneller in te grijpen. Maar om dat op een goede manier te doen, moeten we meten en monitoren. Niet op één moment, maar systematisch.”

#### Vreselijke verwarring

“Op een goede manier zorg aanbieden die overeenstemt met de noden, op een datagedreven manier”, zo vat Kris Van den Broeck (UAntwerpen), copromotor van de leerstoel, samen wat *Public Mental Health* voor hem betekent. Als we hem vragen wat er op dit moment verkeerd loopt in de geestelijke gezondheidszorg, volgt een diepe zucht. “Heb je een uurtje? (*glimlacht*) De geestelijke gezondheidszorg zoals die nu bestaat, is historisch gegroeid, zonder logisch kader. Ik stel het wat karikaturaal voor, maar heel vaak kwam het hierop neer: dokter x in klooster y had een bijzondere interesse in doelgroep z. Dus werd er een afdeling voor z opgericht, of daaraan nu behoefte was of niet. Elk psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen

heeft vandaag bijvoorbeeld een verslavingsafdeling: is dat nodig? Misschien wel, misschien niet. We weten het totaal niet. Bovendien wordt die huidige, historisch gegroeide situatie niet bijgestuurd, bij gebrek aan data. Daar moet dus dringend verandering in komen.”

“We moeten inderdaad meer *evidence-informed* kunnen werken, om in te spelen op de noden, behoeften en verwachtingen van de hele populatie”, vult copromotor Mark Leys (VUB) aan. “In onze geestelijke gezondheidszorg wordt stevast gedacht in termen van individuele behoeftes. Als het over populaties gaat, varen we blind. Daardoor wordt nu te intuïtief gewerkt in deze sector. Bovendien is het belangrijk om voor de brede maatschappij een correcter verhaal te brengen over geestelijke gezondheid. In de media - en daardoor ook bij de bevolking - is er vreselijke verwarring ontstaan tussen mentaal (on)welbevinden en psychische stoornissen. Door de coronacrisis is de nood tot nuancering verscherpt. Heel wat mensen hebben geregeld een dipje, maar dat wil niet zeggen dat ze ook een stoornis hebben. Met goede data over prevalentie, incidentie, ernst en duur van stoornissen, verhoudingen tussen bevolkingsgroepen ... kan je voorbij de anekdote en het buikgevoel gaan en echt gericht aan de slag gaan, op populatieniveau. Nu horen we te

vaak slogans en opinies van experts, maar te weinig cijfers. Dat moet dringend veranderen.”

“Meten is weten”, vat copromotor Gwendolyn Portzky (UGent) het samen. “Geestelijke gezondheidszorg is veel te lang het kleine broertje van de somatische gezondheidszorg geweest. Gelukkig is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor, maar nu hebben we ook nood aan actuele, betrouwbare cijfers en goede monitoring. Dat werd des te duidelijker tijdens de coronacrisis: we kregen constant data over covid, tot in de uiterste precisie. Maar terwijl iedereen zich ernstige zorgen maakte over de impact van de crisis en de *lockdowns* op mentale gezondheid en zeker ook suïcide, hadden we veel te weinig goede data om zinnige conclusies te trekken, laat staan tijdig in te grijpen.”

#### Unmet of overmet need?

Data, data, data: alle experts zijn het erover eens dat de geestelijke gezondheidszorg daar meer nood aan heeft. “En dan gaat het zeker niet uitsluitend over incidentie en prevalentie van psychische stoornissen”, zegt Bruffaerts. “Natuurlijk hebben we daarover actuele data nodig, maar het gaat veel breder. Als het over *public mental health* gaat, is het heel belangrijk

“De stakeholders zijn betrokken partij, op allerlei manieren. Zij zijn het die met onze data aan de slag zullen gaan en hopelijk hun aanbod zullen aanpassen op basis van de behoeften van de populatie”

Kris Van den Broeck





om te kijken naar de *unmet need*, de *met need* en de *overmet need*. Te beginnen met het eerste: hoe komt het dat mensen met psychische problemen de stap naar hulp gemiddeld genomen zolang uitstellen? Hoelang wachten ze vandaag? Uit oud onderzoek weten we dat dat vroeger gemiddeld 12 jaar was. Is dat nog steeds het geval, of is het misschien zelfs erger geworden? Hoe groot is de groep mensen met psychische noden die op dit moment geen hulp krijgt? Over welke profielen en pathologieën gaat het dan vooral? En vooral: hoe kunnen we die uitsteltijd zoveel mogelijk inperken? Zijn er misschien innovatieve technieken om dat te doen? Daarvoor moeten we de situatie natuurlijk systematisch opvolgen en heel geregeld opnieuw meten.”

Daarnaast heeft Bruffaerts veel onderzoeksvragen over patiënten die wél de stap naar hulp hebben gezet, de zogenaamde met need. “Bij die groep moeten we onderzoeken of ze continuïteit van zorg krijgen, of hun behandeling werkt - iets wat tot op heden nog nooit systematisch is opgevolgd - en of ze tevreden zijn. Krijgen patiënten de kans om te participeren bij hun behandeling? Is er ruimte voor een herstelvisie?” En tot slot is er nog de overmet need, legt Bruffaerts uit. “Dat is de groep die overbodige hulp krijgt. Mensen die in de geestelijke gezondheidszorg terechtkomen, hebben een hoge kans om meteen naar gespecialiseerde hulp door te stromen. Het aantal voorgeschreven antidepressiva is al erg hoog, dat weten we al lang. En we weten ook dat de profielen van patiënten in opname nogal verschillen tegenover andere landen. Door de juiste data te verzamelen, moeten we beter kunnen inschatten of de opnamecapaciteit efficiënt wordt ingezet: is het echt nodig dat mensen met een bepaalde aandoening opgenomen worden? We kampen met hoge wachtlijsten, zowel in de residentiële als ambulante zorg. De vraag is: kunnen we die deels inperken als zoveel mogelijk mensen de zorg krijgen waar zij, maar ook de maatschappij, het meeste baat bij hebben?”

### Bredere plaatje

De *Public Mental Health Monitor*, die ingebed is in een driejarige leerstoel, zal mondjesmaat over al die facetten informatie blootleggen, vertelt Bruffaerts. “De laatste grote populatiestudie voor geestelijke gezondheid is al twintig jaar oud. We hebben dus dringend nood aan een monitor die systematisch, adequaat en op regelmatige momenten antwoorden biedt.” De komende drie jaar gaat de interuniversitaire leerstoel concreet aan de slag. “Er ligt heel wat werk op de plank”, glimlacht Bruffaerts. “Een eerste stap zal zijn om op basis van vragenlijsten het voorkomen van de verschillende pathologieën in te schatten op bevolkingsniveau. Dat lukt vrij goed met relatief korte *online surveys*. Die kunnen we vervolgens combineren met andere aspecten, zoals absentisme en presentisme op de werkvloer. Dat laatste is een onderschat probleem: heel wat mensen met een depressie blijven

bijvoorbeeld werken, maar doen dat veel minder efficiënt. Door zulke processen in cijfers te gieten, kun je ook de maatschappelijke relevantie beklemtonen.”

De komende drie jaar zullen er om de zes maanden verschillende metingen plaatsvinden. “Dat is cross-sectioneel onderzoek: op een bepaald moment wordt een ‘foto’ gemaakt van de toestand van de geestelijke gezondheid in Vlaanderen. Door dat drie jaar lang te doen, krijg je ook een duidelijk beeld van bepaalde evoluties. Maar het wordt pas echt waardevol als we dat koppelen aan andere onderzoeken. Zo zullen we binnen de KU Leuven, los van deze leerstoel, opnieuw een nationale populatiestudie lanceren naar de geestelijke gezondheid. Die is longitudinaal: dezelfde groepen mensen worden verschillende keren bevraagd. Door al die data samen te leggen, krijg je zicht op het bredere plaatje. En daarnaast willen we ook met focusgroepen werken. Met populatie-onderzoek kun je namelijk niet alles blootleggen. Wat bijvoorbeeld met pathologieën die zeer weinig voorkomen, maar wel een grote impact hebben? Neem bijvoorbeeld patiënten met autisme: hoeveel dat er precies zijn, kun je heel moeilijk inschatten met vragenlijsten. We kunnen bogen op specifieke kwalitatieve en kwantitatieve expertise die we jaren geleden hebben vergaard bij een onderzoeksproject in Vlaams-Brabant over jongementie. De methodologie die we daar hebben ontwikkeld, kunnen we nu gebruiken om bijvoorbeeld de prevalentie en zorgzwaarte van autisme op bevolkingsniveau proberen in te schatten.”

### Uitdagingen

Het is haast ongezien dat aan deze leerstoel vier grote universiteiten meewerken. Elke professor brengt eigen onderzoeken en expertise mee, waardoor de *Public Mental Health Monitor* op allerlei manieren verrijkt kan worden. Zo is er het unieke verhaal van Van den Broeck, die drie jaar geleden aan de Universiteit Antwerpen een eigen leerstoel rond *Public Mental Health* uit de grond stampte. “Verschillende Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen van algemene ziekenhuizen kwamen toen bij ons aankloppen. Zij beseften dat ze grotendeels blind aan het varen waren. De overheid vroeg hen om bepaalde bedden te sluiten, maar ze hadden totaal geen idee welke dat dan moesten zijn. Ze wilden heel graag accurate cijfers over geestelijke gezondheid in hun regio, dus hebben we die leerstoel opgericht. In twee Antwerpse eerstelijnszones hebben we al kwalitatief en kwantitatief onderzoek gedaan, met focusgroepen en een representatieve steekproef. We peilden naar het voorkomen van belangrijke psychische aandoeningen, zoals depressie, angst, middelengebruik en suicidaliteit. Daarnaast onderzochten we onder meer of mensen hulp zochten en kregen, op welke drempels ze botsten enz.”

Maar dat is nog niet alles. Van den Broeck: “het meest ambitieuze deel van onze leerstoel is de ontwikkeling

van de nieuwe databank *iPSYcare*, wat staat voor *Improved Psychiatric Care and Research*. Daarin worden zorgdata uit verschillende databanken samengebracht, op een geanonimiseerde manier. Er worden namelijk vrij veel data over patiënten, diagnoses en behandelingen geregistreerd, maar vervolgens wordt daar weinig mee gedaan. De deelnemende ziekenhuizen sturen die nu door naar *eHealth*, die ze pseudonimiseert en aan ons bezorgt. Zo kunnen wij patiënten bijvoorbeeld volgen doorheen hun behandeltraject. Maar de mogelijkheden zijn eindeloos: als we op termijn ook gegevens over ambulante zorg krijgen, kunnen we nagaan of patiënten na hun ontslag uit

het ziekenhuis - wanneer de kans op suïcide bijvoorbeeld kan toenemen - verder worden opgevolgd. Of we kunnen een zicht krijgen op zogenaamde ‘draaideurpatiënten’ en hun profielen. In Groot-Brittannië hebben ze een gelijkaardige databank die al verder staat, en daar hebben ze bijvoorbeeld ontdekt dat patiënten die een bepaald antipsychoticum slikten, vatbaarder waren voor covid. Door data aan elkaar te koppelen, kun je zoveel kennis vergaren! Maar goed: we moeten eerst leren stappen voor we beginnen te lopen. Tot dusver was het vooral een zoektocht, met heel wat financiële, juridische en ethische uitdagingen. Maar ik ben ervan overtuigd dat de nieuwe interuniversitaire leerstoel ook een heel waardevolle aanvulling kan worden op de onze.”

### Suïcide-onderzoek

De expertise van Leys ligt dan weer eerder bij *health policy* en *health services*. “Ik volg al vanaf het begin de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg op, met specifieke aandacht voor netwerken en samenwerkingsverbanden. Mijn onderzoek focust op het vormgeven van die netwerken en het blootleggen van de drempels waarop ze stoten. En daarnaast ben ik erg begaan met toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg. Want op dit moment botst een groot deel van de populatie op enorme barrières. Hoe houd je

“Nu horen we te vaak slogans en opinies van experts, maar te weinig cijfers. Dat moet dringend veranderen”

Mark Leys





**“Terwijl iedereen zich ernstige zorgen maakte over de impact van de lockdowns op mentale gezondheid en zeker ook suïcide, hadden we veel te weinig goede data om zinnige conclusies te trekken”**

Gwendolyn Portzky

bijvoorbeeld rekening met een diverser wordende samenleving? Nu denken zorgaanbieders nog te reactief, in plaats van te kijken naar de populatie en hun noden. De netwerken moeten meer hun verantwoordelijkheid opnemen en bekijken hoe ze de zorg voor hun specifieke populatie het best organiseren met publieke middelen. Maar daar hebben ze natuurlijk ook goede ondersteuning voor nodig.”

Tot slot is er nog de laatste copromotor, Gwendolyn Portzky, die een autoriteit is op het vlak van suïcide-onderzoek. “Wij verzamelen al geruime tijd data over suïcide vanuit onze eenheid voor zelfmoordonderzoek. We registreren de suïcidepogingen die worden aangemeld via de spoedafdelingen van ongeveer 70% van de Vlaamse ziekenhuizen. Maar daarnaast blijft er natuurlijk veel suïcidaal gedrag onder de radar. Om

over suïcidale gedachten nog te zwijgen. We hebben wel gegevens van de Sciensano-gezondheidsenquête, wat voor ons zeker een relevante bron is. Maar die wordt maar om de vier jaar afgenomen, terwijl het nodig is om veel korter op de bal te spelen. Bovendien hebben we nog specifiekere data nodig. Er is bijvoorbeeld een belangrijk verschil tussen mensen met een doodswens, die het niet erg zouden vinden als hen iets zou overkomen, en mensen met effectieve zelfmoordgedachten. En bij die laatste groep moet je ook nog een onderscheid maken tussen mensen met veeleer vage zelfmoordgedachten en mensen met concrete plannen. Daarvan hebben we nu absoluut geen goede data. Er is dus zeker nood aan meer gedifferentieerd onderzoek dat kort op de bal speelt, waardoor we hopelijk ook gericht aan preventie zullen kunnen doen.”

## Dashboard

Wat ook door alle betrokkenen wordt benadrukt, is het belang van een goede samenwerking met alle *stakeholders*. “Dit mag zeker geen interuniversitair consortium worden dat zuiver theoretisch werkt”, benadrukt Leys. “Het is de bedoeling dat er klankbordgroepen komen met *stakeholders* uit de sector, zodat zij vanuit de praktijk mee kunnen aftoetsen welke data bruikbaar en wenselijk zijn. Het moet echt een ‘LEERstoel’ worden, waarbij we regelmatig de koppen bij elkaar steken om samen de grootste meerwaarde te creëren. We moeten trouwens ook samen leren omgaan met de verzamelde informatie.” Dat beaamt ook Van den Broeck. “De *stakeholders* zijn betrokken partij, op allerlei manieren. Zij zijn het die met onze data aan de slag zullen gaan en hopelijk hun aanbod zullen aanpassen op basis van de behoeften van de populatie.”

De komende drie jaar zal er hard worden gewerkt om data te verzamelen. Het is de bedoeling dat uiteindelijk een soort dashboard ontstaat waarop die worden weergegeven. “Zo kun je heel visueel een beeld schetsen van de zorgnoden op een bepaald moment, en ook evoluties weergeven”, legt Bruffaerts uit. “Je krijgt een tool die niet enkel narratief is, maar ook datagedreven, op een wetenschappelijke, methodologisch correcte manier. Dan kun je het meest efficiënte beleid voeren, op basis van de noden van de bevolking. Nu zijn we vooral afhankelijk van opinies, maar die zijn helaas vaak gedreven door mythes. Met correcte data kunnen we die doorprikken. Ze worden ankerpunten die ons op weg zetten naar betekenis. Ook het gezondheidseconomisch perspectief mag overigens niet ontbreken: op basis van data zouden we bijvoorbeeld het effect kunnen berekenen van mensen met psychische problemen die al na één jaar hulp zoeken, in plaats van na tien jaar. Dat effect kan je koppelen aan beleid, denk maar aan eerstelijnspsychologische hulp. Maar er zijn natuurlijk nog veel meer maatschappelijke vragen: welke impact heeft snellere hulpverlening bijvoorbeeld op kwaliteit van leven, op andere aandoeeningen of op absentieïsme? Je zou zelfs kunnen berekenen hoeveel ernstige depressies we over 30 jaar kunnen vermijden door nu te investeren in preventie.”

## Vermaatschappelijking

Over één zaak zijn alle betrokkenen het ook alvast eens: deze leerstoel loopt drie jaar, maar nadien mag het zeker niet stoppen. “We willen uiteraard dat er ook nadien nog accurate data worden verzameld over geestelijke gezondheidszorg, deze monitor moet duurzaam verankerd worden”, vindt Portzky. Dat beaamt Van den Broeck. “Dit is een begin, maar het is niet de bedoeling dat deze leerstoel eindeloos op onze schouders rust. Ik hoop dat dit een prikkel is voor de overheid om deze taak nadien verder op te nemen. Het is alvast een heel mooi signaal van Zorgnet-Icuro: met deze leerstoel tonen we dat geestelijke gezondheidszorg niet het kleine broertje in de zorg is. En de middelen voor de gezondheidszorg zijn helaas beperkt, dus het is belangrijk dat we er zo efficiënt mogelijk mee omspringen. Daar kunnen goede data alleen maar toe bijdragen.” Dat vindt ook Leys. “Zorgnet-Icuro geeft ons zaaigeld om iets concreets te creëren. Over drie jaar zullen we hopelijk enkele mooie resultaten kunnen voorleggen, maar dan zal het uiteraard niet voltooid zijn. Hopelijk stimuleert dit de verschillende overheden om het project op termijn verder te coördineren en te financieren.”

Uiteindelijk zouden de resultaten van de *Public Mental Health Monitor* moeten doorsijpelen naar de hele samenleving, besluit Bruffaerts. “Als we op basis van data kunnen aantonen wanneer bepaalde pathologieën ontstaan - naar verwachting is dat op vrij jonge leeftijd - dan kan je daar ook implicaties aan koppelen. Nu zijn er bijvoorbeeld nog stevige schotten tussen de geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs, maar is dat wel terecht? Waarom zouden we op school niet meer investeren in veerkracht en weerbaarheid? Maar ook andere contexten zouden zeker betrokken mogen worden, denk maar aan de jeugdbeweging. Dan krijg je échte vermaatschappelijking van de zorg. Iedereen zou meer kennis moeten hebben over geestelijke gezondheid en mentaal welzijn, maar ook ‘handen en voeten’ om ermee om te gaan. Daar hopen we met deze leerstoel een steen te verleggen.”



Lees de brochure over **public mental health**

[www.zorgneticuro.be/publicaties](http://www.zorgneticuro.be/publicaties)



# “Meer flexibele arbeidsduurregeling in ruil voor stabielere uurroosters is een faire deal”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: JAN LOCUS



Dankzij een nieuwe CAO kunnen federale en Vlaamse zorgwerkgevers medewerkers flexibeler inzetten op de werkvloer. Michael De Gols, directeur van Unisoc, Veerle Van Roey en Sylvie Slangen, beiden stafmedewerker personeel en organisatie bij Zorgnet-Icuro, wijzen op de voordelen: “Zowel werknemers als werkgevers winnen bij dit akkoord.”

De CAO was een werk van lange adem. Hij geldt voor zowel Vlaamse zorgsectoren als federale: woonzorgcentra, ziekenhuizen, thuisverpleging, geestelijke gezondheidszorg enz. Veerle Van Roey en Sylvie Slangen zaten aan de onderhandelingstafel voor Zorgnet-Icuro. Al sinds 2005 ijvert Zorgnet-Icuro voor een langere referteperiode, de uitzonderlijke mogelijkheid van kortere rusttijden en een andere regeling rond overurentoeslag voor deeltijdsen met een variabel contract.

“Arbeidsduurregeling en flexibilisering zijn belangrijke thema’s voor zowel werkgevers als vakbonden”, begint Veerle Van Roey. “Een evenwichtig en gedragen akkoord onderhandelen, vraagt tijd. “Maar we zijn blij met het eindresultaat. Deze CAO is één antwoord op de huidige personeelskrapte. Hij zal niet alles oplossen, maar faciliteert wel een efficiëntere inzet van werknemers op de vloer.”

#### Op welke manier?

**Sylvie Slangen:** “De nood aan zorgpersoneel fluctueert sterk in onze sectoren. In drukke periodes, denk bijvoorbeeld aan de coronacrisis, heb je heel veel personeel nodig. Maar er zijn ook kalmere periodes. Vroeger moest de meer- en overenteller van medewerkers elke drie maanden op nul staan. Dankzij de verlenging van de zogenaamde referteperiode tot zes maanden zal dat slechts tweemaal per jaar nodig zijn. Zo kunnen mensen op piekmomenten meer uren presteren, zonder dat je dat als werkgever onmiddellijk moet compenseren.”

**Veerle Van Roey:** “De CAO legt wel een maximum vast in het aantal gepresteerde meer- en overuren. Na drie maanden, halverwege de referteperiode, mag de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur met niet meer dan 50 uur overschreden worden. Het is dus onmogelijk om mensen aan het begin van een referteperiode heel veel uren te laten kloppen, en aan het einde heel weinig.”

#### Kan je ook deeltijdse werknemers met een variabel contract flexibeler inzetten?

**Sylvie Slangen:** “Jazeker. Tot voor kort was het duur om die groep extra uren te laten presteren. Elk uur

“Sommige voorstellen sleurden we al jarenlang mee. Dat we nu eindelijk een akkoord hebben, is een mijlpaal voor onze sector

Michaël De Gols

bovenop de contractueel vastgelegde arbeidstijd werd beschouwd als een bijkomend uur. Dat remde een flexibele inzet tijdens piekmomenten af. Wie in een halftijds contract de ene week 25 uur werkte en de volgende week 15, presteerde in die eerste week automatisch 5 “bijkomende uren”. Ook al werd de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur over de duur van een referentieperiode gerespecteerd. Deze CAO heeft de definitie van bijkomende uren vernauwd. Bijkomende uren zijn vandaag alleen nog uren die werknemers bovenop hun uurrooster presteren, wat meer bewegingsruimte creëert. Men kan werknemers soepeler inzetten zonder dat de werkgever vrij snel verplicht wordt tot de betaling van overurentoeslagen.”

#### Zijn flexibelere arbeidsduurregelingen ook in het belang van de werknemer?

**Veerle Van Roey:** “Versoepelingen in de arbeidsduurregeling liggen altijd gevoelig. Voor de vakbonden heeft de term flexibilisering een negatieve bijklank. Ik begrijp die ongerustheid. Vakbonden voelen zich verantwoordelijk voor het welzijn van hun leden. Maar veel werknemers waren zelf vragende partij om de ene week meer en de andere week minder uren te presteren. Bovendien maken de afgeklopte versoepelingen deel uit van een breder compromis. De sociale partners kwamen over de brug in ruil voor stabielere en meer voorzienbare uurroosters.”





“Deze CAO is één antwoord op de huidige personeelskrapte. Hij zal niet alles oplossen, maar faciliteert wel een efficiëntere inzet van werknemers op de vloer

Veerle Van Roey

**Sylvie Slangen:** “Dankzij het akkoord kennen werknemers langer op voorhand hun uurroosters. In principe moeten uurroosters al drie maanden op voorhand worden bekendgemaakt. Daarna zijn er nog wijzigingen mogelijk, maar hoe dichterbij de geplande arbeidstijd, hoe moeilijker om nog van het afgesproken rooster af te wijken. Eén maand voor de prestaties moet elke wijziging in onderling akkoord met de werknemer gebeuren. De werkgever kan in theorie nog zaken aanpassen, maar moet dan duidelijk aantonen dat hij op verschillende manieren naar andere oplossingen heeft gezocht. Hij moet dat bovendien ook melden aan de ondernemingsraad. Dat verhoogt de drempel voor last minute wijzigingen aanzienlijk. Zeven dagen voor de gepresteerde uren ligt het uurrooster definitief vast.”

**Veerle Van Roey:** “Op het eerste zicht staan stabielere uurroosters haaks op de nood aan flexibiliteit in de sector. Maar als je iets verder denkt, is die grotere voorstelbaarheid een *win-win*. Medewerkers verdienen een haalbare *work-life* balans. Wie constant rekening moet houden met last minute wijzigingen, ervaart veel extra stress. Dat is niet goed, ook niet voor je zorgorganisatie. Werkgevers hebben baat bij gemotiveerde, gelukkige werknemers.”

Michaël De Gols beaamt dat. Hij is directeur van Unisoc, de Belgische werkgeverskoepel voor de social profit. “Stabieler uurroosters zijn in het bereikte akkoord een logische stap”, vertelt hij. “Misschien wordt het voor werkgevers iets moeilijker om last minute wijzigingen

door te voeren, maar daar staan tevreden en gezonde medewerkers tegenover. Dat laatste is erg belangrijk, zeker als je weet hoeveel mensen sinds de coronacrisis uitvielen met *burn-out*. Bovendien kunnen werknemers je ook langer op voorhand verwittigen als een *shift* echt niet lukt. Zo heb je meer tijd om een oplossing te zoeken.”

De meeste Unisoc-leden zijn tevreden over het bereikte akkoord. **De Gols:** “Vooral de langere referentieperiode onthalen onze werkgevers enthousiast. De urenteller elke drie maanden op nul krijgen was soms een huzarenwerk. Sommige diensten moeten 24 op 24 uur draaien. Wat meer flexibiliteit, ook voor de deeltijdsen in een variabel contract, helpt om de personeelspuzzel te leggen. Dat komt de zorgorganisatie ten goede, en op die manier uiteraard ook de patiënt.”

#### Helpt de kortere verplichte rusttijd tussen shifts daar ook bij?

**Michaël De Gols:** “Zeker. Wie een late *shift* doet mag de dag erop - indien hij er zelf om vraagt - starten in een vroege *shift*. Dat kon vroeger niet. Je hebt dus een grotere pool aan mensen die je kan inzetten. We merkten dat veel werknemers vragende partij waren om late en vroege diensten te combineren. Zo kunnen ze hun kinderen vaker oppikken na schooltijd, of begint het weekend enkele uren eerder.”

Sylvie Slangen en Veerle Van Roey beklemtonen dat 9 uur rusttijd in principe alleen kan na akkoord van de werknemer. **Slangen:** “Werkgevers kunnen kortere rusttijden niet structureel inplannen. In de praktijk geldt veeleer het omgekeerde: de werknemer moet het initiatief nemen. De kans is groot dat veel mensen dat op geregelde basis zullen doen.”

#### Tot slot: is dit een evenwichtig akkoord?

**Veerle Van Roey:** “Flexibiliteit in ruil voor stabielere uurroosters is een *faire deal*. Los daarvan moeten we af van de idee dat een flexibeler arbeidsduurregeling

werknemers per definitie benadeelt. Deze CAO creëert echt geen chaos voor de werknemers of vrijheid-blijheid voor de werkgevers, integendeel. Elk onderdeel van het akkoord voorziet veiligheidsgrendels die de werknemer beschermen. Denk bijvoorbeeld aan de 50-urenlimiet wat betreft overuren. Of de verplichte rapportage aan de ondernemingsraad bij laattijdige wijzigingen aan de uurroosters. Dat laatste creëert extra administratief werk, maar detecteert tegelijk problemen. Diensten die veel last minute wijzigingen doorvoeren, komen sneller op de radar. Zo kan rapportage het begin zijn van een nuttig leer- en verbeterproces. Ik denk dat iedereen wint bij dit akkoord.”

**Michaël De Gols:** “Veerle en Sylvie hebben die *win-win* mooi overgebracht aan de onderhandelingstafel. Zorgnet-Icuro speelde een voortrekkersrol in dit akkoord. We zijn alle sociale partners dankbaar. Sommige voorstellen sleurden we al jarenlang mee. Dat we nu eindelijk een akkoord hebben, is een mijlpaal voor onze sector.”



“Dankzij het akkoord kennen werknemers langer op voorhand hun uurroosters”

Sylvie Slangen

## Nieuwe CAO: wat verandert er? Verlenging referentieperiode tot zes maanden.

Aan het einde van elke referentieperiode moet de werkelijk gepresteerde arbeidsduur overeenkomen met de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur. Meer- en overuren gepresteerd in drukke periodes moeten gecompenseerd worden in kalmere periodes. Om te vermijden dat werknemers door de verlenging te veel uren op korte tijd presteren, bouwt de CAO een veiligheidsgrendel in aan de helft van de referentieperiode. Na 3 maanden mag de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur met niet meer dan 50 uur worden overschreden.

### Uurroosterplanning in drie stappen.

Uurroosters worden drie maanden op voorhand bekendgemaakt. Werkgevers of werknemers kunnen het rooster tot één maand vóór de geplande prestaties wijzigen. De laatste maand vergt elke wijziging het akkoord van werkgever én werknemer. Tenzij de werkgever duidelijk motiveert dat een aanpassing onvermijdelijk is. Zeven dagen voor de ingeroosterde arbeidsprestaties ligt het wekelijkse uurrooster definitief vast.

### Verkorting verplichte rusttijd tot 9 uur.

11 uur verplichte rusttijd tussen twee shifts is niet langer verplicht. Een verkorting tot 9 uur is mogelijk, maar alleen als de werknemer er zelf om vraagt én zijn akkoord geeft. Verkorte rusttijden kunnen nooit structureel deel uitmaken van een uurroosterplanning.

### Flexibilisering meerurenteller voor deeltijdsen in een variabel contract.

Werkgevers moeten minder snel een overurentoeslag betalen doordat het krediet van bijkomende uren, gepresteerd door deeltijdse werknemers in een variabel contract, overschreden is. Tot voor kort telde elk bijkomend uur mee voor het krediet, ook al was het zo ingepland én gecompenseerd. De CAO schrapt de regeling dat elk bijkomend uur meetelt voor het krediet en behoudt enkel die uren die bijkomend gepresteerd moeten worden maar niet zo waren ingepland in het definitieve uurrooster.



COMMUNITY HOSPITALS BIEDEN  
EEN ANTWOORD OP ZORGUITDAGINGEN

## “Zorg in, voor en met de gemeenschap”

TEKST: SOPHIE BEYERS  
BEELD: JAN LOCUS

Nabijheid, geïntegreerde zorg en populatiegericht werken. Dat zijn de drie pijlers van een *community hospital*, het model dat Plexus, het ziekenhuisnetwerk in Oost-Vlaams-Brabant, zal uitrollen om een antwoord te bieden op de vele uitdagingen in de zorg. Een model waarin de patiënt centraal staat, samenwerking de basis is en een andere financiering voorop komt te staan. We laten prof. dr. Walter Sermeus, voorzitter van het bestuursorgaan van het H. Hartziekenhuis in Leuven & gewoon hoogleraar aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid van de KU Leuven, en dr. Hans Struyven, directeur van het regionaal ziekenhuis H. Hart in Tienen, aan het woord. Beiden schreven mee aan de visienota die door de vier ziekenhuizen van Plexus gedragen is.





**“De patiënt moet de lead hebben. Altijd”**

Hans Struyven

“Voor ons zorgstrategisch plan zochten we naar een model dat niet alleen focust op schaalvergroting, maar ook op de lokale verbinding”, steekt Sermeus van wal. “Denk bijvoorbeeld aan de materniteit. De plek waar we iemand ter wereld brengen, is zo emotioneel. Die willen we dichtbij hebben. Daarnaast is het een realiteit dat elke regio een andere bevolking heeft met andere behoeften en zelfs een andere cultuur. Een ziekenhuis moet hierop inspelen. De *baseline* van het H. Hartziekenhuis in Leuven is niet voor niets ‘dichtbij beter’. Het sluit naadloos aan bij de doelstellingen van een *community hospital*.”

#### Dichtbij en geïntegreerd

“Nabijheid moet een basisprincipe zijn in de gezondheidszorg”, beaamt Struyven. “Het is niet nodig om overal elke vorm van technologie te hebben. Labowerking kan bijvoorbeeld perfect gecentraliseerd worden. De eerste stap naar de zorg moet echter wel toegankelijk zijn. Dat kan als er een breed klinisch diagnostisch therapeutisch aanbod op lokaal niveau is. Mensen verplaatsen zich niet altijd even gemakkelijk, zeker niet als ze kwetsbaar of ziek zijn. Voor complexere vragen kan er worden doorverwezen naar referentieziekenhuizen, maar basisspecialismen moeten dichtbij worden georganiseerd.”

De nauwe link met de eerste lijn is een belangrijk aspect van *community hospitals*. Struyven staft dat vanuit de praktijk. “Onze nieuwe campus zal evolueren naar een gezondheids-campus waar ook de eerste lijn een plek krijgt. Zo voorzien we dat onder andere ook de huisartsenwachtpost, thuisverpleging, revalidatiediensten, CLB en de eerstelijnszorg er zich vestigen. Ook welzijnsorganisaties worden meegenomen. We

*“Nabijheid moet een basisprincipe zijn in de gezondheidszorg. Het is niet nodig om overal elke vorm van technologie te hebben, maar de eerste stap moet wel toegankelijk zijn”*

Hans Struyven

mogen niet enkel medisch denken. De hoge vaccinatiegraad voor covid die we hebben bereikt, is er dankzij de goede samenwerking tussen lokale overheid, eerste lijn én de welzijnssector. Het gaat immers om vertrouwen. Geestelijke gezondheid is eveneens belangrijk. Nu al zorgen we voor aanwezigheid van expertise vanuit de Alexianen Zorggroep op onze spoeddienst. Daarnaast investeert ons ziekenhuis in medewerkers voor hun mobiele teams. Zo vermijden we dat patiënten moeten pendelen tussen het somatische en het psychische. We voegen beide samen. Het zijn ontwikkelingen die zich binnen heel het Plexus-netwerk voordoen.” Plexus is het netwerk van de drie regionale ziekenhuizen in Diest, Leuven en Tienen, en het UZ Leuven.

“Een ziekenhuis moet als centrale as fungeren waarbij alle functies van gezondheid in de brede zin worden gebundeld. Een ziekenhuis moet verankerd zijn in de lokale gemeenschap zodat je een gespreide toegankelijkheid realiseert. We maken nu nog te vaak onderscheid tussen eerste, tweede en derde lijn. Die moeten in elkaar vloeien zonder dat de patiënt dat merkt. De structuur van het netwerk moet die connecties kunnen maken”, aldus Sermeus, die het model ook vanuit zijn academische rol bekijkt. “Met onder andere de *Chronic Care*-projecten hebben we nu al een goede samenwerking met de eerste lijn. Covid heeft die relaties geïntensifieerd. Tijdens de pandemie ontwikkelden we een lokale stuurgroep met onder meer de eerstelijnszorg, huisartsen, het algemeen en psychiatrisch ziekenhuis, de psychologenkring, het CAW en de burgemeester om aan testing, contact tracing en verdeling van beschermingsmiddelen te doen”, treedt Struyven bij.

#### Elk zijn rol

Elk ziekenhuis heeft zijn rol binnen Plexus. “In eerste instantie moeten we ervoor zorgen dat de patiënt thuis de nodige zorg kan krijgen. Als dat niet lukt, komt het regionale ziekenhuis in beeld waar de patiënt meteen bij de juiste zorgverlener terecht moet komen. Pas daarna komt het UZ in beeld als referentieziekenhuis waarnaar verwezen wordt bij complexe zorgvragen”, zegt Sermeus. “Zodra de complexe vraag opgelost is, moet de patiënt terug naar de regionale setting. Daar wordt de patiënt verder opgevolgd. Je zorgt voor een zorgpad waarbij je vertrekt van de patiënt zelf. Het is daarbij belangrijk dat we transmurale zorgfasen uitwerken waarin duidelijk wordt uitgestippeld wie wat doet”, vult Struyven aan.

“Het UZ speelt ook een belangrijke rol in het kader van opleiding en onderzoek. Innovaties zullen via het netwerk sneller doorstromen naar de praktijk”, gaat Sermeus verder. “Het UZ Leuven speelt bovendien een dubbele rol. Enerzijds zijn zij een tertiaire speler voor het hele land, anderzijds vervullen zij ook de functie van *community hospital*. Die rol is historisch gegroeid en rekening houdend met de grootte van de andere ziekenhuizen is het wenselijk dat te behouden.”

#### De populatie

De derde pijler van een *community hospital* is de populatiegerichtheid. “De zorgvraag bepaalt wat wij moeten doen. Covid heeft dat op scherp gesteld. Denk ook aan welvaartsziekten als obesitas en diabetes of de vergrijzing die de vraag naar geriatrisch aanbod zal doen toenemen. Niet enkel het curatieve is van belang, we moeten ook inzetten op preventie. Ziekenhuizen hebben daarbij een rol, denk aan screening. Hoe kunnen we het gedrag van de burger beïnvloeden om te vermijden dat die een patiënt wordt? Hoe leren we iemand goed omgaan met chronische aandoeningen? Burgers moeten ook verantwoordelijkheid krijgen om ziekten te voorkomen zodat we, zeker in de toekomst, voldoende personeel zullen hebben om kwaliteitsvolle zorg te bieden”, zegt Struyven. “We mogen inderdaad niet vergeten dat door de demografische evolutie de groep van zorgvragers groter zal worden, terwijl we het met minder zorgpersoneel zullen moeten doen. We moeten dus op zoek naar andere zorgmodellen. Ervaring in het buitenland leert ons dat de combinatie van geïntegreerde systemen en preventie ervoor zorgt dat we met minder mensen de zorgvragen kunnen opvangen. We moeten dammen bouwen. Dat heeft covid meer dan eens bewezen. Iemand moet echter de verantwoordelijkheid opnemen om die dammen op te zetten. De structuur moet dit mogelijk maken. Het *community hospital* speelt hierin een centrale rol”, aldus Sermeus.

“Het is belangrijk om te weten voor wie je staat in je netwerk. Plexus is er voor zo’n 500 000 mensen. Zij die naar een huisarts gaan, komen meestal bij de juiste zorg terecht. Maar wat voor mensen die geen huisarts hebben of zelf geen initiatief nemen? Wie neemt verantwoordelijkheid voor die groep? Daar is nu geen structuur voor. Als ziekenhuis spelen we daarbij een belangrijke rol. We zijn verantwoordelijk voor de gezondheid van onze hele regio”, zegt Sermeus. “Het is daarbij belangrijk om subgroepen te definiëren”, gaat Struyven verder. “Enkel dan kan je aan populatiemanagement doen. In Tienen zien we de bevolking verouderen, dus zullen we meer inzetten op ons geriatrisch aanbod. Daarnaast hebben we ook criteria uitgewerkt om kwetsbare zwangeren op te sporen zodat die extra begeleid kunnen worden. Zo willen we het kind al van voor de geboorte betere kansen geven.”

#### Patiënt centraal

Het model van het *community hospital* vertrekt vanuit de patiënt. “De patiënt moet de lead hebben. Altijd. Zo hebben we patiënten bevestigd vooraleer we het ontwerp van onze nieuwbouw in kaart brachten. Hoe moet een kamer er volgens hen uitzien? Daarnaast hebben we, naast de demografie, ook de huidige zorgvragen in beeld gebracht”, zegt Struyven. “Niet enkel de patiënt, maar de hele bevolking moet worden betrokken. Mensen moeten het gevoel hebben dat het ‘hun’ ziekenhuis is. Ook op bestuurlijk niveau moet er betrokkenheid zijn”, vult Sermeus aan.





**“Het model van *community hospital* vraagt een andere manier van werken en dus ook een cultuurswitch. Elke medewerker moet verantwoordelijkheid krijgen”**

Walter Sermeus

**Tevreden medewerkers**

“Het model van *community hospital* vraagt een andere manier van werken en dus ook een cultuurswitch. Elke medewerker moet verantwoordelijkheid krijgen. De gezagspiramide zoals we die decennialang gekend hebben, moet worden omgedraaid. Om de zorgvraag kwaliteitsvol te kunnen blijven opvangen, moeten we mensen aantrekken én behouden. De werkomgeving moet uitdagend zijn, er moet meer respect zijn voor mensen en de relatie tussen artsen en verpleegkundigen moet nog beter dan vandaag. Kortom, het moet een aangename plek zijn om te werken. Taakuitzuivering is prangender dan ooit. Een netwerk kan hieraan tegemoet komen omdat alles in elkaar zal vloeien”, aldus Sermeus.

“Met onze missie hebben we hier alvast op ingespeeld. We hebben ons laten inspireren door Disney, met name: kijk naar de klant. VIP is ons kernwoord, waarbij de ‘V’ staat voor vriendelijkheid, de ‘I’ voor inlevend en initiatief en de ‘P’ voor professioneel. De centrale vraag is hoe je zelf als patiënt behandeld zou willen worden. We rekruteren onze medewerkers daarop en leggen ook het initiatief bij hen om elkaar daarop aan te spreken. We zijn een vriendelijk ziekenhuis. Kwaliteit heeft niet enkel te maken met veiligheid, maar ook met ethisch denken op de werkvloer. We willen daarover met onze mensen in debat gaan. Samen oplossingen zoeken voor moeilijke kwesties en beslissingen”, legt Struyven uit.

“*Storytelling* is cruciaal in de gezondheidszorg. Een diagnose stel je niet alleen op basis van technische gegevens. Het verhaal van de mensen is minstens even belangrijk. Wij hebben in Tienen veel Franstalige patiënten. Onze medewerkers spreken, elk op hun eigen manier, Frans met hen. Soms zetten we tolken in voor anderstaligen zodat elk individu zich verstaanbaar kan maken. Enkel dan krijg je een totaalbeeld van de klacht”, vertelt Struyven. “Uiteraard blijft de keuze bij de patiënt zelf. Die kan er perfect voor kiezen om zorg in een ander netwerk op te zoeken. Alleen zijn daaraan consequenties verbonden. Het zal bijvoorbeeld minder evident zijn om een geïntegreerd plan op te stellen”, zegt Sermeus.

Daarnaast is het werken met een gedeeld dossier cruciaal. Via *mynexuzhealth* is er binnen Plexus al een goede gegevensdeling. “Nu willen we de connectie maken met de eerste lijn. Alle relevante info moet erin kunnen, dus bijvoorbeeld ook de medicatie die wordt voorgeschreven”, legt Sermeus uit. “De bouwstenen om het dossier met de eerste lijn te delen zijn in de maak. De patiënt geeft uiteraard zelf toelating aan elke zorgverlener”, vult Struyven aan.

**Andere basisfinanciering**

Een laatste belangrijke voorwaarde om een *community hospital* te doen slagen, is een andere financiering. “Ziekenhuizen en het netwerk errond moeten ook beloond worden in functie van het bereiken van gezondheidsdoelstellingen. Het is nog zoeken naar de juiste parameters daarvoor. Het kan zijn dat die van regio tot regio zullen verschillen op basis van de behoeftegegevens van een populatie. Alleen financieren per prestatie creëert onvoldoende dammen om zaken onder controle te houden. Zo'n systeem betaalt vooral wanneer er gezorgd moet worden als iemand al ziek is. Het algemene basisprincipe moet er anders uitzien”, aldus Sermeus. “*Pay for performance* waarbij er ook financiële incentives zijn voor preventie, is onvermijdelijk. Dat het kan, bewijst de praktijk al. Binnen de *chronic care*-trajecten is er al een ander systeem”, beaamt Struyven.

“Het gespreide model van een universitair of centrum-ziekenhuis met één of meerdere *community hospitals* of regionale netwerkziekenhuizen kan een interessant model zijn voor andere locoregionale ziekenhuisnetwerken. Het model garandeert zowel patiëntgerichte als geïntegreerde zorg die nabij en toegankelijk is. Onnodige duplicatie wordt vermeden en doorverwijzing wordt gerealiseerd wanneer aangewezen. Wellicht is het een zinvol model om *quintuple aim* te realiseren”, besluit Sermeus.



*“We maken nog te vaak onderscheid tussen eerste, tweede en derde lijn. Die moeten in elkaar vloeien zonder dat de patiënt dat merkt”*

Walter Sermeus

KOEN OOSTERLINCK (BROEDERS VAN LIEFDE), YVES WUYTS (ZORGNET-ICURO)  
EN JAN BOGAERTS (PC BETHANIË) OVER 10 JAAR GGZ-NETWERKEN

# “De ggz-netwerken zijn opgericht voor de meest kwetsbare patiënten, die focus moeten we absoluut behouden”

TEKST: TIJS RUYSSCHAERT  
BEELD: TINI CLEEMPUT



De FOD Volksgezondheid liet de ggz-netwerken vorig jaar doorlichten naar aanleiding van hun tienjarig bestaan. Koen Oosterlinck, dagelijks bestuurder bij Organisatie Broeders van Liefde en voorzitter van het bestuurscollege geestelijke gezondheidszorg bij Zorgnet-Icuro, Jan Bogaerts, algemeen directeur bij Bethanië geestelijke gezondheidszorg (Emmaüs), en Yves Wuyts, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg bij Zorgnet-Icuro, maken een eigen evaluatie voor Zorgwijzer.

De introductie van de netwerken, eerst voor volwassenen en enkele jaren later ook voor kinderen en jongeren, betekende een belangrijke stap vooruit voor de geestelijke gezondheidszorg in ons land. De nieuwe organisatie kwam er deels als gevolg van een veranderende kijk op psychische problemen. Tezelfdertijd hielp ze de sector en de maatschappij om anders naar psychische problemen te kijken. Ruim tien jaar later zijn de netwerken uitgegroeid tot een fundament van de geestelijke gezondheidszorg. Wat gaat er nu echt goed en wat moet beter? En hoe ziet hun toekomst eruit?

## Om die vragen te kunnen beantwoorden, is het belangrijk om eerst naar het verleden te kijken. Hoe zijn de netwerken voor volwassenen ontstaan?

**Yves Wuyts:** “In de jaren 1970 stond geestelijke gezondheidszorg synoniem voor residentiële psychiatrie. In 1976 kwam daar verandering in met de komst van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Het werd duidelijk dat niet alle psychische problemen 24 op 24 medische zorg vereisen. In de jaren 1990 deed de “vermaatschappelijking” van de ggz zijn intrede en ontstonden de initiatieven beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen. Weliswaar nog altijd met zorg in voorzieningen. Nog eens 10 jaar later groeide het besef dat ggz ook buiten een voorziening georganiseerd kan worden en werden er allerlei pilotprojecten opgestart. Dat mondde uit in een “gemeenschappelijke verklaring”, wat we vandaag een interministeriële verklaring zouden noemen, gevolgd door een protocolakkoord.

Het cruciale moment kwam in 2007-2008. Toen zag het beruchte artikel 107 het levenslicht, op dat moment nog 97ter. De federale regering besliste om de financieringsregels voor psychiatrische ziekenhuizen te “flexibiliseren”: ziekenhuizen konden het budget dat vrijkwam door de afbouw van bedden behouden als ze dat geld investeerden in andere zorginitiatieven.

Tot daar de prelude. In 2010 vroegen de verschillende overheden aan zorgvoorzieningen om zich te organiseren in werkingsgebieden van 300.000 à 500.000 inwoners. De netwerken voor volwassenen waren geboren. In 2015 volgden de netwerken kinderen en jongeren. Dat is de geschiedenis van de netwerken in een notendop.”

Ineens een aanbod organiseren voor een hele regio, en dat met veel verschillende actoren. Het lijkt verre van evident. Hoe ging dat in de praktijk?

**Jan Bogaerts:** “Vóór de netwerken was er weinig concrete samenwerking. Niet tussen de ggz en andere sectoren, maar ook niet tussen ggz-actoren onderling. De komst van de netwerken heeft dat veranderd. In Antwerpen is die samenwerking zeer *bottom-up* gegroeid, vanuit een “relationeel vertrouwen” tussen de verschillende hoofdactoren. Zagen we noden op het terrein, dan bespraken we samen hoe we die het best konden aanpakken. Dat kwam niet van een federale overheid of een Interministeriële Conferentie Volksgezondheid die ons zei wat we moesten doen.”

## Spraken al die verschillende ggz- en welzijnsactoren voordien helemaal niet met elkaar?

**Koen Oosterlinck:** “Toch wel, maar het hing af van toevalligheden: wie kende wie, wie had waar contacten enz. Er bestonden wel al een aantal brugfuncties die de verbinding moesten helpen maken, maar een duidelijk systeem zat er niet in.”

**Jan Bogaerts:** “Je had ook een grote mate van vrijblijvendheid. Als er gesproken werd met elkaar, bleef dat altijd zeer “vriendelijk”. Niemand durfde of wilde de ander op zijn of haar verantwoordelijkheden wijzen. Dat blijft trouwens ook vandaag nog een aandachtspunt.”

**Yves Wuyts:** “Met de netwerken kregen alle actoren ineens een gemeenschappelijk verantwoordelijkheidsgebied. Vroeger had iedereen zijn eigen aantrekkingspool, elke voorziening haar eigen “ding”. In het best geval maakten ze onderling afspraken zodat ze twee straten van elkaar niet hetzelfde deden. De opdracht voor de netwerken om een werkingsgebied af te bakenen, heeft geholpen om er een gedeeld verhaal van te maken over voorzieningen en diensten heen.”



“Met de hervorming slaagden we er in meer mensen met psychische noden toegang te geven tot professionele hulp. Voordien was er meer sprake van het ‘lokkettensyndroom’: een patiënt meldde zich ergens aan en kon daar ofwel geholpen worden ofwel niet”

Koen Oosterlinck





## “De opdracht voor de netwerken om een werkingsgebied af te bakenen, heeft geholpen om er een gedeeld verhaal van te maken over voorzieningen en diensten heen”

Yves Wuyts



**Koen Oosterlinck:** “Voor de patiënt betekende het een enorme stap vooruit op het vlak van toegankelijkheid. Met de hervorming slaagden we erin meer mensen met psychische noden toegang te geven tot professionele hulp. Voordien was er ook meer sprake van het ‘lo-kettensyndroom’: een patiënt meldde zich ergens aan en kon daar ofwel geholpen worden ofwel niet. Indien niet, dan begon de zoektocht van vooraf aan. Dankzij de netwerken werd een patiënt veel minder aan zijn of haar lot overgelaten.”

### Is dat de grootste verdienste van de netwerken, het verbeteren van de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg?

**Koen Oosterlinck:** “Voor mij wel, ja. Samen met de meer gestroomlijnde manier van werken: door het delen van *instrumentaria* en protocollen werd het duidelijker hoe je iemand die zich met een bepaald probleem aanmeldt, het best opvangt. Die stroomlijning is met de nodige flexibiliteit kunnen gebeuren, er is nooit één model hiërarchisch doorgeduwd.”

De verhoogde toegankelijkheid brengt tezelfdertijd een spanningsveld met zich mee. We bereiken meer mensen, maar we moeten opletten dat mensen met een *ernstige psychiatrische aandoening* (EPA) daar de dupe niet van worden. De middelen voor ggz zijn dan wel toegenomen, de totale middelen die verdeeld worden blijven schaars. Meer inzetten op zorg voor milde of matige psychische problemen is goed, maar mag niet leiden tot minder aandacht voor EPA-patiënten. Het moet een én-én-verhaal zijn.”

**Jan Bogaerts:** “Overheden zetten steeds meer in op de *public mental health*-benadering (brede aandacht voor psychische klachten, van het doorbreken van taboe en preventie tot zogenaamde geschakelde

zorg, nvdr; zie ook elders in deze Zorgwijzer). Daar is niets mis mee, integendeel! Maar de trend om alles in de schoot van de netwerken te schuiven is dat wel. Een instrument moet je juist inzetten. De netwerken zijn opgericht voor mensen met complexe psychische noden. Om te zorgen dat ze niet langer continu in het ziekenhuis moeten blijven maar in de mate van het mogelijke kunnen terugkeren naar de maatschappij. Door de focus van de netwerken te verbreden, verwatert onvermijdelijk die kerntaak. En dat gaat ten koste van de meest kwetsbaren.”

### Waarom is eerstelijnspsychologische zorg dan eigenlijk ondergebracht in de netwerken, een vehikel voor gespecialiseerde zorg?

**Yves Wuyts:** “Je had een aantal bewegingen die elkaar kruisten. Er waren de netwerken die steeds matuurder werden, je had de druk van psychologen rond terugbetaling en er was het opkomende idee van *public mental health*. De overheid heeft die drie aan elkaar gelinkt: om niet elke psycholoog te moeten terugbetalen, werd eerstelijnspsychologische zorg ingekanteld in de netwerken. De netwerken moesten gaan samenwerken met eerstelijnspsychologen om te beslissen hoe, waar en hoeveel sessies terugbetaald zouden worden. En in één beweging werd het concept van *public mental health* op de netwerken geplakt: hun verantwoordelijkheid werd uitgebreid van EPA-patiënten naar alle inwoners in hun werkingsgebied. Van geen tot een beetje tot zware psychische problemen.”

**Jan Bogaerts:** “De overheid juicht onze decentrale, *bottom-up* ontwikkeling toe, maar intussen gebruikt ze de netwerken steeds meer om top-down beleid te voeren. Bovendien koppelen ze daar een heleboel centrale registraties aan. Die twee houdingen zijn zeer moeilijk met elkaar te verzoenen.”



“Door de focus van de netwerken te verbreden, verwatert die kerntaak onvermijdelijk. En dat gaat ten koste van de meest kwetsbaren”

Jan Bogaerts

**Koen Oosterlinck:** “Dat klopt! We zijn natuurlijk tevreden dat de overheid met extra middelen komt voor die nieuwe beleidsinitiatieven, maar er is voldoende marge nodig om ze goed in te kunnen zetten.”

### Jan raakte daarnet de registratielast aan. Die komt vaak terug als uiting van de doorgedreven controledrang van de overheid. Kunnen jullie een voorbeeld geven?

**Jan Bogaerts:** “Eind vorig jaar hebben we extra middelen gekregen voor de zorg voor oudere patiënten. Op zich was dat een goede zaak, maar er zitten heel wat registraties achter die klinisch gezien niet interessant zijn.”

**Yves Wuyts:** “Het erge is dat elk nieuw project nieuwe, afzonderlijke registraties met zich meebrengt. Zonder ten gronde na te denken welke gegevens we waarvoor nodig hebben.”

**Koen Oosterlinck:** “Als sector zijn we vóór dataregistratie. Maar het moet wel om de juiste gegevens gaan

en ze moeten voor iets dienen. Nu weten we vaak zelfs niet wat er gebeurt met de data die we aanleveren.”

**Jan Bogaerts:** “Voor velen voelen die registraties aan als een gebrek aan vertrouwen van de overheid. Soms is dat misschien terecht, maar ons continu data laten registreren is niet de oplossing. Het is zoals straffen en belonen: je bekomt geen ander gedrag door iemand af en toe te straffen en af en toe te belonen.”

**Koen Oosterlinck:** “Er steekt soms ook een fout denken achter, namelijk de idee dat de ggz alle gedragsproblemen kan oplossen. Alsof we mensen in de ‘machine van de ggz’ kunnen duwen en hen daarna ‘gezond en wel’ terug afleveren. Maar zo werkt het natuurlijk niet.”

**Jan Bogaerts:** “Een ernstig psychisch probleem (inclusief EPA) is doorgaans een chronisch probleem dat je niet ‘oplost’, je moet ermee leren omgaan. Iemand kan zeer goede periodes beleven, maar kan het op bepaalde momenten ook nog erg moeilijk krijgen. Die nuances worden niet gevat in statische data. Als sector kunnen wij gewoonweg niet zeggen: die interventie levert altijd dat resultaat op. Het gaat over een persoon in een context, en de mensen rondom hem of haar hebben vaak meer invloed dan wij als professionals.”

### Er gaan steeds meer aandacht en middelen naar de ggz, maar vanuit de netwerken lijken jullie toch bezorgd. Er is de groeiende spanning tussen een *bottom-up* en *top-down* ontwikkeling van de netwerken, de verhoogde toegankelijkheid die jullie kernfocus verwatert, de registratielast die zwaar weegt ... Hoe zien jullie de toekomst?

**Jan Bogaerts:** “Wat ik absoluut wil benadrukken, en ik denk iedereen met mij, is dat de evolutie van de voorbije jaren positief is (iedereen rond de tafel knikt instemmend). Onze capaciteit is echt versterkt. Maar dat neemt niet weg dat we ons zorgen maken over bepaalde evoluties.”

**Koen Oosterlinck:** “De netwerken zijn een goed instrument. Maar voor hun verdere ontwikkeling hebben we nood aan vertrouwen van de overheid. De overheid kan, neen, moet ons uitdagen. Maar het laatste wat mag gebeuren, is dat er één model wordt opgelegd. Zo negeer je de *bottom-up* kracht en dynamiek die de netwerken hebben gebracht tot waar we vandaag staan. Ja, de overheid mag bepalen wat we moeten doen. Maar hoe we dat doen, dat moeten we als netwerken toch vrijer kunnen invullen.”

**Yves Wuyts:** “Ik vergelijk het graag met *micro-* en *macromanagement*. Vandaag houdt de overheid zich te veel bezig met *micromanagement*. Ze stuurt nu vooral op input, terwijl ze veel beter zou sturen op output. En voor de netwerken is die output goede zorg voor de psychisch meest kwetsbare burgers. Daar zullen wij op blijven hameren.”

# “De grootste uitdaging ligt bij de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn”

TEKST: KIM MARLIER  
BEELD: SOPHIE NUYTEN

De eerste lijn en de ziekenhuizen, het lijken soms twee aparte werelden. En hoewel ziekenhuizen en huisartsen hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk goede zorg aanbieden, loopt de weg voor beide partijen vaak anders. Zorgwijzer ging erover praten met twee huisartsen. Linde Tilley en Filip Charlier nemen onder de loep wat er nodig is om de routes meer op elkaar af te stemmen.

**“Het blijft noodzakelijk dat artsen elkaar kennen als collega’s en dat er laagdrempelige communicatielijnen zijn”**

Filip Charlier



## GESPREK MET HUISARTS FILIP CHARLIER

### “Eén gedeeld elektronisch dossier over alle lijnen heen is essentieel”

“Ik ben enorm geïnteresseerd in beleid en als ik actief kan meewerken, dan doe ik dat graag”, zegt Filip Charlier. Hij is huisarts in groepspraktijk Binkom, voorzitter van de huisartsenkring Khobra, zetelt in de raad van bestuur van het Heilig Hartziekenhuis Leuven en was tijdens de covidcrisis actief als mSPOC en medisch expert van de vaccinatiecentra.

Een huisarts luistert wat een persoon nodig heeft en probeert een antwoord te bieden met onderzoeken die noodzakelijk zijn, maar ook economisch te verantwoorden. Ziekenhuizen komen soms met een bazooka van diagnostiek, zonder daarmee een antwoord te bieden op de vraag van de persoon zelf. Kortom, de verwachtingen van een huisarts bij een opname worden niet altijd gecapteerd door de tweede lijn. Een oudere man wordt bijvoorbeeld opgenomen wegens tijdelijke pijnreductie. Soms resulteert dat in een opname van enkele weken, waarbij de patiënt wordt ontslagen met drie extra diagnoses, maar nog steeds evenveel pijn.

#### Blijven praten

De grootste uitdaging ligt daarom wat mij betreft bij de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn. Niet alleen praten met elkaar is essentieel, maar daarnaast moeten we richting overheid blijven hameren op één gedeeld elektronisch dossier over alle lijnen heen.

Het blijft ook noodzakelijk dat artsen elkaar kennen als collega's en dat er laagdrempelige communicatielijnen zijn. Het kan niet dat een huisarts bij dringende gevallen een kwartier moet wachten om een specialist aan de lijn te krijgen. Maar vanuit de eerste lijn hebben we ook onze verantwoordelijkheden. We moeten zorgen voor een kwaliteitsvolle sumehr die goed doorgestuurd wordt. Als die aspecten al goed zouden lopen, staan we al een pak verder.

#### Wat al bestaat en wat opnieuw mag starten

Een mooi voorbeeld van laagdrempelige communicatie is het collegiaal advies in het netwerk van UZ Leuven. De huisarts kan een niet-urgente vraag stellen aan een specialist die daar op zijn beurt binnen de drie dagen op antwoordt. Ook de vroegere begeleidingscommissies zie ik graag opnieuw opstarten. Daarin ontwikkelden we een beleid waarin transmuraal zorg optimaal functioneert. Net door samen actief na te denken en daarin een systematiek te organiseren, werden er merkbare stappen gezet.

Met de oprichting van de eerstelijnszones verdween de structuur van de SEL, waarbinnen de begeleidingscommissies georganiseerd werden. Dat is jammer, want de eerstelijnszones zijn netwerkorganisaties die zich richten op beleid en veel minder op operationeel uitvoeringswerk. Door die reorganisatie werden er politieke keuzes gemaakt waardoor wat goed liep nu niet meer ondersteund wordt. Hierdoor zitten er hiaten in het systeem en dat is spijtig. De beleidscommissie was een goed werkend format dat een organisch gegroeid mandaat had verworven.

#### Op tafel

Op dit moment ligt de vraag om deze commissies terug op te starten opnieuw op tafel. De samenwerking met de eerste lijn staat in het strategisch zorgplan. Dat duidt op een ambitie van het ziekenhuisnetwerk, maar het is zoeken wie de coördinerende rol zal opnemen. Er zijn heel wat onderwerpen die aan bod kunnen komen. Denk maar aan het brede ontslagmanagement. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de juiste zorg wordt aangeboden in de eerste lijn. Maar ook opname, medicatie of het zorgpad zijn thema's. Welke informatie heeft het ziekenhuis nodig en hoe kunnen we die snel en kwalitatief doorspelen?

*“Door samen actief na te denken en daarin een systematiek te organiseren, worden er merkbare stappen gezet”*

Het fijne van zo'n commissie is dat de info wordt vertaald op maat van het ziekenhuis met zijn eigenheid en soms ook grenzen van wat mogelijk is. Het belangrijkste aspect is dat je elkaar leert kennen en in gesprek gaat. Een ziekenhuis kan verwachtingen uitspreken, maar gaat ook in gesprek. 'Lukt dit wel? Is dit haalbaar?'

Een huisarts ziet de inzet en energie die hij geeft aan een persoon renderen en er komt ruimte om binnen menselijke uren goede zorg te bieden.

## “De eerste lijn is de specialist van de context”

Linde Tilley is huisarts in groepspraktijk Heirnis, voorzitter van de huisartsenvereniging Gent en daarnaast ook aangesteld als onafhankelijk bestuurder van het ziekenhuisnetwerk Gent. Ze zetelt mee in rondetafelgesprekken tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Wat haar betreft de uitgelezen methode om stapje per stapje te evolueren naar doelgerichte zorg.



“De rondetafelgesprekken leiden niet tot grote visieteksten, maar tot kleine praktische winsten”

Linde Tilley

### De mens behandelen

In de eerste lijn willen we de *shift* maken naar doelgerichte zorg, waarbij we de patiënt en zijn volledige zorgteam betrekken. Kijk je naar de 65-plussers, dan is 60% multimorbide. Ze hebben verschillende aandoeningen die onmogelijk allemaal excellent te behandelen zijn. Wanneer je keuzes maakt wat wel en niet te behandelen, moet het doel van de patiënt de focus zijn. We behandelen niet de ziektes, maar wel de mens.

Denk maar aan een 70-jarige alleenstaande dame met verschillende klachten. Zij wil elke zaterdag naar de markt kunnen gaan – liefst te voet – want dat is haar bron van sociaal contact. Dan moet de focus van de zorg op haar mobiliteit liggen.

In de samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuizen is goede geïntegreerde zorg de belangrijkste uitdaging. Hierin is de eerste lijn de specialist van de context. Wij benaderen patiënten volgens het biopsychosociale model, waarbij we naast biomedische aspecten ook rekening houden met psychologische en sociale factoren. Op die manier hebben we een beter zicht op wat er implementeerbaar is in de zorg, welke beslissingen we moeten nemen, maar ook welke drempels er zijn. Denk maar aan financiële drempels, maar ook sociale factoren, en culturele en taalbarrières.

### Shift in denken, tijd en communicatie

De essentiële bouwstenen voor die doelgerichte zorg zijn een *shift* in denken, tijd en communicatie. Goed communiceren werkt in twee richtingen. We moeten als huisartsen kritisch kijken naar de gegevens die we doorgeven aan het ziekenhuis. De kwaliteit van de sumehr moet goed zijn. Wie zit er in het zorgteam? Wat is de context? Welke sociale uitdagingen zijn er? Anders moet het ziekenhuis dat werk opnieuw doen. Omgekeerd moet het ziekenhuis de patiënt en het thuiszorgteam als een evenwaardige partner beschouwen.

### Kleine praktische winsten

Het Gentse ziekenhuisoverleg nodigt op initiatief van de Huisartsenvereniging Gent een aantal keer per jaar de voorzitters van de huisartsenkringen, alle hoofd-geneesheren van de vier ziekenhuizen en voorzitters van de medische raden in Gent uit voor rondetafelgesprekken. Het doel is de signalen vanuit de huisartsen naar de ziekenhuizen communiceren en omgekeerd. Zo kunnen we de samenwerking en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbeteren en doorgroeien naar echte geïntegreerde zorg. Die gesprekken leiden niet tot grote visieteksten, maar leveren veeleer kleine praktische winsten op voor alle partijen en zeker voor de patiënt.

## “De essentiële bouwstenen voor doelgerichte zorg zijn een *shift* in denken, tijd en communicatie”

Zo merkten we in de eerste lijn bijvoorbeeld een enorme toename van resistente scabiës (schurft) die we niet goed weg kregen in de eerstelijnsbehandeling. Dat werd gemeld aan de ziekenhuizen, met de vraag om een uniform beleid af te spreken met alle diensten dermatologie. Zo werd een protocol ontwikkeld waardoor we snellere en betere zorg kunnen bieden.

Een paar jaar geleden meldde de eerste lijn dat de hoge erelonen op raadplegingen de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang brachten. Mensen stellen een raadpleging bij bijvoorbeeld de oogspecialist uit omdat het stuk dat niet terugbetaald wordt te zwaar weegt op hun budget. Een specialist ziet die mensen niet in hun thuissituatie, maar de impact van de niet-geconventioneerde zorg was wel voelbaar in de eerste lijn. Met een schrijven wezen wij de specialisten op hun verantwoordelijkheid en dat had een duidelijk effect. Een aantal ziekenhuizen besliste om zich bij alle patiënten met een OMNIO-statuut aan de conventietarieven te houden.

### Enthousiasme om voort te werken

De rondetafelgesprekken zijn een plaats waar we een gemeenschappelijke taal leren spreken en een aantal zorgen kunnen delen. Ook hier is communicatie over de hele lijn een belangrijk onderwerp. Het feit dat je concrete winst voelt, geeft enthousiasme om voort te werken. We weten dat dit werk nooit af zal zijn, maar juist die succesjes die passen binnen de visie motiveren om te blijven doorgaan.

## Ongedwongen kijken naar gedwongen opname

Is de gedwongen opname en de impact ervan een bekend gegeven binnen uw werk- of leefcontext? Stemt het stijgend aantal gedwongen opnames u bezorgd? Bent u benieuwd hoe anderen omgaan met deze complexe thematiek? Dan is de studiedag 'Ongedwongen kijken naar gedwongen opname' vast bijzonder leerrijk voor u.

De studiedag biedt in het plenaire gedeelte een theoretisch helikopterperspectief met academische inzichten, cijfers, ervaringen *stakeholders*, en alternatieven voor gedwongen opname. Sprekers zijn onder andere Didier Martens (directeur Psyche), Luc Detavernier (directeur Brussels Platform Geestelijke Gezondheid), Samir Boureghda (Zorgnet-Icuro) en Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro en UGent).

In het tweede dagdeel worden goede praktijkvoorbeelden uitgewisseld in interactieve workshops zoals 'Meer oog voor de mens achter de patiënt in elke fase van gedwongen opname', 'Plukken patiënten de vruchten van een goede samenwerking tussen justitie, politie en GGZ?', 'Gedwongen opname door de ogen van justitie en advocatuur' en 'Gedwongen opname van minderjarigen'. **Afspraak op maandag 24 oktober van 9 uur tot 17 uur in het UPC KU Leuven, campus Kortenberg.**



Inschrijven kan via deze QR code of contacteer [joke.jonckiere@psyche.be](mailto:joke.jonckiere@psyche.be)



BOEK OVER HOE OMGAAN MET ISLAM EN DIVERSITEIT  
**Over bruggen en grenzen**

Hoe pakken we diversiteit aan? Hoe behandelen we personen met een zorgnood uit andere culturen? Ook binnen de zorg rijzen er geregeld vragen over onderwerpen als islam in combinatie met orgaandonatie -en transplantatie, bloedtransfusies, alternatieve geneeskunde, IVF, vaccinaties, besnijdenis... Ook vraagstukken over ethische kwesties als euthanasie, zelfdoding en abortus in combinatie met de islam komen soms bovendrijven. Vanuit een vastgestelde nood lanceerden imam Khalid Benhaddou en islamexperte Emilie Le Roi het boek 'Over bruggen en grenzen. Hoe omgaan met diversiteit en islam op het werk en op school, in de zorg en hulpverlening, in het jeugdwerk en de vrije tijd.' Niet alleen geeft het boek een unieke inkijk in de islam, er worden ook concrete handvaten aangereikt over hoe je er in de praktijk best mee aan de slag gaat, hoe je cultuursensitief kan werken en hoe je je werkplek diverser kan maken.



Meer info over 'Over bruggen en grenzen'

RECAP FEESTSYMPOSIUM ETHIEK IN ZICHT

**Herbekijk de beeldmontage 'Letter from the future'**

Hoe ziet de toekomst eruit? Waar zullen we staan in pakweg 2030? Greet, Thomas, Lotte, Saloua en Rani zijn vijf mensen die de uitdaging aangingen en een brief schreven aan hun toekomstige ik. Allen werken ze in de zorg. Alle vijf vertellen ze een pakkend verhaal. Hun getuigenissen werden verwerkt tot een mooie montage door fotografe Lieve Blancquaert. De beeldmontage werd in première vertoond op het Feestsymposium *Ethiek In Zicht*.



Herbekijk de beeldmontage

## Zorgnet-Icuro is op zoek naar een 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.

### Interesse?

Deze selectie verloopt exclusief via Mercuri Urval, specialisten in *Executive Search*, *Talent Management* en *Rekrutering & Selectie*. Jouw reactie zal 100% confidentieel behandeld worden.

Voor bijkomende informatie (referentienummer BE-06662), kan je contact opnemen met Ann Boffé, [ann.boffe@mercuriurval.com](mailto:ann.boffe@mercuriurval.com)



### Je kandidatuur indienen?

Scan de QR-code. Deze linkt door naar de juiste pagina op de website van Mercuri Urval.



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

kanaal **Z**

In samenwerking met:

FLANDERS' CARE



Vlaanderen is innoveren en ondernemen in zorg



Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

**Hoofredactie en coördinatie:**

Lieve Dhaene, Eva de Wal en Jens De Wulf

**Vormgeving:**

[www.engage.studio](http://www.engage.studio)

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

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

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

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. *Zorgwijzer* 104, juni 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)

Wil je op de hoogte blijven van de activiteiten van Zorgnet-Icuro en telkens een nieuwsbrief ontvangen wanneer een nieuwe *Zorgwijzer* verschijnt? Schrijf je dan in op onze nieuwsbrief via: [www.zorgneticuro.be/nieuwsbrief](http://www.zorgneticuro.be/nieuwsbrief)

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)

