

zorgwijzer 106

ARMOEDESPECIALIST IVE MARX

**“Burgers hebben hier
veel keuzevrijheid op
het vlak van zorg”**

zorg net

icuro

IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Belgian Health Data Agency.....	28
Interview met armoedespecialist Ive Marx	4	10 vragen aan de Zorgwijze.....	32
Lessen uit Nederland over ‘houdbare zorg’	12	Stokman & Vos op tournee in woonzorgcentra	34
Geestelijke gezondheidszorg zet de deuren open.....	17	Een blik op de werking van de erkennings- en bemiddelingscommissie historisch misbruik.....	40
Inloophuizen voor mensen met een euthanasievraag wegens ondraaglijk psychisch lijden	18	Gezinszorg als extra ondersteuning	42
Fotograaf Zeger Garré spreekt dank uit voor de zorg.....	22	Korte berichten	46
Interview met Jeroen Windey.....	23	Colofon.....	47



EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Schaarste holt vrije keuze uit

Het is altijd interessant om even over het muurtje van onze grenzen te kijken. Worstelen ze bij onze burens met dezelfde problemen in de zorg? Ja, zo blijkt. In Nederland liet de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid een rapport maken over “houdbare zorg”. Marianne de Visser en Gijsbert Werner geven ons in deze Zorgwijzer een inkijk in hun discussies. “De vraag of onze zorg houdbaar is, blijkt universeel”, zo stellen ze. Het rapport focust op drie cruciale vragen: “kunnen we de zorg blijven betalen, hebben we er voldoende en competente mensen voor en wat hebben we er als maatschappij voor over?” Elk van die drie dimensies is onder druk komen te staan, en dat is in veel Europese landen zo. Als pistes van oplossing spreken de auteurs onomwonden over “begrenzen van de groei van de zorg”. Ze pleiten voor een duidelijke visie van de politiek hierop, die “pijnlijke keuzes zal moeten maken en aan de bevolking voorleggen”.

Die *cri de coeur* van onhoudbaarheid weerklinkt ook almaar luider in de Vlaamse zorg. De permanente zoektocht naar personeel doet het gevoel leven dat we afsteveneren op een systeemcrash. Daar bovenop komen de financiële zorgen wegens een voortdurende inflatie en exploderende energieprijzen. Het zit in het DNA van zorgverleners om koste wat kost te proberen alle zorgvragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Maar de eerlijkheid gebiedt ons te zeggen dat we zullen moeten knippen. Alleen dringt dat besef nog onvoldoende door. Te dikwijls nog wordt gedacht dat een groot “aantrekkelijkheidsplan” ons zal redden. Maar de demografie zal de komende twee decennia zo imperatief zijn dat er geen ontkomen aan is. Ive Marx houdt ons in deze Zorgwijzer de cijfers voor: “de komende vijf jaar verlaten ongeveer 400.000 mensen de arbeidsmarkt, terwijl ze niet vervangen worden.” En dat terwijl het aantal zorgbehoevende ouderen vooral na 2030 massaal zal toenemen.



De toegang tot zorg komt zo danig onder druk te staan. Met het daaraan verbonden reële risico op een harde tweedeling. Aan de ene kant zij die (hoog) geschoold zijn, de weg kennen en voldoende middelen hebben. Die zullen aan hun trekken komen, zorg vinden en die voor zichzelf of hun naasten kunnen organiseren. Aan de andere kant de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen. Als we de huidige evoluties op hun beloop laten, zal de solidariteit – de basis van onze huidige gezondheidszorg – wegsmelten als sneeuw voor de zon. Precies over die ongelijkheden doet Ive Marx in deze Zorgwijzer een boekje open. België is bijna Europees kampioen wanneer het gaat over het risico van bepaalde groepen om in armoede te belanden. Net zo wanneer het gaat om onderwijs, levensverwachting en toegang tot gezondheidszorg.

Keuzes maken en prioriteiten stellen in de zorg wordt onontkoombaar. De vrije keuze in de gezondheidszorg is nog altijd een quasi onwankelbaar gegeven. Maar de facto zal die vrije keuze door schaarste en krimp meer en meer uitgehold raken. En enkel wie (veel) geld én scholing heeft, zal echt nog die vrije keuze hebben. Ten minste, als we niets ondernemen, en we de marktmechanismen onverstoort hun werk laten doen. Afglijden naar een klassengeneeskunde, dat is niet waar Zorgnet-Icuro voor staat. “Never waste a good crisis”, luidt de evergreen van Winston Churchill. Laat ons deze crisis aangrijpen om een “houdbare” zorg te organiseren waarbij de solidariteit en de gelijke toegang overeind blijven.

INTERVIEW MET ARMOEDESPECIALIST IVE MARX

**“Doemdenken
is niet nodig:
de gezondheids-
zorg zal
betaalbaar
blijven”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

In tegenstelling tot wat we vaak denken, is de ongelijkheid in België vrij laag. Zelfs de coronacrisis heeft dat niet veranderd. Maar dat neemt niet weg dat er enkele diepe kloven zijn, onder meer op het vlak van gezondheid. Zorgwijzer praat erover met professor sociaal-economische wetenschappen en armoedespecialist Ive Marx (Universiteit Antwerpen).





Hoe is het gesteld met de ongelijkheid in ons land?

“Die is vrij laag, zeker in vergelijking met andere landen. Bovendien blijft ze ook vrij stabiel doorheen de jaren. Het lijkt dus alsof we in een soort egalitaire idylle leven, maar onder die globale cijfers zitten wel enkele diepe kloven. Je kunt het je voorstellen als een landschap: een vrij vlak reliëf, maar als je goed kijkt toch hier en daar zo'n opvallende kloof. Neem nu de verschillen tussen hooggeschoolden en laaggeschoolden, of tussen mensen met en zonder migratieachtergrond. Dan zie je dat de ene groep veel meer kans heeft om in armoede te belanden dan de andere - op dat vlak zijn we bijna Europees kampioen. Ook in ons onderwijs zie je bijvoorbeeld zulke diepe kloven: sociaal-economische achtergrond en migratie-achtergrond spelen een grote rol in hoe goed je scoort op school. En ook op het vlak van gezondheid komt dat terug: we zien kloven op het vlak van levensverwachting - die veel hoger is bij hooggeschoolden dan bij laaggeschoolden - maar bijvoorbeeld ook als het gaat over betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Uit bevestigingen blijkt dat een grote groep mensen daar zeer veel moeite mee heeft.”

Dat lijkt vreemd: ons land geeft zeer veel uit aan sociale zekerheid.

“Je zou inderdaad verwachten dat de kloven aanzienlijk kleiner zouden zijn. We hebben een zeer omvangrijke welvaartsstaat, ons land geeft veel collectief uit en de belastingdruk is bij de hoogste ter wereld. Bovendien zijn de voorzieningen op elk vlak - zeker ook op het vlak van gezondheidszorg - zeer omvangrijk. We hebben een quasi universele gezondheidszorg. En hoewel ik zelf zeker geen expert ben op het vlak van gezondheidszorg, blijkt toch dat we in vergelijking met andere landen een zeer behoorlijk kwaliteitsniveau behalen. En toch zie je die kloven. Dat is frappant. In onderwijs zie je trouwens hetzelfde: er wordt al decennia ingezet op betaalbaar onderwijs, met ruimschootse subsidiëring, en toch zien we enorme ongelijkheden. Daaraan merk je dat niet alles met geld op te lossen valt.”

Worden de middelen dan verkeerd ingezet?

“Verkeerd niet. Maar bij alle sociale uitgaven zie je dat het zogenaamde Mattheüs-effect een grote rol speelt: aan wie al heeft zal gegeven worden en van wie niet heeft zal afgenomen worden. Dat zien we bij heel veel uitgaven. En dat heeft te maken met een onverbidelijke politieke dynamiek. De middenklasse is in dit land electoraal oppermachtig. Door politici wordt zeer hard gevochten om die stem van de middenklasse, waardoor er dus ook zeer veel uitgaven naartoe vloeien.”

Vindt u dat de greep van de overheid op onze gezondheidszorg te groot is?

“Nee, eigenlijk niet. Je kunt niet zeggen dat wij een 'overheidsgezondheidszorg' hebben. Uiteraard zijn er wel bepaalde krijtlijnen: de overheid subsidieert de zorg, dus worden er ook bepaalde voorwaarden gesteld. Maar er is geen gecentraliseerd staatsstelsel. De ziekenfondsen hebben een sterke rol, maar dat geldt ook voor de ziekenhuizen en artsen, die toch een

Ive Marx

“Bij alle sociale uitgaven zie je dat het zogenaamde Mattheüs-effect een grote rol speelt: aan wie al heeft zal gegeven worden en van wie niet heeft zal afgenomen worden”





behoorlijke graad van autonomie hebben. Vaak is die zelfs groter dan in geprivatiseerde systemen. Neem nu het extreme voorbeeld van de Verenigde Staten. Daar hebben de private verzekeringsmaatschappijen een zeer strakke greep op wat artsen wel of niet doen: welke ingrepen mogen ze uitvoeren, welke diagnoses mogen ze stellen ... In vergelijking daarmee hebben we hier veel pluralisme en vrijheid. Dat heeft voordelen: burgers hebben zeer veel keuzevrijheid op het vlak van zorg. Maar het heeft ook nadelen. Die hebben vooral met onze geschiedenis van verzuiling te maken. Onze zuilen zijn lang erg machtig geweest, wat resulteerde in verschillende uitgebouwde ziekenfondsen en zorgnetten. Mocht dat pluralisme iets minder groot zijn, zou je misschien wel efficiëntiewinst kunnen boeken.”

Heeft corona een grote impact gehad op armoede en ongelijkheid?

“Nee, paradoxaal genoeg niet. De coronacrisis is totaal omgekeerd uitgedraaid dan we aanvankelijk verwachtten. Eigenlijk viel de uitkomst ook niet te voorspellen: we hadden zoiets nog nooit meegemaakt. Als armoede-expert kreeg ik in die eerste fase van veel journalisten en politici de vraag om te voorspellen wat de impact van deze pandemie zou zijn. Ik ben ook gevraagd om daarover te spreken in een commissie van het Vlaams Parlement. Maar ik moest heel eerlijk bekennen dat ik het ook niet wist. Als wetenschapper kijk je terug naar gelijkaardige episodes in het verleden, maar die waren

er niet. Anderen deden wel boude voorspellingen. Ik herinner me bijvoorbeeld een artikel in *The Financial Times* - toch een behoorlijk conservatieve krant - waarin het ging over een tsunami van armoede en ongelijkheid. Intussen weten we dat daar gelukkig niet veel van in huis gekomen is. De coronajaren waren in ons land zelfs de enige in lange tijd waarin de armoede significant is gedaald. Veel heeft natuurlijk te maken met de uitgebreide steunmaatregelen van de overheid. De OCMW's kregen die extra middelen initieel zelfs niet op.”

Bent u dan ook optimistisch over de impact van de huidige energiecrisis?

“Dat blijft voorlopig koffiedik kijken. In tegenstelling tot de coronapandemie hebben we nu geen toekomstscenario's. We zijn afhankelijk van een geopolitieke situatie die zo onzeker en fluïde is, dat de kleinste dingen een heel grote impact kunnen hebben. Op dit moment biedt de overheid behoorlijk veel steun, maar daar zitten limieten op. Het geld begint stilaan op te raken. En als de energieprijzen hoog blijven - wat we niet weten - dan zal dat zeker beginnen te wegen op de budgetten van de gezinnen.”

Zal dat ook invloed hebben op de gezondheid van die mensen?

“Nogmaals: ik ben geen gezondheidsexpert. Zulke effecten kun je ook pas op lange termijn waarnemen. Maar we weten in elk geval dat veel mensen tijdens de



coronacrisis hun gezondheidszorg uitstelden en minder aan preventieve gezondheidszorg deden. Intussen is er ook evidentie dat die crisis mentaal zwaar heeft gewogen, zeker bij jongeren. De armoede en ongelijkheid zijn globaal niet toegenomen, maar dat betekent natuurlijk niet dat die hele coronacrisis zonder consequenties is gebleven.”

Een ander heikel thema is de vergrijzing. Zal gezondheidszorg betaalbaar blijven?

“Daarover ben ik vrij optimistisch. Het verhaal dat onze sociale zekerheid - en dus ook de gezondheidszorg - onbetaalbaar wordt, gaat al veertig jaar mee. Ik doe al dertig jaar onderzoek naar welvaart en sociale zekerheid. Maar ik ken ook rapporten uit de jaren 1980, toen dat doemdenken ook al aanwezig was. En kijk: het is nog steeds betaalbaar. Welvaartsstaten zijn veel weerbaarder dan vaak wordt aangenomen. Al kunnen we natuurlijk niet ontkennen dat de kosten sterk zullen stijgen. Maar dat valt perfect vooruit te berekenen. De uitgaven voor zorg en pensioenen zullen substantieel omhoog gaan, maar dat wil niet zeggen dat ze onbetaalbaar worden. Er moeten gewoon keuzes worden gemaakt: uitgaven verschuiven en mensen meer laten bijdragen.



Al mogen we één ding niet vergeten: het plan was - al sinds Jean-Luc Dehaene - om onze staatsschuld af te bouwen, zodat we die sociale zekerheid kunnen redden. We zaten op een zeer goed traject, de staatsschuld ging stevig naar beneden. Maar sinds corona is het fout beginnen te lopen. Intussen gaat alles weer diep in het rood. Sommigen zijn optimistisch: de huidige inflatie heeft als voordeel dat de staatsschuld ook wegsmelt. En als je kijkt naar de verhouding met ons BBP, dan valt het nog best mee. Maar we leven natuurlijk in zeer onzekere tijden. Al denk ik dat doemdenken voorlopig niet aan de orde is.”

Verwacht u hardere keuzes, zoals ouderen die bepaalde medische hulp niet meer krijgen?

“Nee, dat zie ik nooit gebeuren. Daarvoor voltrekt dit hele proces zich ook te gradueel. Bovendien wordt de groep ouderen steeds groter en daardoor electoraal ook machtiger. Dat is dus geen groep die je ongestraft kunt negeren.”

In de zorgsector zijn nijpende personeelstekorten. Hoe valt dat te verklaren?

“De evidente structurele verklaring - die ook geldt voor heel wat andere sectoren - is de ontgroening van de arbeidsmarkt. De komende vijf jaar verlaten ongeveer 400.000 mensen de arbeidsmarkt, terwijl ze niet vervangen worden. Zo ontstaat uiteraard krapte, daar kun je niet omheen. En dat zie je overal. Daarnaast heeft de ene sector het natuurlijk moeilijker dan de andere, dat heeft meer te maken met de aantrekkelijkheid van bepaalde beroepen. In de zorgsector zijn heel wat banen erg veeleisend, met veel kwalificaties, werkuren die soms gezinsonvriendelijk en onregelmatig zijn, psychologische druk ... Vlaanderen heeft al wel wat inspanningen gedaan, onder meer op het vlak van verloning - iets wat wellicht hoognodig was - en het toeleiden van mensen naar opleidingen. Maar die beroepen moeten ook aantrekkelijker en werkbaarder worden gemaakt. We weten uit onderzoek dat loonsverhogingen alleen niet genoeg zijn: mensen werken voor meer dan enkel geld. Maar ze moeten natuurlijk wel het gevoel hebben dat ze fair behandeld en gehonoreerd worden.”

Ooit pleitte u voor de creatie van meer laagbetaalde, laagopgeleide jobs.

“Dat klopt, maar intussen kom ik daar wel een beetje van terug. Ik zie namelijk al wel wat verschuivingen. Maar als je bijvoorbeeld kijkt naar mensen met een migratieachtergrond, dan zien we dat zij in bepaalde segmenten van de arbeidsmarkt - vooral de private

**“De groep ouderen
wordt steeds groter en
daardoor electoraal
ook machtiger. Dat is
dus geen groep die je
ongestraft kunt negeren”**

Ive Marx



dienstverlening - amper vertegenwoordigd zijn. Maar als we kijken naar het officieuze circuit, dan zijn ze er wel. Denk bijvoorbeeld aan afwassers in de horeca. Dat zijn dus mensen zonder regulier statuut. Om hen toch naar de reguliere arbeidsmarkt te halen, moeten we openstaan voor meer arbeidsdiversiteit. We houden erg vast aan een model van veertig jaar geleden, uit het industriële tijdperk. Maar intussen zijn we een diensteneconomie geworden, wat nu eenmaal impliceert dat veel jobs 's avonds, in het weekend en op onregelmatige tijdstippen plaatsvinden. De e-commerce is daarvan een goed voorbeeld: daar is ons land achtergebleven, omdat onze arbeidsreglementering vrij rigide is. Daar is wat meer flexibiliteit toch wenselijk. Maar ik denk dat de zorgsector bij uitstek al een vrij flexibele sector is, waar je zeer veel types werk ziet: van laagopgeleid tot zeer hoogopgeleid."

Kunnen zij-instromers een wonderoplossing zijn voor de zorg?

"Het is zeker een goede zaak dat de overheid zij-instromers probeert te stimuleren. Als het gaat over arbeidsmobiliteit - mensen die van sector of job veranderen - dan scoren we in Vlaanderen heel laag, zo blijkt uit internationale vergelijkingen. Mensen blijven dus heel

“*Als je mensen wilt overtuigen om hier te komen werken, moet je ook accepteren dat zij zich anders kleden, een andere taal spreken, zich anders gedragen*

lang in hun baan zitten. Hoe dat komt, valt niet zomaar in één-twee-drie te verklaren. Het is zeker afhankelijk van sector tot sector. Maar veel heeft te maken met een zeer geïnstitutionaliseerde arbeidsmarkt. Alles ligt in ons land vast in afspraken, heel wat sectoren hebben een heuse lasagne van collectieve arbeidsovereenkomsten. In andere landen hebben individuele werkgevers en organisaties veel meer vrijheid. Bij ons bestaan talloze functieclassificaties, waar dan weer opleidingen, accreditaties en loonstelsels aan vasthangen. Denk in de zorgsector bijvoorbeeld aan het strenge onderscheid tussen zorgkundigen en verpleegkundigen. Bovendien gelden in de ene sector andere regels dan in de andere - als het bijvoorbeeld gaat over anciënniteit, een zeer heikel punt - waardoor mensen de overstap niet maken. Daar zit toch nog iets te veel rigiditeit en traagheid die ons parten speelt."

Een andere mogelijke oplossing is arbeidsmigratie. Kan die de toekomst van de zorg redden?

"Het is zeker een belangrijke factor. Er is al veel arbeidsmigratie naar België en Vlaanderen, daar hebben we

de laatste jaren veel onderzoek naar gedaan. Voor de zorg is vooral het systeem van arbeidsvergunningen belangrijk. Onlangs is dat systeem nog uitgebreid: niet enkel hooggeschoolden, maar ook mensen uit knelpuntberoepen kunnen zo'n vergunning krijgen. Voor een sector als de zorg is dat een goede zaak, zeker als we kijken naar die ontgroening van de arbeidsmarkt en de demografische evoluties. Alleen betekent dat ook dat hier werken aantrekkelijk moet zijn voor migranten. We moeten meer doen dan mensen een arbeidsvergunning geven. Denk maar aan onderwijs: bieden we bijvoorbeeld anderstalig onderwijs aan voor hun kinderen? Of kwalitatieve huisvesting, wat op dit moment al een heel groot probleem is. Er zijn dus wel wat praktische bezwaren, maar daarnaast is er ook nood aan meer culturele openheid: als je mensen wilt overtuigen om hier te komen werken, moet je ook accepteren dat zij zich anders kleden, een andere taal spreken, zich anders gedragen. Op dat vlak is er nog veel werk aan de winkel."

De situatie is dus heel anders dan in de jaren 1960?

"Vanzelfsprekend. Toen werden arbeidsmigranten gezocht in Europa en Noord-Afrika. Bovendien ging het om manuele arbeid, zoals het werk in de steenkoolmijnen. Nu zoeken we een heel ander profiel: opgeleide mensen.



Of we dat goed aanpakken, is nog maar de vraag. Na de uitbreiding van de Europese Unie in 2004 is een enorm arbeidspotentieel ontsloten. Ineens kregen we veel arbeidsmigratie uit landen als Polen. Maar intussen zijn die landen zelf veel rijker geworden. Het duurt geen tien jaar meer, of Polen is zo rijk als België. Die mensen zullen er dus niet veel meer voor voelen om hier te komen werken. En dat betekent dat de arbeidsmigranten van steeds verder zullen komen. Dat heeft uiteraard ook gevolgen, onder meer op het vlak van kwalificatie en taal. We zien dat met de Oekraïeners die door de oorlog naar hier zijn gevlucht. Vooraf dachten we dat zij hier massaal aan de slag zouden gaan, maar zo werkt het blijkbaar niet. Er blijkt toch een grote kloof te zijn. Als we die mensen een plek willen geven in onze arbeidsmarkt, zullen we toch behoorlijke investeringen moeten doen.”

Tot slot is er de energiecrisis. Is er nood aan meer overheidssteun, of moeten burgers en sectoren - zoals de zorg - zelf sterker worden?

“Dat is een moeilijke afweging, vandaar dat het vandaag ook zo moeilijk moet zijn om in de schoenen van politici te staan. We zien enerzijds dat mensen nu vanzelf energiebewuster worden - denk maar aan de verkoop van spaarlampen en zonnepanelen - doordat

gas en elektriciteit zoveel duurder zijn geworden. Iedereen wordt wakker, en in die zin lijkt dit het ideale moment om een energietransitie waar te maken. Tot daar het positieve nieuws. Maar anderzijds kost energietransitie ook tijd én geld. We moeten er zeker voor zorgen dat vitale sectoren en activiteiten - zoals de gezondheidszorg - niet in gevaar komen. En uiteraard hebben mensen met een heel laag inkomen nu wel andere besognes dan duurzaamheid. Er is dus zeker nood aan overheidssteun, al mag die niet te ver gaan. Neem nu het sociale energietarief: daarmee geef je mensen veel goedkopere energie, zonder enige prikkel om daar bewust mee om te springen. Een andere optie zou een basispakket energie zijn, voor een selectie van gezinnen. Voor alles wat zij daarbovenop verbruiken, moeten ze dan wel het markttarief betalen. Zo worden ze toch gestimuleerd om zuiniger met energie om te springen. Maar dat is een heel gevoelige discussie, die je bijvoorbeeld ook kunt doortrekken naar gezondheidszorg: wie hulp nodig heeft, moet die krijgen. Daarover bestaat geen discussie. Maar moet je als overheid je burgers ook niet prikkelen om meer aan preventieve zorg te doen?”



“Brussel, we hebben een luxeprobleem”

TEKST: NICO KROLS



De zoveelste crisis doet ook in Vlaanderen de frank vallen. Of het nu over cultuur, ondernemen of sociale zekerheid gaat, als puntje bij paaltje komt, is het de economie die bepaalt of en hoe we de zaken voortzetten. In Nederland liet de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) een rapport maken over “houdbare zorg”. Hoe lang kunnen en willen we blijven betalen voor ieders gezondheid? Prof. dr. Marianne de Visser en dr. Gijsbert Werner hielden mee de pen vast.

De WRR pleit voor een duidelijke visie op wat zorg is en wat niet. En het is aan de regering om daarvoor de bakens te zetten: wat behoeft specialistische/gespecialiseerde medische zorg en wat kan de omgeving, huisarts, wijkverpleging of het sociale domein zelf aan?

Gijsbert Werner: “De vraag of onze zorg houdbaar is, blijkt universeel. In alle ons omringende landen vragen overheden zich af hoe de zorg te financieren. Met de WRR splitsen we de houdbaarheidsvraag op in drie kwesties: financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en maatschappelijke houdbaarheid. Respectievelijk vragen we ons dus af: kunnen we de zorg blijven betalen, hebben we er voldoende en competente mensen voor en wat hebben we er als maatschappij voor over? Dat vertaalt zich in de ondertitel van ons rapport: mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Elk van die drie dimensies is onder druk komen te staan. In Nederland swingt momenteel vooral het probleem van het personeelstekort de pan uit. Dat geldt ook voor Vlaanderen, heb ik de indruk. En ik denk ook voor veel andere landen.”

Marianne de Visser: “Vooral voor drie bepaalde groepen van kwetsbare mensen scheelt er in Nederland al vele jaren ernstig wat aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. We merken dat ten eerste in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, zoals voor mensen met psychoses, schizofrenie of angststoornissen, en kinderen met eetstoornissen. De vraag om lichte mentale hulpverlening is in de GGZ ongelooflijk toegenomen en dat is ten koste gegaan van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede hinkt ook de jeugdzorg achterop qua kwaliteit en toegankelijkheid, in het bijzonder de jeugdbescherming en de jeugdreklassering. Ook hier is er sprake van verdringing door de grote toename van de vraag naar de veelal lichtere jeugdhulp. Ten derde is ook de kwaliteit en de toegankelijkheid van onderdelen van de ouderenzorg ondermaats.”

Julie stellen dat vergrijzing en medisch-technische evoluties de kosten omhoog drijven, maar dat ook de welvaartsgroei dat doet. Paradoxaal?

Werner: “Dat volgt een economisch principe: van een goed en nuttig product kunnen rijkere samenlevingen meer consumeren dan armere samenlevingen. Naarmate je rijker bent ga je in absolute zin simpelweg meer uitgeven aan zorg, maar ook in proportionele zin: zodra je in je basisvoorwaarden – huisvesting en eten – voorzien bent, ga je meer kopen in functie van meer leven en gezondheid. Waar meer welvaart is, treedt dat patroon universeel op.”

De Visser: “Het komt erop neer dat mensen meer eisen, dat de zorg meer voor hen doet.”

Zitten we dan met een luxeprobleem?

De Visser: “Voor een deel is dat inderdaad zo. Als je kijkt naar wat er allemaal aan apparatuur in ziekenhuizen wordt binnengereden ... Daar wordt zelden bij afgewogen wat de kosteneffectiviteit is.”

Draait jullie rapport toch niet vooral over die ene pijler: houdbare betaalbaarheid en dus kostenefficiëntie?

De Visser: “Toen we aan ons rapport begonnen, schatten we dat de drie houdbaarheden – de financiële, personele en maatschappelijke – min of meer gelijkwaardig naast elkaar konden bestaan, ofschoon de stagnatie van de beroepsbevolking al enige tijd gaande is. Maar de coronapandemie heeft wel voor een *fast forward* gezorgd. Nu zien we dat het manco aan kwaliteit en toegankelijkheid door onvoldoende gekwalificeerd personeel in de kwetsbare sectoren zich nu ook doorzet in de ziekenhuizen voor medisch-specialistische, lichamelijke zorg. Zij kampen nu ook met tekorten. Doelmatigheid moet volop worden doorgevoerd, maar volstaat niet om alle zorgkosten te remmen of je personeelstekort op te lossen.





De lichtere mentale klachten hebben geen specialistische psychiatrische zorg nodig en kunnen heel goed door het sociale domein, een wijkverpleegkundige of door de huisarts worden opgevangen

Marianne de Visser

Dat wordt voor medische apparatuur alvast niet bij wet gedaan. Voor 70 ziekenhuizen hebben we in Nederland 45 zeer dure Da Vinci-robots en 3 protonenbunkers. Dat is moeilijk te verantwoorden in termen van kostenefficiëntie omdat het ook drukt op de andere houdbaardheidswaarden.”

De oplossing die jullie in het rapport naar voren schuiven is dat er beter geprioriteerd moet worden. Wie krijgt welke zorg en wie krijgt die zorg eerst? Dat klinkt hard. Zullen er mensen uit de boot vallen?

De Visser: “We stellen in ons rapport meermaals dat ons voorstel niets met bezuinigingen te maken heeft,

maar wel met de begrenzings van de groei van de zorg. En dan hebben we het ook over de jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg: behoren alle vragen om jeugdhulp of lichte mentale klachten wel tot het behandel pakket van de zorg die de overheid financiert? Die scherpe keuzes zal de politiek moeten maken. Maar omdat het vaak pijnlijke keuzes zullen zijn, zal ze hierop een visie moeten ontwikkelen en de bevolking keuzes moeten voorleggen. Bijvoorbeeld via een burgerlabo zoals dat bij jullie ooit door de Koning Boudewijnstichting is georganiseerd over terugbetaling van de gezondheidszorg.”

“Het manco aan kwaliteit en toegankelijkheid door onvoldoende gekwalificeerd personeel in de kwetsbare sectoren zet zich nu ook door in de ziekenhuizen voor medisch-specialistische, lichamelijke zorg”

Marianne de Visser



BEWEZEN NIET-EFFECTIEVE ZORG VERSUS NIET BEWEZEN EFFECTIEVE ZORG

Maar sommige nakende problemen moet je toch op tijd ondervangen omdat ze anders later in de levensloop escaleren en intensievere of langdurige zorg zullen vereisen?

De Visser: “Nee, een sluimerende depressie of opkomende psychose is een zaak van specialistische zorg die snel moeten kunnen reageren. Maar als iemand somber is gestemd omdat zijn vader pas is overleden, wil dat niet zeggen dat er meteen sprake is van een depressie. De lichtere mentale klachten hebben geen specialistische psychiatrische zorg nodig en kunnen heel goed door het sociale domein, een wijkverpleegkundige of door de huisarts worden opgevangen. Dat zijn de klachten waarvan je mag verwachten dat ze zich niet zullen doorontwikkelen.”

Werner: “Voor veel vormen van zorg is de effectiviteit niet bewezen, daarvan weten we dus niet goed of het werkt. Dat speelt bijvoorbeeld voor allerlei vormen van zorg voor lichte geestelijke klachten. Je moet onderzoeken wat werkt en wat niet. Nog een andere categorie is zorg die bewezen niet-effectief is, waarvan we dus zeker weten dat het niet werkt. Op het eerste gezicht lijkt dat een makkelijker vraagstuk, maar toch zien we dat ook zulke vormen van zorg vaak in het aanbod blijven zitten. Dat heeft vaak te maken met allerlei historisch gegroeide processen en gewoontes – binnen organisaties, door druk van patiënten, commerciële belangen, inkomsten van zorginstellingen. Zo’n situatie is niet wenselijk, los van het feit dat het ook nog eens geld en menselijke inzet kost en ten slotte ten koste van de patiënt kan gaan. Ons advies: stop daar nou eens mee.”

De Visser: “Heel bekende voorbeelden buiten de GGZ zijn MRI-scans voor rugklachten. Die hebben geen therapeutische consequentie. Of mensen van middelbare leeftijd met knieklachten: dan is een artroscopie zinloos. Terwijl dat allemaal wél wordt toegepast en nodeloos veel geld en inzet van schaars personeel kost. Maar ook de protonenbunker en de Da Vinci-robot zijn evengoede voorbeelden die worden ingezet voor aandoeningen waarvan nog niet is aangetoond dat ze (kosten) effectief zijn. De protonenbunker is met name interessant voor tumoren achter het oog en voor oncologische toepassingen bij kinderen. Maar ziekenhuizen willen die ook inzetten bij metastasen van allerlei solide tumoren en daarvoor is nog helemaal geen bewijs geleverd dat het nuttig is. De Da Vinci-robot is nuttig voor bepaalde handelingen bij prostaatkanker, maar bij uitkomst van de behandeling of bij complicaties staat helemaal nog niet vast dat die robot beter opereert dan de menselijke handen van een chirurg. Allemaal voorbeelden van nog niet bewezen effectieve zorg.”

Werner: “Voor zulke vormen van bewezen niet-effectieve zorg is het dus duidelijk dat we dat kunnen en moeten stopzetten. Voor zorg waarvan de effectiviteit niet bewezen is, is verder onderzoek nodig als dat haalbaar

Preventieve wettelijke ingrepen, zoals de frisdranktaks, blijven politiek gevoelig liggen.

Onze aanbeveling: stel die beleidsmatige maatregelen openlijk ter discussie

Gijsbert Werner

en betaalbaar is. Onderzoek is immers ook niet gratis. De derde categorie ten slotte, is bewezen effectieve zorg. Daarvan weten we dat het werkt, maar dat betekent nog niet vanzelfsprekend dat die zorg ook altijd bewezen kosteneffectief is, wat wil zeggen dat de kosten misschien niet altijd opwegen tegen de relatief beperkte gezondheidswinst. In dat laatste zit een groot politiek en maatschappelijk dilemma.”

Ligt er een oplossing in meer en betere preventie, om de tweede en derde lijn te ontlasten?

De Visser: “Dat is een van onze aanbevelingen die aan de politiek zijn gericht: let goed op dat we op vele beleidsdomeinen betrokken moeten zijn om aan meer preventie te kunnen doen, zoals armoedebestrijding, goede begeleiding naar werk, goed onderwijs, goede fysieke leefomgeving. We spreken dan van ‘brede’ preventie. Een verkeerde levensstijl is verantwoordelijk voor circa 20% van de ziektelast: vooral roken, maar ook alcoholmisbruik, ongezonde voeding en te weinig beweging. Tegelijkertijd met de publicatie van onze *policy letter* in 2018, is een preventieakkoord goedgekeurd op voorstel van de Nederlandse staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid. In de vier jaar dat dit bestaat, is er in deze determinanten echter geen enkele verbetering opgetreden. Een vijfde van de Nederlandse bevolking rookt, vaak gaat het om mensen met een lagere socio-economische status, waaronder veel zwangere vrouwen met alle funeste gevolgen van dien voor het pasgeboren kind. In onze *policy letter* van destijds en in ons rapport dat nu voorligt, hebben we opgenomen dat vooral ingezet moet worden op die kwetsbare groepen. Die reageert namelijk niet zo adaptief als de hoger opgeleide groep van de bevolking. De gezondheidsverschillen tussen groepen worden steeds groter. Dus ja, we vragen om zowel brede preventie als preventie gericht op kwetsbare groepen bovenaan de agenda te zetten.”

Werner: “Preventieve wettelijke ingrepen, zoals de frisdranktaks, blijven politiek gevoelig liggen. Onze aanbeveling: stel die beleidsmatige maatregelen openlijk ter discussie. Als samenleving die kampt met schaarste van mensen en middelen moet je kijken naar elke euro die je inzet. Op gezondheidsvlak blijken die wettelijke maatregelen wel bijzonder goed te scoren qua kosteneffectiviteit. Met een politiek taboe op die maatregelen is niemand gebaat, wel integendeel.”



De Visser: “Naast de universele maatregelen is specifieke aandacht nodig voor bepaalde groepen, zeker voor de leeftijdscategorieën van het jonge kind en de jongeren, en in het bijzonder de lager opgeleide groep. Die halen het meeste voordeel uit wat proportioneel universalisme heet. In de Vlaamse vakliteratuur wordt daar vaak naar verwezen. Of het ook veel wordt toegepast, weet ik niet, maar het principe wordt bij jullie wel omarmd.”

VERMAATSCHAPPELIJING VERSUS PARTICIPATIEMAATSCHAPPIJ

De houdbaarheid van de zorg wordt vaak verhaald op een verhoopte vermaatschappelijking van de zorg. Zien jullie daar heil in?

De Visser: “Wat bij jullie vermaatschappelijking heet, is bij ons de participatiemaatschappij. Toen dat begrip bij ons werd geïntroduceerd – in de periode van de decentralisatie van de zorg – dachten velen ook dat het een door de overheid opgelegde operatie kostenbesparing betekende. Het probleem is dat de 5 miljoen mantelzorgers in Nederland meestal werkende mensen zijn waarop ook nog eens beroep zou gedaan worden om meer uren te maken. Maar ook bij hen slaat de vergrijzing toe. De grafieken tonen een steil dalende curve van mensen die bereid of in staat zijn informele zorg op te nemen.”

Werner: “Vermaatschappelijking kan je niet inzetten als besparing. Ook al is het niet vanuit die achtergrond zo bedoeld, het draait daar in de praktijk vaak wel op uit. En precies dat besparend aspect is menselijk én economisch niet houdbaar.”

De Visser: “We hebben internationaal onderzoek verricht naar ouderenzorg in Denemarken, Duitsland, het VK en Japan. Blijkt dat Denemarken er al anderhalve eeuw geleden op uitkwam dat professionelen de zorg moeten bieden en dat zij niet op een doorgedreven manier kunnen worden aangevuld door mantelzorgers. Ook Denemarken zit aan de limieten van de zorggroei, maar met vermaatschappelijking kan je je als overheid niet rijk rekenen.”

Nederland voerde in 2006 de zorgverzekeringswet in. Moest die toen al geen kostenefficiëntere zorg opleveren?

De Visser: “Om die zorgverzekeraars is een boel te doen. Kijk, zij doen niets anders dan zo doelmatig en efficiënt mogelijk zorg inkopen. Maar daarin ontmoeten ze nogal eens weerstand van artsen die menen dat alleen zij weten wat er aan zorg nodig is en vinden dat bepaalde zorg – ook als daarvan de effectiviteit nog niet is bewezen – door verzekeraars aangekocht moet worden. Zij versterken graag het mantra dat alles wat in de zorg misloopt, de schuld is van de marktwerking waarin de zorgverzekeraars opereren. Niet helemaal fair. De gereguleerde markt heeft niet gebracht wat iedereen verwacht had, dat is waar. Maar als je het vergelijkt met zorgstelsels uit andere landen doet Nederland het zeker niet slechter. Een terugkeer naar het systeem van

de ziekenfondsen is ook geen optie, de transitiekosten zouden enorm zijn. Dat systeem werd gecombineerd met particuliere zorgverzekeringen, wat leidde tot een tweedeling in de zorg. Je had ziekenhuizen met klasse-afdelingen die enkel betaalbaar waren met zo'n particuliere verzekering. Dat systeem hebben we wel de wereld uitgeholpen.”

Werner: “Eén ding staat wel vast. Zorgverzekeraars hebben geen beslissing te nemen over wat een extra levensjaar waard is. Dat is de rol van de politiek en die moet haar verantwoordelijkheid daar eindelijk in nemen.”

Kiezen voor Houdbare Zorg.

Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak

WRR-rapport nr. 104, 2021

wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg



“Naarmate je rijker bent ga je in absolute zin simpelweg meer uitgeven aan zorg. Maar ook in proportionele zin: zodra je in je basisvoorwaarden voorzien bent, ga je meer kopen in functie van meer leven en gezondheid”

Gijsbert Werner



GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZET DE DEUREN OPEN

Neem deel aan de eerste Open Geestdagen

In het weekend van 7 en 8 oktober 2023 vinden in Vlaanderen de Open Geestdagen plaats. Wil jij mensen ook laten kennismaken met jouw zorgorganisatie? Draag je graag je steentje bij aan een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg en een correcte beeldvorming? Doe dan mee aan de Open Geestdagen en zet je deuren open!

De Open Geestdagen zijn de jaarcampagne van Te Gek!? voor 2023. Zorgnet-Icuro zet mee zijn schouders onder de campagne. Met de Open Geestdagen willen we het brede publiek laten kennismaken met de verschillende zorgvormen in de geestelijke gezondheidszorg, het belang van mentaal welzijn onderstrepen en als sector samen naar buiten komen.

De Open Geestdagen vallen binnen de 10-daagse van de Geestelijke Gezondheid, een periode waarin heel wat steden en gemeenten en organisaties acties ondernemen rond geestelijke gezondheid. De Open Geestdagen en de 10-daagse van de Geestelijke Gezondheid kunnen elkaar zo wederzijds versterken.

7 en/of 8 oktober

Doe je mee aan de Open Geestdagen op zaterdag 7 en/of zondag 8 oktober 2023? Dan kan je zelf kiezen of je één of twee dagen je deuren opent. De Open Geestdagen zullen zeker jaarlijks terugkeren. Mis dus je kans niet en neem zeker deel in 2023. Hoe meer deelnemers, hoe sterker de GGZ naar buiten kan komen.

Wie kan deelnemen?

Alle aanbieders met een erkend residentieel of ambulantly zorgaanbod in de geestelijke gezondheid. Ook algemene ziekenhuizen kunnen deelnemen met hun psychiatrische afdelingen.

Nationale campagne

De Open Geestdagen zijn de jaarcampagne van Te Gek!? van 2023. Dat betekent dat de klassieke ingrediënten van de media- en publiekscampagne in 2023 volledig in het teken zullen staan van de Open Geestdagen.

Vragen?

Mail naar opengeest@tegek.be of communicatie@zorgneticuro.be

Meer info op www.opengeestdagen.be

Inschrijven kan via deze link:





INLOOPHUIZEN VOOR MENSEN MET EEN EUTHANASIEVRAAG
WEGENS ONDRAAGLIJK PSYCHISCH LIJDEN

“Bij Reakiro krijg je ruimte om je doodswens te verkennen”

TEKST: THOMAS DETOMBE • BEELD: JAN LOCUS

Sinds mei heeft West-Vlaanderen een inloophuis voor mensen met een euthanasievraag wegens ondraaglijk psychisch lijden. Reakiro in Brugge opende twee jaar nadat de eerste Belgische vestiging in Leuven opstartte. “Een samenleving die euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden mogelijk maakt, heeft de plicht om ook een gepast zorgaanbod te voorzien.”

Reakiro Leuven en Brugge delen dezelfde visie en aanpak. Ze zijn niet betrokken in de evaluatie en uitklaring van euthanasieprocedures, maar begeleiden hun gasten wel in hun zoektocht tussen leven en dood, tussen ondraaglijk psychisch lijden en herstelmogelijkheden. Reakiro is een vrijhaven waar je ruimte krijgt om te spreken over je doodswens en alle complexe gevoelens daaraan verbonden. Daarnaast zet Reakiro in op herstel. “Open spreken over je doodswens staat herstel niet in de weg”, vertelt Luc Bemelmans. “Herstel kan een zoektocht naar kleine verbindingen zijn, op de weg naar het leven of de dood.” Bemelmans coördineert Reakiro Leuven, Joost Vanhaecke doet hetzelfde in het Brugse inloophuis. Beiden hebben er een lange loopbaan in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) opzitten. Hun engagement bij Reakiro behoort voor hen tot het meest betekenisvolle werk dat ze al mochten doen.

Waarom is dit betekenisvol werk?

Vanhaecke: “We vullen een leemte op. Een open gesprek over de dood of een doodswens ligt nog altijd moeilijk in de GGZ-sector. Dat is niet zo vreemd. Onze geestelijke gezondheidszorg richt zich voornamelijk –

en terecht – op maatschappelijke re-integratie. Die benadering is waardevol en logisch voor veel mensen met een psychische kwetsbaarheid, maar niet voor iedereen. Wie worstelt met een aanhoudende doodswens wil in de eerste plaats gehoord worden en het gesprek aangaan rond zijn ondraaglijk lijden en existentiële twijfels. Een gedetailleerd behandelprogramma dat je beter wil maken, staat daar haaks op. Bij Reakiro is de doodswens niet het probleem of startpunt van therapie, maar het werkmateriaal voor een authentiek en betrokken contact.”

Bemelmans: “Ik kan me niet voorstellen om ooit nog iets anders te doen. Het is zwaar, we zien mensen met complexe vragen en problematieken, maar het gaat altijd over leven en dood. Dat maakt deze job per definitie betekenisvol.”

Hoe maken jullie het verschil?

Bemelmans: “Bij Reakiro is iedereen die binnenloopt een gast, geen patiënt of cliënt. De vraag of gasten al dan niet verder kunnen of willen leven, is de enige opening om nog met een hulpverlener in gesprek te gaan.

“*We ontmoeten iedereen als mens. Het biedt wie binnenloopt de kans om te vertellen wat hij of zij misschien nergens anders kwijt kan*”

Tegen een open, oprechte en niet-oordelende houding is weinig bestand. We ontmoeten iedereen als mens. Het biedt wie binnenloopt de kans om te vertellen wat hij of zij misschien nergens anders kwijt kan. Door een doodswens aandachtig te beluisteren en te (h) erkennen, ontstaan er soms kleine vonken van herstel. Mensen slagen er bijvoorbeeld in om zich opnieuw te verbinden met iets of iemand. Dat kan een onderge-sneeuwde hobby zijn, een huisdier of het contact met een vriend. Dingen die het leven soms toch nog de moeite waard maken.”

Vanhaecke: “We hebben geen verwachtingen. *No memory, no desire* luidt de Engelse uitdrukking. Onze medewerkers proberen op authentieke wijze nabij te zijn; van mens tot mens. Diagnoses of therapeutische voorgeschiedenis staan op de achtergrond. Als ze toch naar voor komen, werken we met wat ze voor de gast betekenen. Die nabije en niet-oordelende basishouding maakt soms mogelijk wat behandelingsgerichte therapie niet kan. Mensen beginnen op een andere manier over hun doodswens en leven na te denken, er ontstaat een moment van reflectie. Dat is eigenlijk een paradox: hoe minder verwachtingen, behandeldoelen of tijdsschema’s je hebt, hoe groter de potentiële bewegingsruimte. Het is niet zo dat we na drie maanden een bepaald resultaat willen zien. Verwachtingen kunnen heel zinvol zijn, maar voor deze doelgroep werkt het niet. Gisterenmiddag meldde iemand zich aan op doorverwijzing van zijn huisarts. Het eerste wat die persoon zei was: ‘Jullie gaan me niet op andere gedachten proberen brengen’. Ik kon hem geruststellen. Dat is inderdaad niet wat Reakiro doet.”

“Soms stellen gasten ferm dat ze er ‘tegen Kerstmis’ niet meer willen zijn. Na een aanmelding bij Reakiro merk je dat hun gevoel van urgentie soms wat afneemt. We vinden het vooral belangrijk dat gasten tot een doordachte en authentieke keuze komen, welke die ook is. Als iemand tijdens zijn traject bij Reakiro opnieuw zin krijgt in het leven, is dat een goede zaak. Maar evengoed blijven we in hechte verbinding met mensen die hun euthanasieprocedure afwerken.”

Bemelmans: “Die verbinding groeit ook tijdens het contact met lotgenoten in de Reakirogroep: een belangrijke pijler in onze werking. Gasten kunnen daar vrijuit spreken en ervaringen uitwisselen met anderen. En ook hier gaan kwetsbaarheid, lijden en de doodswens hand in hand met de verkenning van mogelijke herstelvonken. Tot slot nodigen we gasten uit om iets te doen of



“Bij Reakiro is de doodswens niet het probleem of startpunt van therapie, maar het werkmateriaal voor een authentiek en betrokken contact”

Joost Vanhaecke

te organiseren vanuit een bepaald talent. Dat hoeft niet spectaculair te zijn: koffiezetten voor medegasten is al voldoende. Maar ook een instrument bespelen of – zoals iemand onlangs deed – een gegidste wandeling door Leuven uitstippelen, zijn mogelijk.”

Kan je iets meer vertellen over de doelgroep van Reakiro?

Bemelmans: “We verwelkomen mensen die al lange tijd ondraaglijk psychisch lijden onder hun kwetsbaarheid. Velen hebben jaren-, soms zelfs decennialang, hulp gezocht in de geestelijke gezondheidszorg.”

Vanhaecke: “Je niet meer verbonden voelen met iets of iemand is een rode draad. Sommigen hebben nog een gezin of sociaal netwerk, maar verloren ergens onderweg de connectie met die mensen. Onze gasten lijden daar zeer zwaar onder, het is een existentieel gemis. Wat alles nog moeilijker maakt is dat armoede geen uitzondering is.”

“Na de opening in Brugge werden we net niet overrompeld. Het aantal vragen en de zwaarte daarvan hebben me verrast. Veel gasten bleken al heel lang te worstelen met existentiële vragen over leven en dood.



Soms is het niet zo duidelijk of mensen echt euthanasie willen of een gepast hulpaanbod. De wens om te sterven kan ook een noodkreet om hulp zijn. Wil iemand echt dood? Of wil die persoon hulp die zijn of haar zware lijden (h)erkennt? Dat soort vragen proberen we samen helder te krijgen.”

Vloeit euthanasie soms voort uit een gebrek aan gepaste zorg?

Bemelmans: “Psychiaters die euthanasieverzoeken uitklaren, merkten vooral op dat deze groep mensen iets anders nodig had dan het reguliere hulpaanbod. Vanuit die laatste nood is Reakiro ontstaan. Een samenleving die euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden mogelijk maakt, heeft de plicht om ook een gepast zorgaanbod te voorzien.”

Vanhaecke: “De evaluatie en uitklaring van euthanasie-aanvragen worden strikt gescheiden van onze werking. Wie euthanasie wil, start een procedure met voorwaarden en adviezen van artsen. Reakiro stapt niet in een beoordelende rol. Die vrijheid maakt het mogelijk om tot een echt en authentiek contact te komen met de gast. Bij Reakiro verkennen we zowel het doodsverlangen als de dingen die mensen tot nu toe in leven hielden. Dit tweesporenbeleid is cruciaal als je op een zorgvuldige manier met euthanasie bij ondraaglijk psychisch lijden wil omgaan.”

Hoe vernieuwend is het Reakiro-zorgmodel?

Bemelmans: “Toen Reakiro Leuven opstartte, pionierden we. Nergens ter wereld bestond er een specifiek zorgaanbod naar die specifieke doelgroep. Dat zorgen opvangmodel bouwen we nu verder uit. Het wordt voortdurend geëvalueerd en ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. We mochten ons project al toelichten aan het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid en vele Nederlandse GGZ-partners. Ook zij overwegen de opstart van iets gelijkaardigs.”

Vanhaecke: “Onze innovatie zit ook in de onvoorwaardelijke manier waarop we zorg verlenen. Er zijn geen dwingende tijds- of behandeldoelen. Hoewel die zinvol kunnen zijn in de hulpverlening, werken ze niet altijd. Ik pleit hier voor nuance: de klassieke geestelijke gezondheidszorg staat voor kwaliteitsvolle zorg, maar

een correctie voor deze doelgroep was nodig, denk ik. Toen we Reakiro in Brugge opstartten, kregen we veel sollicitanten over de vloer. Dat verraste me. Want het is geen evidente job. Als ik peilde naar de motivatie van die hulpverleners, vertelden ze dat ze af wilden van de vele regels en protocollen. Ze wilden graag opnieuw authentiek nabij zijn. Werken bij Reakiro is een grote uitdaging, maar je kunt er wel jouw talenten als hulpverlener in kwijt.”

“Open spreken over je doodswens staat herstel niet in de weg”

Luc Bemelmans



“Onze medewerkers proberen op authentieke wijze nabij te zijn; van mens tot mens. Diagnoses of therapeutische voorgeschiedenis staan op de achtergrond

“Open spreken over mijn doodswens, verbond me opnieuw met anderen”

Hilde Nys is teamlid bij Reakiro Leuven. Als ervaringsdeskundige ontdekte ze zelf de enorme meerwaarde van lotgenotencontact. Nys: “Ik heb een lang zorgtraject in de GGZ achter de rug. Op een bepaald moment wilde ik er niet meer zijn. Als je zoiets bespreekbaar wilt maken in je nabije omgeving, merk je dat mensen dichtklappen. Je verliest connectie en hebt het gevoel er alleen voor te staan. Zo vond mijn doodswens nergens een uitweg, waardoor hij nog groeide. Dat verbeterde toen ik mijn twijfels kon delen in een lotgenotengroep. Open kunnen spreken over mijn doodswens, verbond me opnieuw met anderen. Ik voelde me minder eenzaam en hervond een zekere rust. Het hielp ook om opnieuw het positieve te zien. In de Reakirogroep geven we ruimte aan de dood en het leven. We laten mensen vertellen waarom ze willen sterven, maar peilen ook naar zaken die soms nog vreugde geven. In die uitwisseling ontstaat verbinding en – soms – hoop.”



MEER INFO?

Reakiro is een samenwerking tussen verschillende organisaties in de geestelijke gezondheidszorg: de organisatie Broeders van Liefde België, het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven en de initiatieven voor beschut wonen Walden en De Hulster. Deze partners zijn de initiatiefnemers van het zorgprogramma Reakiro. Het Reakiro antenepunt in West-Vlaanderen vormt een samenwerking tussen alle psychiatrische ziekenhuizen van West-Vlaanderen, alsook de congregatie van de Zusters van de Barmhertigheid Jesu.

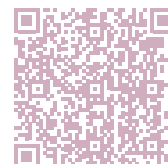
Meer weten over levenseindezorg?

Lees ethisch advies 20: levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Levenseindezorg is een uitgesproken complexe vorm van zorg, waarbij vele uiteenlopende dimensies van hulpverlening aan bod kunnen komen. Een bijzonder complexe ethische problematiek stelt zich in de geestelijke gezondheidszorg, waar hulpverleners worden geconfronteerd met vragen rond het levenseinde van niet-terminale patiënten met een psychiatrische aandoening.

De confrontatie met uitzichtloos lijden van patiënten met een langdurige psychiatrische zorgnood roept ethische vragen op over de betekenis en inhoud van de behandeling en de zorg voor deze patiëntengroep. Moet de medische behandeling worden voortgezet? Wat is de aanwezige levenskwaliteit? Is een palliatieve benadering in de zorg voor deze patiënten mogelijk? Hoe moeten we omgaan met vragen van patiënten over actieve levensbeëindiging?

Het ethisch advies van de Commissie voor Ethiek van Zorgnet-Icuro over levenseindezorg voor niet-terminale patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen verscheen in 2018.



Download
de brochure

Een hartverwarmend project



Fotograaf Zeger Garré werd als een van de eerste patiënten opgenomen met het coronavirus in het UZ Gent. De warmte en bemoediging waarmee hij werd verzorgd, liet een diepe indruk na. Hij beloofde zichzelf om deze mooie mensen uit naam van de gehele maatschappij te bedanken. Hij ging aan de slag met het project DANK U.

DANK U bestaat uit een tentoonstelling en een fotoboek. Garré zet in pakkende foto's zorgverleners en andere uitzonderlijke persoonlijkheden in het licht. Die worden gecombineerd met dankwoorden en verhalen over een gebeurtenis die ons allen heeft beroerd. Je leest over de ervaringen en emoties van de geportretteerden. Tijdens de tentoonstelling kan je de verhalen via audioboodschap ook beluisteren.

DANK U is niet alleen een eerbetoon aan de zorgverleners. Het project van dankbaarheid wordt verder gezet om een ander zorgproject te helpen. Zeger Garré maakte namelijk kennis met Chris Van Lysebetten, bezieler van vzw Habbekrats. Habbekrats biedt jongeren die een moeilijke tijd doormaken of in nood verkeren een gezellige ontmoetingsplaats, waar ze met open armen worden ontvangen en waar ze een luisterend oor vinden voor hun problemen. Habbekrats hoopt op deze manier jongeren bij te staan en mee op weg te helpen naar een betere toekomst in deze ingewikkelde wereld. Dat greep Garré aan, en hij besloot om Habbekrats mee te ondersteunen.

De opbrengst van het project DANK U gaat dan ook naar Habbekrats vzw.

Wil je het DANK U-project ondersteunen?

- **Koop het fotoboek aan.**
Bijvoorbeeld als eindejaarsgeschenk voor jullie collega's en medewerkers, of als relatiegeschenk voor andere zorgpartners.
- **Haal de expo naar jouw voorziening.**
Zeger voorziet de mogelijkheid om dit niet aan kostprijs, maar in ruil voor aankoop van boeken, of andere vrijwillige sponsoring te organiseren.



Bekijk hier alvast wat voorproefjes:
www.zebrakidsfoundation.be

Contacteer Zeger:
info@zebrakidsfoundation.be

A portrait of Jeroen Windey, a man with short dark hair, wearing a dark suit jacket over a light-colored shirt. He is standing in front of a wall made of light-colored, rectangular stone tiles. The photo is partially framed by a dark brown border on the left and top.

INTERVIEW MET JEROEN WINDEY,
ADMINISTRATEUR-GENERAAL VAN HET VLAAMS
AGENTSCHAP BINNENLANDS BESTUUR

“We mogen niet terugplooiën op onze kerntaken”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: TINI CLEEMPUT

De lokale overheid vervult sinds jaar en dag een regierol voor zorg en welzijn. Het is het niveau dat het dichtst bij de burger staat en op tal van vlakken een directe impact heeft. Ook in de eerstelijnszones zijn de lokale overheden actief betrokken. De coronacrisis toonde dat het lokale niveau wel degelijk het verschil kan maken. Tegelijk staan de lokale besturen vandaag onder zware druk. De opeenvolgende crisissen wegen door. We gingen erover praten met Jeroen Windey, administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap Binnenlands Bestuur (ABB).

ABB is niet het meest bekende agentschap, maar het bestrijkt wel een uitgebreid domein?

“ABB is actief op zes beleidsvelden en werkt momenteel voor drie, maar potentieel dus voor zes ministers. Onze thema’s zijn binnenlands bestuur, stedenbeleid, integratie en inburgering, gelijke kansen en de coördinatie van het Vlaams beleid in Brussel en in de Vlaamse Rand. In elk van die domeinen willen we burgers en bestuur verbinden en versterken.

Onze hoofdfocus ligt op de lokale besturen. We kijken toe op de wettigheid van beslissingen, we denken mee over de organisatie ervan en we zorgen mee voor de



correcte financiering, met een bedrag van 4 miljard euro per jaar dat via ABB naar de lokale besturen gaat. Verder organiseren we de lokale en de provinciale verkiezingen en maken we deel uit van het comité C1 voor het sociaal overleg voor de lokale sector. Daar werken we momenteel mee aan een nieuw rechtspositiebesluit voor lokale ambtenaren.

Ook zorg en welzijnsthema's komen aan bod, bijvoorbeeld bij adviesvragen en klachten. De jongste jaren ging veel aandacht naar verzelfstandiging en publiek-private samenwerking in de zorg. Lokale besturen vragen ABB om advies over de mogelijkheden. Daarnaast zijn er de klachten, die van raadsleden, burgers, bedrijven ... kunnen komen. Wij toetsen dan de wettigheid van beslissingen af. Uiteindelijk is het de minister of de gouverneur die de beslissing neemt. Wij waken ook mee over de financiële gezondheid van steden en gemeenten. De Vlaamse overheid legt gemeenten een structureel evenwicht op. Ze moeten meerjarenplannen maken met budgetten en investeringen.

Voorts zetten we in op dataverzameling en benchmarking, bijvoorbeeld met de Gemeente-Stadsmonitor die we sinds 2018 voor alle steden en gemeenten maken. Om de drie jaar peilen we bij de burgers naar hun appreciatie van de lokale keuzes. Rond zorg en gezondheid hebben we bijvoorbeeld 18 indicatoren. Zo weten we dat 75% van de burgers tevreden is over de voorzieningen voor ouderen in de gemeente. In West-Vlaanderen en de Kempen ligt de tevredenheid over het algemeen iets hoger. In 7 gemeenten is minder dan de helft van de burgers tevreden. Die gegevens laten bestuurders toe om hun gemeente te benchmarken en te luisteren naar wat er leeft bij hun burgers."

In het nieuws horen we vooral over de begrotingen op Vlaams en federaal niveau, maar ook de budgetten van de steden en gemeenten staan onder druk vandaag?

"De nervositeit is zeer groot. Er spelen veel onbekende factoren. Wat wordt de impact van de energiecrisis, de inflatie, de indexering van de lonen? Veel ruimte hebben de gemeenten niet om in te grijpen.

“De essentie van lokaal beleid is dat je kan inspelen op de lokale noden. De realiteit is overal anders”

Jeroen Windey



Bovendien zitten we in de laatste twee jaar van de bestuursperiode. Gemeenten moeten vandaag plannen maken voor de komende jaren. Ze moeten een budgetevenwicht nastreven dat verder reikt dan de verkiezingen. Met de ontsprende kosten van vandaag zijn dat moeilijke besprekingen. Toch zullen steden en gemeenten bevestigen dat de Vlaamse regering grote inspanningen doet, ook in de nieuwe begroting die in september is voorgesteld. Vlaanderen heeft bijgedragen aan de pensioenlast voor de statutairen, er zijn subsidies geweest voor covid, steun voor de opvang van vluchtelingen uit Oekraïne ... Gemeenten beseffen dat ze niet méér kunnen verwachten van de hogere overheid. Ze zoeken zelf antwoorden: het gemeentelijk zwembad een graadje kouder, de openbare verlichting wat vroeger uit, soberder kerstfeesten ... Je voelt aan alles dat we in onzekere tijden zitten. Gelukkig was de financiële gezondheid van de gemeenten over het algemeen wel goed. Daar is de voorbije jaren aan gewerkt. Maar de ene gemeente is de andere niet en ook de uitdagingen lopen nogal uiteen.”



“Als je wilt weten hoe groot een maatschappelijk probleem is, dan moet je lokaal naar de mensen luisteren. Daar krijg je de sense of urgency. Daar krijg je de verhalen. Daar krijgt het probleem een gezicht

Stijgt ook het aantal mensen in armoede dat komt aankloppen bij het OCMW? Stijgt het aantal bewoners van woonzorgcentra die de factuur niet meer kunnen betalen?

“Ja, sinds enkele weken krijgen we signalen dat ook mensen en gezinnen uit de middenklasse bij het OCMW aankloppen. Het gaat dan vooral om mensen die hun energiefactuur niet kunnen betalen. We zullen moeten zien hoe die prijzen evolueren en in hoeverre de steunmaatregelen soelaas brengen. Of OCMW's ook meer moeten tussenkomen voor bewoners van woonzorgcentra, kan ik vanuit ABB niet monitoren.

Hoewel ze juridisch nog bestaan, zijn de OCMW's overigens sinds enkele jaren gefusioneerd met de gemeenten. Allicht is het maar goed ook dat de OCMW-uitgaven binnen het grotere geheel van het lokaal bestuur zijn opgenomen. Vroeger had je twee debatten met twee raden, vandaag wordt alles vanuit één team bestuurd. Dat geeft meer coherentie in het beleid en in de ondersteuning van burgers.

Armoede komt op het lokale niveau hard binnen voor een bestuur. Een lokaal politicus wordt constant aangesproken door de burgers. Dat kan confronterend zijn. Het is ook de kracht van het lokaal bestuur. Als je wilt weten hoe groot een maatschappelijk probleem is, dan moet je lokaal naar de mensen luisteren. Daar krijg je de sense of urgency. Daar krijg je de verhalen. Daar krijgt het probleem een gezicht. Als een OCMW mensen over de vloer krijgt die het vroeger nooit zag, dan weet je dat er een probleem is.”

Burgers willen dat de overheid hen door de energiecrisis helpt én de energietransitie in goede banden leidt.

“Dat vereist het verzoenen van een korte- en een langetermijnbelang. Dat is moeilijk. Burgers en gemeenten die al bezig waren met de energietransitie, kunnen vandaag versnellen. Wie nog geen stappen naar duurzaamheid had ondernomen, is vandaag kwetsbaarder. Elke crisis legt de zwaktes van een systeem bloot. Systemische veranderingen beginnen vaak lokaal. Daar kan je doorgaans beslissingen nemen met een directe impact op de burgers. In veel gemeenten is het nu alle hens aan dek.”



De OCMW's zijn opgegaan in de lokale besturen, tegelijk zijn veel openbare woonzorgcentra de jongste jaren geheel of gedeeltelijk verzelfstandigd. Is dat een succesverhaal?

“Dat proces gaat in elk geval door. Het startte twintig jaar geleden schoorvoetend, maar de jongste tien jaar is het in een stroomversnelling gekomen. Op zich is het goed dat lokale besturen hierover nadenken. Een verzelfstandiging is één van de mogelijkheden. Je plaatst de uitbating van het woonzorgcentrum iets verder van de politiek, legt meer nadruk op het eigen beheer van de organisatie. Het runnen van een woonzorgcentrum is nu eenmaal iets anders dan het runnen van een gemeente. Ook voor de investeringen is het vaak een goede zaak om buiten de gemeentebegroting te werken. Het kan voor meer stabiliteit zorgen. En op het vlak van personeel heb je flexibelere mogelijkheden. Maar elke case is anders. Je kan woonzorgcentra niet over één kam scheren en dat geldt zowel voor de publieke sector als de private en de commerciële. Maar een gemeente blijft sowieso een regierol hebben.”

rol van de overheid hierin reikt. Moet de overheid kwaliteitsvolle gezondheidszorg garanderen? De meeste burgers zullen volmondig ja antwoorden. We hebben een sterke sociale zekerheid en we zijn daar trots op. Maar publiek, semi-publiek of privaat? Uiteindelijk draait heel de sector voor een belangrijk deel op overheidsmiddelen. Het is wel belangrijk om hierover een visie te ontwikkelen. Het alternatief is namelijk dat je het helemaal aan de markt overlaat.”

Zijn er grote verschillen in hoe steden en gemeenten de zorg lokaal organiseren?

“De essentie van lokaal beleid is dat je kan inspelen op de lokale noden. De realiteit is overal anders. Je hebt grote steden, kleine gemeenten en plattelandsgebieden. Er zijn economische verschillen en verschillen in bevolking. Ook het sociaal passief van voorzieningen en het patrimonium verschillen enorm. Maar globaal genomen hebben we in Vlaanderen wel een brede, gemeenschappelijke sokkel. Op dit ogenblik zijn we bijvoorbeeld bezig met IFIC, om ook op het vlak van de lonen in de zorg de verschillen weg te werken.”

Elke crisis legt systeemfouten bloot. Elke crisis is tegelijk een kans om de dingen te doen die in normale tijden onmogelijk zijn

Welke rol speelt ABB hierin?

“Wij zijn hierbij vooral betrokken via het sociaal overleg in het comité C1. Het statuut van het publieke personeel woog in veel voorzieningen op de betaalbaarheid van de zorg. We hebben mee gezocht naar manieren om dat personeelsstatuut flexibeler te maken. Uiteraard is het de Vlaamse regering die uiteindelijk de beslissingen neemt, maar ABB heeft de technische en juridische kennis in huis om die debatten te voeden en richting te geven. Ook bij de oprichtingsdossiers van verzelfstandiging neemt ABB een rol op. Wij toetsen dan de wettigheid van elke beslissing, maar de beslissingen zélf liggen bij de gemeenten en hun partners. Wij zijn een neutrale instantie.”

Ondertussen lijkt de verzelfstandiging van openbare voorzieningen hier en daar een opstap naar commercialisering. Was die evolutie te verwachten vanuit economisch-bestuurlijk-juridisch opzicht?

“Ik denk van wel. Commercialisering is natuurlijk een brede term. Maar het zoeken naar privaat partnerschap is een antwoord op stijgende noden en stijgende kosten. Als reactie daarop is men beginnen te benchmarken met de private sector. Dat heeft geleid tot discussies over de lonen en de investeringen. In die optiek is een evolutie naar meer commercialisering logisch. De vraag is: is dat een probleem? Ik ben geen welzijnsexpert. Maar je kan je wel afvragen hoe ver de

U coördineert vanuit ABB ook de opvang van vluchtelingen uit Oekraïne. Hoe staat het daar eigenlijk mee?

“Ik ben voorzitter van de taskforce Noodopvang Oekraïne van de Vlaamse overheid. Toen de oorlog eind februari uitbrak, voorspelde men 200.000 Oekraïense vluchtelingen in België, van wie 120.000 in Vlaanderen. Vandaag zitten we rond de 60.000 in België. Nooit eerder heeft de Vlaamse overheid zo actief ingegrepen in een vluchtelingen crisis. Men vreesde de impact op de woningmarkt en op de financiële toestand van de gemeenten, die de coronacrisis nog niet verteerd hebben. Vrij snel hebben we de coördinatie verbreed naar alle domeinen van inburgering: onderwijs, welzijn, werk ... Achter de schermen hebben we keihard gewerkt en we hebben veel ‘stresspolitiek’ kunnen wegnemen. Ik ben er trots op dat we dit samen sereen hebben aangepakt, met linken naar alle overheidsniveaus en het brede middenveld. We hebben inhoudelijk gewerkt, we hebben open geluisterd en gecommuniceerd en rust gebracht. De crisis is nu minder acuut, maar er is nog altijd een instroom van meer dan 2.000 Oekraïense vluchtelingen per maand. We blijven de situatie alert opvolgen.”

Soms overvalt een mens het gevoel dat we de ene crisis na de andere krijgen: de coronacrisis, de energiecrisis, Oekraïne, de klimaatcrisis ... Wat leert u daaruit?

“Tien jaar geleden werd ons op symposia uitgelegd wat het zou betekenen om in een VUCA-wereld te leven. VUCA staat voor ‘volatiel, onzeker, complex en ambigu’. Vandaag staan we er middenin. Nogmaals: elke crisis legt systeemfouten bloot. Elke crisis is tegelijk een kans om de dingen te doen die in normale tijden onmogelijk zijn. We weten al lang dat ons energiebeleid anders moet, maar een crisis geeft de urgentie die we nodig hebben om tot daden te komen.

“Nooit eerder heeft de Vlaamse overheid zo actief ingegrepen in een vluchtelingencrisis

Mijn ervaring leert dat we deze complexe uitdagingen niet alleen aankunnen. Niemand mag terugplooiën op zijn kerntaken. We moeten bruggen bouwen tussen alle beleidsniveaus. Hetzelfde geldt voor het middenveld, bedrijven en burgers. Maar het is aan de overheid om het voorbeeld te tonen en om een visie uit te stippelen voor de samenleving van de toekomst. Met ABB kunnen we bruggen helpen bouwen, in het bijzonder naar de lokale besturen. We moeten geïntegreerd werken. Hoe beter we daarin slagen, hoe beter we de complexe uitdagingen aankunnen. Of het nu gaat over PFOS of Uplace, het stikstofprobleem of de mobiliteit, corona of Oekraïne ... We moeten het samen doen.”

Welke rol spelen de nieuwe referentieregio's in dat verhaal?

“Elke sector zoekt aanknopingspunt met het lokale niveau, dicht bij de burger, volgens het principe van de subsidiariteit. Elke sector volgt daarbij zijn eigen logica. Ziekenhuizen maken ziekenhuisnetwerken, er zijn toeristische regio's, eerstelijnszones enzovoort. Iedereen zoekt de gepaste schaal. Kijk je daar met een bestuursbril naar, dan krijg je een millefeuille van samenwerkingsverbanden. Veel gemeenten weten nauwelijks nog in welke samenwerkingsverbanden ze allemaal zetelen. De referentieregio's willen meer afstemming brengen. Niemand betwist dat gestructureerd samenwerken binnen vaste verbanden voordelen heeft. Voor de zorgsector is het belangrijk dat de eerstelijnszones vrij goed matchen met de referentieregio's. Kijk naar de vaccinatiecentra, die de sterktes hebben gecombineerd van een regionale aanpak met een link naar Vlaanderen en een lokaal bestuur dat eigenaarschap nam. Dat was een succesverhaal, mee dankzij de urgentie van de crisis. Laat ons dat vasthouden en daarop voortbouwen.”



“Er is dringend nood aan meer datahygiëne”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: JONATHAN RAMAEL & SOPHIE NUYTTEN



Slim, veilig en efficiënt met data omspringen: het is cruciaal voor de toekomst van onze gezondheidszorg. Daarom wordt nu achter de schermen volop gewerkt aan de uitbouw van de Belgian Health Data Agency (HDA). Programmamanager Hans Constandt en Peter Raeymaekers, stafmedewerker technologie en innovatie bij Zorgnet-Icuro, geven tekst en uitleg.

Wat is de Belgian Health Data Agency?

Constandt: “Misschien moeten we eerst de ontstaansgeschiedenis van de HDA schetsen. In 2019 maakte de Europese Commissie zes politieke prioriteiten bekend. Eén daarvan heette ‘A Europe fit for the digital age’. Die actie bestaat uit verschillende pijlers, waarvan een aantal specifiek draaien rond gezondheid en zorg. Eenvoudig gesteld gaat het erom dat gezondheidsdata toegankelijker moeten worden en veilig kunnen worden gedeeld. Dat leidt onder andere tot beter en sneller onderzoek en diagnoses, en dus ook tot een betere gezondheidszorg. Bovendien speelt hierin ook empowerment van burgers mee: ook zij hebben baat bij een goed gebruik van hun gezondheidsdata.”

“Deze richtlijnen uit het regeerakkoord zijn in november 2020 opgenomen in de beleidsnota van minister Vandenbroucke. In 2021 is dan een visienota opgesteld door de verschillende stakeholders. En in januari 2022 is er een *program management team* aangesteld, met twee collega’s en ikzelf. Maar het is vooral teamwerk: het belangrijkste is dat er enorm veel goede wil is bij alle stakeholders om hier samen mee aan de slag te gaan.”

Welke stappen zijn al gezet?

Constandt: “De ministers keurden een eerste wetsontwerp goed. Het is nu wachten op input van de Gegevensbeschermingsautoriteit en de Raad van State. Na de nodige aanpassingen gaat het wetsontwerp terug naar de ministers en het parlement voor goedkeuring. De bedoeling is dat begin volgend jaar de HDA wordt opgericht, als een autonome dienst binnen de FOD Volksgezondheid. Tegelijk werken we aan de opzet van enkele componenten die de HDA nodig heeft, het blijven aligneren van de verschillende stakeholders, enkele eerste *use cases*, en de toekomstige structurele financiering.”

En wat mogen we hier dan concreet van verwachten?

Constandt: “De HDA zal secundair gebruik van gezondheidszorgdata faciliteren. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen primair en secundair gebruik van data. Als je ziek bent, worden data over jouw gezondheid en behandelingen bijgehouden. Dat zijn primaire data die verzameld zijn over jezelf, om jou als individu te helpen. Die data kunnen echter ook voor andere toekomstige patiënten nuttig zijn. Als bij jou een behandeling niet aansloeg, kan dat nuttige informatie opleveren voor de behandeling van andere mensen met dezelfde symptomen. Zonder dat jouw privacy daarbij wordt geschonden, uiteraard. Dat is secundair gebruik van data, waarbij met

geanonimiseerde data wordt gewerkt. Toekomstige patiënten en de brede maatschappij kunnen dus baat hebben bij correct hergebruik van data, verder dan het originele doel waarvoor die data werden gecreëerd.”

“Precies dat secundaire gebruik van data gaat de HDA faciliteren. De oorspronkelijke data blijven waar ze zijn, maar de gegevens over deze brondata gaan we beschrijven, om die brondata - waar dat nuttig is - makkelijker te kunnen hergebruiken. Daarvoor gaan we een datacatalogus opzetten waar databronnen worden beschreven: wie is de verantwoordelijke voor de data, wat is de kwaliteit van de data, hoe frequent worden de data bijgewerkt, wat kan je exact vinden in deze data, waarom werden deze data gecreëerd, hoe kan je toegang krijgen tot deze data ...”

“Daarnaast analyseren we de vragen over het gebruik van deze data. Als iemand bijvoorbeeld wil weten hoeveel diabetespatiënten er in ons land zijn en welke behandelingen het vaakst worden gebruikt, is het nu heel moeilijk om snel een goed antwoord te krijgen. De HDA wordt een ‘eerstelijns hulp’ om daarbij te ondersteunen en die aanvragen sneller en efficiënter te laten verlopen. De HDA zal helpen om data beter te definiëren, standaarden te gebruiken, referentiedata te beschrijven, duidelijkheid te bieden over wat al dan niet kan met deze data en wie waarvoor verantwoordelijk is. We willen een actieve dienstverlening zijn voor deze aanvragen en secundair gebruik van de data.”

Wordt het een grote dienst?

Constandt: “Op dit moment zijn we een klein team, maar we vinden heel veel steun bij de deelnemende instituten en de *coalition of the willing*: ziekenhuizen, overheden, industrie, patiënten en onderzoekers. Héél veel mensen willen helpen en mee in ons verhaal stappen. Maar veel zal natuurlijk ook afhangen van de middelen. We hebben nu een Europese subsidie van 7 miljoen om dit project op te starten. En intussen is er ook een aanvraag voor structurele middelen ingediend. Het plan is om eind 2023 al personen in dienst te kunnen nemen.”

Hoe gaat de zorgsector op dit moment met data om?

Raeymaekers: “Laat ik eerst bevestigen dat er inderdaad zeer veel goede wil is, meer dan ooit. Maar de algemene omgang met data is toch nog vrij problematisch. Dat heeft vooral te maken met datakwaliteit, maar ook met wettelijke en ethische hinderpalen. We komen uit een situatie waarin gezondheidsdata vooral werden verzameld door privébedrijven, voor



commerciële doeleinden. Ziekenhuizen konden daar enig voordeel uithalen, maar als sector werden we ook klemgezet. Commerciële spelers kregen namelijk een monopolie over data. Er is zeker nood aan een objectief, neutraal platform waarin data correct worden verwerkt. Al denk ik wel dat er naast de Belgian Health Data Agency ook plaats blijft voor andere initiatieven.”

Is er al sprake van goede ‘datahygiëne’ in de sector?

Raeymaekers: “Daar wordt aan gewerkt, maar er is nog zeer veel te doen. Twee jaar geleden hebben we nog een tekst geschreven met de belangrijkste

principes van big data waarin dit ook is aangekaart. Door een aantal evoluties de laatste jaren is wel een inhaalbeweging ingezet: informatie over geneesmiddelen wordt bijvoorbeeld via een eenduidige databank uitgewisseld. Maar als ik naar huisartsendossiers kijk, is de datakwaliteit vaak nog erg laag. Het is dus cruciaal dat er aan die datahygiëne wordt gewerkt, door alle spelers in de sector. Niet zozeer om meer informatie te krijgen over individuele punten in het zorglandschap - daarover weten we al vrij veel - maar wel om zorgtrajecten beter in kaart te brengen. Daar kunnen we echt het verschil maken, ook internationaal.”

“Toekomstige patiënten en de brede maatschappij kunnen baat hebben bij correct hergebruik van data, verder dan het originele doel waarvoor die data werden gecreëerd”

Hans Constandt



Een van de belangrijkste principes is dat data FAIR moeten zijn: findable, accessible, interoperable en reusable

Kan de Belgian Health Data Agency daarrond sensibiliseren?

Constandt: “Dat is ook een prioriteit voor ons. Datahygiëne is ontzettend belangrijk. Ook op meta-niveau trouwens: je moet niet alleen de bloedwaarden van een patiënt noteren, maar ook hoe en wanneer die werden geanalyseerd, waarom, met welke techniek, enzovoort. Een van de belangrijkste principes is dat data ‘FAIR’ moeten zijn: *findable, accessible, interoperable en reusable*.

In de eerste plaats moet je data kunnen terugvinden. Ik keer even terug naar het voorbeeld van de diabetespatiënten. Vind je die gegevens bij het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de ziekenfondsen, de ziekenhuizen ...? Daarnaast is er het tweede aspect: toegankelijkheid. Eenmaal je weet waar de data zich bevinden, moet je weten hoe je daar toegang toe kunt krijgen. Vervolgens is er de ‘interoperabiliteit’. Dat wil zeggen dat de data mooi gestructureerd zijn, liefst in duidelijke taal. Stel dat in een patiëntendossier wordt gesproken over suikerziekte. Weet een arts dan exact over welk type diabetes het gaat? Daarom gaan we stimuleren om internationale codes te gebruiken. En liefst krijg je die data in een gestructureerde en makkelijk interpreteerbaar formaat, niet met een hoop documenten waar je je doorheen moet worstelen. Tot slot komen we bij het luikje ‘herbruikbaarheid’. Dat is nog het mooiste aan dit hele verhaal. Dat betekent dat data gebruikt kunnen worden voor doeleinden die veel verder gaan dan waarvoor de data in eerste instantie werden gecreëerd. Secundair gebruik van data dus.”

Betekent dat niet dat artsen veel meer administratief werk zullen hebben?

Raeymaekers: “Dat moeten we uiteraard zoveel mogelijk vermijden. De extra inspanningen voor de artsen moeten zo minimaal mogelijk zijn, anders gaat de

vlieger niet op. Logisch ook: de zorg staat al erg onder druk, dus dit systeem mag dat niet nog verhogen.”

Constandt: “Dat klopt inderdaad. De laatste jaren zijn, mede door corona, heel zwaar geweest voor de sector. Er is een momentum om beter met data aan de slag te gaan. Maar we mogen de werkdruk niet verhogen. Integendeel, we moeten die proberen te verlagen. Een arts die ik sprak, zei me dat hij hierover ongerust was: nu kan hij drie patiënten zien op één uur, maar als hij veertig minuten bezig is met dataverwerking, kan hij er nog maar één zien. Het moet de bedoeling zijn dat die dataverwerking snel en zeer gemakkelijk verloopt. En we moeten absoluut ook benadrukken welke winst er te halen valt. *What’s in it for me?* Misschien is die arts aanvankelijk tien minuten extra kwijt. Maar nadien moet dat hem net veel tijd opleveren.”

“Als iedereen beter met data omspringt, zal de arts voor de volgende patiënt veel sneller opzoekingswerk kunnen doen of inzichten vinden die vroeger nooit gevonden konden worden. Iedereen vaart hier dus wel bij: toekomstige patiënten in de eerste plaats, maar ook artsen, ziekenhuizen, onderzoekers, bedrijven en de hele samenleving. Denk bijvoorbeeld ook aan de farma-industrie. Met betere data zullen zij nieuwe therapieën sneller op de markt kunnen brengen. Dat is goed voor patiënten, die sneller geholpen kunnen worden. Voor de samenleving betekent dit minder gezondheidskosten omdat mensen sneller genezen worden. En dit is ook goed voor de economie, omdat ons land aantrekkelijk blijft voor deze industrie. We moeten dit echt als een win-win zien.”

Privacy is cruciaal als het om data gaat. Hoe springen jullie daarmee om?

Constandt: “Uiteraard is dat essentieel. Binnen de Belgian Health Data Agency hebben we een werkpakket dat zich buigt over ethiek en deontologie. Elke vraag moet ook door die bril bekeken worden, met de nodige expertise. Maar ik blijf ook benadrukken dat we de toegang tot data faciliteren, wat niet hetzelfde is als data zomaar te grabbel gooien. We moeten de burgers dat vertrouwen in correct gebruik van data en het nut ervan bewijzen. En zoals gezegd, kunnen alle burgers allen maar baat hebben bij een beter en efficiënter gebruik van gezondheidsdata.”

“Er is nood aan een objectief, neutraal platform waarin data correct worden verwerkt”

Peter Raeymaekers



Raeymaekers: “Alles staat of valt inderdaad met dat basisvertrouwen: onder zorgverleners, maar zeker ook bij het grote publiek. Daarom is er nu in de eerste plaats nood aan informatie en sensibilisering. Dit soort projecten roept vanzelfsprekend veel vragen op, maar we moeten alle partijen stap voor stap informeren. De bereidheid aan de basis is zéér groot, dus als we ook het brede publiek meekrijgen, kan dit een mooi verhaal worden.”

De extra inspanningen voor de arts moeten zo minimaal mogelijk zijn, anders gaat de vlieger niet op. Logisch ook: de zorg staat al erg onder druk, dus dit systeem mag dat niet nog verhogen

10 vragen voor de zorgwijze

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Als dertienjarige werd ik geconfronteerd met een neefje met Ewing sarcoom. Ik had met hem een intense band. De behandelopties waren zeer beperkt en na een aftalingsproces van 10 maanden verloor hij de strijd. Die gebeurtenis had een enorme impact op mij. Ik besliste dat het 'De Zorg' zou worden, in de breedste betekenis van het woord, zowel behandelen als 'zorg dragen'.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

Voorerst: samen in alles het positieve zoeken en dat als nieuw startpunt gebruiken. Het is volgens mij belangrijk om altijd de volledige concentratie te houden op het werk dat ik goed doe. Ondanks alles besef ik dat ik het geluk heb om er te mogen zijn en te mogen en kunnen zorgen voor anderen.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Steeds veel energie hebben én die gebruiken om anderen te motiveren en te stimuleren, dat is mijn grootste sterkte. Die energie gebruik ik om samen beslissingen te nemen en vooruit te kijken. Mijn grootste zwakte is mijn persoonlijk time management.

4 Hebt u een concreet idee om de wereld van de zorg te verbeteren?

We moeten volop inzetten op het positief gevoel en de arbeidsvreugde van de zorgverleners, we moeten meer nadruk leggen op warme zorg gericht op de individuele persoon. Dat zal noodzakelijk zijn om alle zorg te kunnen blijven aanbieden. Daarnaast moeten we nog meer opleiden tot goed leiderschap om een gedragen beleid in de zorg samen te kunnen uitwerken. Kwaliteitsverbetering kunnen we realiseren door de outcome te meten.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik laat positieve energie primeren. Die energie haal ik uit het gelukkig zijn met familie en vrienden en door met de fiets naar het werk te komen.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Een schouderklopje dat ik krijg van een patiënt, een zorgverlener die ervoor gaat, een welgemeende knuffel en niet te vergeten: mijn 2 maanden oude kleindochter.

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Als Toneelstuk 'Hybris' over Open Disclosure, als films 'Les uns et les autres' van Claude Lelouch en 'The English Patient' van Anthony Minghella en als boeken de 'Ondraaglijke lichtheid van het bestaan' van Milan Kundera en 'Het ontstaan en het einde van alles' van Graham Hancock.

8 Welke droom koestert u?

Betaalbare toegankelijke zorg kunnen blijven bieden aan iedereen. Om dat te verwezenlijken wil ik nog lang actief blijven in de zorg, eventueel als raadgever. Daarnaast wil ik graag zelf een inspirerend boek schrijven.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Samen met familie en vrienden lang gezond blijven, vooral mentaal. Laat me daar nog wat vrijwilligerswerk aan koppelen én het boek schrijven waarover ik het hierboven had.

10 Aan welke zorgwijze geeft u de fakkel door en waarom?

Aan Cindy Monard, directeur van Medisch Centrum St.-Jozef in Bilzen en binnenkort algemeen directeur van Sint-Trudo. Zij is een leidinggevende met oog en hart voor warme zorg. Tegelijk is ze ook dankbaar en erkentelijk als ze warme zorg mag ervaren. De stap van een psychiatrisch ziekenhuis naar een algemeen ziekenhuis is de logische stap voor iemand met zo'n uitzonderlijke capaciteiten.



Vanaf nu laten we in elke volgende Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Die mag op het einde de fakkel doorgeven aan een nieuwe zorgwijze. Dr. Filiep Bataillie, medisch directeur in AZ Herentals en auteur van de monoloog 'Adem', bijt de spits af.

“We moeten volop inzetten op het positief gevoel en de arbeidsvreugde van de zorgverleners”



18

2.3

10



STOKMAN & VOS OP TOURNEE
IN WOONZORGCENTRA

“Muziek laat mensen in hun waardigheid”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: TINI CLEEMPUT

“Mensen moeten hun hele leven in hun waardigheid kunnen blijven en muziek is daarvoor een cruciaal instrument.” Aan het woord zijn Astrid Stockman en Liesbeth Devos. Als Stokman & Vos zetten ze hun talent en passie in om mensen tijdens de laatste levensjaren muziek en vooral erkenning te geven. Met *Een zoen van toen* en *Mooie meisjes* doorkruisen ze woonzorg- en dienstencentra. Samen met accordeonist Stijn zien beide dames elke keer weer bewoners én medewerkers openbloeien.

“Met *Een zoen van toen* brengen we lichte en populaire klassieke muziek op een sprankelende manier waardoor we een divers publiek aanspreken. Het is een laagdrempelige voorstelling en dus ideaal voor mensen die moeilijker aan cultuur kunnen participeren wegens een zorgbehoefte. Het gebeurt dan ook meer dan eens dat er tijdens ons optreden bedden in het publiek staan met bedlegerige bewoners”, steekt Devos van wal. “Het draait om beleving in deze voorstelling”, zegt Stockman. “En erkenning”, vult Devos aan. “We willen mensen serieus nemen door op een normaal niveau muziek te brengen. Het is niet omdat een groep economisch niet meer meetelt in een samenleving dat er geen kwaliteit mag zijn. Stijn Bettens, onze accordeonist, is een virtuoos. Hij kan zowat alle stijlen aan. Mensen zien en voelen dat. Zorgbehoevend of niet, mensen kunnen kwaliteit nog onderscheiden.”

Helend

“Ik zal ons eerste optreden nooit vergeten”, zegt Stockman. “Op de eerste rij zat een man eerst onophoudelijk te huilen. Daarna was hij aan het zwaaien met zijn armen en uit luide borst aan het meezingen. Het leek een verwerkingsproces. Ik ben ervan overtuigd dat muziek een helende functie heeft. Zo was er ook eens een vrouw die begon te huilen tijdens ‘Ach Margrietje’. Ik nam haar hand vast. Het nummer werd ook gespeeld op de begrafenis van haar man.



**“We zien mensen die
fysiek niet meer
uit bed kunnen of
die depressief zijn,
plots dansen”**

Astrid Stockman

**“Met muziek maak
je een deel van de
hersenen wakker
dat latent in slaap
was gevallen”**

Liesbeth Devos



Het deed haar deugd dat al het verdriet eruit kwam. Ook was er eens een man die me vertelde dat zijn vriend met dementie hem na het concert plots wel herkende nadat hij dat al lange tijd niet meer deed. Mensen worden plots wakker, ze zingen mee.” Devos beaamt: “Met muziek maak je een deel van de hersenen wakker dat latent in slaap was gevallen. Daarnaast raakt muziek mensen. De tonen, de vibratie ...”, zegt ze. “Er zit zoveel in muziek, zelfs wiskunde. Omdat het muzikale centrum in onze hersenen het meest ‘bedraad’ is, zou dat het langst overeind blijven”, vult Stockman aan.

Devos en Stockman stemmen hun muziek af op hun publiek. “We zoeken uit wie we voor ons hebben en welke muziek er in hun tijd gekend was”, zegt Astrid Stockman. Ze haalt haar smartphone boven en toont een filmpje van een oudere man die in de microfoon meezingt op ‘J’attendrai’ van Dalida. Hij kent elk woord vanbuiten. “Dat meezingen geeft hen een gevoel van zelfwaarde. Plots staan ze in het middel-

“Niet iedereen houdt van klassieke muziek, dus je moet een balans vinden. Dat zien we ook in onze voorstellingen. We moeten goed observeren welke richting we best uitgaan en soms moeten we mensen overhalen”, zegt Stockman. “Maar dat is net het belangrijkste. Laat mensen verkennen. Laat ze nieuwsgierig zijn. Blijf prikkels aanbieden en laat niemand in een woonzorgcentrum ‘wachten’ op het einde”, vult Devos aan.

“Wij komen één keer langs en dan is het voorbij. Dat is frustrerend. Het is een eenmalig iets is. Muziek zou structureel moeten kunnen deel uitmaken van hun leven. Helaas krijgen woonzorgcentra amper budget om aan cultuurparticipatie te doen. Wij zijn daarom naar de Koning Boudewijnstichting gegaan voor projectmiddelen. Zo kunnen we betaalbaar toeren langs de woonzorgcentra. Ook werken we samen met culturele centra (CC) die budget hebben om aan cultuurparticipatie te doen”, zegt Liesbeth Devos. “Er zijn CC’s die samenwerken met woonzorgcentra om

In feite zou een verplicht percentage van het aanbod van de culturele centra moeten ingezet worden voor de doelgroep die niet meer mobiel is

Astrid Stockman

punt van de belangstelling en dat doet hen opleven. Maar we improviseren ook op basis van de verhalen die uit het publiek komen. Stijn kan gelukkig eender wat spelen. Zo was er iemand die zei op die dag 65 jaar getrouwd te zijn. Daar spelen we op in. Iemand anders sprong recht die op dezelfde dag ook zijn huwelijksverjaardag had. Bewoners leren elkaar kennen tijdens een voorstelling”, zegt Devos.

Muziek als standaard

Stokman & Vos ervaren elke keer weer wat een groot effect muziek heeft op welzijn. “We zien mensen die fysiek niet meer uit het bed kunnen of die depressief zijn, plots dansen. Wij kennen de voorgeschiedenis van mensen niet, dus ons valt het minder op, maar personeel komt ons dat heel vaak achteraf vertellen. Zelf heeft het personeel te veel werk en te weinig tijd. Eigenlijk zou er ruimte moeten gecreëerd worden om te verkennen met bewoners welke muziek hen iets doet. Bewoners kunnen dat zelf niet altijd meer aangeven”, zegt Stockman. “Het zit nochtans in kleine dingen. Klassieke muziek opzetten in de gang zou al veel kunnen betekenen. Het brengt mensen tot rust. Of gewoon een piano zetten in de leefruimte”, adviseert Devos.

de bewoners naar het cultureel centrum te brengen. In Leuven gaat het CC zelfs naar de woonzorgcentra toe. Dat is een prachtige formule. Een techniek van het CC vergezelt ons, waardoor je echt de sfeer en kwaliteit van een cultureel centrum creëert. Zo hebben ook mensen met een beperkte mobiliteit een CC-beleving en dat binnen een vertrouwde omgeving. Het is een kerntaak van culturele centra om cultuurparticipatie te creëren. Maar waarom stopt het als mensen niet meer ‘meetellen’? Seniorenwerk bestaat uit meer dan de actieve gepensioneerde. In feite zou een verplicht percentage van het aanbod van CC’s moeten ingezet worden voor de doelgroep die niet meer mobiel is”, zegt Stockman. Naast culturele centra zien de dames ook mogelijkheden met het deeltijdse kunstonderwijs (DKO). “Vanuit DKO zou er standaard opgetreden moeten worden in woonzorgcentra. Niet fragmentarisch. Het is zo waardevol en hoeft niet eens iets te kosten. Het is een kruisbestuiving langs beide kanten. De bewoners van de woonzorgcentra horen regelmatig muziek en voor de leerlingen is het een intergenerationele meerwaarde”, aldus Stockman.



Respect als drijfveer

“Muziek heeft niet enkel een effect op het persoonlijke welzijn. Dikwijls is zo’n voorstelling ook een familiemoment. Familieleden zijn mee aanwezig en beleven zo een erg intens moment met de bewoner. Als CC kan je dan ook meteen aan publiekswerving doen”, zegt Devos. “Ik kan me ook voorstellen dat een persoon die wel uit zijn bed kan, minder belastend is voor het personeel. Muziek heeft indirect dus ook op hen een gunstig effect”, stelt Astrid Stockman. “Verzorgenden komen ons ook vaak enthousiast aanspreken na de voorstelling omdat het zichtbaar resultaat oplevert. Dit zou dus systematischer moeten kunnen worden georganiseerd”, zegt ze.

“We doen het enorm graag, maar het is ook zwaar. Soms kom je in een setting waar je gewoon niet wil zijn. Je ziet veel en dat is belastend”, zegt Devos.

“Je komt in het zogenaamde laatste eindstation en dat is confronterend”, vult Stockman aan. “Maar het respect is groot. We hebben de liefde voor onze grootouders met de paplepel meegekregen. We waren allebei als kind erg vaak bij hen. Het zijn ankers, ook al zijn ze er nu niet meer. Ik heb de aftakeling van heel dichtbij meegemaakt en weet wat het is. Dat is de drijfveer voor wat we doen. De componist Verdi heeft indertijd een rusthuis opgestart voor muzikanten. Dat is ook mijn droom. Een plaats waar instrumenten ter beschikking zijn en mensen voor elkaar kunnen spelen”, besluit Liesbeth Devos.

Stokman & Vos hebben ondertussen een derde voorstelling, *Tatataa*. Interesse om Stokman & Vos te boeken? Neem dan contact op met ruth@thassos.be



“Het brengt zoveel teweeg”

WZC Heilig Hart in Oudenaarde kreeg in augustus 2022 Stokman & Vos over de vloer. Of beter gezegd, in de tuin. Onder een stralende zon genoten de bewoners van *Een zoen van toen*. Het optreden is allerminst onopgemerkt voorbij gegaan. “De stemmen weerklonken tot diep in ons hartje”, zegt een bewoner. “Het was puur genieten. Dat we dat hier nog mogen meemaken”, zegt een ander. “Heel veel kippenvelmomenten gehad.” Een andere bewoner beaamt: “de muziek raakte me echt, ik voelde het tot in mijn borst”. Nog een andere bewoonster merkt op dat ze de aanwezigheid van haar man voelde toen het ‘Ave Maria’ werd gezongen. “Het lied werd live gezongen in onze trouwmis en ik beleefde dat moment opnieuw”, zegt ze. *Last but not least* is er een bewoner die na het optreden aangaf terug zin te hebben om zijn accordeon weer boven te halen.



Meer van dat

De verzorgenden genoten mee en delen in de positieve feedback. “Muziek wordt altijd gemaakt bij onze mensen. Zeker als het om muziek gaat uit hun tijd. En nog meer als er een accordeon aan te pas komt. Stokman & Vos brengen muziek van de bovenste plank. Het is niet de zoveelste vrijwilliger die een uurtje kwam opluisteren. Uiteraard hebben we voor hen ook enorm veel respect. Elk streepje muziek draagt bij tot vreugde of een goed gevoel. Maar laat me toe te zeggen dat professioneel geschoolde muzikanten nog net dat tikkeltje anders zijn. Je voelt het verschil. Ze brengen zoveel teweeg bij de mensen. Het is jammer dat we dit niet vaker kunnen doen.” Een collega treedt haar bij. “Ik zag alleen maar lachende en vrolijke gezichten en twinkelende en ontroerende ogen. Armen die de lucht in gingen en vrolijk mee bewogen. Er was zelfs een bewoner die normaal helemaal in zichzelf gekeerd is en erg weinig zegt, helemaal aan het opklaren. Hij kon zijn tranen niet meer bedwingen. Het was mooi om te zien. Ook voor ons doet het deugd als bewoners zich goed voelen. Kortom, een optreden waar iedereen blij van werd.” Een derde collega beaamt. “Aangezien wij met onze bewoners niet meer in de mogelijkheid zijn om zelf naar culturele centra te gaan, is het erg fijn als we professionele artiesten hier kunnen ontvangen. Ik zou dus zeggen: meer van dat en alvast dikke merci aan de Koning Boudewijnstichting dat we dat hier hebben mogen ervaren.”

“Elk slachtoffer verdient erkenning”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: SOPHIE NUYTEN



In 2014 werd de Commissie Erkenning & Bemiddeling voor misbruik en geweld uit het verleden opgericht. Doel? Slachtoffers erkennen voor wat hen in het verleden werd aangedaan. Iedereen die binnen instituten, organisaties of in de privésfeer emotioneel, fysiek of seksueel is misbruikt of verwaarloosd, kan zich beroepen op deze commissie. De feiten dienen minstens tien jaar geleden te hebben plaatsgevonden. Indien het slachtoffer dat wenst, faciliteert de commissie dialoog met de vermeende pleger of andere betrokken actoren. Zorgwijzer ging in gesprek met Marc Hermans, de voorzitter van de commissie en coördinator Liesbeth Mellaerts.

Erkenning van wat gebeurd is

“Elk slachtoffer verdient erkenning, ook wanneer de feiten van langer geleden zijn”, steekt Marc Hermans van wal. “Wat gebeurd is, kan niet ongedaan worden gemaakt, maar we kunnen slachtoffers wel ondersteunen om hun kracht terug te vinden. Dat doen we door onbevooroordeeld hun verhaal te beluisteren via één of meerdere gesprekken. Het slachtoffer bepaalt zelf hoe vaak we in gesprek gaan. Indien gewenst, verwijzen we door naar hulpverlening, justitie en/of lotgenotencontact.”

De commissie voert geen onderzoek naar de vermeende feiten, noch biedt ze hulpverlenende gesprekken aan. “Het is de taak van justitie en politie om het gerechtelijk luik op te nemen”, vertelt Liesbeth Mellaerts. “We spreken heel bewust over ‘vermeende plegers’. Het is niet aan ons om te bepalen of iemand schuldig is. We hebben ook geen mandaat om dat onderzoek te voeren”, zegt ze. “Het is soms moeilijk voor een slachtoffer dat de commissie geen kant kiest. Als slachtoffer heb je nood aan gerechtigheid. Maar dat is niet onze rol”, beaamt Marc. “Wij focussen op het erkennen van wat iemand heeft ervaren. Wanneer die persoon daarbij nood heeft aan bepaalde hulpverlening, verwijzen we door naar organisaties

die hiervoor de nodige expertise hebben. Misbruik is voor ons meer dan seksueel misbruik. Het gaat ook om pesterijen, geen eten geven enz. Het hoeft niet altijd iets te zijn tussen een meerderjarige en een minderjarige. We hebben ook al dossiers gehad over misbruik tussen jongeren onderling”, zegt ze.

Tijdsgeest staat los van gevoel

“Mensen hebben vaak het gevoel niet gehoord te worden”, vervolgt Marc. “Vaak zijn er al heel wat stappen gezet, maar ging er niet voldoende aandacht naar het slachtoffer zelf. De tijdsgeest was anders, maar dat praat niet goed wat er gebeurd is”, zegt hij. Liesbeth pikt hier verder op in: “Het is niet oké om te zeggen ‘dat was toen zo in die tijd’. Door dat te zeggen, voelen slachtoffers zich niet erkend in wat er gebeurd is. Voor hen zijn de feiten wel gebeurd. Dat wil niet zeggen dat ze er altijd nood aan hebben om naar het gerecht te stappen. Erkend worden is voor hen echter wel cruciaal. Ze dragen de ervaring soms jaren mee zonder dat er iets mee gedaan wordt. En dat weegt.”

Marc geeft aan dat we niet enkel naar het officiële gezag moeten kijken. “Het informele gezag kan een even grote rol spelen. Familie, vrienden, het dorp ...

Als zij niets deden, kan een slachtoffer niet weg met zijn of haar gevoel. Het slachtoffer durft niet te zeggen dat er iets verkeerd is gebeurd, want het lijkt voor iedereen 'normaal'. De beleving is anders. En het kan zijn dat iets in die tijd als normaal werd beschouwd, maar als dat niet zo aanvoelt voor het slachtoffer, moeten we daar oren naar hebben”, legt hij uit. “Mensen hebben een gevoel en daar vertrekken wij van. Als iets voor jou niet oké voelt, is het niet oké. Andere mensen kunnen daar anders naar kijken of dat anders ervaren, maar dat staat los van jouw gevoel. Met de commissie willen we deze mensen niet in de steek laten”, zegt Liesbeth. “Daarnaast is er ook de zorg dat er misschien nog slachtoffers zijn geweest. De commissie steunt dit lotgenotencontact en verwijst ook door naar lotgenotengroepen. Sommige instellingen hebben in het verleden initiatieven genomen om slachtoffers samen te brengen. Dit kan zeer krachtig zijn in het verwerkingsproces.”

Wanneer slachtoffers contact opnemen met de commissie, komen ze bij Liesbeth uit. “Dat kan rechtstreeks gebeuren, maar soms belt iemand uit de omgeving met de vraag of ik met het slachtoffer contact wil opnemen. Ik luister vervolgens naar het verhaal en dan bekijken we samen wat de commissie kan doen. Gesprekken gebeuren steeds door twee commissieleden, meestal een man en een vrouw én minstens één van hen is bemiddelaar.” De commissieleden zijn niet verbonden aan een organisatie, maar zijn ten persoonlijke titel aangesteld. Ze werken dus volledig onafhankelijk. De commissie bestaat uit twaalf leden die expertise hebben in het omgaan met misbruik, het slachtofferschap en/of plegerschap vanuit verschillende sectoren. Vier van hen zijn bemiddelaar en er is ook één psychiater bij.

Bemiddeling tussen meerdere partijen

Naast erkenning, biedt de commissie ook bemiddeling aan. Op vraag van het slachtoffer kan er een dialoog worden opgestart met de vermeende pleger van de feiten en/of de organisatie/voorziening waarbinnen de feiten plaatsvonden. “Het is krachtig als we verhalen aan elkaar kunnen doorgeven. Dat kan helpend zijn om tot herstel te komen”, zegt Liesbeth. “Partijen met elkaar in dialoog laten gaan, hoeft niet rechtstreeks te verlopen. Soms gaat dat via brieven of boodschappen die wij letterlijk overbrengen, heen-en-weer. We noemen dit een pendelgesprek. Zeker wanneer mensen met de pleger zelf in dialoog willen gaan of wanneer de gevoelens nog heel rauw zijn, leidt het overleg tussen slachtoffer en commissie vaak tot de keuze voor deze methodiek. Het is minder confronterend. Wanneer een slachtoffer met een voorziening of organisatie wil praten, gebeurt dat vaker face-to-face. Slachtoffers hebben soms nood om met de organisatie te bespreken waarom er met de feiten niets gebeurde of hoe ze er in de toekomst mee zullen omgaan”, aldus Liesbeth. “Het slachtoffer geeft altijd de richting aan. Bij de erkenning loopt dat sowieso goed. Bij een bemiddeling is dat moeilijker omdat je dan ook afhangt van andere partijen. In dit bemiddelingsproces zijn we er trouwens ook voor de vermeende pleger. Voor sommigen is het

een opluchting om te zeggen bepaalde feiten te hebben gepleegd en er daadwerkelijk mee te zitten”, vult Marc aan.

“Vertrouwelijkheid is het uitgangspunt van onze werking. We zijn allemaal gebonden aan beroepsgeheim. Enkel als we overtuigd zijn dat er een acuut gevaar is voor derden of zichzelf, bekijken we in overleg welke stappen we moeten zetten. Als het slachtoffer nog zelf in een situatie van misbruik zit, maar niet naar de politie wil gaan, bekijken wij eerst met hem of haar waarom niet”, aldus Marc. Liesbeth geeft aan dat een klacht niet altijd onmiddellijke veiligheid of een oplossing biedt. “Er zijn ook alternatieven en die willen we exploreren. Samenwerken met andere hulpverleners is hierin essentieel.”

Voorkomen is beter

“We merken dat organisaties echt iets doen met wat we met hen bespreken. Ze leren bijvoorbeeld op welke signalen ze moeten letten. Soms gaan opvoeders uit

“*Het is niet oké om te zeggen 'dat was toen zo in die tijd'. Door dat te zeggen, voelen slachtoffers zich niet erkend in wat er gebeurd is*”

Liesbeth Mellaerts

zichzelf met ons in gesprek om bewuster met het thema om te gaan. Een dossier zorgt ook voor bewustzijn. Wanneer er één slachtoffer in een organisatie is, zijn er misschien nog meer. De organisatie gaat hiermee aan de slag door bijvoorbeeld mensen de mogelijkheid te geven hun verhaal aan te kaarten. Ook denken ze na hoe ze daarmee zullen omgaan”, vertelt Liesbeth.

“Uit onze werking blijkt het belang van preventie. Op agogisch vlak in de eerste plaats. We moeten jongeren niet verbieden om samen onder de douche te gaan, maar hen leren om dat met respect voor elkaars lichaam te doen. Ook in opleiding van professionals moet meer aandacht gaan naar het thema”, zegt Marc. “Daarnaast moet het taboe worden doorbroken. Gesprekken rond misbruik worden nog al te vaak uit de weg gegaan, ook door professionals. Door te vragen of iemand iets ergs heeft meegemaakt, open je deuren. Bij deze een warme oproep aan professionals: stel die vraag en heb oog voor hoe je zal omgaan met het antwoord”, besluit Liesbeth.

Wil je meer informatie over de commissie of zit je zelf met een case? Mail dan naar info@comeb.be, bel naar 0497/43 41 66 of ga naar www.comeb.be.



“Als het even kan, wil ik thuis blijven wonen”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: JAN LOCUS

Thuisverpleging kent iedereen, maar geldt dat ook voor gezinszorg? Gezinszorg neemt in de thuissituatie de niet-medische zorgtaken op. We hebben het dan over huishoudelijke taken, met het extraatje van sociaal contact en lichte administratieve ondersteuning. “Gezinszorg wil mensen helpen om zo lang mogelijk thuis te wonen”, zegt Nele Verbeke, diensthoofd trajectzorg van Curando vzw, zone Midden. “En dat resulteert in mooie verhalen.”

“Jos* (96) woont al lang in een van onze assistentiewoningen. Het is zijn thuis en als het aan hem ligt is het de plek waar hij wil blijven wonen”, vertelt Nele Verbeke. “Deze zomer botsten we op een kantelpunt, omdat Jos zijn mentale en fysieke gezondheid achteruit begon te gaan. Zijn dochter, die ook het grootste deel van de mantelzorg opnam, gaf aan dat zij overwoog om haar vader te laten verhuizen naar het woonzorgcentrum. Omdat Jos zich daar niet in kon vinden, stelden we vanuit de trajectzorg een plan op waar Jos zich goed bij voelde. Na een crisisopvang in het kortverblijf kon hij vrij snel terugkeren naar zijn assistentiewoning, zijn vertrouwde omgeving. Dankzij de nauwe samenwerking tussen de verschillende thuiszorgdiensten.”

“Cura thuisverpleging en Familiezorg waren al ingeschakeld, maar we stemden de uren beter op elkaar af zodat de diensten elkaar onderling ondersteunen. Daarnaast werd het centrum voor dagverzorging ingeschakeld en op de andere dagen komt Familiezorg koken of kan hij rekenen op een warme maaltijd via maaltijden-aan-huis. Na een drietal weken functioneerde Jos al een heel stuk beter, waardoor een permanente verhuis naar het woonzorgcentrum niet meer nodig was. Ondertussen schakelden we ook via Cape nachtzorg in zodat er ook 's nachts over Jos gewaakt wordt.”

Enthousiast aan het kaarten

“Jos is helemaal opengebloeid en tevreden dat we al die moeite hebben gedaan. Dat vertelt hij ons ook. Toen ik onlangs in het dagcentrum passeerde, zag ik hoe hij enthousiast aan het kaarten was met andere bewoners. Hij straalde. Ook de dochter van Jos is heel blij dat haar vader opnieuw stabiel is. Doordat de zorg van de verschillende diensten van Curando vzw goed op elkaar afgestemd is, is er ook meer ondersteuning voor haar en kan zij de mantelzorg wat afbouwen. Ze kan terug bij haar vader op bezoek zonder dat er zorgondersteuning van haar verwacht wordt.”

“In deze casus maakten het dagcentrum en de flexibiliteit van de gezinszorg het grootste verschil. In het geval van Jos komt de verzorgende van gezinszorg vijf dagen per week een uurtje nadat de thuisverpleging is langsgelopen. Zo zorgen we ervoor dat hij ontbijt, niet terug in zijn bed kruipt en dat hij klaar is wanneer het busje van het centrum voor dagverzorging hem komt oppikken. Maar voor Jos betekent het ook extra gezelschap, wat extra huishoudelijke taakjes die gedaan worden en dagelijkse structuur.

Een plan op tafel

“In complexe casussen organiseren we regelmatig een thuiszorgoverleg, maar in dit geval werd Jos al langer opgevolgd door de verschillende diensten. Het contact met de verantwoordelijken verliep heel vlot, waardoor de drempel om met elkaar af te stemmen quasi onbestaand was. We spraken elkaar als dichte collega’s aan en in geen tijd lag het plan voor Jos op tafel.”

“In andere gevallen stellen we in een thuiszorgoverleg een weekkalender op en bekijken we met de verschillende diensten of elk uur optimaal benut wordt. Waar zitten de gaatjes en kunnen we die invullen? Het is soms een hele puzzel om zorgcontinuïteit te garanderen, maar tegelijk geeft het veel voldoening om dit te kunnen waarmaken. De coördinatie gaat uit van de dienst trajectzorg of de medewerker sociale dienst. Dat hangt af van wie betrokken is bij de casus. Het is niet zo dat wij altijd wachten tot de familie het signaal geeft. Wij nemen vaak zelf het initiatief om een thuiszorgoverleg te organiseren. Vaak omdat collega’s aangeven dat het niet meer loopt op de manier dat het zou moeten. Dan slaan wij de handen in elkaar om samen te zitten en de verschillende diensten beter op elkaar af te stemmen.”

Een generatie die moeilijk hulp vraagt

“Wanneer er nog niet veel hulp is, merken we dat een opstart meestal wat moeilijker loopt. Een zorgvrager vindt het niet fijn om taken uit handen te geven of toe te geven dat sommige zaken niet meer lukken. Er zijn twee scenario’s mogelijk. Ofwel starten we voorzichtig op, met slechts een tweetal diensten. Ofwel starten we net heel intensief op, met de mogelijkheid om dan stap voor stap weer te kunnen afbouwen. Dat hangt een beetje af van wie de zorgvrager is. We proberen in te schatten hoe ze op de extra hulp zullen reageren en welke strategie het beste zal werken.”

“In het geval van Jos startten we met vijf dagen dagcentrum per week, maar we voelden dat dat te intensief was. We bouwden snel af in overleg met Jos en zijn netwerk. Familiezorg nam een aantal uren over.”

“Onze oudere generatie heeft het nog steeds heel moeilijk om hulp te vragen en werk uit handen te geven. Ze zijn opgevoed met het idee dat je zelfstandig moet zijn en zoveel mogelijk zelf moet doen. Bij de eerste stap naar thuiszorg merken wij vaak dat veel cliënten weigerachtig staan tegenover hulp van buitenaf. Het is voor hen niet evident om aan te voelen dat ze het niet meer zelf kunnen en hebben het vaak ook moeilijk om dat uit te spreken.”

Zorg nooit opdringen

“Vanuit trajectzorg kunnen we zorg natuurlijk niet opdringen, maar we zijn wel verantwoordelijk om hen te informeren, te motiveren en soms een klein duwtje te geven als het echt nodig is. De mensen die de extra zorg niet willen, zijn meestal net ook de mensen die absoluut niet willen verhuizen naar een woonzorgcentrum. Wij bouwen de zorg altijd in kleine stapjes op en

zullen zelden alle diensten in één keer opstarten. We leggen altijd uit waarom een bepaalde ondersteuning een grote hulp kan zijn. In de mate van het mogelijk betrekken we de zorgvrager of zijn netwerk zoveel mogelijk bij het proces. Het is niet de bedoeling dat we plots de volledige regie overnemen. We hebben respect voor autonomie en proberen zaken die de zorgvrager zelf nog kan, nooit uit handen te nemen. We merken wel dat ondersteuning makkelijker aanvaard wordt als externe personen dat voorstellen. Wanneer de dichte familie dit oppert, ligt het vaak een pak moeilijker.”

Mantelzorg mag weer familie worden

“Wanneer een cliënt in een oriënterend kortverblijf komt, blijkt vaak al snel dat de mantelzorg overbelast is, hoewel ze dat niet altijd aangeven. Het gaat vaak over kleine taken die in het begin niet zo belastend waren, zoals boodschappen doen, maar die na enkele jaren toch beginnen doorwegen. Op een gegeven moment zijn deze mantelzorgers enkel nog bezig met zorgtaken zodat ze de leuke momenten van sociaal contact



“Onze oudere generatie heeft het nog steeds heel moeilijk om hulp te vragen en werk uit handen te geven. Ze zijn opgevoed met het idee dat je zelfstandig moet zijn en zoveel mogelijk zelf moet doen”

Nele Verbeke

met hun ouders soms missen. Ook hier zullen wij nooit zomaar iets uit handen nemen, zeker wanneer mantelzorgers aangeven dat ze die zorg graag opnemen en hun steentje willen blijven bijdragen. Maar vaak is net de opname een kantelpunt en voelt de mantelzorger dat hij of zij al een tijdje tegen de grens zit. In dat geval bekijken we welke taak er het zwaarst weegt en hoe we een deeltaak uit handen kunnen nemen.”

Evenwichtige puzzel

“Om een evenwichtige puzzel te leggen die voor alle partijen werkt, moeten we als zorgdiensten niet alleen de noden aanvoelen, maar ook goed kunnen samenwerken. Flexibiliteit is een belangrijke voorwaarde. Een plan is maar een plan zo lang het werkt. Het is belangrijk om te beseffen dat het niet stopt nadat we samen rond de tafel zaten. Thuiszorg heeft voortdurende evaluatie nodig. Is de zorg die gegeven wordt voldoende? Moet er ergens worden bijgeschaafd? Hoe kunnen we de puzzel nog beter in elkaar laten klikken?”

Verschillende ogen zien meer

“Wij zijn allemaal diensten die graag samen zorgen voor mensen. Het kan in de zorg niet je ambitie zijn om alles alleen te doen. In deze sector heb je veel collega's nodig die er samen voor gaan om het voor de zorgvrager thuis zo comfortabel mogelijk te maken. Het voordeel van een samenwerking met meerdere diensten zit in de verschillende invalshoeken. Het is altijd nuttig om de casus vanuit een ander perspectief te zien. Thuiszorg is een mooi samenwerkingsverhaal dat over de grenzen van verschillende diensten heen gaat. Met de hulp die Jos nu krijgt, zijn alle zorgpartners het erover eens dat een verhuis naar een woonzorgcentrum niet meer aan de orde is. Iedereen heeft er vertrouwen in dat we de droom van Jos kunnen waarmaken, namelijk dat hij nooit meer hoeft te verhuizen.”

() Omwille van privacyredenen is de naam gewijzigd*



Basiscursus Crisisbeheer in de Zorg



Is jouw organisatie voldoende voorbereid op een crisis? Is er een afsprakenkader en weten jij en je teamleden wat je te doen staat als het noodlot toeslaat? En voel jij je dan comfortabel in die chaos? Crisissen komen meestal als een dief in de nacht. Een robuuste crisiswerking met wendbare teams en goed getrainde teamleden is cruciaal om een crisis goed door te komen.

De basiscursus Crisisbeheer in de Zorg, georganiseerd door PM • Risk Crisis Change en Zorgnet-Icuro gaat vanaf januari 2023 van start. De cursus is hét vertrekpunt voor iedereen die op een of andere manier te maken heeft met het crisisbeheer in een zorgorganisatie. In deze cursus leer je een aantal praktische werkmethodes voor het aanpakken van crisissituaties op het vlak van operationeel crisisbeheer, strategisch crisismanagement en crisiscommunicatie.

Blended learning

Je start met het doorlopen van een aantal interactieve modules op een online leerplatform ter voorbereiding op de lesdag. Je doet dat op momenten die voor jou passen. Daarna volgt een lesdag waarin je structuren en werkmethodes aangeleerd krijgt om met een crisis om te gaan. De trainers loodsen je ook door een aantal praktische oefeningen en laten ruimte voor vragen en interactie. Na de lesdag kan je in de weken daaropvolgend een online tentamen afleggen. Een succesvolle eindtest wordt beloond met een certificaat dat jou toegang geeft tot de gevorderdencursus.

Na afloop van de cursus kan je aantonen dat je de basiskennis over geïntegreerd crisisbeheer hebt verworven. Je zal ook de meest belangrijke structuren en werkmethodes voor crisisbeheer en crisiscommunicatie kunnen toelichten en toepassen in je eigen organisatie.

Ervaren docenten van het crisisadviesbureau PM • Risk Crisis Change zorgen voor de inhoudelijke uitwerking van de cursus. Zij voorzien ook de oefeningen en beoordelen jouw eindtest.

Voor wie?

De basiscursus is bedoeld voor alle medewerkers die vroeg of laat met crisisbeheer in contact kunnen komen: bestuurders, directies, hoofdartsen, afdelingshoofden, kwaliteitscoördinatoren, preventie-adviseurs, beleidsmedewerkers, communicatiemedewerkers, onthaalmedewerkers ... Ervaring met crisisbeheer is geen vereiste. Zowel beginners als experts zijn lovend over deze opleiding.

Deelnemers aan eerdere cursussen crisisbeheer delen hun ervaringen

“Deze training was erg nuttig, leerrijk, toegespitst op de sector en zet aan tot nadenken over de eigen werking.” – Liesbeth Mercx (communicatie en beleid kwaliteitszorg van AZ Oudenaarde)

“Deze training was een eye-opener! Vlot gebracht en in de praktijk toepasbaar! Bedankt.” – Annelies Liessens (communicatie van AZ Sint-Elisabeth Zottegem)

“Deze training was zinvol. De combinatie e-learning en live les is zeer goed en geeft een drive om met de materie aan de slag te gaan.” – Caroline Giraud (algemeen directeur van WZC Olva)

“Deze training was relevant voor mijn organisatie en heeft voor mij de theorie mooi met de praktijk laten rijmen.” – Stefaan De Moor (hoofdarts van AZ Sint-Lucas Brugge)

Vervolgtraject

Wie slaagt voor de basiscursus kan zich inschrijven voor de gevorderdencursus. In deze module kies je voor een specifieke module: operaties, strategische beleidsvoering of crisiscommunicatie.

De eerstvolgende cursus voor gevorderden vindt plaats op 16 maart 2023.

Data en locatie

- **1 januari 2023:** opening van het online platform. Voor het doorlopen van de modules voorzie je ongeveer 4u in totaal.
- **17 januari 2023, 9.30-16.30u:** live-lesdag in de lokalen van Zorgnet-Icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel.
- **31 januari 2023:** deadline voor het afleggen van het tentamen.

Kostprijs: 250 euro

Het handboek Crisisbeheer in de zorg (Acco, 2017) is inbegrepen in de kostprijs en wordt vooraf toegestuurd. Enkel leden van Zorgnet-Icuro kunnen zich voor de cursus inschrijven.



Scan de QR-code en schrijf je in.

Ethisch leiderschap in de zorg

Goede zorg komt niet vanzelf. Ze vraagt om betrokken en bezielde hulpverleners die zich op basis van kennis, vaardigheden, zorgzaamheid en samenwerking inzetten voor de gezondheid en het welzijn van personen die aan hen zijn toevertrouwd.

Daar hebben we ook ethisch leiderschap voor nodig: mensen die elkaar wederzijds kunnen inspireren, aanmoedigen, ondersteunen en begeleiden in het geven van kwaliteitsvolle, rechtvaardige en betrokken zorg. Dat is een inherent ethische opdracht. Want goede zorg is een continue zoektocht naar het meest menswaardige antwoord op een situatie waarin mensen heel kwetsbaar zijn. Hierin kunnen rekenen op mensen die vanuit hun ethisch engagement en elk vanuit hun eigen rol, positie of functie in dit verhaal elkaar wederzijds blijven inspireren om het goed te doen, gericht te zijn op het goede, en dat om de goede redenen, is een waar geschenk dat bijdraagt tot het welzijn van alle betrokkenen en de samenleving in het geheel.

Dat geschenk willen we koesteren en voeden. Daarom heeft de Commissie voor Ethiek een grondige reflectie doorgevoerd over het thema van ethisch leiderschap in de zorg, wat het precies inhoudt, welke soort van waarden, normen en grondhoudingen hierin richtinggevend kunnen zijn, welke de ethische horizon is van waaruit we hierover kunnen nadenken, spreken en handelen, en welke concrete oriëntaties hieruit voort kunnen vloeien.

Het blijft een permanente opdracht om constructief-kritisch na te denken over de wijze waarop we een bezield, betrokken en mensgerichte zorg kunnen realiseren voor iedereen. Nooit eerder dan tijdens de covid-19 pandemie werd wereldwijd duidelijk hoe belangrijk ethisch leiderschap is. Het is een essentiële dimensie van het antwoord op morele stress.



“Het advies schetst enerzijds een meer theoretisch kader maar maakt anderzijds ook op een zeer begrijpbare eenvoudige wijze de vertaling naar de dagdagelijkse praktijk.”

(directeur ouderenzorg)

“Met deze adviestekst word je uitgenodigd om fundamenteel te blijven kijken naar onze kwaliteit van zorg. Dat te blijven bevragen voor elke particuliere situatie en vanuit alle betrokken standpunten. Het is de kern van goede zorg.”

(directeur GGZ)

“Het advies is een duidelijk signaal vanuit gedragen basiswaarden. Zorgnet-Icuro staat voor werkgevers waar ethiek het fundament is van leiderschap. Dat typeert immers de zorg, waar de drijfveer ‘de best mogelijke zorg op maat van de patiënt’ is.”

(directeur ziekenhuizen)

Scan de QR-code en lees het advies.



Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

Vormgeving:

www.engage.studio

Zorgnet-Icuro

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

V.U.: Margot Cloet

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

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

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 106, november 2022, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

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

www.zorgneticuro.be

