

zorgwijzer 107



INTERVIEW MET VLAAMS MINISTER HILDE CREVITS

“Zorg dragen zou een stuk van ieders DNA moeten zijn”



IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Organiseer samen in de nabije omgeving.....	28
Interview met Vlaams minister Hilde Crevits.....	5	Ecologisch beleid in het ziekenhuis.....	33
Gesprek met een directeur, hoofdarts en een vrederechter over de wet gedwongen opname	14	Forensisch ambulante behandelteam Fronta nu ook actief in detentiehuis Kortrijk.....	38
<i>Community building</i> in een woonzorgcentrum.....	20	Ondersteunende of medische diensten gezamenlijk organiseren en aanbieden	44
10 vragen aan de zorgwijze: Cindy Monard.....	26		



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER



Geen tijd te verliezen

De jaarwisseling is traditioneel de periode waarin we meer dan gemiddeld tijd besteden aan het achterom-en vooruitkijken, evalueren, plannen maken en prioriteiten bepalen. Telkens opnieuw verbaast het mij hoeveel er in het afgelopen jaar gebeurde, en hoe snel het ene dominante beeld in onze beleving kan plaatsmaken voor een ander. De eerste weken van 2022 waren we nog helemaal in de ban van omikron, enkele weken later gebeurde wat niemand echt mogelijk achtte: oorlog in Europa. Corona maakte plaats voor discussies over energie, koopkracht, inflatie, economische recessie... De jaaroverzichten ademden een gevoel van algemene crisis en ontreddeering.

De pandemie lijkt dan voor de samenleving wel bedwongen, de rust keerde allerm minst terug in zorg en welzijn. Het aanhoudende personeelstekort weegt zwaar op wie er werkt en doet de sector kraken in zijn voegen. Het is niet langer mogelijk om het aanbod de vraag te laten volgen; zorgverleners kampen té vaak met het gevoel de zorg niet te kunnen geven die ze zouden willen geven. En daardoor staat de achterdeur in de zorg open, zoals minister Crevits het in deze Zorgwijzer raak omschrijft. We doen ons best zoveel mogelijk generatiestudenten en zij-instromers naar zorgberoepen toe te leiden. Maar de situatie op de werkvloer drijft er tegelijk zovelen toe via de achterdeur terug buiten te stappen.

Er is veel nervositeit in de samenleving. Hoge verwachtingspatronen en veel ergernis wanneer die niet ingelost worden. Het is angstaanjagend hoeveel verbale en zelfs ook fysieke agressie mensen uiten tegenover zorgverleners en hulpdiensten. Iedereen vindt het vanzelfsprekend om altijd meteen geholpen te worden, maar dat is met een krappe personeelsbezetting niet altijd een evidentie. Die agressie helpt

niet om de achterdeur in de zorg beter te bewaken. Laat ons die agressie nooit tolereren, maar moedig werken aan maatschappelijke bewustwording dat dit echt niet kan.

We staan op een klein anderhalf jaar van de verkiezingen, met lokale, regionale, nationale en Europese verkiezingen in hetzelfde jaar. Dat maakt dat we nog minder dan een jaar te gaan hebben voor echt beleid, vóór de totale verkiezingskoorts zal uitbreken. De uitdagingen voor zorg en welzijn zijn torenhoog. Politici moeten zich goed bewust zijn van wat er op ons afkomt in minder dan tien jaar tijd. Vooral na 2030 neemt de verzilvering van de Vlaamse bevolking in een razendsnel tempo toe, wanneer de babyboomgeneratie ouder dan 80 wordt. Dat zal een enorme impact hebben op zowel de acute als de langdurige zorg. Om dat op te vangen is een proactieve beleidsvoering nodig, nu, met kordate maatregelen voor de lange termijn. Er is geen tijd te verliezen. Dit doorschuiven naar de volgende legislatuur zou onverantwoord zijn.

Ik wil graag eindigen met een boodschap van hoop. Er is oorlog in Europa, politici vechten hun ruzies uit voor de camera's, discussies laaien hoog op in de nationale media. Maar lokaal is er veel mogelijk. Dat tonen verschillende reportages in deze Zorgwijzer: het prachtige experiment rond *community building* in een Antwerps woonzorgcentrum, het werk van het behandelteam in het eerste detentiehuis in Kortrijk of de buurtzorgwerking van de Zorggroep *Zusters van Berlaar*. Als mensen gaan samenwerken en de hokjes verlaten is er veel mogelijk. Dat moeten we koesteren en uitdragen. Samen dingen uitproberen, uit je eigen waarheid breken en plaats maken voor het verhaal van anderen. Laat dat ons richtsnoer zijn voor 2023.



“Zorg dragen zou een stuk van ieders DNA moeten zijn”

TEKST: LIEVE DHAENE & EVA DE WAL • BEELD: PETER DE SCHRYVER

In mei 2022 nam Hilde Crevits het domein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin over van Wouter Beke. Die eerste maanden waren niet meteen een ‘*walk in the park*’: crisis in de kinderopvang, exploderende inflatie en energiekosten, acuut personeelstekort ... Midden oktober viel ze zelf uit. “Te ver in het rood, en ik had het zelf niet door”, vertrouwde ze de pers zes weken later bij haar terugkeer toe. Wij troffen midden december een ontspannen minister, die voor Zorgwijzer ruim de tijd uittrok om haar visie en plannen voor de rest van de legislatuur uit de doeken te doen.

Laat ons starten met hét probleem dat iedereen in zorg en welzijn bezighoudt: de zoektocht naar personeel. Hoe kijkt u daarnaar?

Enkele dagen geleden las ik een interview met Dirk De Wachter. Hij vertelde dat hij het afgelopen jaar de “zorgende mens” heeft leren kennen en drukte dat ongelooflijk mooi uit. Ik vind dat zorg dragen een stuk van ieders DNA zou moeten zijn. Het houdt mij heel erg bezig. Als we geen mensen meer vinden die van zorg hun levenswerk, hun beroep willen maken, dan komt het niet goed. En zorg hebben we allemaal vroeg of laat nodig.

Zorg is mensenwerk, we gaan mensen moeten blijven vinden die het willen doen. Dat vraagt eigenlijk al van jongs af aan een basishouding dat zorg belangrijk is. Dat betekent dat ook onderwijs daarin een cruciale rol speelt. Toen ik minister van onderwijs was, vond ik – naast het verwerven van kennis – de vorming als mens even belangrijk. Hoe kijk je naar je medemensen? Hoe staan we in het leven? We mogen die grondhouding als samenleving niet verliezen, want dat zal mensen overhalen om te blijven kiezen voor het zorgberoep.

Dat is een verhaal voor de lange termijn. Kan u nog dingen op korte termijn realiseren om te verhelpen aan de acuutste noden?

Er zijn op dit ogenblik zo’n 7000 vacatures in de zorg. De schaarste weegt enorm op wie in de sector werkt. Als je normaal met vijf op een dienst staat en plots maar met twee, dan kan je niet geven wat je wil geven, ook al geef je alles. En dus dreigen we in een vicieuze cirkel terecht te komen. Want ja, er zijn minder mensen, dus moeten we met minder evenveel blijven doen. Mensen vallen uit en we raken in een neerwaartse spiraal. Dat tij moeten we absoluut keren.

Wat zijn de korte-termijnrecepten? Gelukkig – ik ben daar mijn voorganger Wouter Beke enorm dankbaar voor – is er een goed VIA-akkoord gesloten. Naast de loonstijging zitten daar een aantal heel goede maatregelen in om extra mensen naar de zorg toe te leiden. We hebben ons structureel instroomkanaal waarmee we zeker 3300 zij-instromers willen aantrekken. Dat zal in de loop van januari starten. Daarnaast zijn er – post-covid – veel mensen die zich vragen stellen bij hun huidige job én het maatschappelijk belang van

“Als we geen mensen meer vinden die van zorg hun levenswerk,
hun beroep willen maken, dan komt het niet goed

de zorg hebben ontdekt. We hebben daar een enorme opportuniteit om mensen een switch te laten maken en moeten dat maximaal stimuleren. Maar er zijn hinderpalen, bijvoorbeeld dat wie werkt maar zich wil omscholen, inkomen verliest. Ik wil daarom volop de omschakelmogelijkheden op de werkvloer ondersteunen, waarbij Vlaanderen middelen voorziet voor *coaching*. Het mag natuurlijk geen kwaliteitsverlies betekenen. Ik hoop dat ook de werkgevers dat gaan omarmen, en zullen gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn en de toch aanzienlijke budgetten die wij ervoor uittrekken. Tegelijk moeten we ook de switchmogelijkheden *binnen* de zorg stimuleren en verder gaan ontwikkelen.

Wat instroom betreft, geloof ik ook in het potentieel dat ligt bij mensen die vandaag niet werken, maar elders verworven competenties hebben. Bijvoorbeeld mensen voor wie het geen traditie is om buitenshuis te gaan werken, maar die voor hun ouders, voor familie zorgen. We zetten de eerste voorzichtige stapjes door bijvoorbeeld vrouwen met een migratieachtergrond een opleiding te geven om te kunnen werken in een bepaalde sector. We willen bekijken hoe we dat concept meer structureel kunnen uitrollen.

Retentie van medewerkers is het codewoord voor de toekomst?

Dat maakt mij heel bezorgd. Eigenlijk staat in de zorg de achterdeur open. Een huis met een grote voordeur, maar waar de achterdeur openstaat, dat is niet goed. De overheid heeft hierin een taak, maar ik kijk ook naar de werkgevers. Uit een recente studie van KU Leuven blijkt dat woonzorgcentra met vaste *equipen* en kleine leefgroepen covid het best doorstaan hebben. Ik wil uitdrukkelijk onderstrepen dat ik geen *tabula rasa* wil van de huidige infrastructuur in de ouderenzorg, maar pleit er wel voor om binnen een groot gebouw de zorg kleinschalig te organiseren. Dat is niet alleen goed voor de bewoners, maar ook voor de mensen die er werken. Er is een discussie bezig over flexijobs en *project-sourcing*. Ik wil dat debat aangaan, maar geloof heel sterk in vaste teams. Ik ben een beetje bevreesd dat als je te soepel wordt in de manier waarop je de zorg organiseert, we nog verder zullen wegdrijven van een duurzaam behoud van onze mensen.

Ik merk dat mensen veel belang hechten aan de *work-life balance*. De lonen moeten competitief zijn, zeker. Maar ik zie ook dat mensen die loonopslag krijgen, ervoor kiezen hun werktijd terug te schroeven ten voordele van meer vrije tijd. Ik wil met werkgevers- en werknemersorganisaties evalueren of loonstijgingen effectief meer mensen aantrekken. Met andere woorden, of we datgene bereiken wat we met een sociaal akkoord voor ogen hadden. Evengoed moeten we bekijken of er veel mensen zijn die hun extra verlofdagen (die ze krijgen na hun 45ste, nvdr) zouden willen omzetten in een premie door die dagen toch te werken. Bevestigingen kunnen interessant zijn om ons hierin inzicht te geven.

Binnenkort komt er ook een heel grote nieuwe brandingcampagne rond werken in de zorg. Het wordt heel dynamisch. Zorg wordt voor één keer ook geassocieerd met innovatie. Ik heb als innovateminister zo vaak gezegd: waarom niet? Het maakt me heel blij dat we hiermee kunnen uitpakken, ook met het *intakeplatform*, een website waar iemand info vindt over alle mogelijke soorten opleidingen in de zorg. Als je nu wil gaan werken in de zorg, kom je in een oerwoud van informatie terecht. Met dat *intakeplatform* willen we hieraan iets doen. Ik hoop dat het jongeren of ouderen die een *switch* overwegen, echt kan helpen om door de *jungle* heen te geraken. Er is eensgezindheid onder alle *stakeholders*. Het is heel belangrijk dat we dezelfde taal spreken, dezelfde beelden gebruiken, dezelfde logo's en dat we die eensgezindheid ook tonen.

Om ervoor te zorgen dat onze medewerkers niet massaal via de achterdeur naar buiten lopen, moet het werk meer werkbaar worden. Moeten we dan ook gaan nadenken over hoe we op een goede manier het aanbod kunnen verminderen?

Het belangrijkste voor mij is dat we - Vlaams en federaal samen - meer werk maken van *multidisciplinaire* samenwerking tussen zorgverleners en geïntegreerde zorg. Ik overleg daarover nog met minister Vandenbroucke. Plannen maken is één ding, ze implementeren iets anders. Ik denk dat we eerst eens moeten kijken naar wie vandaag in de sector werkt. Het gaat niet altijd om volume, maar het is ook de kwaliteit die telt. Wat zijn de verwachte opleidingsniveaus? Wie voert welke zorghandelingen

uit binnen een team? Kunnen we daar meer ruimte bieden? De juiste zorgmedewerker, op de juiste plaats op het juiste moment. Ik vind dat de Wet op de Gezondheidsberoepen aangepast moet worden. Dat mocht al gebeurd zijn wat mij betreft. Dat dit een hele oefening is, heeft onder meer te maken met de HBO5-verpleegkundigen, waar ik persoonlijk veel affiniteit mee heb.

We moeten ook nog meer andere profielen binnenbrengen in o.a. de woonzorgcentra. De logistiek medewerker in de zorg heeft een plek gekregen. Dat heeft natuurlijk niets te maken met het inkrimpen van de rol van verpleegkundigen en zorgkundigen. Integendeel, de logistiek medewerker in de zorg ondersteunt hen, zodat zij zich beter kunnen focussen op hun werk. Er is te veel versnippering in het zorgaanbod. We moeten bijvoorbeeld maximaal proberen vermijden dat mensen uit een woonzorgcentrum naar een ziekenhuis worden overgebracht wanneer er alternatieven mogelijk zijn. Ik verwacht op dat vlak wel wat van telegeneeskunde. Het zijn evoluties die in de toekomst voor meer integratie kunnen zorgen.

We moeten ook de overconsumptie van zorg aanpakken. Vooral in de ziekenhuizen is die relatief groot. Het aantal onnodige onderzoeken zouden we echt moeten inperken. Want daarvoor zijn naast de machines óók mensen nodig. Laat ons daar met een frisse blik naar kijken. Opnamestops willen we eigenlijk niet. Ik zou willen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, dankzij mobiele zorg.

Hoe ziet u de toekomst van de woonzorgcentra? Er gaan stemmen op voor radicale veranderingen, tot zelfs afschaffing ervan ...

Ik denk dat onze woonzorgcentra door covid onrecht zijn aangedaan. De wijze waarop ze in het vizier gekomen zijn, ik heb daar hartezeer van. Sowieso zie ik niet hoe woonzorgcentra zouden kunnen verdwijnen. Ze spelen zo'n cruciale rol in de laatste levensfase van vele ouderen. Wij hebben thuis zelf een kangoeroewoning, waar mijn ouders en mijn schoonouders wonen. Dat gaat nog allemaal, ook al is mijn mama ziek en heeft ze ongelooflijk veel hulp nodig. Maar voor veel mensen lukt thuis blijven wonen gewoon niet meer. Ik denk wel dat de woonvorm van de toekomst



“Eigenlijk staat in de zorg de achterdeur open”



“Ik vind dat we te weinig spreken over de kracht en het eigen beleidsvoerend vermogen van woonzorgcentra”

kleinschaliger zal zijn. De lokale inbedding is ook superbelangrijk. Het imago van de woonzorgcentra moet verbeteren, en gelijke loonsvoorwaarden spelen hierin een rol. Ik ben een harde fan van IF.IC, zonder uitzondering. Dat is moeilijk natuurlijk, want er zijn uitzonderingen gekomen in de federale sectoren.

Hoe ziet u de rol van de lokale besturen?

Veel lokale besturen staan er echt voor open om te werken aan de inbedding van het woonzorgcentrum in het lokale weefsel. De initiatieven die Wouter Beke genomen heeft rond zorgzame buurten spelen er trouwens enorm op in. Voor mij is de essentie: verstop onze ouderen niet. Focus naast de zorg ook op de kwaliteit van leven. Veel woonzorgcentra zijn momenteel bezig met de persoonsbeleving. Niet iedereen op hetzelfde moment naar bed, maar iedereen op zijn eigen tempo de zorg geven die hij of zij nodig heeft. Als ik naar Torhout kijk, zie ik een heel open centrum, zo is de cafetaria voor iedereen

toegankelijk. Ik zie dat in veel gemeenten. Het is niet omdat je een groot gebouw hebt, dat het niet kleinschalig georganiseerd kan worden. En wat ruimtelijke ordening betreft, hebben de lokale besturen eigenlijk alle sleutels in handen. Je kunt heel veel mogelijk maken.

Maar het gebeurt onvoldoende?

Ik denk dat de sensitiviteit groot is. In het hele eerste-lijns-overleg hebben de woonzorgcentra niet systematisch een plaats, maar voor mij is dat wel cruciaal als je ze wil inbedden in het hele netwerk. Elk lokaal bestuur heeft ook een ouderen- of een seniorenraad waar al die zaken besproken kunnen worden. Dus er zijn mogelijkheden. Ik kan helaas niet met een toverstokje alles opnieuw gaan bouwen of organiseren. En soms is het ook nodig om een zekere schaal te hebben, om gepaste en betaalbare zorg te kunnen bieden. De beste manier om door de storm te geraken is de lokale inbedding van woonzorgcentra.



*De beste manier om door de storm te geraken
is de lokale inbedding van woonzorgcentra*

Denkt u dat we andere zorgmodellen moeten ontwikkelen waarbij mantelzorgers structureel ook meer in de zorg van de woonzorgcentra worden betrokken?

Ik sta er zeker voor open, maar dan moet de sector volledig mee zijn, én we moeten de kwaliteit bewaken. Ik wil heel diverse pistes samen met de sector exploreren. Zoals ik al zei: 'voor mij zou het eigenlijk in het DNA van elke mens moeten zitten om ook een bijdrage te leveren. Dan zouden we er wel geraken.' Ik vind dat we te weinig spreken over de kracht en het eigen beleidsvoerend vermogen van woonzorgcentra. Er wordt vaak en veel naar de overheid gekeken, maar besturen en directies kunnen ook veel zelf vastpakken. Ik denk dat het goed is dat bijvoorbeeld Zorgnet-Icuro mee investeert in dat beleidsvoerend vermogen, in het opleiden van bestuursorganen, en hen stimuleert om nieuwe paden te verkennen. Ik wil vooral geen blokkerende overheid zijn, behalve als het gaat over té flexibel worden, waardoor de flexibiliteit de duurzame *equipages* gaat verdringen of de zorg onbetaalbaar wordt. Daar heb ik het een beetje moeilijk mee.

Voor mensen met een langdurige zorgnood zijn er nog altijd veel schotten tussen de sectoren. Heeft Vlaanderen plannen voor een geïntegreerde leeftijdsonafhankelijke zorg?

Als het van mij afhangt wel, ja. Er zijn nog altijd te veel schotten en verschillen. In organisatie, in financiering, in bouwnormen ... Ik wil dus kijken hoe we dat beter kunnen verbinden. Want door ouder te worden, blijven we met bepaalde ziektes veel langer leven, waardoor de kans op complexe noden veel groter wordt. Er zijn ook mensen met een dubbeldiagnose. En zo lopen VAPH, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ... allemaal in elkaar over. Je hebt langs de ene kant de vraag naar integratie, langs de andere kant zijn er mensen die tussen twee stoelen vallen omdat ze in geen enkel hokje passen.

Het is een enorme werf. Mijn tijd is heel beperkt, we zitten al ver in de legislatuur, maar het intrigeert mij enorm hoe we hierin stappen voorwaarts kunnen zetten. Ik geef een concreet voorbeeld. Een gezin heeft altijd zelf gezorgd voor hun zoon met een beperking. Wanneer de laatst overblijvende ouder zorgbehoevend wordt, en de overstap moet maken

naar een woonzorgcentrum, dan zou de zoon eigenlijk mee moeten kunnen verhuizen. Als zij samen kunnen blijven, kan dat hun levenskwaliteit enorm verhogen. Het is soms mogelijk, maar ik ken ook situaties waar dat niet lukt. En zelfs in het woonzorgcentrum zou de ouder nog een stuk mantelzorg voor de zoon kunnen doen, ook al heeft die ouder zelf zorg nodig. Die muren zouden we toch echt wel moeten kunnen afbreken. Dat zijn stappen die we veel drastischer moeten zetten.

Maar er is nog een lange weg te gaan?

Ja, maar het is heel boeiend! Toen ik op onderwijs zat, zag ik bij een bezoek in Denemarken hoe men daar systematisch kinderopvang combineert met een woonzorgcentrum. Ik was onlangs op bezoek in een nagelnieuw woonzorgcentrum met assistentiewoningen én een crèche. De ouderen waren gek op de kinderen, en hielden in het oog of ze aan het buitenspelen waren. Die connecties moeten we maken. Ook dat noem ik inbedden in het lokale.

Door de gestegen lonen en energiekosten staat voor woonzorgcentra de financiële leefbaarheid erg onder druk. Vindt u het logisch dat ook de dagprijzen daardoor moeten kunnen meestijgen?

Eerst het goede nieuws. Recent heeft de Vlaamse Regering beslist om ruim 69 miljoen euro energietoelage te geven aan onze sectoren voor 2022. Eigenlijk was dat voorzien voor 2023, maar we gaan het in 2022 én in 2023 doen. Hiermee leveren we toch een belangrijke inspanning om de energiekost wat onder controle te houden.

Langs de andere kant van het spectrum zijn er de inkomens van de mensen. Als de pensioenen geïndexeerd worden, is het een logische evolutie dat ook in een woonzorgcentrum de prijzen stijgen. Daarnaast komen we met een heel grote hervorming. Vanaf 2023 stijgt het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden van 130 naar 135 euro. Specifiek voor de woonzorgcentra is het nu zo dat de bewoners via onze Vlaamse sociale bescherming een stuk financiering krijgen in *cash*, waarbij dat zorgbudget ouderen berekend wordt volgens twee parameters: inkomen en zorgzwaarte. Maar we zien dat in woonzorgcentra de zorgzwaarte niet meespeelt in het bepalen van de dagprijs. Daarom willen we de komende maanden een hervorming



Alles wat betreft kwaliteit davert op dit ogenblik op zijn grondvesten

doorvoeren waarbij mensen een vergoeding krijgen enkel op basis van inkomen. Dit is een maatregel die focust op de bewoners met een laag inkomen. Dat betekent dat er ca. 18.000 bewoners gemiddeld 120 euro extra per maand zullen krijgen; ca. 1700 mensen zullen 205 euro extra per maand krijgen.

Dat moet extra zuurstof geven aan de mensen om hun factuur van het woonzorgcentrum te kunnen betalen. Het is voor mij een prioritaire hervorming die zo snel mogelijk moet ingaan. De dagprijs indexeren mag, maar mensen moeten ook enige stabiliteit zien in de factuur.

Er zijn veel vragen over de manier waarop Zorginspectie momenteel inspecteert. Eigenlijk is de sector vragende partij voor een veeleer coachend model in plaats van een afvinklijst. Gaat er in de toekomst iets veranderen?

De leidinggevend ambtenaar Karine Moykens heeft een plan ingediend met de vraag naar meer inspecteurs; ze wil ook Zorginspectie anders laten werken. De inspectierapporten van de woonzorgcentra zijn publiek, daarover hebben we grondig gesproken met de sector. Ik vind die transparantie belangrijk. Wat betreft een coachend model vind ik dat er een onderscheid moet gemaakt worden tussen de verschillende rollen. Kwaliteit moet gemonitord worden, dus de inspectie moet controles gaan doen. Verder is het de administratie die beslist om te schorsen of anders in te grijpen. Maar ik vind dat ook de koepels een verantwoordelijkheid hebben naar *coaching* toe, naar het versterken van het beleidsvoerend vermogen. Voor mij gaat het om de dialoog met de sector.

Ik weet dat er met argwaan gekeken wordt naar het 'TripAdvisor-model' dat eraan komt, dus heb ik ook gevraagd dat onze administratie en zorginspectie zouden overleg plegen met de koepels. Er is budget voorzien om iets toegankelijk en transparant te maken, maar het ligt nog niet vast wat het precies zal worden. Net zoals in andere landen en in andere sectoren al gebeurt, is het van belang dat mensen ook zelf een beoordeling kunnen geven. Ik plan ook een heel grote bevraging bij de bewoners van woonzorgcentra.

En hoop dat de sector hieraan met heel veel plezier zal meewerken, want het is wetenschappelijk gevalideerd. De sector heeft het lastig gehad. Alles wat betreft kwaliteit davert op dit ogenblik op zijn grondvesten. Zo'n bevraging gaat over het woon- en leefcomfort van mensen, over hun kwaliteit van leven ... Ik hoop dat dat ook hele mooie verhalen zal opleveren, dat het niet alleen negativiteit zal zijn, maar ook ontzettend veel positiviteit. Ik wil niet dat het 'TripAdvisor-model' - ik gebruik dat woord eigenlijk niet graag - de klagbank van Vlaanderen wordt. Met klachten kunnen mensen elders terecht, bijvoorbeeld bij de Woonzorglijn.

Ik heb gevraagd dat het Agentschap Zorg en Gezondheid, Zorginspectie en de koepels echt met mekaar zouden overleggen. Dat organisaties heel goed weten hoe inspecties gebeuren. Want als je kwaliteit wil leveren moet je niet onverwacht op inspectie gaan met parameters die niemand begrijpt. Er moet inzicht zijn: 'dat is de manier waarop we controleren, dat vinden we allemaal belangrijk'. Maar je kan niet tegelijk én *coach* én controleur zijn. Je moet een scheiding maken. Trouwens, wie gecontroleerd wordt en verbeterpunten heeft, die krijgt van de administratie ook de kans om een verbeterplan in te dienen. Maar helaas kan ik er ook niet omheen: wat er nu ook gebeurt, in het kleinste plaatsje, wordt de kop van elke krant.

Met nog meer negatieve beeldvorming tot gevolg?

Ja, het is een vicieuze cirkel. Ook in de kinderopvang is dat een enorm probleem. Ik word er zelf een beetje moedeloos van. Mijn kleinzootje, en vroeger mijn kleindochtertje, zijn bij een onthaalmoeder. Die is zo goed! En die mensen zeggen: wij worden bekeken alsof wij elke dag kinderen mishandelen. Wat niet waar is! Dat stimuleert mensen ook niet om in de sector te willen werken. Maar ik moet ermee door en we moeten echt samenwerken aan de kwaliteit. Ik kijk ook naar de koepels om mij de hand te reiken, zoals we met de imagocampagne van plan zijn, maar ook rond beleidsvoerend vermogen, kwaliteitsverbetering. We moeten het samen doen en niet verwijtend naar elkaar kijken. Elkaar versterken in het belang van de goede reputatie van de sector.



**“Ik zal geen VIPA-
middelen meer
toekennen als de
zorgstrategische
plannen niet
goedgekeurd zijn”**

Over naar de ziekenhuizen. Waar gaan we naartoe met de ziekenhuisnetwerken?

Ik kom uit een stadje met een eigen ziekenhuis; basiszorg dichtbij is superbelangrijk voor mensen. Maar dat wil niet zeggen dat je in elk Vlaams ziekenhuis hooggespecialiseerde zorg moet hebben. Dus ik vind het idee van de netwerken, de verplichte samenwerking, op zich zeer goed, maar het stormt een beetje op dit ogenblik. Er zijn ziekenhuizen die een extra netwerk willen oprichten, er zijn er die eruit willen stappen ... Wat ik ga doen, is wel zeer helder. We hebben een verplichting opgelegd om te werken met zorgstrategische plannen en ik zal geen VIPA-middelen meer toekennen als de zorgstrategische plannen niet goedgekeurd zijn. Wij hebben de voorbije maanden opnieuw alle preciaire dossiers behandeld. Recent hebben we de laatste twee preciaire dossiers goedgekeurd. Maar vanaf nu moet een ziekenhuis een goedgekeurd zorgstrategisch plan hebben om vooruit te kunnen. Wat is je planning als ziekenhuis? Hoe werk je samen? Wat is waar nodig? Als dat is goedgekeurd, kan je een infrastructuurplan opmaken. Het zal bovendien de netwerkvorming verbeteren en verankeren. Er waren te veel dossiers, daarmee gaan we nu stoppen.

Denkt u ook in de richting van meer fusies van ziekenhuizen? Er staan – na een lange pauze – nieuwe fusies op stapel.

Ik vind dat een goede zaak. Fusies zijn niet noodzakelijk slecht. Het kan gebeuren dat bij fusies voor sommige mensen een stuk nabije zorg verdwijnt, maar het grote voordeel is dat artsen-specialisten van de grotere campussen dan ook op de kleinere beschikbaar zijn. Maar het hoeft niet noodzakelijk een fusie te zijn; ook samenwerken binnen een netwerk heeft voordelen. Ik bekijk alles vanuit de bril van de patiënt. Iedereen in Vlaanderen heeft recht op nabije zorg, of dat nu voor kleine dingen is of voor heel specialistische zaken. En je moet binnen een bepaalde afstand de zorg kunnen krijgen die je nodig hebt. Het organisatie-model is voor mij geen doel, maar een middel om dat doel te bereiken. De VIPA-financiering, vastgeklinkt aan het zorgstrategisch plan, kan hopelijk een trigger zijn voor de duurzaamheid van de samenwerkingen. Naast een cultuurverandering natuurlijk.

De groep van de revalidatieziekenhuizen voelen zich een beetje verweesd na de zesde staatshervorming. Ze hebben het gevoel dat er een stilstand is?

Ik heb met Frank Vandenbroucke gesproken om hier een stuk asymmetrisch beleid te voeren. Dat kan, hij is daar fan van. Want de Waalse revalidatieziekenhuizen zijn federaal gebleven en wij hebben ze Vlaams gemaakt. Een asymmetrische samenwerkingsovereenkomst zou goed zijn, zo kunnen we de revalidatieziekenhuizen geven wat ze nodig hebben. Jo Vandeurzen wilde ze graag in Vlaanderen, omdat revalidatie samenhangt met de nazorg die je kunt geven, met Vlaamse bevoegdheden. We hebben nog een weg te gaan de komende maanden. We blijven investeren, we hebben op de regering recent nog beslist om de digitalisering van de sector te versterken. Daarnaast starten we ook een traject op rond de Vlaamse visie om de revalidatie ziekenhuizen in het bredere revalidatielandschap een duidelijke rol te laten spelen. We streven naar een conceptnota 2.0., nog deze legislatuur.

Ook de geestelijke gezondheidszorg is een beleidsdomein dat aardig versnipperd is over de twee beleidsniveaus.

De public mental health benadering vindt steeds meer ingang in de sector. Zal u in Vlaanderen hiervoor ook initiatieven nemen?

We hebben te weinig aandacht voor mentale gezondheid. Ik ben zelf een aantal weken uitgevallen. Het deed mij beseffen hoe anders we ook vandaag nog kijken naar geestelijke gezondheid en de zorg die daarvoor nodig is. Als je fysieke zorg nodig hebt, vindt iedereen dat evident; maar mentale zorg blijft weinig bespreekbaar. Mensen wachten te lang om hulp te zoeken, er zijn zoveel problemen. Ik ben een hele grote voorstander om beleid te baseren op data, omdat je zo voor een hele populatie een sprong voorwaarts kan maken. Op dat punt is de bevoegdheidsverdeling een draak. Wij zijn bevoegd voor preventie en de eerste lijn, maar alle terugbetaling van de psychologen zit federaal en de doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg zit dan weer bij ons. Voor een deeltje dan toch. Want mobiele teams en psychiatrische ziekenhuizen zijn dan weer een federale bevoegdheid. Het is me wat. Ook daarover ga ik de komende weken met mijn federale collega in overleg. Meer doen met de middelen die er zijn.

Want dat gaat ook over zorgcontinuïteit?

Absoluut. Ook daaraan is een gebrek. Iemand die een mentaal probleem heeft, heeft vaak verschillende doorverwijzingen nodig voor hij op de juiste plaats zit. We moeten meer aan integratie werken. Vanuit mijn bevoegdheden wil ik meer nabije zorg ontwikkelen en sleutelen aan de zorgcontinuïteit. Nog eens, bij fysieke problemen is het logisch dat je op controle gaat.

Niet bij mentale problemen. Het gaat fundamenteel over onze kijk op mentale gezondheid. We hebben daarin nog zoveel te leren, ook als samenleving *tout court*.

U bent al vele jaren minister, waarvan recent op dit departement. Wat is uw voornaamste reflectie over de afgelopen maanden?

Ik zou één vraag willen stellen. Weiger geen stagairs. Onthaal zij-instromers op de werkvloer. Ik ben ervan overtuigd dat er nog zoveel potentieel is om mensen binnen te halen. Ook opleidingen die voldoende praktijkgericht zijn. Ik ben ermee begonnen in dit interview: voor mij moet de kijk van mensen op mensen, de zorg voor mekaar, de rode draad zijn, vanaf de kleutertijd tot volwassenheid en zo de oriëntatie richting zorgberoepen. We hebben in Vlaanderen een STEM-beleid voor technische beroepen, maar wij hebben nood aan een “zorg-STEM”, aan permanente aandacht hiervoor, of het systeem zal uit zijn voegen barsten. Dat gaat van professionele zorg, over mantelzorg, over vrijwilligers. De boodschap die ik wil meegeven: gooi je deuren en ramen open voor samenwerking tussen voorzieningen. En haal elkaars personeel niet weg.

Het is een moeilijke bevoegdheid, maar ik doe het eigenlijk graag. Mijn Waalse collega zei mij ooit: *c'est passionant*. Als je door de problemen heen kijkt, is het wel zo. Je werkt met de meest kwetsbare mensen en een kwetsbare mens is weerloos en heeft iemand nodig die voor versterking kan zorgen. Dus ik ben eigenlijk heel dankbaar dat ik die bevoegdheid kan doen; we zien wel over een jaar waar we staan.

Wat is er nodig opdat u over anderhalf jaar tevreden kan terugkijken?

Als er terug vertrouwen is. Vertrouwen in de kinderopvang, vertrouwen in de kwaliteit van onze woonzorgcentra, vertrouwen in onze geneeskunde. Dat is het sleutelwoord waarrond alles draait. Los van alle hervormingen, als er binnen anderhalf jaar terug vertrouwen is, heb je ook instroom. Alles hangt daaraan vast.

Verlies van vertrouwen. Is het ook datgene wat u het meest geraakt heeft de afgelopen maanden?

Het zou de zachte sector moeten zijn, maar het is soms spijkerhard. Het gaat om het vertrouwen van mensen in wat we doen, in de kwaliteit van wat we doen, maar ook vertrouwen van de sector in bepaalde hervormingen die nodig zijn. Niet krampachtig kijken. Als je wil werken aan geïntegreerde zorg, moet je schotten afbreken. Dat betekent een overheid die er ook op vertrouwt dat je het goed gaat doen, dat er kwaliteit wordt geleverd. Het wantrouwen dat vandaag heerst zorgt ervoor dat we scherp moeten controleren, strak moeten optreden. Terwijl de zorg net ons grootste vertrouwen verdient.



“Het zou de zachte sector moeten zijn, maar het is soms spijkerhard. Het gaat om het vertrouwen van mensen in wat we doen”



“De wet gedwongen opname is dringend aan herziening toe”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK • BEELD: PETER DE SCHRYVER

Het aantal gedwongen opnames in psychiatrische ziekenhuizen stijgt jaar na jaar. Een nieuwe wet staat in de steigers en dat is hoog tijd, vertellen Bert Plessers (algemeen directeur Asster vzw), psychiater Andy De Witte (hoofdarts en hoofd van de Dienst Gedwongen Opname Asster vzw) en vrederechter Katrien Geukens (kanton Sint-Truiden).

Wat houdt een gedwongen opname concreet in?

Katrien Geukens: “Juridisch gezien is het een beschermingsmaatregel, dus geen straf. Iemand wordt gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis om die persoon te beschermen tegen zichzelf, of om de maatschappij tegen die persoon te beschermen. Er moet altijd aan drie voorwaarden voldaan zijn: ten eerste moet de betrokkene een psychiatrische aandoening hebben, ten tweede moet hij een gevaar zijn voor de veiligheid van zichzelf of anderen en ten derde mag er geen beschikbaar alternatief zijn. Dat betekent dat als die persoon vrijwillig geholpen wil worden, er geen gedwongen opname mag worden opgelegd.”

In de praktijk verlopen de meeste gedwongen opnames via een spoedprocedure. Leg eens uit?

Geukens: “Dat begint bij iemand die uitermate vreemd of agressief gedrag begint te stellen, al dan niet onder invloed van drugs. Maar het kan bijvoorbeeld ook suïcidaal gedrag zijn. Omdat de persoon in kwestie een gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen, wordt de politie verwittigd. Dat kan door een gezinslid gebeuren, maar bijvoorbeeld ook door een buur, een toevallige passant of een personeelslid van een PAAZ-afdeling (Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis, red.), waar het veilig verblijf niet langer gewaarborgd is. De politie komt ter plaatse en probeert in te schatten of er effectief sprake is

van gevaar. Als dat het geval is, wordt de parketmagistraat van wacht verwittigd. In Limburg is het dan zo dat die inschat of er een wetsarts aangesteld moet worden. Op basis van diens medisch attest beslist de parketmagistraat of er een gedwongen opname nodig is. De politie of ambulance brengt de betrokkene dan naar het psychiatrisch ziekenhuis. Binnen de tien dagen komt een vrederechter ter plaatse - in het bijzijn van de griffie, de patiënt, zijn advocaat en de behandelende arts - om te evalueren of een gedwongen opname nog nodig is: daarvoor worden de vaste voorwaarden opnieuw afgetoetst. Is dat niet het geval, dan mag de persoon meteen naar huis. Als het wel nodig is, loopt de gedwongen opname verder. Die duurt in principe maximaal 40 dagen, al kan die termijn wel worden verlengd op vraag van de behandelende arts, maar altijd op basis van de genoemde voorwaarden. Het psychiatrische ziekenhuis, en meer specifiek de hoofdarts, heeft trouwens altijd het recht om een patiënt te ‘decolloceren’ en de gedwongen opname dus stop te zetten, zonder toestemming van de vrederechter.”

En hoe verloopt een ‘gewone procedure’?

Geukens: “Daarvoor kan elke betrokkene een verzoekschrift indienen bij de vrederechter, met daarbij een medisch verslag. De vrederechter legt dan zo snel mogelijk een bezoek vast aan de persoon in kwestie en beslist of een gedwongen opname nodig is, op basis van de gekende voorwaarden.”



De lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg spelen zeker een rol, waardoor een gedwongen opname soms een acuut middel blijkt om iemand sneller in de zorg te krijgen

Andy De Witte

Is het niet vreemd dat de rechter hierover beslist, en niet een arts?

Andy De Witte: “Een gedwongen opname gaat over vrijheidsberoving, iets waartoe de medische wereld nooit kan overgaan. Het is dus logisch dat justitie daarover beslist.”

Geukens: “Al hebben wij wel altijd een omstandig medisch advies nodig om de voorwaarden te kunnen aftoetsen. Ik heb de arts nodig om een gegronde beslissing te kunnen nemen. Al is het niet zo dat mijn collega’s en ik altijd het advies van de arts volgen.”

Bert Plessers: “Het is inderdaad belangrijk dat een gedwongen opname altijd justitieel wordt opgevolgd, omdat het toch om een erg ingrijpende maatregel gaat. Maar er bestaan wel wat misverstanden over: mensen in een gedwongen opname zitten heus niet altijd in een gesloten afdeling, bijvoorbeeld. Het psychiatrisch ziekenhuis en de behandelende artsen hebben het recht om bepaalde vrijheden toe te kennen: na een tijdje kunnen patiënten bijvoorbeeld soms in het weekend naar huis, of worden ze ambulante verder opgevolgd. We kunnen hen ook *decolloceren* als we inschatten dat een gedwongen opname niet meer nodig is. Daarover moeten we het parket en de naasten van de patiënt wel altijd informeren. Theoretisch gezien zou een gedwongen opname ook aan een PAAZ-afdeling toegewezen kunnen worden, maar in Vlaanderen zijn er geen algemene ziekenhuizen meer erkend voor collocaties.”

Het aantal gedwongen opnames steeg het voorbije decennium met ruim 60%. Zien jullie dat ook in Asster?

Plessers: “Jazeker, we zijn zelfs koploper in Vlaanderen. In totaal waren er in 2021 in heel Vlaanderen bijna 5000 gedwongen opnames. In Asster hadden we er 519, ongeveer 10% van het totaal dus. Gemiddeld komt hier om de 17 uur iemand binnen in gedwongen statuut en op elk moment verblijven hier tussen de 70 en 80 mensen in gedwongen opname. Let wel: van die 519 zijn er ‘slechts’ 430 individuele personen, we hebben dus ook ettelijke patiënten die verschillende keren na elkaar gedwongen opgenomen worden. 88% van onze gedwongen opnames gebeurt via een spoedprocedure. En de gemiddelde opnameduur is 33 dagen. Maar daar zie je grote verschillen, want in

230 gevallen werd de gedwongen opname niet bevestigd door de vrederechter; daarbij was het dus veel sneller afgelopen.”

Welke oorzaken zien jullie voor deze stijging?

De Witte: “Er is een duidelijke toename van wat we ‘externaliserend gedrag’ noemen: suicidaliteit, agressie, alcohol- en druggebruik, eetstoornissen, enzovoort. Daarnaast zien we ook maatschappelijke trends zoals individualisering, eenzaamheid, angstcultuur, minder verdraagzaamheid. Bovendien wordt maatschappelijke overlast veel sneller gemedicaliseerd. Maar ook de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg spelen zeker een rol, waardoor een gedwongen opname soms een acuut middel blijkt om iemand sneller in de zorg te krijgen. We moeten dus zeker ook de hand in eigen boezem steken: door wachttijden te verminderen en de toegankelijkheid van zorg te verbeteren, zouden we een deel van de gedwongen opnames kunnen voorkomen.”

Vzw Asster was het eerste psychiatrische ziekenhuis met een *High Intensive Care Unit* (HIC). Welke rol speelt die voor gedwongen opnames?

Plessers: “Onze HIC-unit telt 24 bedden, maar daarnaast hebben we gelukkig nog twee intensieve diensten, die 22 en 24 bedden tellen. In 2021 gebeurden 180 van de 519 gedwongen opnames op de HIC-afdeling. Dat gaat over patiënten tussen 18 en 64 jaar van wie de problematiek nog niet gekend is en bij wie het risico bestaat dat we moeten overgaan op afzondering. Dat willen we zoveel mogelijk vermijden, al is dat helaas niet altijd mogelijk. De HIC-afdeling heeft uitsluitend eenpersoonskamers. Als patiënten het nodig hebben, kunnen ze naar een comfortkamer om tot rust te komen. En als dat niet volstaat, kunnen ze naar een studio met één-op-één-begeleiding. Onze personeelsbezetting is daar dus veel hoger dan in de andere afdelingen, allemaal om te voorkomen dat patiënten afgezonderd moeten worden. Want dat kan zeer traumatiserend zijn. We ontvangen voor de gedwongen opnames jammer genoeg geen extra personeelsomkadering of financiële middelen. Niet alle ziekenhuizen erkend voor gedwongen opnames, beschikken over een HIC of intensieve dienst of zetten die in voor hun gedwongen opnames. Bijkomende investeringen lijken mij dan ook noodzakelijk.”



“Wij zien soms patiënten die tien tot vijftien keer na elkaar gedwongen worden opgenomen. Dan moet je je toch de vraag stellen of ze bij ons op hun plaats zijn”

Bert Plessers

Is een gedwongen opname altijd traumatiserend?

De Witte: “Dat hoeft niet altijd zo te zijn. Als het traumatiserend is, dan gaat dat vooral over de beleving van de gedwongen opname zelf. De patiënt moet soms lang wachten in een politiecel, krijgt weinig informatie en wordt niet altijd even warm en menselijk aangesproken en bejegend. Alle betrokken sectoren - politie, parket en geestelijke gezondheidszorg - hebben daarin nog veel te leren. Maar los daarvan zijn er ook heel wat patiënten die achteraf, na de acute crisis uiteraard, aangeven blij te zijn met de gepaste hulp die ze dankzij zo’n gedwongen opname hebben gekregen. Dat geldt ook voor de omgeving: een patiënt met een bipolaire stemmingstoornis die ernstige manische periodes doormaakt, kan zeer zware druk zetten op zijn omgeving. Of denk bijvoorbeeld aan patiënten met acuut suïcidaal gedrag die vanuit een tunnelvisie denken. In zulke gevallen is het noodzakelijk om snel in te grijpen. Nadien beseffen die patiënten dat zelf vaak ook wel.”

De huidige wet rond gedwongen opname dateert uit 1990. Is die aan hervorming toe?

Geukens: “Ik denk dat iedereen het erover eens is dat die wet na dertig jaar aan herziening toe is. Men wil bijvoorbeeld meer inzetten op de context en omgeving van patiënten. Dat is absoluut een goede zaak, maar in de praktijk geen evidentie. Geregeld staan mensen uit de omgeving ook (deels) mee aan de oorzaak van de problematiek. En wat als de patiënt niet op die betrokkenheid zit te wachten? Dat zijn heel delicate kwesties, waarover goed nagedacht moet worden. Net als over de vierde voorwaarde waarover nu wordt nagedacht: dat de persoon in kwestie behandelbaar moet zijn. Dat lijkt me een belangrijke denkpiste, maar het roept ook vragen op. Want wat doe je dan met mensen die niet behandelbaar zijn?”

Plessers: “Die behandelbaarheid is wel een heel prangende kwestie. Wij zien soms patiënten die tien tot vijftien keer na elkaar gedwongen worden opgenomen. Dan moet je je toch de vraag stellen of ze bij ons op hun plaats zijn. We mogen ook onze andere patiënten niet uit het oog verliezen. Wij hebben bijvoorbeeld veel groepsaanbod: als daar iemand bij zit die niet wil of kan meewerken, is dat problematisch. Bovendien zou ik in de wet ook graag zien dat er meer aandacht komt voor veiligheid. Recent hebben we in ons ziekenhuis enkele voorvallen van agressie gehad vanuit patiënten in gedwongen opname. Heel wat medewerkers voelen zich niet meer veilig, wat erg zwaar weegt op mij als directeur. Want wij zijn verplicht om een gedwongen opname te aanvaarden, maar we krijgen geen enkel zicht op het juridisch dossier van de patiënt in kwestie. Dat levert soms gevaarlijke situaties op en ik ben bang dat het op een dag uit de hand loopt. Men vergeet soms dat dit een ziekenhuis is: hier werken verpleegkundigen, zorgkundigen en artsen, maar geen beveiligingspersoneel of criminologen.”



“In Nederland bestaat naast ‘gedwongen opname’ ook de optie van ‘gedwongen behandeling’. Dat is misschien ook een interessante piste voor Vlaanderen”

Andy De Witte

De Witte: “Het klopt dat er bij die gedwongen opnames een kleine groep patiënten is die wordt ingeschat als een gevaar - voor zichzelf of anderen - maar bij wie de behandelmogelijkheden uitgeput zijn. Misschien moet daar worden nagedacht over alternatieven zoals een forensisch statuut of een *longstay* beveiligde zorgsetting. Of er is bijvoorbeeld ook een groep mensen met een verstandelijke beperking: voor hen zou een hoog beveiligde VAPH-voorziening geschikter zijn.”

In het ontwerp voor wetsvoorstel staat dat er een observatieperiode van 48 uur moet komen. Een goede zaak?

Geukens: “Dat zou zeker nuttig zijn om een juiste diagnose te stellen. Nu beslist het parket of iemand gedwongen opgenomen wordt, op basis van het medisch attest van een wetsgeneesheer. Maar dat is een huisarts, geen psychiater. Als iemand 48 uur krijgt om af te koelen en er in die periode ook een accurate diagnose gesteld kan worden, zal het aantal gedwongen opnames wellicht vanzelf dalen. Maar zulke mooie principes hebben natuurlijk wel een prijs, dus de vraag is of het praktisch haalbaar zal zijn. Hetzelfde geldt voor een ander voorstel: men wil dat het parket aanwezig is op elke zitting. Dat is op zich een goede zaak - zo zou de behandelende arts bijvoorbeeld meer informatie kunnen krijgen over het juridisch dossier - maar we moeten de realiteit onder ogen zien: het parket is al zwaar overbevraagd, dus dat is binnen de huidige context absoluut niet haalbaar.”

Er wordt ook voorgesteld om gedwongen zorg buiten het ziekenhuis mogelijk te maken, door een mobiel team bijvoorbeeld.

Plessers: “Dat lijkt me zeker een goed voorstel, want we moeten steeds meer denken aan zorg op maat. Niet iedereen heeft nood aan een opname, een mobiel team kan in heel wat gevallen ook goed helpen. Maar ik denk dat we ook naar de algemene ziekenhuizen moeten kijken: iemand die zwaar geïntoxiceerd is door drugs of alcohol, zou ook 48 uur tot rust kunnen komen in een algemeen ziekenhuis, waar de somatische opvolging ook beter is. Vervolgens zou een vrederechter kunnen beslissen dat die persoon verder opgevolgd wordt door een mobiel crisisteam.”

Onlangs was er de zaak rond Yassine M. die een politiemann neerstak in Brussel. Hij werd niet gedwongen opgenomen omdat hij zich vrijwillig zou aanbieden. Zijn zulke fouten vermijdbaar?

Geukens: “Wat daar is gebeurd is vreselijk, maar ik vrees dat het ging om een samenloop van omstandigheden. Een systeem totaal waterdicht maken en alle problemen vermijden is helaas niet mogelijk.”

Plessers: “Dat klopt, al denk ik wel dat we in Limburg al grote stappen hebben gezet om de procedures te verbeteren. We hebben een draaiboek voor gedwongen opname samengesteld met alle betrokken partners,



“Als iemand 48 uur krijgt om af te koelen en er in die periode ook een accurate diagnose gesteld kan worden, zal het aantal gedwongen opnames wellicht vanzelf dalen”

Katrien Geukens


dat elk jaar wordt geëvalueerd en bijgespijkerd. Ik merk dat hier een goede *modus vivendi* is ontstaan tussen zorgverleners, politie en parket. Maar die hele zaak in Brussel zou vooral een *eyeopener* moeten zijn om meer te investeren in veiligheid. Zoals ik eerder al zei, veiligheid begint me echt zorgen te baren. De meeste gedwongen opnames verlopen prima, maar enkele keren per jaar loopt het mis. Dat weegt enorm op de sfeer in het ziekenhuis: medewerkers voelen zich minder veilig. Als die nieuwe wet er komt, moet daar toch zeker meer aandacht voor zijn.”

COMMUNITY BUILDING IN EEN WOONZORGCENTRUM

“Ruimte geven om zelf aan het roer te staan”

TEKST: KIM MARLIER • BEELD: JONATHAN RAMAEL

Filosoferen op zondag. Het koor de Wiskes en het Alberreke, een rijdend winkeltje in de gangen van wzc Huis Sint-Jozef in Berchem. Wat hebben ze met elkaar gemeen? Het zijn allemaal ideeën die hun wortels vonden en opbloeden binnen 't *Klikt*, een experiment waarin Maite Mallentjier een schooljaar lang aan de slag ging met de principes van *Sense of Home* en *community building* in de context van een woonzorgcentrum. “Als dit jaar mij één iets leerde is het wel dit: wanneer je je eigen ideeën parkeert en de mensen ruimte geeft, gebeurt er iets magisch.”



“Sense of Home gaat over mensen meer regie geven, in verbinding brengen met elkaar en ervoor zorgen dat ze nog van tel kunnen zijn voor anderen in hun omgeving”

“Voor veel mensen is het moeilijk om te verhuizen naar een woonzorgcentrum. Ze laten hun vertrouwde huis achter en moeten een thuis creëren in een nieuwe plek. Dat is iets wat ze zelf moeten doen, maar waarvoor ze ook de kracht moeten vinden”, vertelt Maite Mallentjer, verbonden aan de AP Hogeschool opleiding orthopedagogie. “Vanuit de orthopedagogie hebben we veel expertise rond het creëren van een goed woon- en leefklimaat. Dat vertaalden we naar de ouderenzorg, het model *Sense of Home* groeide daaruit.”

Evenwichtsoefening

“*Sense of Home* gaat over mensen meer regie geven, in verbinding brengen met elkaar en ervoor zorgen dat ze nog van tel kunnen zijn voor anderen in hun omgeving.”

“Een woonzorgcentrum kan drie zaken doen om dat proces zo soepel mogelijk te laten lopen. Zoveel mogelijk autonomie geven aan de bewoners. Verbinding creëren zodat bewoners het gevoel hebben dat ze erbij horen en ervoor zorgen dat de bewoners zich nog een deel van de samenleving voelen. Hoe makkelijk het ook klinkt, in de praktijk is dat een moeilijke evenwichtsoefening. Het is een *paradigmashift* van een medisch zorgmodel naar een model waar de bewoner de expert is. Waar dialoog en het opbouwen van een relatie belangrijker wordt dan het volgen van procedures en het taakgericht werken. *Sense of Home* helpt om die shift te maken.”

“*Community building* leek de ideale manier om het principe van *Sense of Home* te implementeren. We schreven dit uit in een theoretisch kader, maar we voelden dat er niemand echt zat te wachten op een nieuwe lap tekst. Ik zal het moeten voordoen, dacht ik toen. Er moet een piloot in de praktijk gezet worden die andere organisaties kan inspireren en overtuigen om er ook mee aan de slag te gaan. Ik vond in Huis Sint-Jozef in Berchem een enthousiaste partner

om één schooljaar met dit kader te kunnen werken. Ik was al bij hen aan de slag als externe consultant rond *Sense of Home* en ze waren heel enthousiast om dit via *community building* een bredere basis te geven. Ik kwam één jaar deeltijds in dienst en hield een online dagboek bij dat uiteindelijk resulteerde in het boek ‘*t Klikt*.’

Letterlijk op je handen zitten

“*Community building* is een proces waarin je relaties opbouwt. Je neemt geen sturende rol op, maar volgt de groep en versterkt de krachten van mensen. Het initiatief, de regie en de ideeën moet je bij hen laten. Je luistert naar wat zich aandient en zodra een opportuniteit opduikt, schiet je in actie: faciliteren, mensen in verbinding brengen met elkaar, maar ook balanceren. Want het woonzorgcentrum is een bijzondere *community* waar de bewoners heel veel ondersteuning nodig hebben om hun eigen regie te kunnen nemen. En ja, dat is moeilijk. Soms moet je letterlijk op je handen gaan zitten.”

“Het was spannend, maar die ruimte werd *quasi* onmiddellijk ingevuld door ideeën van de *community*. Binnen de week was er al een eerste initiatief. Giovanna van de onderhoudsploeg heeft Italiaanse roots en stelde voor om een buffet te maken met hapjes van alle nationaliteiten die in de *community* vertegenwoordigd zijn. Dat idee is uitgemond in een goed gesmaakt dessertenbuffet. Een zorgkundige speelde al langer met het idee van een rijdend winkeltje. Ondertussen rijdt het Alberreke door de gangen van het woonzorgcentrum. Een familielid wandelde naar Compostella en wilde de bewoners hierbij te betrekken. Hij kwam uitleg geven over zijn plannen aan de bewoners, nam iets mee van het huis om in Compostella achter te laten en vertrok vanuit het woonzorgcentrum. Tijdens zijn tocht schreven we hem een brief. Zo konden de bewoners figuurlijk een stukje mee wandelen.”



“Community building gaat niet over het aanbieden van activiteiten, maar wil vanuit de krachten van mensen connecties maken”

Manneke, dat komt helemaal in orde

“Community building gaat niet over het aanbieden van activiteiten, maar wil vanuit de krachten van mensen connecties maken. Niet alleen tussen de bewoners, maar ook tussen medewerkers, vrijwilligers en de buurt. Daar zit het grote verschil met wat een woonleefteam doet. Soms groeien via community building bepaalde activiteiten zoals een koor, maar het kan ook zijn dat een vrijwilliger een bewoner op weg helpt met zijn computer.”

“Je kan je niet enkel focussen op de mensen die zelf met initiatieven komen, je moet actief op zoek gaan naar hoe mensen kunnen geven aan ander. Zo was er een bewoonster die niet zo zichtbaar was, maar ik wist dat ze altijd heel sociaal geëngageerd was. Ik vroeg haar of ze nieuwe bewoners mee wilde opvangen. Een andere bewoonster met een oog voor interieur dacht mee na over de opstelling voor onze studiedag. ‘Manneke, dat komt hier helemaal in orde als alle stoeltjes bezet zijn’, zei ze achteraf trots.”

“Het moet niet groots zijn, het zit vaak in de kleine dingen. Bewoners die zelf een stoel regelen voor een nieuwe bewoner in plaats van te wachten tot er hulp komt. Vragen of er muziek kan gespeeld worden terwijl ze wachten op hun eten; of we een postbus in huis kunnen hangen zodat ze zelf hun brieven en kaartjes kunnen posten. Zien hoe de bewoners hun aangeleerde hulpeloosheid terug omdraaien, is bijzonder mooi.”

“Zien hoe de bewoners hun aangeleerde hulpeloosheid terug omdraaien, is bijzonder mooi”

Drempel voor de deur

“Het stopt niet bij de bewoners. Community building in een woonzorgcentrum vereist twee bewegingen. Enerzijds verbinding creëren tussen de mensen binnen het woonzorgcentrum. Anderzijds de buurt proberen binnen te loodsen. Dat vraagt om een enorm proactieve houding, want er ligt een hoge drempel tussen de buitenwereld en een woonzorgcentrum.”

“Eerst en vooral moet je openstaan voor de zaken die zich aandienen. Wij hadden het geluk dat burens al iets wilden doen aan de staat van de voortuin. Door daarop in te spelen leerde ik onmiddellijk een aantal sleutelfiguren in de buurt kennen. Dat mondde uiteindelijk uit in een project rond SamenTuinen en een



compostvat in onze binnentuin dat door 20 gezinnen uit de buurt dagelijks gebruikt wordt. Ze kregen een code en lopen vrij binnen en buiten met hun emmertje met groenafval. Dat zijn de duurzame en realistische interacties die we nodig hebben.”

“Daarnaast hield ik de Facebookpagina van de buurt nauwlettend in de gaten. Ik nam contact op met mensen die sleutelfiguren konden zijn en pikte in op elke opportuniteit. Postte iemand ‘mijn zoontje wil piano studeren, maar wij hebben geen piano’, dan mailde ik terug: ‘wij hebben een piano die hij kan gebruiken’. Je moet jezelf voorstellen als een sterke partner die iets te bieden heeft. Ik klopte ook aan bij het Danzateljee, de scholen, de Albert Heijn en ging op zoek naar de oudere buurtbewoners. Om die laatste groep te bereiken kregen we de hulp van een groep studenten die in het kader van hun bachelorproef deze mensen zochten en samenbrachten binnen de Vriendenkring van Sint-Jozef.”

“De buurt binnenloodsen lukt niet door gewoon je deuren open te zetten. Je moet er veel tijd en energie insteken en die banden stevig blijven vasthouden.”

What's strong

“Het is een proces binnen een woonzorgcentrum, dat weliswaar een transformatie aan het doormaken is, maar voor veel aspecten wel nog vertrekt vanuit een medisch zorgmodel. Dat staat haaks op elkaar, maar door een goede samenwerking zijn we er wel in geslaagd om het maximale te realiseren. Je schept een omgeving waar mensen zich verantwoordelijk voelen en zelf dingen proberen op te lossen. Mensen gedragen zich minder als een klant. Zo zie je familieleden spontaan andere bewoners helpen om bijvoorbeeld een rollator te zoeken. Natuurlijk waren die dingen er ook al vóór dit project. Maar ‘t Klikt zorgt voor een sfeer waarin die hulpvaardigheid wordt aangewakkerd.”



*Het is geen optelsom van leuke activiteiten.
Durf de regie aan de community te geven
en ga faciliteren in plaats van te sturen*

“Het is wel belangrijk om oog te hebben voor iedereen die bijdraagt binnen het proces. Vaak werden de successen gelinkt aan mij, terwijl er veel medewerkers waren die ook hard werkten en veel hebben mogelijk gemaakt. En soms moet je gewoon blij zijn met wat er is en loslaten van hoe het het in jouw hoofd had kunnen zijn. Het proces staat centraal. Focus op **what's strong** in plaats van *what's wrong*. Zie wat er wel is en kijk wat er wel kan. Wij planden bijvoorbeeld met Christus Koning een kampvuur waar de scouts zouden zingen en de keuken warme pudding maakte. Door corona kon dat niet doorgaan. Na even puzzelen trokken de twee scoutsleden met hun gitaar door heel het huis om liedjes te zingen met de bewoners. Zo probeerden we altijd het maximum eruit te halen.”

Yes, de trein is in beweging

“Op een bepaald moment voel je dat er een *tipping point* bereikt is. Tijdens de sessie filosoferen op zondag, gebeurden bijvoorbeeld een heleboel dingen tegelijk. De vrijwilligers hadden de tafels al klaargezet, de bewoners kwamen uit eigen beweging uit hun kamer en hielpen elkaar naar de activiteit. Terwijl wij filosoferden was mijn man computerles aan het geven aan een bewoner. Onze auto zat vol met tenten voor de vriendenkring die later die week in de tuin zou doorgaan. Na afloop breng ik een mevrouw naar haar kamer en wanneer ik terugkom zie ik nog net hoe de twee filosofen de laatste tentpalen door het huis naar de tuin sjuwen. Yes, dacht ik. De trein is echt in beweging gekomen en wij doen dit hier samen.”

“De studiedag om het traject voor te stellen was ook zo'n mooi moment. Die dag was volledig gedragen door de *community*. Er werden taarten en koekjes gebakken en bloemstukken gemaakt. Familieleden, vrijwilligers en medewerkers stonden samen met de bewoners in voor de catering, muzikale omlijsting, het onthaal en de presentatie van de dag. Het koor 'De Wiskes' deden een flashmob, de vriendenkring zorgde ervoor dat alles op beeld werd vastgelegd. Iedereen hielp naar eigen vermogen en vanuit eigen kracht.”

“*t Klikt* is nog niet afgelopen. Ik ben nog één schooljaar in dienst, zodat Huis Sint-Jozef dit proces kan verduurzamen. Maar ik denk dat ik nooit afscheid zal nemen want ik voel me deel van die *community*. Wanneer dit traject afgerond is, stap ik gewoon mee in de vrijwilligersploeg.”

Vier grote en kleine successen

“Wanneer je met *community building* aan de slag wil, moet je dit onthouden. Het is geen optelsom van leuke activiteiten. Durf de regie aan de *community* te geven en ga faciliteren in plaats van te sturen. Vertrouw erop dat er zich genoeg zal aandienen. Durf ook buiten de lijntjes te kleuren. Het is een proces waarin je heel flexibel moet zijn. Focus op wat *strong* is en vier de grote en kleine successen. Kortom, zoek het positieve in het proces en in de mensen.”



“Plots voel je dat er een vonk is”

“Wij zochten al een tijdje naar manieren om *Sense of Home* te implementeren in ons huis”, vertelt Luc De Wulf, directeur van woonzorgcentrum Huis Sint-Jozef. “De beslissing om Maite Mallentjer een jaar lang deeltijds in dienst te nemen als community builder was snel gemaakt. Ze kent het theoretisch kader als auteur van *Sense of Home* en kon zich een jaar lang focussen om het door middel van community building te implementeren en een stevige basis te geven in ons huis. Al in de eerste week bracht haar aanwezigheid deining met zich mee. Door de sterktes van bewoners en medewerkers in kaart te brengen, opperden mensen ideeën of signaleerden ze zaken. Medewerkers namen initiatieven en de kalender liep vol met nieuwe activiteiten, waardoor we veel bewoners zagen heropleven.”

Vonk

“Plots voel je dat er een vonk is. Iemand heeft een idee of een wens en daar wordt iets mee gedaan. Een bewoonster die vroeger koorleidster was, wou bijvoorbeeld graag nog eens samen zingen. Haar zoon kon haar begeleiden op de piano. En zo hadden we ineens een koor: de Wiskes. Zo kan die vonk zich uitbreiden. Mensen komen luisteren en herbeleven oude herinneringen. Je ziet ze opleven, maar het blijft niet bij zitten en luisteren. Medebewoners willen graag meezingen en stellen zelf liedjes voor. Het geheel krijgt een dynamiek van een vrij podium. En dat groeit allemaal uit de vrij eenvoudige vraag om samen een viertal liedjes te zingen.”

Belangrijke handvatten

“In een woonzorgcentrum werken we nog steeds te veel vanuit het medische model. Onze bewoners hebben vanzelfsprekend zorg nodig, maar contact met andere mensen en verbondenheid met hun omgeving is even cruciaal. Iedereen zit zo in elkaar, dat verandert niet wanneer je naar een woonzorgcentrum verhuist. Het principe van *community building* biedt belangrijke handvatten aan om ons zorgmodel open te trekken tot een model waar de mens centraal staat. Meer nog, het is essentieel in mijn ogen.”

Het principe van community building biedt belangrijke handvatten aan om ons zorgmodel open te trekken tot een model waar de mens centraal staat

LUC DE WULF



Elkaars tempo vinden

“Na een jaar drijven een aantal aandachtspunten boven. Het blijft een evenwichtsoefening om alle medewerkers te betrekken, niet alleen de mensen van het woonleefteam. We moeten ook onze snelheid in de gaten houden. Een vrijgestelde die er met volle goesting in vliegt, heeft een ander tempo dan de medewerkers of de bewoners. Het kost wat tijd om elkaar daarin te vinden. Het project moet verduurzaamd worden. Hoe willen we hiermee verder aan de slag? Wie zal dat trekken? Dat zijn vragen waarover we ons nu buigen.”

“Het was een boeiend jaar met *'t Klikt* en we kijken benieuwd uit naar het tweede jaar. Het is spannend en soms botsten we op moeilijkheden, maar het loont de moeite om tijd en energie te investeren in deze aanpak. Aan iedereen die geïntrigeerd is, zeg ik: ‘het pad is soms hobbelig, maar laat dat je vooral niet tegenhouden om de sprong te wagen.’”

't Klikt. Een jaar community building in Huis Sint-Jozef. Politeia Uitgeverij.
Lees meer op www.sproud.be



10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Dr. Filiep Bataillie gaf de fakkel door aan Cindy Monard. Cindy nam in december afscheid als algemeen directeur van het Medisch Centrum Sint-Jozef in Munsterbilzen, na er 8,5 jaar met veel voldoening gewerkt te hebben. Op 2 januari 2023 startte ze als algemeen directeur van het algemeen ziekenhuis Sint-Trudo.

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Mijn oma. Na een hersenbloeding was ze halfzijdig verlamd en had ze grote decubituswonden. Ik was toen ongeveer 10 jaar. Van een thuisverpleegkundige mocht ik haar helpen wassen en haar wonden verzorgen. De attente zorg van deze verpleegkundige maakte het verschil voor mijn oma en mij.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

In het hart van elke moeilijkheid ligt een kans, en de uitnodiging om die te zien. Altijd is er hoop.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Ik denk mijn betrokkenheid. Het is mijn grootste sterkte en tegelijkertijd ook mijn zwakte. Me helemaal smijten geeft mooie resultaten. Maar heeft het risico dat ik er te hard voor ga, te veel werk en als het tegenzit in hart en ziel geraakt wordt.

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

Inspirerend en faciliterend leiderschap van management én politici. Ik denk dat we vooral ruimte en kansen moeten creëren om medewerkers in hun kracht te zetten zodat zij zowel het grote bijzondere als het kleine goede kunnen doen vanuit hun hart, met werkplezier en goesting.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik maak geregeld tijd om te mediteren en zoek graag de natuur op. Maar eigenlijk investeer ik nog te weinig in mijn gezondheid, want steeds meer besef ik dat onze fysieke én mentale gezondheid ons allerhoogste goed is.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Vele dingen uit de dagelijkse "gewonigheid": een knuffel van mijn zonen, dansen, een dank-je-wel, een plagerig grapje, vers geperst sinaasappelsap, een bloeiende rozenstruik, pannenkoeken eten met mijn vader, onze altijd goedgezinde hond ... Ik kan me hierbij intens dankbaar voelen.

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Het boek 'De kracht van het nu' van Eckhart Tolle. Het is een uitnodiging om ons over te geven aan het moment van het nu. In 'overgave' en 'verbinding' ligt voor mij de sleutel van het leven.

8 Welke droom koestert u?

Een droom van liefde en warme menselijkheid. Een naïeve droom volgens sommigen. Maar ik blijf die hardnekkig dromen, zeker in de zorg, en probeer daarin mijn steentje bij te dragen.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Gezond van geest en lichaam, wandelend in de natuur, hand in hand met mijn man, dankbaar genietend van kleinkinderen en van de schoonheid van het alledaagse. En van betekenis kunnen zijn voor een ander.

10 Aan wie geeft u de (zorg)fakkel door en waarom?

Aan Dr. Bart Van Daele, psychiater en expert ziekenhuismanagement. Hij is strategisch en beleidsmatig bijzonder sterk én hij heeft oog voor de mens achter de professional. Ik heb veel van hem geleerd en mede dankzij hem sta ik vandaag waar ik nu sta.



**“In het hart van elke
moeilijkheid ligt een kans,
en de uitnodiging om die
te zien. Altijd is er hoop”**

“Buurtzorg is de toekomst”

TEKST: SOPHIE BEYERS
BEELD: PETER DE SCHRYVER

Het zorg- en welzijnsmodel van morgen moet vertrekken vanuit de buurt. Daar waar formele en informele actoren met elkaar samen werken rond kwetsbaarheid. Daar waar we verder kijken dan zorg en vertrekken vanuit welzijn in de brede zin van het woord. Dan kunnen mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen. Dat is de visie van Zorgnet-Icuro, zo vertelt ons Johan Roels, stafmedewerker woonzorg. Het buurtzorgmodel wint almaar meer aan belang. Zo ook bij de Zorggroep van de Zusters van Berlaar. Zij ontwikkelden niet alleen een duidelijke visie, maar passen het model ook meer en meer in praktijk toe. Tania Stalmans, afgevaardigd bestuurder van de Zorggroep, en Dirk Doucet, directeur van woonzorgcentrum Sint-Margaretha in Holsbeek en Sint-Jozef in Wiekevorst lichten toe.



Voor Zorgnet-Icuro is lokale samenwerking het uitgangspunt van het toekomstige zorg- en welzijnsmodel. “Meer en meer zie je dat verschillende actoren zich samen beginnen te organiseren in buurten”, vertelt Johan Roels. “Woonzorgcentra zitten daar niet altijd bij. Nochtans is het volgens het woonzorgdecreet de opdracht van een woonzorgcentrum om zich maximaal te integreren in de buurt. Andersom moet de buurt ook maximaal gebruik kunnen maken van het aanbod van een woonzorgcentrum. Dat kan met kleine dingen zoals de cafetaria openstellen voor buurtbewoners. Of ruimtes ter beschikking stellen voor activiteiten van socio-culturele verenigingen waaraan ook de bewoners kunnen deelnemen. Evengoed kan je een buurtcoach inschakelen die contacten legt met lokale actoren om samen dienstverlening op te zetten. Alleszins is het belangrijk om je als woonzorgcentrum af te vragen welke rol je kan spelen in jouw buurt. Een woonzorgcentrum is geen eiland. Het is een onderdeel van een buurt.”

Dat beseffen ze bij de Zorggroep van de Zusters van Berlaar maar al te goed. Zij hebben ondertussen al vijf trajecten van zorgzame buurten lopen. “Wij hebben binnen de vzw heel goed nagedacht over wat de zorgen voor morgen zijn”, steekt Tania Stalmans van wal. “Mensen willen in hun omgeving kunnen blijven, zeker als ze kwetsbaar worden. De buurt zou dat mee kunnen ondersteunen. En zo zijn we met buurtzorg gestart. We hebben onszelf daarbij verplicht om *out of the box* te denken. Je moet de gewone paden durven verlaten.” Dirk Doucet geeft aan dat kwaliteit van leven én sterven centraal staat. “Dat is iets persoonlijks en kan evolueren. Buurtzorg moet dus dynamisch zijn. We moeten onze diensten voortdurend aanpassen aan de noden die er zijn. Noden die doorheen de tijd veranderen.” Tania Stalmans vult aan dat het daarbij belangrijk is om eerlijk te zijn naar de medewerkers toe. Zij moeten flexibel kunnen zijn. “Dat maakt de job ook boeiend”, zegt Dirk Doucet. “Voorlopig hebben we geen tekort aan zorg- of verpleegkundigen. Gaandeweg bouw je een *equipe* op die net graag dynamisch werkt.”

Buurtzorg als geïntegreerd geheel

“Vroeger moest de cliënt meerdere malen zijn verhaal doen, zelfs binnen één organisatie. Eerst bij de sociale dienst, dan bij de dagopvang en dan nog eens bij kortverblijf. Dat is niet meer het geval. We hebben nu één telefoonnummer en één mailadres voor eender welke vraag. Mensen kunnen ook altijd binnenlopen, zonder afspraak. Ons uitgangspunt is dat een traject van ondersteuning thuis start. Wanneer je bijvoorbeeld op zoek bent naar een kapper aan huis omdat je minder mobiel bent, kan je die vraag aan ons stellen. Zo capteren wij deze mensen al”, vertelt Dirk Doucet.



“Oud worden is geen ziekte. We focussen ons te veel op wat mensen niet meer kunnen, maar we moeten vertrekken van wat er wel nog kan”

Tania Stalmans

“We hebben een *single point of contact* dat ondertussen gekend is in de omgeving. Back office maken we gebruik van één IT-programma om de mensen op te volgen. Zo moeten ze niet elke keer opnieuw hun verhaal doen”, vult Tania Stalmans aan.

De Zorggroep ziet residentiële zorg als onderdeel van buurtzorg. “Buurtzorg overkoepelt het geheel. Er wordt niet meer gewerkt op eilandjes. Het is een geïntegreerd model dat gestoeld is op communicatie. Je moet samen met mensen op pad gaan. Nu is het vaak zo dat mensen niet naar een woonzorgcentrum willen tot ze geen andere keuze hebben. Dan wordt het een negatieve keuze. Een crisis zelfs. Door veel eerder met mensen in gesprek te gaan, kunnen ze hierover proactief nadenken”, zegt Dirk Doucet. “Het moet daarbij niet alleen om zorg gaan, maar ook om alternatieve woonvormen. Residentiële zorg is niet altijd optimaal omdat wonen en zorgen er per definitie samengaan. Elke bewoner krijgt automatisch zorg en

**“Als woonzorg-
centrum zitten we
tussen de mensen.
We kennen de buurt
en kunnen er op
inspelen”**

Dirk Doucet



ondersteuning van hetzelfde multidisciplinaire team. Er zijn te weinig mogelijkheden om de ondersteuning te differentiëren naargelang behoeften. Zo krijg je soms ‘overzorg’ maar ook ‘onderzorg’. Wonen en zorgen kunnen ook meer afzonderlijk van elkaar worden gezien. Dat geeft meer mogelijkheden tot enerzijds wonen en anderzijds zorg op maat. Bovendien willen mensen niet altijd naar een woonzorgcentrum, maar wel naar een lokaal dienstencentrum voor ontmoeting”, zegt Tania Stalmans.

“Zo zijn we tot een drieluikmodel gekomen. Eerst is er de omgeving of de buurt waar mensen willen wonen. De volgende vraag is hoe ze willen wonen. Welk woonleefconcept zien zij zitten? Er zijn veel meer mogelijkheden dan een woonzorgcentrum. Denk aan gemeenschapswonen, *cohousen* (zoals Abbeyfield), duowonen, zelfstandig wonen enz. Het derde luik is de (zorg)relatie. Als je naar een woonzorgcentrum gaat, krijg je automatisch 24 op 7 zorg. Of dat nu nodig is of niet. Voor sommige mensen is een ander woonleefconcept misschien meer geschikt. Zorgzame buurten zouden op termijn de verschillende woonleefconcepten moeten kunnen aanbieden zodat mensen de meest gepaste zorg krijgen. Het gaat om *ageing well in the right place*”, legt Dirk Doucet uit.

Formeel en informeel

“Ook preventie zit in het model, al worden we daar helaas niet structureel voor gesubsidieerd. We geloven nochtans dat woonzorgcentra ook een preventierol te vervullen hebben”, zegt Tania Stalmans. Dirk Doucet illustreert: “door bijvoorbeeld het verzwakken van spieren aan te pakken met oefeningen en de juiste voeding zullen mensen minder snel vallen of naar een woonzorgcentrum moeten gaan. Met die kleine ingrepen kan je grote stappen vooruitzetten. Dat geldt ook voor het mentale welzijn. Suïcidaal gedrag komt meer voor bij oudere mannen omdat zij moeilijker over gevoelens kunnen praten. Hiervoor kunnen we preventieprogramma’s opzetten. Rond de toenemende digitale kloof kunnen wij eveneens iets doen. Als woonzorgcentrum zitten we tussen de mensen. We kennen de buurt en kunnen er op inspelen.” Tania Stalmans geeft aan dat de drempel van een buurtzorghuis enorm laag is. “De eerste kennismaking is vaak via het buurtrestaurant, maar het is veel meer dan dat. Mensen ontmoeten elkaar en gaandeweg komen de vragen. Dankzij de samenwerking met het lokale bestuur, dat bijvoorbeeld tussenkomt in de prijs van een maaltijd, kunnen ook mensen die het financieel moeilijker hebben naar het buurtrestaurant komen.”

Zowel professionele als informele actoren hebben hun rol in buurtzorg. “Lokale besturen, eerstelijnszones en alle professionele voorzieningen zijn belangrijke actoren. Maar er is meer dan dat. Ook socio-culturele organisaties en niet-professionelen moeten betrokken worden. Vergeet daarbij zeker niet de bewoners van de buurt”, adviseert Johan Roels. “In Holsbeek gaan we met lokale verenigingen naar de buurten om daar een buurtrestaurant op te zetten. De verenigingen geven aan dat ze zelf niet meer voor zoveel volk kunnen koken, dus doen wij dat. Maar de vereniging zorgt wel voor het onthaal en dergelijke meer. Wij werken dan ondersteunend voor de vereniging. We willen het niet overnemen, maar een meerwaarde kunnen zijn”, aldus Tania Stalmans.

Kwetsbaarheid

Het vertrekpunt van buurtzorg is kwetsbaarheid. “Er zijn vier vormen van kwetsbaarheid”, legt Dirk Doucet uit. “Cognitief, fysiek, psychisch en contextueel. Als je op één van deze vier elementen kan werken, kan je erg veel bereiken. We kiezen bewust voor de term ‘kwetsbaarheid’. Door te spreken over ‘ouderen’, ben je dichotoom aan het denken. Iemand is jong of oud en verder niets.” Tania Stalmans treedt hem bij: “we moeten loskomen van dat woord ‘oud’ waaraan we automatisch problemen aan koppelen. Het zorgt voor *ageism*. Oud worden is geen ziekte. We focussen ons te veel op wat mensen niet meer kunnen, maar we moeten vertrekken van wat er wel nog kan.”

Ook Dirk Doucet geeft aan dat we meer vanuit competenties moeten denken: “kijk naar het vrijwilligerswerk. Daar zitten heel wat mensen van 70 jaar of ouder die nog heel knappe dingen doen. Er zit dus nog heel veel kracht en mogelijkheden bij oudere mensen waardoor we er niet standaard vanuit mogen gaan dat ‘oud zijn’ alleen maar gepaard gaat met problemen.” Participatie is een kernwoord. “Je moet ervoor zorgen dat de mensen waarover het gaat, ook effectief vertegenwoordigd zijn. Nu horen we nog te vaak enkel de luidste stemmen die niet altijd individu-overstijgend zijn. De kwetsbare mensen horen we te weinig. Daar moeten we ons goed bewust van zijn”, zegt Dirk Doucet.

Omgevingsanalyse is de start

Buurtanalyse is cruciaal om buurtzorg te kunnen organiseren. “Elke buurt is specifiek en heeft andere actoren en noden. Vertrek vanuit de gegevens van de buurt zodat je gericht kan werken. Het is daarbij belangrijk om te durven experimenteren”, zegt Johan Roels. “Ga in dialoog met lokale actoren en kijk waar de gemeenschappelijke deler zit zodat je elkaar kan versterken. Er moet een goede wisselwerking zijn zodat je samen verbindende acties kan opzetten.”

Dat kunnen Tania Stalmans en Dirk Doucet alleen maar beamen. “In elk van onze vijf zorgbuurten is de situatie anders. Je kan geen *copy-paste* doen. Er bestaat geen definitie van ‘een buurt’. Het aantal inwoners kan variëren. De problematieken in een stad zullen anders zijn dan in een dorp. Bovendien kent elke buurt een andere cohesie”, zegt Tania Stalmans. “Dat klopt”, gaat Dirk Doucet verder. “Wiekevorst is een landelijk dorp met een groot verenigingsleven. Dan moet je eerst met die verenigingen in gesprek gaan om te zien waar lacunes zitten. Zo zagen we dat er in een bepaalde wijk veel anderstaligen wonen die, in tegenstelling tot de gemiddelde Wiekevorstenaar, niet gemakkelijk hun weg vonden naar dat verenigingsleven. Dat proberen wij aan te pakken. Het is niet aan ons om het verenigingsleven daar te gaan overnemen. Wij kunnen wel zorgen voor de cohesie rond de verenigingen. Je moet goed weten hoe een buurt in elkaar zit en welke actoren en ankerfiguren er zijn. Dat kom je te weten door met mensen op pad te gaan. Niet door te zeggen hoe het moet. Wel door af te toetsen waar noden zitten die nog niet vervuld zijn.”

Maatschappelijke uitdagingen

We leven in tijden van schaarste. Niet in het minst van personeel. Het buurtzorgmodel kan hierop een antwoord bieden. “We stevenen af op een steeds groter personeelstekort, dus is het cruciaal om de juiste dienstverlening voor de juiste doelgroep te organiseren. Kruisbestuiving is daarbij essentieel”, zegt Johan Roels. “*Partnerships* zijn cruciaal”, zegt ook Dirk Doucet. “Er is een tekort aan werkrachten en middelen, dus moeten we de krachten bundelen. Het concurrentiemodel waar

“Zorgzame buurten zouden op termijn de verschillende woon-leefconcepten moeten kunnen aanbieden zodat mensen de meest gepaste zorg krijgen. Het gaat om *ageing well in the right place*”

Dirk Doucet

we vroeger in zaten, is *passé*. Schaarste creëert mogelijkheden omdat organisaties elkaar gaan versterken. Daarnaast moeten we ook durven vertrekken van eigen kracht en verantwoordelijkheid. Iedereen moet nadenken over later. Er is nood aan solidariteit, maar ieder van ons heeft ook een verantwoordelijkheid.”

“We hebben heel wat maatschappelijke evoluties in beschouwing genomen bij het uitwerken van ons buurtzorgmodel. Enerzijds heeft een mens voorkeuren. En die verdwijnen niet met het ouder worden. Anderzijds zal het steeds minder evident worden om 24 op 7 alle zorg en ondersteuning aan huis te voorzien omdat er niet voldoende mensen en middelen zijn. Ook klassieke mantelzorg is steeds meer beperkt doordat de kinderen allebei werken of verder van huis wonen. Buurtzorg kan een manier zijn om met al die uitdagingen om te gaan”, zegt Dirk Doucet.

Regelgeving

Zorgnet-Icuro wil woonzorgcentra begeleiden in het opzetten van buurtzorgtrajecten. “Voorzieningen die er nog niet mee gestart zijn, willen we handvaten aanreiken om ermee aan de slag te gaan”, zegt Johan Roels. “Zo hebben we een werkgroep binnen Zorgnet-Icuro opgestart. Naast het ondersteunen van onze leden willen we ook beleidsmakers inspireren en drempels wegwerken. We vertrekken vanuit onze eigen expertise. Deze ligt in de ouderenzorg, maar een woonzorgcentrum heeft heel wat troeven. Er is 24 op 7 dienstverlening aanwezig waarop ook mensen buiten de muren van het woonzorgcentrum een beroep op zouden kunnen doen. Denk aan de mogelijkheden van kortverblijf of nachtopvang.”

“Het is wel nodig dat de wetgeving aangepast wordt zodat er minder schotten zijn. Zo mogen wij nu geen soepbedeling bij de school naast ons doen, terwijl het een *win-win* zou kunnen zijn voor beide partijen”, zegt Tania Stalmans. Dat beseffen ze ook bij Zorgnet-Icuro. “We zijn alle drempels van het regelgevend kader in kaart aan het brengen zodat we daarmee naar het beleid kunnen gaan. Initiatieven voor buurtzorg mogen niet belemmerd worden, ze moeten net structureel kunnen worden ingebed. De huidige projecten van zorgzame buurten van de Vlaamse overheid volgen we nauwgezet op zodat we hieruit kunnen leren en de middelen kunnen verduurzamen”, zegt Johan Roels. “We moeten vooral doen en niet alleen stilstaan bij drempels. De zorg voor ouderen is uitdagend en complex, maar ook mooi. Als woonzorgcentrum zit je midden in netwerken, een dorpskern, ... Maak daar gebruik van. Ga engagementen aan”, aldus Dirk Doucet. “Dat kan verlieslatend zijn en daarom hopen we dat de overheid ons daarin nog meer zal ondersteunen”, besluit Tania Stalmans.



“Ga in dialoog met lokale actoren en kijk waar de gemeenschappelijke deler zit zodat je elkaar kan versterken. Er moet een goede wisselwerking zijn zodat je samen verbindende acties kan opzetten”

Johan Roels



ECOLOGISCH BELEID IN HET ZIEKENHUIS

“Duurzaamheid zit in ons DNA”

TEKST: THOMAS DETOMBE • BEELD: JONATHAN RAMAEL

Ziekenhuizen staan voor de ecologische operatie van de eeuw. Want de gezondheidszorg draagt stevig bij aan klimaatverandering, en dat moet anders. Het Imeldaziekenhuis in Bonheiden is al een tijdje met die operatie bezig.

Facilitair directeur Stefaan Claeys en anesthesist dr. Guy Schols vertellen welke groene stappen je als ziekenhuis kan zetten en hopen daarmee anderen te inspireren. “Dankzij het bannen van lachgas en desflurane stoot anesthesie 90% minder CO₂ uit.”

Als de wereldwijde gezondheidszorg een land was, zou het de vijfde grootste uitstoter van broeikasgassen ter wereld zijn. Gezondheidsdiensten vertegenwoordigen maar liefst 4,4% van de globale uitstoot. In het Westen is dat aandeel nog hoger. Het zet de sector in een moeilijke spreidstand. Al in 2009 stipte *The Lancet* klimaatverandering aan als grootste bedreiging voor onze gezondheid. Hitte, overstromingen, ondervoeding, de verspreiding van ziektes en gedwongen migratie van miljoenen zullen burgers en gezondheids-systemen zwaar onder druk zetten. Wat dan met de *do not harm*-eet van Hippocrates, vroeg WHO-directeur Adhanom Ghebreyesus zich af. Ziekenhuizen vangen klimaatslachtoffers op, maar dragen tegelijk aanzienlijk bij aan klimaatverandering. Hij riep de wereld op tot actie: “Plaatsen waar men mensen geneest, moeten de weg wijzen, niet bijdragen aan de ziektelast.”

Meer dan de helft van de totale uitstoot komt uit fossiel energieverbruik: verwarming, koeling, ventilatie, het gebruik van machines en medische apparatuur. Maar ook voedsel, transport en vervoer, het gebruik van farmaceutische en chemische stoffen en afvalverwerking hebben een ecologische voetafdruk.



Ziekenhuizen vangen klimaatslachtoffers op, maar dragen tegelijk aanzienlijk bij aan klimaatverandering

Adhanom Ghebreyesus, WHO

België hinkt achterop

Vooral de Verenigde Staten, Canada en Australië scoren slecht. Per inwoner stoot hun gezondheidssysteem jaarlijks meer dan één ton CO₂ uit. Ook België hinkt achterop. Met een economisch aandeel van 10,3% stoot onze gezondheidszorg het CO₂-equivalent van 0,83 ton per persoon per jaar uit. Dat is 70% meer dan het EU-gemiddelde.

Een Belgisch ziekenhuis dat al jarenlang investeert in verduurzaming is het Imeldaziekenhuis in Bonheiden. Van de 1300 zonnepanelen op het dak tot recycleerbaar bestek bij geserveerde maaltijden, van extra fietsenstallingen tot een grote warmtekrachtkoppeling: stapsgewijs vergroent Imelda zijn hele werking. “Onze 1800 medewerkers verwachten dat ook”, begint facilitair directeur Stefaan Claeys. “Zeker de jonge generatie is erg milieubewust en zoekt manieren om duurzamer te leven. Bovendien ligt onze campus in een prachtige groene omgeving, vlakbij natuurgebied Mispeldonk. Personeel, patiënten en omwonenden maken over de middag vaak een wandeling op het domein. Recent installeerde het ziekenhuis in samenwerking met Natuurpunt acht boomstamzitbanken. We eten er ‘s middags onze boterhammen op, maar gebruiken ze ook voor buitenvergaderingen.”

Claeys: “Die groene inbedding doet veel mensen beseffen hoe kostbaar de natuur is. Dat merk je bijvoorbeeld als we plannen maken voor extra gebouwen. Zo’n uitbreidingen worden op alle niveaus grondig doorsproken. Een van de voornaamste bezorgdheden is altijd de omliggende natuur. Twee jaar geleden, bij de plannen voor een nieuwe parking, wilde bijvoorbeeld niemand dat de aanleg ten koste zou gaan van bomen. Het illustreert ieders betrokkenheid. Maar duurzaamheid is ook een economisch verhaal. Groene investeringen zijn prijzig, maar op langere termijn verdienen je ze gemakkelijk terug. De energiecrisis is wat dat betreft een hefboom. Onze energiekosten verzesvoudigden in drie jaar tijd. Meer dan ooit is het tijd om de groene bocht in te zetten.”

Grootverbruikers

“Als ziekenhuis met een verbruik van meer dan 0,1PJprim (primaire energie) zijn we een grootverbruiker. Dat betekent dat we moeten voldoen aan specifieke voorwaarden die de overheid oplegt. Tegen 2035 moeten we komaf maken met fossiele brandstoffen. Gelet op ons groot gasverbruik is dat, zoals voor alle ziekenhuizen, een bijzonder zware inspanning. Ook de netbeheerders zullen die inspanning moeten leveren. Alles omzetten naar eigen productie is bijna onmogelijk.”

We investeren volop in hoogrendementsglas en isoleren het hele ziekenhuisgebouw. Dat doen we noodgedwongen stap voor stap. We hebben een relatief oud en dus minder goed geïsoleerd gebouw. Alles aanpassen aan de nieuwste energienormen is een proces van jaren. In 2014 installeerden we een grote warmtekrachtkoppeling, drie jaar geleden plaatsten we 1300 zonnepanelen. Die zorgen samen voor een energiebesparing van 23%. We hebben daarnaast plannen voor 1800 bijkomende zonnepanelen op het dak van de parking. Voorlopig staat dat project echter *on hold* omwille van ruimtelijke regelgeving. We mogen ze niet plaatsen op de plek waar we dat zouden willen. Jammer uiteraard, want er valt geen tijd te verliezen.”

Duurzaam aankoopbeleid

Claeys: “In ons aankoopbeleid werd duurzaamheid een belangrijk criterium. Nieuwe verlichting is ledverlichting, bij nieuwe kledij of wasmachines stellen we ons de vraag hoeveel water en energie er nodig is om te wassen. Onze nieuwste arbeidskledij bestaat sinds kort voor 99% uit micropolyster, een bio-afbreekbare stof. In recent gebouwde ziekenhuisafdelingen recupereren we hemelwater voor sanitair gebruik. En onze nieuwe inkomhal kreeg een groen dak.”

“Daarnaast recycleren we zo veel mogelijk. Afdekmaterialen uit operatiekwartieren belandde vroeger bij het restafval en werd verbrand. Vandaag halen we de blauwe doeken uit elkaar en sturen we ze naar de sociale werkplaats ons Tehuis Brabant vzw. Daar verwijdert men de kleefband en stickers en perst men de doeken samen tot balen. Die gaan vervolgens naar een recycler waar men alles wast, vermaakt en smelt. Zo krijgen de doeken een nieuw leven als folie, speelgoed, plantpotten, enzovoort. Sinds augustus 2020 recycleerden we zo al meer dan 4 ton afdek materiaal!”

“Medisch materiaal hergebruiken we, in de mate van het mogelijke. Jammer genoeg botst dat recyclagebeleid soms met strenge regelgeving. Voor steeds meer toepassingen stuurt de overheid aan op eenmalig gebruik van medisch materiaal. Recyclage in het ziekenhuis is dan niet meer mogelijk. In die gevallen moet je creatief zijn en partnerbedrijven zoeken die nog wél reglementair mogen recycleren. Dat maakt onze logistieke lijnen natuurlijk complexer. Soms kan je vanuit veiligheidsoverwegingen niet anders dan kwistig omspringen met natuurlijke hulpbronnen. De strijd tegen de legionellabacterie voeren we noodgedwongen via warmtespoeling van onze leidingen. Dat vergt veel water én veel energie. Maar we blijven een



“Intussen is iedereen zich bewust van ons duurzaamheidsbeleid. Mensen zijn er fier op en denken actief mee over wat beter kan”

Dr. Guy Schols

ziekenhuis. Verduurzaming mag geen risico's creëren voor patiënten of medewerkers.”

Lachgas in de ban

Dr. Schols, anesthesist in het Imeldaziekenhuis, zocht binnen zijn specialisme naar een compromis tussen verduurzaming en veiligheid. Met spectaculaire resultaten. Anesthesie stoot vandaag 90% minder CO₂ uit dan enkele jaren geleden. Traditioneel is anesthesie een CO₂-intensieve praktijk. Binnen de heelkundige ingrepen staat het voor 50% van de totale uitstoot. “Tien jaar geleden stonden we daar nauwelijks bij stil”, vertelt Schols. “Bij verdovingen gebruikten we sevoflurane, desflurane en lachgas door elkaar. Toen we de voetafdruk van die producten analyseerden, bleek lachgas als broeikasgas 60 keer sterker te zijn dan sevoflurane. Desflurane is 15 maal sterker.”

“Dat was voor ons het signaal om een concreet actieplan op te stellen. Inmiddels is ons operatiekwartier volledig vrij van lachgas en desflurane. Een bewuste keuze. Collega's alleen sensibiliseren volstaat immers niet. Van de 15 artsen zullen er altijd 2 of 3

iets minder milieubewust zijn. Als zij sporadisch wel nog lachgas zouden gebruiken, doen ze het werk van de anderen onmiddellijk teniet. Terzelfdertijd proberen we het overgebleven sevoflurane efficiënter te gebruiken. Daarvoor vernieuwden we de hele keten medische apparatuur op de afdeling, denk bijvoorbeeld aan beademingstoestellen. Deze nieuwe high-end toestellen zijn 25% duurder dan gemiddeld, maar ze gaan efficiënter om met een product als sevoflurane. Eén of twee toestellen vervangen heeft weinig zin, omdat de hele keten elkaar beïnvloedt. Oudere toestellen verhinderen dat nieuwe apparatuur op maximale capaciteit werkt. Of omgekeerd: individuele toestellen worden zuiniger als je ze samen met andere zuinige toestellen inzet. Het is een beetje het verhaal van de zwakste schakel die de sterkte van de hele ketting bepaalt.”

“Ook sevoflurane willen we in de toekomst bannen”, blikt Schols vooruit. “Dat zou neerkomen op volledig intraveneuze anesthesie. Vandaag start een operatie meestal met een intraveneuze verdoving, waarna we overschakelen op een gasmasker. Op termijn moet



ook deel twee van een verdoving intraveneus kunnen verlopen. Daarvoor hebben we wel speciale pompen en betrouwbare doseringstechnieken nodig. In principe kan het, het staat ook op de planning. Al is het meeste laaghangend fruit intussen al geplukt. Met het afscheid van lachgas en desflurane en de vernieuwing van onze apparatuur opereren we vandaag veel CO₂-vriendelijker dan voorheen. Het grootste werk is gedaan.”

Nederland als gids

Met 0,71 ton CO₂-uitstoot per inwoner stoot de Nederlandse gezondheidszorg 17% minder broeikasgassen uit dan Vlaanderen. Dat is vermoedelijk geen toeval. In 2015 en 2018 werd in Nederland de ‘Green Deal duurzame zorg’ gelanceerd. 95 zorgorganisaties engageerden zich om tegen 2030 bijna de helft minder CO₂-uit te stoten. Daarnaast streven ze naar een circulaire bedrijfsvoering en een duurzamer afvalbeleid. Volgens het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde zijn alvast 17 ziekenhuizen goed op weg om hun CO₂ doelstelling te halen.

“Nederland is een gidsland, zeker wat betreft anesthesie”, bevestigt Schols. “De wetgeving is er ook dwingender dan hier. Onze noorderburen maken werk van CO₂-vriendelijke ziekenhuizen. We volgen aandachtig wat ze doen en hoe ze het doen. Op fora en gemeenschappelijke overlegmomenten wisselen we ervaringen uit.” Diezelfde uitwisseling vindt ook plaats tussen Belgische ziekenhuizen, bijvoorbeeld binnen het Vlaams Ziekenhuisnetwerk, maar ook één op één. “Het is fijn om anderen te inspireren”, vertelt Schols.

“Duurzaamheid is ook een economisch verhaal. Onze energiekosten verzesvoudigden in drie jaar tijd”

Stefaan Claeys

“Momenteel testen we samen met het UZ Leuven de techniek van *scavenging*. Daarbij vangen we uitgedemde stoffen op zodat ze niet meer in de atmosfeer terecht komen.”

In Imelda gaat technologische en organisatorische innovatie hand in hand. “Niet alles komt neer op peperdure toestellen”, legt Claeys uit. “Veel duurzame aanpassingen groeien van onderuit en zijn een kwestie van visie. Dat we onze warme en koude maaltijden vandaag niet langer in plastic verpakkingen aanbieden, danken we aan het keukenpersoneel. Zij stelden zich – terecht – als eerste vragen over plastic bestek en voorverpakt brood.”

1000 potjes per dag

Claeys: “Hun voorzet resulteerde onder andere in ons ‘1000 potjes per dag beleid’. Enkele jaren geleden kreeg elk personeelslid een afsluitbaar glazen eetbakje cadeau. Iedereen gebruikt dat inmiddels om zijn of haar slaatje op te pikken in de cafetaria. Zo vermijden we 1000 plastic wegwerkverpakkingen per dag. Intussen pakken we ook de maaltijden voor patiënten anders aan. We koken bewust met seizoensgebonden producten en serveren alle maaltijden met recycleerbaar of bio-afbreekbaar bestek. Patiënten geven vooraf door hoeveel boterhammen ze willen, zodat we het juiste aantal onder een afwasbare stolp kunnen serveren. Met onverpakt brood vermijden we ongeveer 662 kilogram plastic afval per jaar. Bovendien maakt de ban van plastic onze maaltijden aantrekkelijker.”

“Intussen is iedereen zich bewust van ons duurzaamheidsbeleid”, vult dr. Schols aan. “Mensen zijn er fier op en denken actief mee over wat beter kan.” Claeys pikt in: “Die betrokkenheid creëert ook draagvlak. We hoeven vrijwel nooit iets tegen de zin van het personeel door te duwen. Medewerkers zijn blij met de nieuwe fietsstallingen, of met de jaarlijkse fietsmaand waarin we fietsende collega’s belonen met een attentie.”

“Duurzaamheid maakt stilaan deel uit van ons DNA”, besluit Schols. “Mensen motiveren elkaar sterk. Onlangs bracht een collega zijn boterhammen mee in aluminiumfolie. Zijn collega’s spraken hem daarover aan. Ze verwezen vriendelijk naar het glazen bakje dat iedereen drie jaar geleden voor Kerst gekregen had. Was dat geen betere oplossing? In alles voel je dat mensen met duurzaamheid bezig zijn.”

“De ban van plastic maakt onze geserveerde maaltijden aantrekkelijker

Stefaan Claeys





FORENSISCH AMBULANT BEHANDELTEAM FRONTA NU
OOK ACTIEF IN DETENTIEHUIS KORTRIJK

**“Veel delinquenten
kunnen we effectief
helpen. Anders hield
ik deze job niet vol”**

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: TINI CLEEMPUT

Fronta is het forensisch ambulante behandelteam van CGG Mandel & Leie, CGG Largo en CAW Zuid-West-Vlaanderen. Het team werkt met volwassenen met een psychische kwetsbaarheid en (dreigend) grensoverschrijdend gedrag. Fronta werkt zowel in als buiten de gevangenis en sinds kort ook in het allereerste detentiehuis in Kortrijk. Coördinator Silke Nelis van Fronta is psychologe en combineert het werk op het terrein met beleidswerk.

“CGG Mandel en Leie en CGG Largo vonden elkaar in een samenwerkingsverband voor delinquenten, specifiek voor daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag”, vertelt Silke Nelis. “Gaandeweg merkten we dat er nog andere types daders zijn met nood aan hulpverlening. We wilden onze expertise ruimer inzetten. Centraal staat de visie van waaruit je met die cliënten aan de slag gaat. Cliënten niet enkel zien als daders die je moet begrenzen en voor wie je op je hoede moet zijn, maar in de eerste plaats als mensen zoals jij en ik. ‘Hurt people hurt people’ herinnerde een collega me onlangs nog. Gekwetste mensen kwetsen mensen. Dat klopt helemaal. Door die andere bril op te zetten, zie je die cliënten anders. Je ziet ook hun krachten en hun goedheid, zonder blind te worden voor de risico’s en voor wat ze gedaan hebben. Het gaat om een basishouding, waarbij je achter de dader ook nog de mens ziet.”

“In de reguliere hulpverlening botst deze doelgroep vaak op een *njet*, omdat de expertise ontbreekt. Daarom beslisten we om de doelgroep van ons forensisch team uit te breiden tot iedereen die grensoverschrijdend gedrag stelt of dreigt te stellen. Het gaat om vrijwillige begeleidingen, begeleidingen onder voorwaarden en begeleiding van daders in de gevangenis. Een heel breed spectrum dus.”

“Parallel was er de werking van het daderteam van het CAW Zuid-West-Vlaanderen. Het CAW was vooral actief op de eerste lijn, wij vooral op de tweede lijn voor daders met een zwaardere psychische problematiek. In de praktijk was het verschil in behandelaanpak beperkt. Daarom hebben we twee jaar geleden de krachten gebundeld. Sindsdien vormen we met de twee CGG’s en het CAW één groot forensisch team voor de hele regio: Fronta.”

Premotivatieel programma

“Om het hele veld te bestrijken en niet alleen te focussen op de zwaardere cases, zoals we dat in het CGG gewoon waren, hebben we een premotivatieel programma uitgebouwd. Hiermee bereiken we vooral de mensen die vroeger door het CAW gezien werden. Het premotivatieel traject is voor mensen zonder hulpvraag, zonder zelfinzicht of zonder motivatie: mensen die zichzelf goedpraten, die de feiten relativiseren of in ontkenning gaan. Vaak dreigen die tussen de mazen van het net van de hulpverlening te vallen. Hen bieden we nu een traject aan om de mogelijkheden te onderzoeken. Soms groeit het vertrouwen na drie of vier sessies en kunnen we alsnog een begeleiding starten.”

“Vaak vormen schaamte en schuld een drempel die we hen moeten helpen overwinnen. Zeker bij zedenfeiten. De feiten ontkennen hoeft op zich niet negatief te zijn: het bewijst dat de dader weet dat de feiten niet oké zijn. Als je daar dieper op ingaat, kan je veel bereiken.”

“Wie ook gebaat is bij een premotivatieel traject, zijn mensen van wie het vertrouwen al dikwijls geschonden is. Bijvoorbeeld omdat ze in de hulpverlening van het kastje naar de muur zijn gestuurd of omdat ze hun verhaal telkens opnieuw moeten herhalen als ze weer eens een andere hulpverlener voor zich krijgen. Die mensen hebben het dikwijls opgegeven, maar we proberen ze opnieuw te motiveren.”

Detentiehuis Kortrijk

“We werken zowel binnen als buiten de gevangenis, meer specifiek de gevangenis van Ruiselede en Ieper. Maar omdat Ieper nu verbouwd wordt en ten vroegste eind 2023 weer in gebruik genomen wordt, hebben we op dit ogenblik wat middelen vrij van het Strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden. Die middelen gebruiken we nu voor het detentiehuis in Kortrijk, waar ook een ESF-project (Europees Sociaal Fonds, red.) aan gekoppeld is.”

“Je mag een detentiehuis niet beschouwen als een gevangenis, ook al zitten de bewoners er opgesloten. Ze wonen niet in cellen, maar in leefgroepen”

“In het detentiehuis spreken we niet van gedetineerden, maar van bewoners. Het huis in Kortrijk is in gebruik sinds september 2022. Voorlopig verblijft er een tiental personen – uitsluitend mannen – maar dat aantal zal toenemen in de loop van 2023. Het gaat om mensen met een gevangenisstraf van minder dan drie jaar. Ze gaan bij het definitief worden van hun straf eerst naar een gevangenis. De gevangenisdirectie en de psychosociale dienst bekijken of de persoon in aanmerking komt voor een detentiehuis. Zo ja, dan is er een intake met de psychosociale dienst en het detentiehuis. De potentiële bewoner moet zelf ook akkoord gaan met het volgen van een intensief begeleidingstraject. Zedendelinquenten en veroordeelden in terreurdossiers komen niet in aanmerking.”



“*‘Hurt people hurt people’
herinnerde een collega me
onlangs nog. Gekwetste
mensen kwetsen mensen.
Dat klopt helemaal*”

“Je mag een detentiehuis niet beschouwen als een gevangenis, ook al zitten de bewoners er opgesloten. Ze wonen niet in cellen, maar in leefgroepen. Ze participeren actief in de voorbereiding op hun terugkeer naar de samenleving. De link met de buitenwereld blijft behouden. Sporten doen ze niet in het detentiehuis, maar zo veel als mogelijk in de samenleving. Ook een deel van de begeleiding vindt buiten de muren van het detentiehuis plaats. Velen gaan overdag naar hun werk, ze zoeken een woonst of gaan naar een psycholoog. Onlangs is een detentiebegeleider een toertje gaan lopen met een bewoner. Er wordt veel meer schouder aan schouder gewerkt dan in een gevangenis.”

“De bewoners in een detentiehuis hebben niet per definitie een psychische kwetsbaarheid. Met elke nieuwe bewoner hebben we een kennismakingsgesprek, maar niet iedereen heeft begeleiding van het forensisch team nodig.”

**“Onlangs is een
detentiebegeleider een
toertje gaan lopen met
een bewoner. Er wordt
veel meer schouder aan
schouder gewerkt dan in
een gevangenis”**

“Fronta is van meet af aan betrokken bij het detentiehuis. Het is voor iedereen nog wat zoeken. In het kader van het ESF-project volgt een onderzoeker van UGent het allemaal mee op: wat werkt er en wat niet, voor welke populatie biedt dit kansen, wat is nodig voor een reclasseringsplan dat werkt? Op basis daarvan zullen elders in Vlaanderen nog detentiehuisen opgericht worden. Wij verrichten pionierswerk. Of ook die andere detentiehuisen een samenwerking met een forensisch team van een CGG of CAW zullen hebben, is lang nog niet duidelijk. Meer zelfs, als de gevangenis in leper terug in gebruik genomen wordt, is het maar de vraag waar we met Fronta de middelen zullen halen om actief te blijven in het detentiehuis Kortrijk.”

Effectief helpen

“Veel delinquenten hebben een psychische kwetsbaarheid en kunnen we effectief helpen. Anders zou ik deze job niet volhouden. Het is een boeiende populatie om mee te werken, maar het vergt een specifieke basishouding. Zelfs aan mijn vrienden en mijn oma moet ik het vaak uitleggen: we keuren uiteraard de gepleegde

feiten niet goed, maar we proberen wel de achtergrond te begrijpen van waaruit de feiten gepleegd zijn. Als we weten welke nood of behoefte aan de oorsprong van de feiten ligt, kunnen we onderzoeken of we die nood of behoefte op een andere manier kunnen lenigen. Sommige mensen hebben bepaalde vaardigheden nooit aangeleerd of ze kampen met zulke zware psychische problemen, dat ze de zaken niet zonder hulp op een goede manier kunnen aanpakken. Door die vaardigheden aan te leren en de psychische problemen te behandelen, bereiken we heel wat. Van wie opgroeit in een destructief, gewelddadig en verwerpend gezin kan je niet zomaar verwachten dat hij op een gezonde manier kan omgaan met emoties of zware tegenslagen. Wij proberen dat aan te leren, zodat ze ander gedrag stellen. Of neem een man die keer op keer bij de plaatselijke jeugdbeweging inbreekt om de opbrengst van een wafelenbak te stelen om zijn gezin te kunnen onderhouden. We keuren die diefstallen niet goed, maar we begrijpen wel de drang van die man om zijn gezin te onderhouden. Samen zoeken we dan naar oplossingen.”

“De doelgroepen in de gevangenis, in een detentiehuis of zij die we ambulantly opvolgen, verschillen uiteindelijk niet zoveel van elkaar. Al moeten we de noden van de bewoners in een detentiehuis nog beter leren kennen. Maar ambulantly of in de gevangenis: de mensen en hun problemen zijn gelijkaardig. Er is wel een verschil in aanpak. Mensen in de gevangenis zijn niet verplicht om ons te vertellen welke feiten ze gepleegd hebben. Hun hulpvraag is ons vertrekpunt. Buiten de gevangenis verwachten we wel openheid over de feiten. We nemen tijd om het vertrouwen te laten groeien, maar uiteindelijk hebben we ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid en moeten we de risico’s kunnen inschatten. Een duidelijke scheidslijn bestaat ook hier niet. Je hebt mensen die hele lichte feiten gepleegd hebben maar een zeer zware rugzak met zich meetorsen. En je hebt mensen met een minder zware rugzak die heel ernstige delicten hebben gepleegd.”

Context betrekken

“De meeste Fronta-clënten worden aangemeld vanuit het Justitiehuis en vanuit de psychosociale dienst van de gevangenis. Ook ziekenhuizen, huisartsen en psychologen verwijzen weleens een cliënt. Qua aanpak maken we geen verschil tussen vrijwillige cliënten of cliënten onder voorwaarden. Het is belangrijk dat mensen willen stilstaan bij hun problemen en ermee aan de slag willen. Als zelfs na een pre-motivationeel traject blijkt dat die wil er niet is, dan stopt het voor ons.”

“In Fronta werken we als psychologen – net als alle andere teams van het CGG – altijd samen met een psychiater, met agogische medewerkers en met psychosociaal medewerkers. Nog meer dan de psychologen betrekken die laatste de context van de cliënt. Ze brengen de ‘belangrijke anderen’ en hun noden in



“Zelfs aan mijn vrienden en mijn oma moet ik het vaak uitleggen: we keuren uiteraard de gepleegde feiten niet goed, maar we proberen wel de achtergrond te begrijpen van waaruit de feiten gepleegd zijn”

kaart. De context is vaak ook slachtoffer, zij het indirect. Als de politie bij jou binnenvalt en de laptop van je partner in beslag neemt op verdenking van kinderporno, dan doet dat iets met je. Niet alleen het vertrouwen in je partner is op dat moment geschaad, je hebt allicht ook zelf hulp en begeleiding nodig om het antwoord te vinden op de duizend-en-een vragen die dan op je afkomen. Soms zijn er kinderen betrokken. Denk aan familiaal geweld. Alleen al de vraag ‘Wat kunnen we voor je doen?’ kan zoveel betekenen voor mensen.”

“De context kan dikwijls ook extra informatie geven. Als iemand iets wil vertellen of verduidelijken, zullen we er altijd naar streven om de dader daarbij te betrekken. Het is altijd beter als de cliënt bij zo’n gesprek aanwezig is. Het helpt bij het herstel van het vertrouwen. We betrekken de context bij alles wat we doen, zodat die mensen op de hoogte zijn: wie zijn we en wat doen we? Ook over concrete kwesties geven we informatie en educatie: wat is kinderporno, waarom grijpt iemand naar kinderporno ... Die educatie laten we doorgaans over aan een collega die niet rechtstreeks bij dat specifieke dossier betrokken is, zodat we het vertrouwen van de cliënt en het beroepsgeheim niet schenden.”

“Als cliënten verwezen zijn in het kader van een gerechtelijke maatregel, hebben we een rapportageplicht. We rapporteren echter alleen over het verloop van de begeleiding – hoeveel sessies zijn er, komt de cliënt opdagen ... We delen nooit inhoudelijke informatie.”

“Natuurlijk, als er ooit concrete aanwijzingen zouden zijn dat er opnieuw feiten plaatsvinden of dat er een groot risico bestaat, dan verwittigen we de justitie-assistent. De cliënten zijn daarvan op de hoogte. Ook als iemand met suïcidegedachten worstelt en we schatten het acute risico hoog in, schakelen we extra hulp in.”

Voeling met de realiteit

“In Fronta combineer ik halftijds coördinatie- en beleidswerk met halftijds cliëntwerk. Dat is een bewuste keuze. Ik wil voeling houden met de realiteit van het werken met cliënten. Als op een beleidsvergadering een of andere nieuwe constructie wordt besproken, maak ik direct de vertaling naar concrete cliënten: wat zou dat voor die persoon betekenen? Wat is er goed aan? Of waarom is het geen goed idee? Vanuit de praktijk voel ik me beter gewapend om het beleid te helpen sturen.”

“Het belangrijkste wat ik vanuit mijn forensische ervaring geleerd heb, is dat je niet te snel mag denken dat je het weet. Te vaak denken we te begrijpen waarom iemand iets doet. Maar dikwijls moeten we dieper graven voor we tot de kern komen. Dat maakt deze job zo mooi. We werken vanuit een sterk team met mensen die vaak uitgespuwd worden door de maatschappij. Maar als een collega jou dan herinnert aan ‘*hurt people hurt people*’, dan weet je weer waarom je het doet.”



ONDERSTEUNENDE OF MEDISCHE DIENSTEN
GEZAMENLIJK ORGANISEREN EN AANBIEDEN

“*Shared service centers* bevorderen samenwerking tussen ondernemende zorgorganisaties”

TEKST: LORE GEUKENS EN EVA DE WAL

Zorgorganisaties kunnen op verschillende manieren samenwerken en zo hun krachten én middelen bundelen. Een van die mogelijkheden is het oprichten van een *shared service center*, een platform om ondersteunende of medische diensten gezamenlijk te organiseren en aan te bieden.



“In een *shared service center* kan je creatief te werk gaan zonder een specifiek opgelegd keurslijf”

BEELD: PETER DE SCHRYVER

Lore Geukens

Een gedeeld dienstenplatform

Zorgvoorzieningen kunnen een *shared service center* of een gedeeld dienstenplatform opzetten voor uiteenlopende diensten, zoals de centrale organisatie van de financiële dienstverlening of ICT, een overkoepelende schoonmaakdienst of keuken, of het gezamenlijk inzetten van externe expertise.

De leden die deelnemen aan het platform bepalen contractueel welke diensten gemeenschappelijk worden beheerd en aangeboden; en onder welke voorwaarden en afspraken. Een *shared service center* kan een antwoord bieden op de vraag hoe men efficiënt kan samenwerken zonder helemaal te integreren, of finaal tot fusie over te gaan.

De voordelen liggen voor de hand: kosten kunnen worden gedeeld; bijkomende belastingen door het aanrekenen van btw kunnen worden vermeden; er zijn schaalvoordelen te realiseren met interessante volumekortingen; en door samenwerking kan men een verhoging van kwaliteit en innovatie bereiken.

Juridische verankering

Een *shared service center* is een initiatief van ondernemende voorzieningen die een bepaalde bedoeling hebben en die willen uitwerken. Lore Geukens, juridisch stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro legt uit hoe dit op verschillende manieren kan worden georganiseerd.

Services delen op contractuele basis

Alle betrokken partijen komen in wederzijds overleg tot afspraken die vastgelegd worden in een ondertekende overeenkomst. De overeenkomst beschrijft het doel van de samenwerking en de wijze waarop de partijen dat doel willen realiseren. Een dergelijke overeenkomst geldt voor alle partijen alsof het een wet zou zijn. Correcte kostenafrekeningen zijn noodzakelijk.

Services delen via een rechtspersoon

Partijen kunnen ook beslissen de samenwerking in een aparte rechtsvorm onder te brengen, met een eigen entiteit, die zich onderscheidt van de leden. In dat geval zullen ze een rechtspersoon oprichten in lijn met de wet vennootschappen en verenigingen. Die rechtspersoon kan een nieuwe vereniging zijn, met nieuwe statuten. Maar ook een bestaande vereniging kan een nieuwe doelstelling en een aangepast voorwerp krijgen, mits aanpassing van de statuten. De statuten stellen de leden aan, benoemen de bestuurders en leggen het intern samenwerkingsreglement vast.

Voorwaarden voor de oprichting van een *shared service center*

Zorgorganisaties vinden een gezamenlijk draagvlak om in meer of mindere mate samen te werken. Daarvoor moeten een aantal sleutelvoorwaarden ingevuld zijn.

1. Vertrouwen

Een allereerste en absolute voorwaarde is dat er vertrouwen is tussen de verschillende partijen om samen een *shared service center* op te richten. Hierbij is het belangrijk dat de doelstellingen en de verwachtingen van de SSC helder worden gesteld en uitgesproken.

2. Evenwichtige afspraken

Vóór de oprichting van een *shared service center* leg je best duidelijke afspraken en regels vast. Denk hierbij aan duidelijke afspraken over de financiële afrekening van activiteiten binnen de SSC (de verdeelsleutels).

3. Gelijke verwachtingen

Een derde voorwaarde is dat het ambitieniveau van de verschillende entiteiten hetzelfde is, zodat er met gelijke snelheid binnen de SSC kan worden samengewerkt. In de mate van het mogelijke ligt de maturiteit van elke deelnemende organisatie op eenzelfde niveau.

4. Heldere structuur

Bij de uitwerking van een SSC is de implementatie van een transparante organisatiestructuur nodig, met een getrouwe weerspiegeling van de machtsverhoudingen tussen de verschillende organisaties.



In de praktijk

Zorgnet-Icuro deed een bevraging bij de Vlaamse ziekenhuizen in 2022, waaraan 38 ziekenhuizen deelnamen. Daaruit blijkt dat aangegeven dat 7 op de 10 ziekenhuizen beroep doen op externe dienstverlening voor heel diverse doelen. Zo'n 8 op de 10 nemen deel aan een aankoopplatform. In de praktijk werkt men samen op een variatie aan manieren. We spraken met een aantal mensen uit het veld.

Zelfstandige groepering met rechtspersoonlijkheid

Bart Van Bree, afgevaardigd bestuurder AZ Rivierenland, vertelt hoe zij een samenwerkingsrelatie met AZ Monica hebben uitgebreid en verankerd. Beide ziekenhuizen werkten al lang samen rond low care nierdialyse. De mogelijkheden om kosten te delen en daarbij de aanrekening van btw te vermijden, was de aanleiding om dat uit te breiden naar magazijn en aankoop. Ze turnden de reeds bestaande vzw om naar een kostendelende vereniging (nu: zelfstandige groepering) door de statuten aan te passen. De zelfstandige groepering die hier ook rechtspersoonlijkheid heeft, laat toe om gezamenlijk personeel op de payroll te zetten. Dat is momenteel nog in volle ontwikkeling.

“Samenwerken is niet enkel een optie, maar een must voor de toekomst”

Bart Van Bree



BEELD: JONATHAN RAMAEL

Bart Van Bree: “Het grootste voordeel, naast het delen van kosten, is dat een ingebedde samenwerking kan verankerd worden tussen twee organisaties, en dat die nog verder uitgebreid kan worden naar het netwerk. In de toekomst moeten we op die weg verdergaan, ook bijvoorbeeld voor gespecialiseerde profielen zoals DPO's en stralingsdeskundigen. Kijken we ook naar de exploderende kosten waar de hele sector mee te maken heeft, dan is samenwerken niet enkel een optie, maar een must voor de toekomst.”

Gezamenlijke keuken ziekenhuis en woonzorgcentrum

Het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt werkt sinds enkele jaren samen op lokaal niveau met een woonzorgcentrum in de buurt. Omdat de keuken meer capaciteit had dan nodig is voor enkel het ziekenhuis, hebben ze die uitgebreid naar het wzc. Dat zorgt ervoor dat de vaste kosten over meer maaltijden kunnen gespreid worden. Het personeel wordt gedeeld over beide entiteiten via een daarvoor opgerichte kostendelende vereniging (nu: zelfstandige groepering). Gerdy Dezutter, financieel-administratief directeur van het Sint-Andriesziekenhuis benadrukt dat de insteek vanaf het begin duidelijk moet zijn onder de partners: samen iets organiseren om schaalvoordelen te realiseren, om de kosten optimaal te beheeren. Het is belangrijk dat er eerlijke afspraken worden gemaakt over hoe de kosten over de partners verrekend zullen worden. Helderheid en transparantie moet faciliteren dat er vertrouwen is tussen de deelnemers.

Gerdy Dezutter: “Als het gaat over *shared service centers* in de zorg zijn er verschillende mogelijkheden. Je moet erin slagen om er samen een win-win van te maken. De basis is vertrouwen in elkaar. Elkaar recht in de ogen kunnen kijken, en dan in alle helderheid en transparantie eerlijke regels toepassen zodat alle partners er beter van worden.”

“De basis is vertrouwen in elkaar. Je moet erin slagen om er samen een win-win van te maken”

Gerdy Dezutter



“De associatie staat dienstverlening op vlak van het klinisch labo toe aan de eerste lijn en woonzorgcentra in de regio. De middelen die we daarbij genereren kunnen we dan ook terug in de gezondheidszorg investeren”

Rudy Van Ballaer



Associatie van medisch-technische diensten zonder rechtspersoonlijkheid

Samenwerking tussen de ziekenhuizen in de Kempen bestaat al geruime tijd. Rudy Van Ballaer, algemeen directeur AZ Herentals en coördinator van het Ziekenhuisnetwerk Kempen licht toe hoe ze dat concreet in praktijk brengen bij de centralisatie van de laboratoria.

De gemeenschappelijke exploitatie van de labo's wordt daar georganiseerd door twee afzonderlijke associaties over de ziekenhuizen heen. Beide associaties zijn door de Vlaamse overheid erkend. Voor elke associatie werd een overeenkomst opgesteld, met telkens een belangrijke financiële component. Het financieel model houdt in dat alle inkomsten en kosten worden gepoold en volgens de vooraf bepaalde afspraken wordt het saldo verrekend tussen de ziekenhuizen. Het personeel blijft contractueel op de plaats waar de activiteiten uitgevoerd worden. Voor het labo anatomopathologie is er een belangrijke centralisatie gebeurd in het hoofdlabo in AZ Turnhout, waar het personeel is overgegaan naar een contract daar. Voor het labo klinische biologie is het iets complexer: daar is in alle ziekenhuizen nog belangrijke activiteit. Het personeel blijft dan ook op de afzonderlijke payrollen van de verschillende ziekenhuizen.

De associaties bieden heel wat voordelen. **Rudy Van Ballaer:** “We denken samen na over investeringen, in innovatie en technologie. Wat gaan we waar doen? We waken over een optimale aanwending van de beschikbare middelen. Er wordt zoveel

mogelijk naar standaardisatie toe gewerkt. Er zijn uiteraard schaalvoordelen doordat we voor veel grotere hoeveelheden reagentia en toestellen kunnen aankopen. Het staat ook subspecialisatie toe van de laboranten en klinisch biologen. We kunnen gezamenlijk werken aan kwaliteitshandboeken en accreditaties. Dat maakt dat expertise en alles rond kwaliteit veel sneller kan doorstromen over de verschillende sites. Een gezamenlijk labo-informaticasysteem waarbij alles vanuit hetzelfde platform gebeurt, ook voor het elektronisch patiëntendossier, vormt een stevige backbone. Het gaat dus zeker niet enkel over het financieel verhaal, maar ook over belangrijke voordelen op vlak van kwaliteit.”

Op lokaal vlak biedt de associatie ook opportuniteiten, legt Rudy Van Ballaer uit. “We bieden dienstverlening op vlak van het klinisch labo aan huisartsen en woonzorgcentra uit de regio. Met de zorgverleners worden afspraken gemaakt, maar zij maken geen deel uit van de associatie. We halen stalen bij hen op en proberen hen dezelfde of een betere service te bieden die ze van de privélabo's krijgen. Dat kan je als standalone ziekenhuis of labo niet. De middelen die we daarbij genereren kunnen we dan ook terug in de gezondheidszorg investeren.”



Een uitgebreide versie van dit artikel met cijfer rapport kan u lezen op zorgnet-icuro.be/zorgwijzer.

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@zorgnet-icuro.be

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 107, januari 2023, p. 4-7). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgnet-icuro.be

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

www.zorgnet-icuro.be

