

# zorgwijzer 109



DOSSIER: ZORG IN DETENTIE

**“Leven in de gevangenis  
is ongezond”**

Kristel Beyens



# IN DIT NUMMER

Editoriaal.....	3	Woonzorgcentrum De Overbron en vergunde zorgaanbieder Zonneliëd werken samen.....	32
Zorg in detentie.....	4	Khalid Benhaddou adviseert in omgang met diversiteit en islam .....	38
10 vragen aan de zorgwijze .....	22	Instituut voor Tropische Geneeskunde .....	42
WHO-rapport over financiële bescherming in België.....	24		
Publiekscampagne over ouder worden en de toekomst van de zorg.....	28		



Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

## De vergeetput van de samenleving

Hoe is het gesteld met onze gezondheidszorg achter tralies? Op die vraag laten verschillende experts en zorgverleners uit de praktijk in deze Zorgwijzer hun licht schijnen. Hun getuigenissen en bevindingen doen je bijwijlen kippenvel krijgen. Met rake woorden beschrijven ze hun gevoel van machteloosheid. Gedetineerden hebben recht op dezelfde gezondheidszorg als buiten de gevangenis, zowel somatische als geestelijke gezondheidszorg. Maar dat is vooral een mensenrecht op papier; in de praktijk krijgen ze heel vaak geen of te weinig zorg. Omdat het gevangenisregime dat niet toelaat, omdat er te weinig aanbod is, personeelstekort, praktische hindernissen, te weinig coördinatie wegens versnipperde bevoegdheden...

Enkele vaststellingen lopen als een kluwen rode draden doorheen de interviews. Vooreerst het zorgprofiel van de gedetineerde. "Een gedetineerde staat niet gelijk met de gemiddelde Vlaming", stelt prof. criminologie Kristel Beyens. De meerderheid zijn kwetsbare mensen, met een meer dan bovengemiddelde fysieke en psychische zorgnood. Ze komen uit een moeilijke opvoedingssituatie, zijn niet of nauwelijks geschoold, waren soms dakloos, hadden vóór hun detentie al gezondheidsproblemen... Vier op de tien mensen in onze Belgische gevangenis kregen vóór hun gevangenisstraf bijvoorbeeld al een of andere vorm van psychiatrische behandeling. Bijna de helft kreeg ooit een psychiatrische diagnose. Een kwart van de gevangenen heeft een geschiedenis in de verslavingszorg.



Daartegenover staat een ontstellend gebrek aan gepaste zorg. Wat dan weer de zogenaamde "detentieschade" groter doet worden. Gezondheidsproblemen worden door de detentie alleen maar erger. De leefomstandigheden zijn in de gevangenis wegens het torenhoge probleem van de overbevolking vaak erbarmelijk, met alle gevolgen van dien: gebrek aan gezond eten, weinig mogelijkheden tot beweging, te veel medicatie, drugs... Daarom is een gevangenisstraf zonder een aangepast zorgaanbod vooral contra-productief voor de samenleving.

Uit onderzoek weten we immers dat op langere termijn meer dan de helft van de gedetineerden na hun gevangenisstraf recidiveert en dat een aangepaste behandeling en meer welzijn dat risico op herval substantieel kan verminderen. Door de mensen in een vergeetput te stoppen en hen essentiële rechten te ontzeggen, zaden we de samenleving uiteindelijk op met een grotere last. "Wie vrijkomt, is niet klaar om zijn rol in de samenleving op te nemen en kost de gezondheidszorg veel geld. Waarom houden we dat systeem in stand?", vraagt gevangenisarts Brecht Verbrugge zich terecht af.

Ongetwijfeld zit de behoorlijk ingewikkelde bevoegdhedenverdeling er voor iets tussen, met te veel spelers: de FOD Justitie, de FOD Volksgezondheid, Het Vlaams Agentschap Justitie en Handhaving, het Departement Welzijn én de zorgaanbieders... Maar dat neemt niet weg dat we als samenleving een collectieve verantwoordelijkheid dragen. Elkaar daarbij met de vinger wijzen heeft geen zin. Als zorgsector willen we daarom actief bijdragen aan de broodnodige structurele beleidsontwikkelingen. We kunnen namelijk niet langer gewoon wegstappen en het probleem samen met de gedetineerden in een vergeetput stoppen.



INTERVIEW MET CRIMINOLOGE KRISTEL BEYENS

# “Ik begrijp soms niet hoe gevangenen het volhouden”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT



**Professor criminologie Kristel Beyens (VUB) kent het gevangeniswezen door en door. Zoals zovelen wijst ook zij de overbevolking aan als een van de oorzaken van de slechte gezondheidszorg in de gevangenissen. “Maar ook die overbevolking is een gevolg van beleidskeuzes,” zegt Kristel Beyens.**

“Het profiel van gedetineerden is geen doorsnee van de samenleving”, opent Kristel Beyens. “De meerderheid zijn kwetsbare mensen, die los van hun detentie al meer problemen hebben dan de gemiddelde Belg. Ook hun zorgnood is bovengemiddeld, zowel fysisch als psychisch, terwijl het zorgaanbod in de gevangenis beperkter is. De laatste jaren stijgt het aantal gedetineerden met psychische problemen nog. Het suïciderisico in de gevangenis is veel groter dan erbuiten. Door een tekort aan zorg, aandacht en personeel, krijgen die mensen niet de begeleiding die ze nodig hebben.”

“Combineer dat profiel van lichamelijk en psychisch kwetsbare mensen met het gevangenisregime in België, en je weet dat het fout moet lopen. Leven in de gevangenis is ongezond. Gezonde voeding? Je krijgt er grootkeukenkost met weinig verse groenten en fruit. Gezond bewegen? In gevangenissen met een gesloten regime, in de nieuwe evengoed als in de oude, verblijven mensen door een gebrek aan activiteiten vaak 22 tot 23 uur per etmaal in hun cel. Ik nam twee keer deel aan een proefverblijf bij de opening van de gevangenissen in Haren en Dendermonde. Vooral in Dendermonde voelde ik al na twee dagen het gebrek aan beweging. Die leefomstandigheden zijn ziekmakend. Fysiek en psychisch. De toegang tot zorg is te beperkt. Er is maar een kleine groep psychiaters in de gevangenis, terwijl een grote groep mensen doorgedreven begeleiding nodig heeft.”

### **Gesloten gevangenisregime laat weinig ruimte**

“Een van mijn onderzoekers deed enkele maanden observaties in een grote gevangenis. Een gedetineerde van honderd jaar leefde er met dementie. Hij wist niet meer wat hem overkwam. Hij kreeg geen ondersteuning. Ouderenzorg in de gevangenis wordt een toenemend probleem, maar daar is men niet of onvoldoende op voorzien.”

“Drugsgebruik is een ander probleem. Veel gedetineerden gebruiken drugs als copingmechanisme om het gevangenisleven te overleven. Daarnaast zijn er slaapmedicatie en pijnstillers. Ik deed onderzoek in de gevangenis van Tilburg toen Belgische gedetineerden er een tijd verbleven met Nederlandse bewakers en gezondheidspersoneel. Die mensen schrokken van de hoeveelheid medicatie - vooral slaapmiddelen - van de Belgische gedetineerden.

In Nederland zetten ze meer in op beweging en buitenlucht. In België kiezen we voor medicatie als iemand onrustig is of niet kan slapen. Op korte termijn is dat een gemakkelijke oplossing, maar de zorgnoden nemen er alleen mee toe. Ons regime laat weinig alternatieven. Het overmatig medicatiegebruik is niet de schuld van de artsen, het is een gevolg van hoe het gevangeniswezen georganiseerd is.”

“Ik heb dat zelf ervaren in Dendermonde. Ik zat er uren en uren in de cel, op een harde stoel, op een hard bed, met een hard kussen. Ik kreeg binnen de kortste keren rugpijn. Er was geen mogelijkheid om even comfortabel te zitten. Ik kon er drie stappen vooruit en achteruit zetten. En dan had ik nog de luxe om een cel voor mezelf te hebben. Stel je voor dat je met twee of met drie in zo'n krappe ruimte zit - dat is ziekmakend. De verluchting in een cel is beperkt. Als je er dag in dag uit moet eten, slapen, zitten en tv-kijken met twee of soms drie mensen, kan dat niet gezond zijn. Ik begrijp niet hoe gedetineerden het volhouden. Misschien denken zij dat dit hoort bij de gevangenisstraf, maar dat is niet zo.”

“Het verschil met Tilburg was opvallend. Daar waren meer mogelijkheden om eens je cel te verlaten. Er waren meer arbeidskansen en activiteiten. Het is het regime dat de omstandigheden bepaalt. Het eten was er niet beter dan bij ons. Integendeel, onze gedetineerden zijn tegen het smakeloze micro-golfeten zelfs in opstand gekomen. Maar dankzij keukens op de afdeling heeft men wel de mogelijkheid om gedetineerden zelf te laten koken. Gevangenen vormden ‘kookgroepen’ en kochten zelf producten aan. Ze konden kiezen wat ze klaarmaakten. Dat is een heel ander verhaal dan wanneer je bord wordt opgediend zonder keuzemogelijkheid.”

“Zelf kiezen en koken, versterkt de autonomie en het zelfrespect. Het eten was misschien niet gezonder, maar meer autonomie is niet te overschatten voor de mentale gezondheid. Tegelijk leren de gedetineerden voor zichzelf te zorgen. Een belangrijke vaardigheid voor als ze terug vrijkomen. In Belgische gevangenissen ontnemen we gedetineerden alle autonomie. Ook in de nieuwe gevangenissen. In Haren zijn er keukens op de afdelingen, in Dendermonde niet. Een gemiste kans. Voeding, beweging, zelfzorg: veel gedetineerden weten niet hoe ze voor zichzelf moeten zorgen. Een gevangenis zou een opvoedende taak kunnen opnemen, met het oog op de re-integratie. Maar die kansen laten we liggen.”



## Reductionistisch of expansief perspectief

### Zijn alle problemen terug te voeren tot de overbevolking? Of zit het dieper?

**Kristel Beyens:** “De overbevolking is een cruciaal element. Maar ook die is het gevolg van keuzes. Je hebt het reductionistische of het expansieve perspectief. Bekijk je de overbevolking en de groei van de gevangenispopulatie als een vaststaand gegeven, dan hebben we steeds meer en grotere gevangnissen nodig. Maar dan hebben we ook meer personeel nodig. Kijk naar Haren en Dendermonde: de gebouwen staan er, maar het is moeilijk om voldoende én goed opgeleid personeel te vinden. Het gaat dus niet alleen over capaciteit van infrastructuur, maar ook alles wat daarbij komt kijken aan opvang en begeleiding. Zelf ben ik voorstander van het reductionistische perspectief. Vergelijk het met de overbevolking van de ziekenhuizen: men verkort de opnametijd, organiseert meer zorg in de samenleving, kiest voor dagopnames... Ik zeg niet dat dit de toveroplossing is, maar het beleid zou wat creatiever naar alternatieven mogen zoeken. Er zijn al alternatieve straffen, toch leidt dat niet tot een dalende gevangenisbevolking. Kijk alleen nog maar naar de voorhechtenis: die duurt alsmáar langer. Ongeveer één op drie gevangenen in België zit in voorhechtenis. Zij zitten in de meest overbevolkte instellingen: in Antwerpen, Sint-Gillis ... Ik was onlangs nog in Sint-Gillis en geloof me, dat is ramp-za-lig. Mensen worden er in mensonwaardige omstandigheden opgesloten. Vaak mensen die nog niet eens veroordeeld zijn. Ik zou daar ziek worden en begrijp écht niet hoe mensen dat daar volhouden.”

### *In Belgische gevangnissen ontnemen we gedetineerden alle autonomie*

**Kristel Beyens**

“Hoewel het idee leeft dat gevangenisstraffen niet meer worden uitgevoerd, blijft het aantal mensen in detentie stijgen. We zitten vandaag aan meer dan 11.000 gedetineerden. Ik benoem het niet graag zo, maar de gevangenis lijkt soms de ‘vuilnisbak’ van de samenleving. Want wie zijn de mensen die niet in aanmerking komen voor een gemeenschapsgerichte straf? Het zijn de mensen die geen van de landstalen spreken. Of die geen vaste verblijfplaats hebben. Of die met allerlei sociale en psychische kwetsbaarheden kampen.

En al die problemen verplaats je dan naar de gevangnissen, waar er onvoldoende zorg en opvang is. Het stelt het personeel voor enorme uitdagingen. Het is geen cadeau om penitentiair beambte te zijn. Die mensen hebben dikwijls nauwelijks of geen



opleiding gehad. Het zijn vaak jonge mensen, pas van de schoolbanken. Ze hebben in het beste geval een diploma secundair onderwijs. Ze ontberen levenservaring. En die mensen droppen we in de gevangenis. Zij moeten het maar zien te organiseren in die superdiverse omgeving met mensen met uiteenlopende problemen. Dat is het kader waarin je de gezondheidszorg in de gevangenis moet zien.”

“Door een gebrek aan investeringen en een verwaarlozing van het gevangeniswezen hebben we een historische achterstand. Er worden wel inspanningen geleverd, maar de miserie in de gevangnissen is zeer groot.”

“Een goede evolutie is wel de invoering van de functiedifferentiatie bij penitentiair beambten. In de nieuwe gevangenis wordt nu met detentiebegeleiders en veiligheidsassistenten gewerkt. Detentiebegeleiders gaan meer in interactie met gedetineerden, moeten meer tijd vrijmaken voor een gesprek en oog hebben voor hun welzijn. Jammer genoeg loopt de opleiding van die mensen vertraging op. Bovendien laat de manier waarop het leven in de gevangenis wordt georganiseerd, weinig ruimte voor aandacht voor het mentale welzijn. Het zal een tijd duren voor die functiedifferentiatie vruchten afwerpt, als men al de juiste mensen vindt en kan opleiden. Maar het is een stap vooruit.”

“Kleine dingen maken een immens verschil. Een gevangenismedewerker die vriendelijk is, dat doet iets in het hoofd van een gedetineerde. Voor wie totaal afhankelijk is van de gevangenismedewerkers, maakt het veel uit of zij vriendelijk of niet vriendelijk tegen



## “Ouderenzorg in de gevangenis wordt een toenemend probleem, maar daar is men niet of onvoldoende op voorzien”

Kristel Beyens

je zijn, je vragen proberen te beantwoorden of niet. Vriendelijk zijn kost geen cent. Maar als die mensen dag in dag uit onder druk staan door personeelsgebrek en overbevolking, dan is zelfs een vriendelijk woord geen evidentie meer.”

### **Gevangenisstraf is contraproductief**

#### **Gedetineerden hebben recht op goede gezondheidszorg. Ze krijgen die niet. Komen gevangenen daartegen in opstand? Je hebt tenslotte maar één lichaam, één leven?**

**Kristel Beyens:** “Ik denk vaak bij mezelf: wat hebben we toch brave gevangenen. België is al vaker op de vingers getikt door het Comité ter Preventie van Foltering en Onmenselijke Behandeling. Ook in de verslagen van de Commissies van Toezicht wijzen regelmatig op de tekorten. Sinds oktober 2020 is er een klachtrecht ingevoerd in de gevangnissen. Dat is nog te recent voor een grondige analyse van de klachten. Ik kan me voorstellen dat er klachten over de gezondheidszorg bij zijn. Gedetineerden zijn echter vaak zo hard bezig met hun zaak, hun straf en het lastige leven in de gevangenis, dat fysieke ongemakken naar de achtergrond verdwijnen. Ze hebben andere katten te geselen.”

“Het importmodel stelt dat gevangenen dezelfde gezondheidszorg moeten krijgen als jij en ik. Dat moet ook gelden voor activiteiten. Maar we botsen op het klassieke verhaal van gebrek aan personeel en middelen. Toch kunnen kleine ingrepen al een verschil maken. Maak werk van gezondere voeding. Voorzie meer activiteiten. Het gaat over zoveel meer dan de beweging op zich.

Het gaat om wat elk van ons nodig heeft: buitenlucht, contact met vrienden en familie, ontspannen, even je zorgen aan de kant zetten ... Gevangenen hebben dezelfde noden als wij. Alleen laat het gevangenisregime dat bij ons niet toe. Daarom is een gevangenisstraf contra-productief. Elke vorm van initiatief wordt je ontnomen. Je bent totaal afhankelijk van de keuzes die het instituut voor jou maakt. We onderschatten wat dat doet met mensen. En als iemand terug op vrije voeten komt, dan verwachten we wel dat hij of zij over alle vaardigheden beschikt om zijn of haar leven in goede banen te leiden. Hoe zou dat kunnen? Gevangenen leren meer af dan bij.”

#### **Welke verantwoordelijkheid heeft de samenleving? Het is gemakkelijk om weg te kijken van deze problemen: ze zitten letterlijk achter slot en grendel.**

**Kristel Beyens:** “Het gaat om de outcasts, de verstoppen. Mensen die politiek weinig van betekenis zijn. Gedetineerden hebben weinig invloed. Gelukkig schenken de media er nog aandacht aan. Maar als je daar de wachtlijsten in de jeugdzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg naast legt, dan staan gevangnissen helemaal onderaan op de prioriteitenlijst.”





SAMIR BOUREGHDA OVER ZORGEN ACHTER TRALIES

# “Gedetineerden krijgen niet de zorg waar ze recht op hebben”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT





“Ook in de gevangenis hebben burgers recht op goede gezondheidszorg,” zegt Samir Boureghda. “Hun zorgnoden zijn doorgaans groter en hun leefomstandigheden vaak erbarmelijk. En in het voorzien van toegankelijke zorg schieten we tekort. Het is hoog tijd dat we gezamenlijk actie ondernemen.”

“Wie er waarom in de gevangenis zit, daar gaat het hier niet om,” opent Samir Boureghda, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg bij Zorgnet-Icuro. “Het punt is dat we al jaren weten dat het niet goed gaat met de Belgische gevangenen. De ouderwetse infrastructuur en de overbevolking zetten de zaken op scherp. De gezondheid van de gedetineerden is slecht. De capaciteit van de gezondheidszorg laat te wensen over en het is zeer moeilijk om de zorg in de gevangenis goed te organiseren. Het gaat zowel over somatische als over geestelijke gezondheidszorg. Wanneer er iets fout loopt met een ex-gedetineerde, dan verschijnen er grote artikels in de media. De vraag is: hoe kunnen we die incidenten voorkomen? In plaats van achteraf te reageren, wordt het tijd dat we de pijnpunten onder ogen zien en ermee aan de slag gaan. Want de pijnpunten kennen we al jaren.”

### Pijnpunten zijn bekend

“Pijnpunt nummer één: de gezondheidszorg is voor gedetineerden allerm minst toegankelijk. Dat tonen alle onderzoeken. Er zijn lange wachtlijsten voor zowel psychische als somatische zorg. Je kan naar de huisarts, maar er zijn er veel te weinig beschikbaar, waardoor de werkdruk hoog is. Bovendien zitten de systemen soms in de weg. Een huisarts die een patiënt wil doorverwijzen, vindt lang niet altijd een specialist op wie hij een beroep kan doen, of het vervoer is niet te regelen... Het gevolg is dat gedetineerden vaak veel te lang moeten wachten op de juiste zorg. Onderzoek toont dat meer dan een derde van de gedetineerden psychisch kwetsbaar is. Het aanbod van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) zou moeten verviervoudigen om aan de bestaande vraag te voldoen.”

“De beperkte capaciteit wordt daarenboven niet optimaal benut. Enerzijds worden hulpverleners regelmatig geconfronteerd met beperkte toegang door een staking of omdat er geen lokaal beschikbaar is. Dan mag je onverrichter zake terug naar huis. Anderzijds is het van belang op het juiste moment zorg te verlenen. De gezondheidsnoden van een gedetineerde zijn niet zo anders als die van jou of mij. Als jij zorg uitstelt, dan is het risico op latere klachten of complicaties groter. Als je geen toegang hebt tot de juiste zorg of pas na een lange tijd, dan draag je daar de gevolgen van en zal een behandeling intensiever zijn. Dat is onvermijdelijk.”

“Een ander pijnpunt is de complexe bevoegdheidsverdeling. De FOD Justitie staat in voor de strafmaatregel, de uitvoering ervan en de curatieve zorg. De Dienst Gezondheidszorg van de Gevangenen van de FOD Justitie zorgt ervoor dat er huisartsen en gespecialiseerde medische teams beschikbaar zijn.

Gaat het over preventie, gezondheidspromotie en het tweedelijnsaanbod, dan zijn de gemeenschappen bevoegd.

De coördinatie hiervan is in Vlaanderen in handen van het Agentschap Justitie en Handhaving, maar de financiering gebeurt door het departement Welzijn. Dat vergt dus veel afstemming en samenwerking. Dan is er nog de FOD Volksgezondheid, waarvan een KCE-rapport in 2017 al stelde dat die logisch gezien de verantwoordelijkheid zou moeten hebben over de gezondheid van gedetineerden, en niet de FOD Justitie. Achter de schermen wordt die overheveling van bevoegdheden voorbereid. Maar zelfs al wordt de FOD Volksgezondheid verantwoordelijk, dan nog blijven de context, de infrastructuur en de organisatie in handen van de FOD Justitie. Het zal dus een complex samenspel blijven. Het mag echter geen excuus worden om geen stappen te zetten.”



**“Individuele gesprekken zijn prima, maar we weten ondertussen dat we veel GGZ-klachten evengoed via groepssessies kunnen aanpakken”**

Samir Boureghda



## Detentieschade

### Zijn gedetineerden psychisch kwetsbaar en hebben ze een zwakke gezondheid op het moment dat ze naar de gevangenis komen? Of lopen ze vooral tijdens de detentie gezondheidsschade op?

“Dat is een complexe vraag,” zegt Boureghda. “Een recent Nederlands onderzoek toont dat veel gedetineerden inderdaad al vóór de detentie gezondheidsproblemen hebben. Toch is er daarnaast ongetwijfeld veel detentieschade. Vooral chronische aandoeningen komen in de gevangenis meer voor dan erbuiten: diabetes, obesitas, hypertensie, pijnklachten, infecties, slaapproblemen, middelenmisbruik en psychische problemen als depressie en suicidaliteit. Suïcidaal gedrag komt drie tot acht keer zoveel voor bij iemand in detentie dan buiten de gevangenis. Waren die mensen vooraf al suïcidaal? Ik heb daar geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord op. Maar een verblijf in de gevangenis is stressvol en personen in detentie zijn vaker kwetsbare personen. Je bent je bewegingsvrijheid kwijt, je ziet je partner of je naasten amper en je leefomstandigheden zijn op zijn zachtst gezegd suboptimaal.”

“Toch hebben gedetineerden recht op dezelfde gezondheidszorg als buiten de gevangenis. Dat staat in de basiswet over het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden uit 2005. Recente ontwikkelingen op het gebied van eerstelijnspsychologische zorg moeten dus in principe ook in de gevangenissen gelden. En terecht. De eerstelijnspsychologische zorg wil ‘vindplaatsgericht’ werken. Welnu, de vindplaats bij uitstek voor mensen met psychische problemen is de gevangenis.”

*“Willen we structureel iets veranderen, dan moeten we eerder actie ondernemen en de kansen grijpen om preventief te werken”*

Samir Boureghda

### Eerste detentie is opportuniteit

“Ik heb veel geleerd uit mijn ervaring als forensisch psycholoog met geïnterneerden. Je ziet in die dossiers veel te vaak waar het fout liep. Veel geïnterneerden kwamen al eerder in aanraking met het gerecht en professionele hulpverlening. En toch loopt het dan enkele jaren later weer grondig fout. Hoe kunnen we dat vermijden?”

“De eerste keer dat iemand in detentie komt, moeten we aangrijpen als een opportuniteit. Je hebt die mensen bij je, vaak voor een langere periode. Heeft die persoon nood aan zorg of begeleiding? Dan moet je die bieden. Op langere termijn hervalt bijna de helft. Ik ben ervan overtuigd dat wanneer we psychisch kwetsbare mensen in de gevangenissen beter omringen en opvolgen, we tot betere uitkomsten komen. Niet alleen met zorg, maar op alle levensdomeinen: welzijn, werk, wonen en vrije tijd.”

### Is het geen illusie om te geloven dat je al die mensen op het rechte pad houdt met een betere omkadering?

“Natuurlijk gaan we daarmee niet alle problemen de wereld uit helpen,” zegt Boureghda. “Maar als we, ter illustratie, het risico op herval kunnen terugbrengen van 40% naar 30%, dan is dat toch een mooi resultaat? Los van de humanistische overwegingen dan nog. Mijn ervaring leert dat het nooit te laat is om met iemand aan de slag te gaan. Willen we structureel iets veranderen, dan moeten we eerder actie ondernemen en de kansen grijpen om preventief te werken. Psychische kwetsbaarheden ontwikkelen zich vaak voor het 21<sup>ste</sup> levensjaar. 12% van de gevangenen is jonger dan 25 jaar. Zeker die groep zouden we extra aandacht moeten geven. Die levensfase is zo cruciaal.”

### Heeft de lage capaciteit aan zorg in de gevangenis er ook te maken mee dat hulpverleners niet graag in de gevangenis werken?

**Samir Boureghda:** “Enkele jaren geleden verscheen een masterthesis hierover. Daaruit bleek inderdaad dat huisartsen het weinig attractief vonden om in een gevangenis te werken. Toch is het een interessante werkomgeving: je verveelt je nooit en je kan echt het verschil maken. De job is zwaarder en de druk groter. Niet alleen voor de artsen, ook voor verpleegkundigen. Maar als het iets voor jou is, dan kan je er enorm veel voldoening uit halen.”

### Ook Vlaanderen aan zet

#### Wat moet er nu eerst gebeuren?

**Samir Boureghda:** “We moeten op diverse sporen inzetten. De geplande overheveling van de penitentiaire gezondheidszorg van de FOD Justitie naar de FOD Volksgezondheid en het in orde brengen van de gezondheidszorgverzekering van gedetineerden zijn goede stappen. Aan de FOD Justitie is het om de infrastructuur en de leefomstandigheden in de gevangenissen te verbeteren.”

Er zijn nu twee nieuwe gevangenissen in gebruik, maar de situatie in de andere penitentiaire centra blijft problematisch. Een gevangenis is een plek waar mensen wonen.”



**“De eerste keer dat iemand in detentie komt, moeten we aangrijpen als een opportuniteit. Je hebt die mensen bij je, vaak voor een langere periode. Heeft die persoon nood aan zorg of begeleiding? Dan moet je die bieden”**

Samir Boureghda

“De infrastructuur moet daarom voldoen aan minimale eisen van wooncomfort en hygiëne. Dat zal een positief effect hebben op alle andere welzijns- en gezondheids-thema's.”

“Ook Vlaanderen is aan zet. Vlaams minister Zuhair Demir is onder meer bevoegd voor de coördinatie van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Het gaat bijvoorbeeld om de tweedelijns-GGZ, de eerstelijns-CAW's, preventie, maar ook voor sport, cultuur, onderwijs, werk... De coördinatie hiervan is een complexe opdracht, zeker gezien de grote heterogeniteit in de gevangenis in Vlaanderen. Het is goed dat er op maat gewerkt wordt, maar tegelijk is er nood aan een duidelijk overzicht en een basisdienstverlening in alle gevangenis.”

“Ook de sector zelf kan werken aan het optimaliseren van de beschikbare capaciteit. Individuele gesprekken zijn prima, maar we weten ondertussen dat we veel GGZ-klachten evengoed via groepsessies kunnen aanpakken. Ook blended hulpverlening kan een verschil maken, al is de infrastructuur van een gevangenis niet altijd ideaal hiervoor.”

“Ten slotte hebben we nood aan betere en actuele data over de gezondheidstoestand van de gevangenen. De middelen zijn schaars, hoe kunnen we ze het beste inzetten? Efficiëntie is wanneer je de juiste hulp voor de juiste noden op het juiste moment inzet.”





CRIMINOLOGE SARA DE MEYER VAN HET FORENSISCH TEAM CGG VAGGA

# “Gezondheidszorg lijkt geen prioriteit voor beleidsmakers”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE  
BEELD: TINI CLEEMPUT

“De kloof tussen het beleid en de werkelijkheid in de gevangenissen wordt alleen maar groter,” zegt Sara De Meyer. Zij is criminologe van opleiding en coördineert het forensisch team van CGG VAGGA. Dat team is onder meer actief in de gevangenis van Antwerpen. Het hoofddoel is om de psychische detentieschade bij gevangenen te beperken. Maar de arbeidsomstandigheden zijn verre van ideaal. “Soms lijkt de beste houding om je niet te veel vragen te stellen en gewoon je werk te doen.”



Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VAGGA biedt gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aan kinderen en volwassenen met ernstige psychische problemen. Daarnaast heeft VAGGA enkele gespecialiseerde teams, waaronder het forensisch team, dat zowel in als buiten de gevangenis actief is.

“In de gevangenis brengen we laagdrempelige zorg,” zegt coördinator Sara De Meyer. “Onze begeleiding is altijd op vrijwillige basis, ze maakt geen deel uit van opgelegde maatregelen. Wij proberen in de eerste plaats de detentieschade te beperken. Soms bereiden we samen met de gedetineerde ook zijn rehabilitatie voor. We werken vraaggestuurd. Na hun vrijlating zijn gedetineerden nog welkom voor een vervolggesprek.”

## Welzijn en recidive

“Detentieschade is psychische schade die iemand oploopt tijdens en als gevolg van de detentie. Het is in ieders belang om die zo klein mogelijk te houden. De kans op recidive hangt nauw samen met het welzijn in de gevangenis. Opgesloten worden, is altijd een grote schok. Hoe ga je daarmee om? Hoe ga je om met de onzekerheid tijdens de voorhechtenis, als je je straf nog niet kent? Wat doet dat met je identiteit? Wat betekent het voor de band met je partner, je gezin? Die vragen doemen onvermijdelijk op en hebben een impact op de gezondheid en het welzijn van elke gevangene.” “Reken daarbij de omstandigheden. Zeker in de gevangenis van Antwerpen. De infrastructuur is belabberd. De overbevolking is onverantwoord. Dat zorgt voor extra stress. Hoe overleef je in zo’n situatie?”

“Veel gedetineerden worstelen al vóór de detentie met een psychische kwetsbaarheid. De detentieschade komt daarbovenop. De prevalentie van psychische problemen is een stuk hoger in de gevangenis dan in de samenleving.”

### Het kruipt in de kleren

“Vooral als we iets langere tijd met een gedetineerde aan de slag kunnen, maakt het forensisch team het verschil. De begeleiding hangt van veel zaken af: de duur van de voorhechtenis, de lengte van de straf, de motivatie van de gedetineerde... We werken ook met geïnterneerden die in de gevangenis verblijven in afwachting van hun doorstroom naar een forensische zorginstelling of hun vrijlating.”

“Het forensische team van CGG VAGGA bestaat uit een achttal personen, in totaal goed voor twee voltijds equivalenten. Wie van het team in de gevangenis werkt, doet dat maar één of twee dagen per week. De medewerkers zijn supergemotiveerd, maar dit werk kruipt in je kleren. Het moet je liggen, anders hou je het niet vol. Sowieso werkt niemand voltijds in de gevangenis. De omstandigheden zijn er niet naar. Er is veel geroep en agressie. We zien geregeld hoe mensenrechten geschonden worden. En je moet ook veel geduld hebben. Het is telkens wachten tot een gevangene gebracht wordt, en bij het minste incident – en dat zijn er nogal wat – ligt alles stil.”

“Ondanks die omstandigheden kunnen we met het forensisch team veel voor iemand betekenen. Dit is hulpverlening en ondersteuning pur sang.”

### Rechten met de voeten getreden

“Het doet iets om te zien hoe mensenrechten met de voeten worden getreden. Basisrechten op het gebied van hygiëne worden niet nageleefd. Veel penitentiair beambten doen hun best, maar ik kan niet zeggen dat gevangenen met respect behandeld worden. Er hangt altijd agressie in de lucht. Dat weegt op iedereen. Maar het zit ook in kleine dingen. Als een gedetineerde naar de bibliotheek wil, moet hij daar soms zes weken op wachten. En dan heb ik het nog niet over de acht gedetineerden die een cel voor twee delen. Privacy? Nul. Sommige gevangenen doen hun behoefte in de douche, om toch een beetje privacy te hebben. Met alle gevolgen op het vlak van hygiëne.”

“Ook hulpverleners bekruipt soms een gevoel van machteloosheid. Wij signaleren mistoestanden, maar er verandert niets, of tergend traag. We vragen al lang een eigen gesprekslokaal, maar dat hebben we nog niet. We moeten een lokaaltje delen met andere professionals. Wie eerst komt, heeft geluk; ben je wat later, dan heb je pech. Het is altijd zoeken naar een geschikte plek.”

“Soms lijkt de beste houding om je niet te veel vragen te stellen en gewoon je werk te doen.

Zo houd je het vol. Maar dat is geen ideale situatie. De versnippering van de bevoegdheden doet er ook geen goed aan. Veel loopt mis door onduidelijkheid. Randvoorwaarden voor goede gezondheidszorg vanuit het forensisch team – een Vlaamse bevoegdheid – zijn een minimum aan goede infrastructuur (zoals een gesprekslokaal) en geen overbevolking – federale bevoegdheden.”

“Telkens er sprake is van een nieuwe gevangenis die gebouwd zal worden, vragen we om rekening te houden met de noden. Maar we krijgen zelfs geen feedback. Gezondheidszorg, welzijn en herstel lijken geen prioriteit voor de beleidsmakers van het gevangeniswezen.”

“In de gevangenis zelf is die aandacht voor het welzijn er gelukkig nog wel. We hebben een goede relatie met de beleidscoördinator en met de gevangenisdirectie. Zij doen wat ze kunnen. Zo krijgen we bij een staking de mogelijkheid voor een minimale dienstverlening aan gevangenen. Dat is fijn, en dat was niet in alle gevangnissen zo, ook al bestaat er wetgeving hierover. Maar de verantwoordelijken in de gevangenis botsen zelf op de grenzen van de mogelijkheden.”

*Ook hulpverleners bekruipt soms een gevoel van machteloosheid. Wij signaleren mistoestanden, maar er verandert niets, of tergend traag*

Sara De Meyer

### Een voorrecht

“Ik ben criminologe van opleiding. Ik werk nu zes jaar in het forensisch team van CGG VAGGA. Het belangrijkste wat ik geleerd heb? Hoe naïef ik vroeger was. Ik had al veel gevangnissen bezocht in binnen- en buitenland. En toch stond en sta ik nog geregeld versteld. Hoe enthousiast beleidsmakers ook communiceren over hun plannen en strategieën, op het terrein wordt het alleen erger. De kloof tussen beleid en werkelijkheid wordt groter. De besparingen en de overbevolking staan diametraal tegenover het ronkende beleidsdiscours. Onlangs opnieuw. Met grote trom worden kleinschalige initiatieven aangekondigd. Mooi! Maar als puntje bij paaltje komt, blijkt het weer voor driehonderd gevangenen te zijn. Kleinschalig?”

“Toch zie ik veel passie bij de mensen die in de gevangenis werken. Op een of andere manier is het een voorrecht om hier te werken. ‘Beschaving toont zich in de manier waarop een samenleving omgaat met de meest kwetsbaren,’ zei Gandhi. Ik moet daar vaak aan denken als ik aan het werk ben.”





HUISARTS EN GEVANGENISARTS DR. BRECHT VERBRUGGHE

**“Het huidige model werkt niet. Dat weet iedereen”**





“Veruit de meeste gedetineerden zijn kwetsbare mensen met trauma’s, armoede, een zwak sociaal netwerk. Ze komen uit een moeilijke opvoedingssituatie, zijn niet of nauwelijks geschoold, waren soms dakloos... Het zijn mensen die sowieso al meer gezondheidsproblemen hebben dan jij of ik,” zegt dr. Brecht Verbrugghe. Hij werkt als huisarts in de gevangenis van Sint-Gillis.

“De meeste artsen in de gevangenis hebben ook een privépraktijk of andere activiteiten,” legt hij uit. “We worden via de FOD Justitie aangeworven voor een aantal uren met een vast uurrooster en een wachtdienst. De verschillende uurroosters zorgen ervoor dat de meeste artsen elkaar niet kruisen, wat het organiseren van overleg bemoeilijkt. De coördinatie loopt daardoor niet altijd optimaal.”

“Een ander probleem is dat de gevangenis werken met een dossier waarin de basisfunctionaliteiten van een goed medisch dossier ontbreken. De notities van collega’s in de gevangenis worden bijgehouden in een digitaal journaal, waarin een kat haar jongen niet vindt. Ook de toegang tot externe medische verslaggeving via een digitaal platform is onontbeerlijk maar niet geïntegreerd binnen het medisch pakket. Een arts heeft dus weinig informatie ter beschikking over de patiënt die voor zich zit. De software bevat verder ook geen alarmen die afgaan als je penicilline voorschrijft aan iemand die er allergisch voor is. Je wordt echt in de tijd teruggeworpen. Los daarvan werkt de software enorm traag. We verliezen hierdoor kostbare tijd die we beter aan de patiënten zouden geven.”

“Daarbij komt het grote chronische personeelstekort en de frequente stakingen, waardoor de veiligheid dikwijls niet gegarandeerd is. Dan blijven de cellen dicht. Patiënten worden dan niet naar de consultatie gebracht. Als huisarts kan ik wel naar de cel en dan zie ik de patiënten door het winket, een vensterluikje in de celdeur, maar het is onmogelijk om iemand op die manier te evalueren.”

“Voor mij voelt het niet veilig om verantwoordelijk te zijn voor mensen die ik niet of nauwelijks heb kunnen onderzoeken.”

“Dat is nog meer het geval bij mensen in het cachot of de strafcel. Wie het tuchtrecht overtreedt, vliegt in het cachot. Middeleeuwse toestanden zijn dat. In de praktijk komen vooral de meest kwetsbaren in het cachot. Mensen met gedragsproblemen of een psychische kwetsbaarheid. Volgens het reglement moet een arts binnen de 24 uur gaan kijken of de gevangene wel geschikt is voor het cachot. Niemand is geschikt voor het cachot, als je het mij vraagt... In de praktijk blijft de deur van het cachot vaak gesloten.”

“Dan zie ik daar iemand liggen in de hoek van die kooi en dan moet ik stellen dat er geen contra-indicaties zijn? Vaak schrijven artsen daarom gewoon ‘Gezien’ of ‘RAS’ – *Rien à signaler*. Hoe ga je anders om met die onmacht en die aansprakelijkheid?”

“Begrijp me niet verkeerd, ik ben me ervan bewust dat er geen simpele oplossingen zijn. Er is soms wel degelijk een veiligheidsprobleem. Maar dat wordt mee in de hand gewerkt door de organisatie en hoe we met gedetineerden omgaan. Het is een vicieuze cirkel. Goede zorg in de gevangenis is alleen mogelijk als we de hele organisatie in vraag durven stellen.”



**“Moet ik een gedetineerde met diabetes vertellen dat hij voldoende moet bewegen en op zijn voeding moet letten? Dat zijn non-consultaties”**

Brecht Verbrugghe



## Samenleving weet zich geen raad

“Ik werk in de psychiatrische vleugel, de Annex genoemd, maar ook in de andere vleugels verblijven mensen met psychische problemen. Hygiëne en zelfzorg zijn dikwijls een probleem in die afdeling. Sommige mensen leven letterlijk in hun vuil. Ze maken niet schoon en liggen de hele dag in bed, want er is geen omkadering. In Brussel heb je daarbovenop de grootstedelijke problematiek met de taalbarrières. Cultuursensitieve zorg? Alleszins niet in de gevangenis. Een man van Afrikaanse origine zit in het cachot door ‘bizar gedrag’. Weet die man wat een cachot is? Kent hij zijn rechten? Niet dus. Ik wil de gevangenen niet met blaam overladen. Het is veeleer de samenleving die zich geen raad weet met deze problemen.”

“Veruit de meeste gedetineerden zijn kwetsbare mensen met trauma’s, armoede, een zwak sociaal netwerk. Ze komen uit een moeilijke opvoedings-situatie, zijn niet of nauwelijks geschoold, waren vaak dakloos... Het zijn mensen die sowieso al meer gezondheidsproblemen hebben dan jij of ik. Niet alleen psychisch, maar ook op het vlak van hart- en vaatziekten, diabetes enzovoort. Detentie verergert die aandoeningen. En de weinige sociale contacten die deze mensen hadden, verliezen ze vaak in de gevangenis.”

“De sterksten overleven, de zwakkeren ondergaan. Ook fysiek. De sportzaal in de Annex van Sint-Gillis wordt al geruime tijd niet meer gebruikt. Mensen zitten 23 uur op 24 in hun cel, er zijn weinig of geen activiteiten die de re-integratie in de maatschappij moeten voorbereiden.”

*“Gevangenen hebben een grote maatschappelijke en humane kost. Zoals ze nu georganiseerd zijn, slagen we er niet in om recidive te voorkomen*

**Brecht Verbrugghe**

“Overbevolking ligt aan de basis van veel van deze problemen. Een arresthuis is verplicht om veroordeelden en mensen in voorhechtenis op te nemen. De oorsprong van het probleem ligt dus buiten de gevangenis. Daarnaast zijn er het personeelstekort, de stakingen en het hoge ziekteverzuim. De infrastructuur werkt ook niet mee. Sport, cultuur, ontspanning... het staat helaas niet op de prioriteitenlijst.”



## Verandering vergt moed


“In het begin moest ik na elk gevangenisbezoek bekomen. Het is een desoriënterende ervaring. Het is er smerig, het stinkt er, er is lawaai en geroep. Je kunt er nauwelijks deftig werken. Het voelt als dweilen met de kraan open. Moet ik een gedetineerde met diabetes vertellen dat hij voldoende moet bewegen en op zijn voeding moet letten? Dat zijn non-consultaties. Je wilt iemand verwijzen naar een specialist, maar je weet dat het lang gaat duren voor hij gezien wordt. En toch is het motiverend om in zo’n context van *the inverse care law* te werken: de mensen die het meest zorg nodig hebben, krijgen die het minst. In de gevangenis kan je daarom echt het verschil maken. In de gevangenis zijn veel van de medische problemen onlosmakelijk verbonden met de sociale determinanten en in het bijzonder de detentieomstandigheden.”

“Gevangenis hebben een grote maatschappelijke en humane kost. Zoals ze nu georganiseerd zijn, slagen we er niet in om recidive te voorkomen. Bovendien loopt de gezondheid van de gedetineerden schade op. Wie vrijkomt, is niet klaar om zijn rol in de samenleving op te nemen en kost de gezondheidszorg veel geld. Waarom houden we dat systeem in stand?”

“Een tv-programma als ‘Recht naar de gevangenis’ helpt daarbij niet. De banaliteit ervan is tergend.”

Mensen die beslissen over de organisatie en detentieomstandigheden laten zich enkele dagen opsluiten en getuigen over de moeilijkheid van die ervaring? Maar zij weten dat het maar voor enkele dagen is. Ze kunnen lezen om de tijd aangenaam door te brengen. Ze hebben een netwerk waarop ze daarna kunnen terugvallen. Ze hebben geen medische problemen die hen parten spelen en waarin ze zich misschien niet gehoord voelen. Ze ondergaan geen acute psychose in het cachot... Een gevangenisdirecteur stelde in het programma verbaasd vast dat het cachot niet gepoetst was. Tja, ik kan dat bevestigen: het cachot wordt dikwijls niet gepoetst, dat is een smerig hok waar je in het vuil van je voorganger terecht komt. Dat soort programma’s gaat grotendeels voorbij aan de realiteit van detentie.”

“We kunnen betere protocollen maken, artsenoverleg faciliteren, raadplegingen via het winket verbieden, een beter medisch dossier introduceren... Dat zouden allemaal legitieme en zinvolle veranderingen zijn. Maar we moeten verder durven kijken. Wat vandaag in gevangenis gebeurt, is onwettig. Toch tolereren we het. Willen we recidive voorkomen en een goede gezondheidszorg aanbieden, dan moet het fundamenteel anders. Met alternatieven voor detentie en alternatieve vormen van detentie. Iedereen weet dat, maar het vergt moed om dat te veranderen.”




**“In het begin moest ik na elk gevangenisbezoek bekomen. Het is een desoriënterende ervaring. Het is er smerig, het stinkt er, er is lawaai en geroep. Je kunt er nauwelijks deftig werken. Het voelt als dweilen met de kraan open”**

Brecht Verbrugge





A portrait of Zuhair Demir, a woman with long dark hair and blue eyes, wearing a white blazer over a light blue top. She is standing outdoors with trees in the background, smiling slightly with her arms crossed.

INTERVIEW MET ZUHAL DEMIR, VLAAMS MINISTER VAN JUSTITIE  
EN HANDHAVING, OMGEVING, ENERGIE EN TOERISME

# “Slachtoffers komen op de eerste plaats”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE

Minister Zuhul Demir mag zich de eerste Vlaamse minister van Justitie noemen. En als het van haar afhangt, krijgt Vlaanderen zo snel mogelijk alle justitiebevoegdheden. Ondertussen focust minister Demir zich in de eerste plaats op de slachtoffers. Ook in de gevangnissen neemt ze initiatieven, al botst ze daarbij vaker dan haar lief is op de grenzen van haar bevoegdheden.

De zesde staats hervorming hevelde een aantal justitiebevoegdheden over naar de gemeenschappen. Het gaat dan bijvoorbeeld over de justitiehuizen, het Vlaams Centrum voor Elektronisch Toezicht en het jeugddelinquentierecht. Eerst vielen deze bevoegdheden onder het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, maar sinds eind 2019 is er de aparte bevoegdheid Justitie en Handhaving. Met Zuhul Demir als minister.

### **Wat zijn eigenlijk de belangrijkste bevoegdheden van Vlaanderen op het vlak van justitie?**

**Minister Zuhul Demir:** “Elk onderdeel van de Vlaamse justitie is voor mij cruciaal. Maar slachtoffers komen op de eerste plaats. Dat is de rode draad die ik volg. Een voorbeeld zijn de diensten slachtofferonthaal. In 2022 konden maar liefst 10.403 nieuwe slachtoffers en nabestaanden terecht bij de diensten Slachtofferonthaal voor bijstand en ondersteuning tijdens en na de gerechtelijke procedure. Dat zijn er 2000 meer dan het jaar voordien. Dat ging gepaard met stevige investeringen. Zo heb ik het aantal justitieassistenten slachtofferonthaal verdubbeld. Ik heb ook slachtoffers, magistraten en advocaten laten bevragen om van hen te horen wat de noden van slachtoffers zijn en hoe we die nog beter kunnen bijstaan. Op basis van de resultaten ben ik de methodologie van de dienst aan het bijsturen voor een nog betere dienstverlening.”

“Naast slachtofferonthaal zet ik ook met de coördinatie van de Family Justice Centers in op slachtoffers. In Limburg en Antwerpen zijn er al zo'n centra waar hulpverlening, politie en justitie samenwerken om geweld binnen gezinnen te stoppen. Dit jaar komen er nog vijf centra bij, zodat er in elke provincie minstens een is.”

“Ook met de erkennings- en bemiddelingscommissie voor slachtoffers van historisch misbruik probeer ik zoveel mogelijk slachtoffers te bereiken. Met de bekendmakingscampagne eind 2022 kregen we na een week al meer dan dubbel zoveel aanmeldingen dan anders op een jaar.”

“Tegelijk probeer ik ook naar mijn andere bevoegdheden te kijken door een slachtofferbril. Neem nu de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Ik wil met de gedetineerden aan de slag gaan, zodat ze hun leven na detentie hervatten zonder nieuwe feiten te plegen en dus ook zonder nieuwe slachtoffers te maken. Hetzelfde met de justitiabelen – een persoon die onder toezicht staat van de gerechtelijke overheid – bij de justitiehuizen en het Vlaams Centrum voor Elektronisch Toezicht.”

### **Het Vlaams Agentschap voor Justitie en Handhaving ging op 1 januari 2022 van start. Hoe loopt de werking?**

“Het agentschap kende geen rustige opstart. De situatie van Justitie liet het niet toe en eerlijk gezegd: ik ook niet. Als zelfstandig agentschap moest het zijn tanden laten zien. En dat deed het. Bij het Vlaams Centrum voor Elektronisch Toezicht bijvoorbeeld zagen we een stijging van 40% bij het elektronisch toezicht bij de voorlopige hechtenis. Wij kunnen niet zoals in de gevangnissen matrassen op de grond leggen om de capaciteit uit te breiden. Elke enkelband moet door het mobiele team geïnstalleerd worden bij de justitiabele thuis en opgevolgd worden door het team monitoring. Maar dankzij investeringen en een nieuwe dynamiek na de overheveling van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, heeft het agentschap zijn start niet gemist.”

### **Een van de taken van het agentschap is de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, met onder meer de coördinatie tussen alle beleidsdomeinen én met alle hulpverlenende instanties. Welke initiatieven zijn op dat vlak al genomen met het oog op meer en betere gezondheidszorg voor gedetineerden? Welke nieuwe initiatieven wil u nog ontwikkelen?**

“Ik ben inderdaad bevoegd voor de coördinatie van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, maar dus niet voor het aanbod zelf. Dat is een belangrijke nuance. In Vlaanderen werken we met het importmodel. Dat betekent dat alle diensten die buiten de gevangenis bestaan, zoals de CGG, CAW, centra voor volwassenonderwijs, de VDAB enzovoort, worden binnengehaald in de gevangenis om zo de brug van binnen naar buiten en andersom te maken.”

*“In de meeste federale landen zit de bevoegdheid justitie bij de deelstaten. Op een paar uitzonderingen na, zoals grensoverschrijdende criminaliteit. Dat lijkt me logisch”*

**Minister Zuhul Demir**

“Dat betekent dat alle beleidsdomeinen die bevoegd zijn voor die diensten voor de gewone burger, dat ook zijn voor de gedetineerden in de gevangenis. Ik sta in voor de coördinatie tussen al die beleidsdomeinen en diensten.”

“In de praktijk kan ik rekenen op de beleidscoördinatoren en organisatieondersteuners in elke gevangenis om alles in goede banen te leiden. Maar evident is dat niet. Veel randvoorwaarden voor de hulp- en dienstverlening zijn namelijk federale bevoegdheden.”




Denk maar aan de infrastructuur van de gevangenis. Vaak zijn er niet voldoende of aangepaste lokalen om onderwijs te geven of om in alle privacy een gesprek te hebben met een hulpverlener. Daarnaast heb je de overbevolking, stakingen en een tekort aan gevangenispersoneel. Het eerste wat dan sneuvelt, is de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.”

“Om een voorbeeld te geven: in de gevangenis van Sint-Gillis is er al jaren geen groepsaanbod meer mogelijk. In de gevangenis van Turnhout kon vorig jaar slechts 42% van het groepsaanbod doorgaan. En dat is niet de keuze van onze mensen. Dat is het gevangenisbeleid. Toch blijven we niet bij de pakken zitten. We grijpen iedere strohalm aan om het verschil te maken. We zetten volop in op overleg, gaan op zoek naar oplossingen en houden de focus op wat wel mogelijk is binnen de huidige situatie. Dat is ons vertrekpunt: positief, verantwoordelijk en realistisch.”

“Ik ben erg hoopvol nu de federale overheid, na mijn initiatief om dit opnieuw in handen te nemen, de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg weer opneemt. Vanuit Vlaanderen werken we daar constructief aan mee. Zo starten er in Vlaanderen vier projecten drughulpverlening naar het goede voorbeeld van het project in Hasselt. Onze beleidscoördinatoren zullen er een cruciale rol spelen om de verbindingen te maken.”

“Vanuit mijn bevoegdheid starten we dit najaar in de schoot van de hervorming trouwens ook nog twee projecten rond zedendelinquenten op. Uit onderzoek dat ik vorig jaar liet uitvoeren, bleek dat er amper aanbod is voor deze doelgroep in de gevangenis.”

“De meeste zedenplegers verblijven in de gevangenis van Leuven-Centraal, maar laat er nu net in die gevangenis helemaal geen aanbod zijn. Om aan de aanbevelingen van dit onderzoek tegemoet te komen, wil ik enerzijds in één of twee gevangenis in Vlaanderen een aparte unit opstarten waar zedendelinquenten meer gerichte therapie zullen krijgen. Ik ben hiervoor in nauw overleg met mijn federale collega, aangezien hij zal instaan voor de infrastructuur van de aparte unit. Zelf zorg ik via een projectoproep voor het forensische aanbod. Zo wil ik de gespecialiseerde hulp die er buiten de gevangenis al bestaat, binnenbrengen in de gevangenis. Anderzijds wil ik in een andere gevangenis een zedenconsulent aanstellen om met zedendelinquenten die de feiten ontkennen of voor strafeinde kiezen zonder enige behandeling, aanklampend aan de slag te gaan. Zodat ze nog therapie krijgen voor ze weer in vrijheid zijn. Ook hierbij wil ik de bestaande hulpverlening van buiten naar binnen brengen. Met die projecten wil ik zien wat werkt en kijken of we die werking kunnen uitrollen naar andere gevangenis. Het blijft wel zo dat gezondheidszorg in se een bevoegdheid is van mijn collega's Crevits en Vandenbroucke. Vanuit mijn coördinerende bevoegdheid doe ik mijn best om mijn steentje bij te dragen.”



**“Het Vlaams Agentschap voor Justitie en Handhaving kende geen rustige opstart. De situatie van Justitie liet het niet toe en eerlijk gezegd: ik ook niet. Als zelfstandig agentschap moest het zijn tanden laten zien. En dat deed het”**

Minister Zuhal Demir

**U sprak zich eerder uit voor een overheveling van alle bevoegdheden op het vlak van justitie naar Vlaanderen. Waarom? Wat zou het grootste winstpunt tegenover de huidige situatie zijn?**

“We zijn nu te afhankelijk van het federale niveau voor de randvoorwaarden om kwaliteitsvolle en effectieve hulp- en dienstverlening aan te bieden aan gedetineerden. Door er een Vlaams verhaal van te maken, zou die afstemming ten volle kunnen gebeuren. Zo zou de hulp- en dienstverlening volwaardig en gelijkwaardig deel uitmaken van het gevangeniswezen, waardoor het niet meer te pas en te onpas van de agenda zou geschrappt worden. Zo hebben we ook meer impact op de communicerende vaten die de gevangenis en de justitiehuis en het Vlaams Centrum voor Elektronisch Toezicht zijn. Dat zou een goede zaak zijn voor de gedetineerden, de justitiabelen én de maatschappij.”





“In de meeste federale landen zit de bevoegdheid justitie bij de deelstaten. Op een paar uitzonderingen na, zoals grensoverschrijdende criminaliteit. Dat lijkt me logisch. Eigen gevangenissen, eigen straf, eigen rechtbanken, eigen beleid dichterbij de burger.

En dat werkt perfect. Vandaag kunnen we Vlaamse gemeenten niet de nodige handvaten geven om op te treden tegen de infiltratie van de georganiseerde criminaliteit in de lokale economie. Dat probleem bestaat nauwelijks in Franstalig België en dus blijft het vastzitten op de federale werktafel. Op Vlaams niveau komen we daar zeer gemakkelijk uit. Het is in wezen eenvoudig: een democratie is niet compleet zonder een wetgevende, uitvoerende én een rechterlijke macht. En die laatste hebben we nu niet. Wat er bijvoorbeeld voor zorgt dat decreten nauwelijks worden gehandhaafd. We zitten met een democratisch deficit.”

“Ik ben inderdaad bevoegd voor de coördinatie van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, maar dus niet voor het aanbod zelf. Dat is een belangrijke nuance

Minister Zuhair Demir

# 10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Dr. Bart Van Daele gaf de fakkel door aan prof. dr. Marina Danckaerts, kinder- en jeugdpsychiater. Zij is diensthoofd van de kinder- en jeugdpsychiatrie van het UPC KU Leuven, Hoogleraar KU Leuven en netwerkcoördinator van YUNECO, het netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren Vlaams-Brabant.

## 1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Eerlijk gezegd ben ik aanvankelijk wat gepusht. Ik wilde heel graag fysica en sterrenkunde studeren, maar mijn leerkrachten vonden dat ik er verkeerde verwachtingen over had en beter geneeskunde koos... Ik heb me laten overtuigen. Het bleek niet echt mijn ding, tot ik een keuzevak kinderpsychiatrie opnam. Het laveren tussen de veelheid aan beïnvloedende factoren in een gelijkopgaand spel van nature en nurture, om dan een nieuw verhaal te schrijven voor en door kinderen, jongeren en gezinnen: dat was een openbaring. Al snel werd ik gegrepen door de verwaarlozing van de geestelijke gezondheidszorg. Hoe kunnen we ons edelste orgaan zo veronachtzamen en de zorg ervoor neerhalen? En hoe kunnen volwassenen zo ondoordacht omgaan met kinderen in functie van hun eigen behoeften? Eén weekje wacht levert 10 jongeren met suïcidaliteit op die allemaal zware rugzakken torsen van onverantwoorde opvoedingssituaties. Tegen het leed dat volwassenen kinderen aandoen is vooralsnog geen wetenschap opgewassen. Daar ligt nog een grote taak voor preventie...

## 2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

*Acceptance and Commitment*. Een therapeutisch mantra. Niet tegen windmolens vechten, maar de realiteit omarmen en op zoek gaan naar nieuwe wegen om perspectief te scheppen.

## 3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Ik ben goed in vergeten: ik kan stevig van mening verschillen en in discussie gaan, maar ik kan nadien snel weer met een schone lei verder samenwerken. Ik draag niet veel negatieve emotie mee. Tegelijk is vergeten ook mijn zwakte. Ik heb een sterke analytische en structurerende geest, maar altijd al een zwak geheugen gehad. Dat betekent dat ik vaak opnieuw mijn dossiers moet instuderen... vervelend.

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

Ik droom van een economisch model waarbij zorg en diensten rendabel zijn in al hun arbeidsintensiteit. Daarvoor moet er vooral een shift in waarden plaatsvinden: van materialisme naar geestesgenot; van nemen naar geven.

## 5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Klassiekers, veeleer dan iets bijzonders: lopen en fietsen. Bijna al onze vakanties zijn nu ook stap- of fietsvakanties geworden. Maar we houden ook van lekker koken en eten, en zijn daar niet zo matig in...

## 6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Ik geniet enorm van woordkunstenaars: mensen die met taal kunnen goochelen en met fijnzinnige verbale humor rake dingen zeggen die je tot nadenken stemmen.

## 7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

De 8<sup>ste</sup> van Mahler beweegt me steeds tot tranen wegens de bombastisch wanhopige emotie die eruit spreekt. De films van de broers Dardenne raken mij zo diep dat ik er amper kan naar kijken. Allebei werken waaruit in diepe ellende nog veerkracht spreekt.

## 8 Welke droom koestert u?

Dat we erin slagen om tot een nieuw soort zingeving te komen, gericht op zorg voor de wereld.

## 9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Ik zou me graag nog verdienstelijk willen maken in het klimaatvraagstuk, heel veel lezen, hopelijk ook veel spelen met kleinkinderen en luisteren naar de wijsheden van mijn echtgenoot.

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

Aan Stef Decoene, een eigenzinnige man, die tegen heilige huisjes durft te schoppen en vaak onorthodoxe ideeën heeft, die vernieuwing brengen. Heel verfrissend. Ook om de jeugdzorg mee onder het zorglicht te brengen.



**“Tegen het leed  
dat volwassenen  
kinderen aandoen  
is vooralsnog  
geen wetenschap  
opgewassen”**





## “Zelfs een klein bedrag voor de dokter of tandarts kan een gezin in financiële moeilijkheden brengen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JAN LOCUS

Een op de twintig Belgische gezinnen krijgt te maken met “catastrofale” eigen betalingen voor gezondheidszorg, zo blijkt uit een recent rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Onderzoekers Carine Van de Voorde en Nicolas Bouckaert van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) geven tekst en uitleg.

### Wat was de aanleiding voor dit onderzoek?

**Bouckaert:** “Het KCE maakt regelmatig performantie-rapporten waarin het Belgische gezondheidssysteem geëvalueerd wordt. Een soort ‘check-up’ om de vier à vijf jaar. Daarin proberen we ook nieuwe indicatoren mee te nemen. Zo hebben we in ons rapport van 2019, dat toen focuste op de billijkheid van betalingen en financiering in de gezondheidszorg, de WHO-indicator “catastrofale” uitgaven in de gezondheidszorg meegenomen. Omdat de WHO graag een rapport wilde over financiële bescherming voor elk land, en dit voor België nog niet bestond, zijn ze bij ons terechtgekomen.”

## Wat hebben jullie dan precies onderzocht?

**Bouckaert:** “Basisvraag van het rapport is hoe het gesteld is met financiële bescherming rond gezondheidszorg in België. We hebben ons zorgsysteem met alle beschermende maatregelen opgelijst en beschreven. En dan een specifieke analyse gemaakt van de concepten van ‘verarmende’ en ‘catastrofale’ eigen betalingen. Daarvoor hebben we data gebruikt uit het recentste Huishoudbudgetonderzoek van Statbel. Om de twee jaar houdt een 6000-tal gezinnen daarin heel gedetailleerd hun uitgaven bij, wat een zeer rijke bron van data oplevert.”

“Gemiddeld betalen patiënten in België 18% van de gezondheidszorgen zelf. Dat percentage is vrij hoog in vergelijking met de rest van Europa

Carine Van de Voorde

## Het gaat dus over “verarmende” en “catastrofale” eigen betalingen. Wat betekenen die termen?

**Bouckaert:** “Die termen komen uit het Engels, waar ze iets minder dramatisch klinken dan in het Nederlands. In de kern gaat het om eigen betalingen voor gezondheidszorg die ertoe leiden dat de financiële draagkracht van gezinnen (ernstig) wordt overschreden. Om dat te berekenen, moet je drie elementen bekijken. Het eerste is de financiële draagkracht van een gezin: hoeveel geeft een gezin uit aan alles wat het nodig heeft. Het tweede element zijn de basisuitgaven: wat is een redelijk bedrag om uit te geven aan voeding, huur en nutsvoorzieningen zoals water, elektriciteit en verwarming. Die twee kun je met elkaar vergelijken om te zien of de financiële draagkracht van gezinnen volstaat om de basisuitgaven te dekken. Als dat niet het geval is, spreken we van arme gezinnen. Bij sommige gezinnen is de financiële draagkracht wél voldoende voor de basisuitgaven, maar is er niet veel over. Als de eigen kosten voor gezondheidszorg méér bedragen dan dat restbudget, spreken we over ‘verarmende’ eigen kosten. En als ze minstens 40% méér bedragen dan het restbudget, over ‘catastrofale’ eigen kosten.”

## In België krijgt 5% van de inwoners te maken met “catastrofale” eigen betalingen: een van de hoogste percentages in Europa. Hoe valt dat te verklaren?

**Van de Voorde:** “Het algemene welvaartsniveau speelt een rol, maar ook het systeem van onze sociale zekerheid. Vanaf de invoering van de ziekteverzekering is beslist om de burger een deel van de gezondheidszorg zelf te laten betalen. Voor bepaalde doelgroepen is er wel een verhoogde tegemoetkoming, maar

gemiddeld betalen patiënten in België 18% van de gezondheidszorgen zelf. Dat percentage is vrij hoog in vergelijking met de rest van Europa. Het argument is dat patiënten deels zelf financieel verantwoordelijk worden gemaakt voor de zorg op het moment dat ze die benutten. Dat gaat vaak om kleine bedragen, maar als je alles samentelt, kan het zwaar doorwegen op de financiële draagkracht van gezinnen, zeker als die een laag inkomen hebben.”

## Het percentage inwoners met “catastrofale” eigen betalingen is toegenomen. Hoe valt dat te verklaren?

**Bouckaert:** “De data fluctueren van jaar tot jaar, dus het is moeilijk om echt al een stijgende trend te zien. Maar in 2020 lag het percentage inderdaad iets hoger dan bij de vorige meting. Dat was het eerste coronajaar, waar wellicht een deel van de verklaring ligt. Enerzijds waren er meer kleine, frequente gezondheidsuitgaven: mondklappers, thermometers, ontsmettingsmiddelen, pijnstillers, vitaminesupplementen... En anderzijds zijn ook de basisuitgaven een beetje gestegen: tijdens de lockdowns gaven mensen meer uit aan verwarming, elektriciteit, voeding, enzovoort. Daardoor zullen meer gezinnen over de grens van de ‘catastrofale’ eigen uitgaven getrokken zijn. Maar of dat een duurzame stijging is voor de toekomst, valt moeilijk te voorspellen.”

## Welke eigen betalingen wegen het zwaarst door bij gezinnen?

**Van de Voorde:** “Je ziet verschillen tussen armere gezinnen en de algemene bevolking. Bij armere gezinnen zijn geneesmiddelen en ambulante zorg de hoofdbrok. Vrij frequente uitgaven dus. Terwijl het bij gezinnen met een hoger inkomen veeleer om eenmalige, grote uitgaven gaan. Denk bijvoorbeeld aan een bril of een hoorapparaat. Zij hebben uiteraard ook frequente kleine gezondheidsuitgaven, maar voor hen wegen die minder zwaar door.”

**Bouckaert:** “De prijs van een huisarts of medisch specialist is in ons land niet uitzonderlijk hoog, maar het gaat om de opeenstapeling van kleine kosten. In ons systeem moet voor elk doktersbezoek betaald worden, wat niet in alle landen zo is. En zelfs mensen met een verhoogde tegemoetkoming, die dus maar één euro moeten betalen bij de huisarts, kunnen ‘catastrofale’ eigen betalingen hebben. Voor veel mensen valt dat moeilijk te vatten, maar in verschillende andere Europese landen is een bezoek aan de huisarts helemaal gratis. Zo is er helemaal geen drempel. Bij ons wel, wat ook kan leiden tot uitstel van zorg, wat we voor dit rapport ook hebben bestudeerd.”

**Van de Voorde:** “In sommige landen, zoals Frankrijk, zie je bijvoorbeeld ook dat er voor medische hulpmiddelen prijsafspraken worden gemaakt. Er moet een bepaald aanbod van brillen en hoorapparaten aan een redelijke prijs beschikbaar zijn. In het ideale geval zitten zulke hulpmiddelen in het verzekerde pakket, maar dat kan ook een manier zijn om financiële drempels te verlagen.”



### **Zou een uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling soelaas kunnen bieden?**

**Bouckaert:** “Uit de vergelijking met andere Europese landen blijkt dat de Belgische situatie, waarbij je het volledige bedrag voor zorg moet voorschieten en je dan nadien een groot deel terugbetaald krijgt, zeer uitzonderlijk is. Enkel in Luxemburg en Frankrijk gebeurt dat nog, de rest van Europa werkt al met een derdebetalerssysteem.”

**Van de Voorde:** “Een derdebetalerssysteem neemt in elk geval veel drempels weg: niet alleen financieel, maar ook administratief. Alleen is er in ons land nog tegenstand van zorgverleners om het te veralgemenen, omdat de patiënten zich dan minder bewust zijn van de kost van gezondheidszorg. Nochtans zouden er geen praktische bezwaren mogen zijn: op dit moment is het al verplicht voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming bij de huisarts en dat werkt perfect, dus waarom zou het dan niet voor iedereen lukken? Zorgverleners kunnen er trouwens wel vrijwillig voor opteren, maar het zou beter zijn om dat algemeen te verplichten.”

Het is schrijnend om bijvoorbeeld te horen dat sommige ouders niet met hun kind naar de tandarts gaan, terwijl de tandzorg voor kinderen volledig wordt terugbetaald. Maar ze moeten dat geld eerst wel kunnen voorschieten, iets wat niet voor elk gezin haalbaar is. Sommige maatregelen om de financiële bescherming te verbeteren kosten handenvol geld, maar dit is een maatregel zonder financiële impact voor de overheid. Vandaar dat we er zo op aandringen om dat te veranderen.”

**Bouckaert:** “Verschillende Europese landen kiezen er zelfs voor om het remgeld in de eerstelijnszorg volledig af te schaffen voor mensen met een laag inkomen. Zo neem je dus elke drempel weg en zorg je ervoor dat mensen sneller zorg zoeken, vóór er ernstige complicaties optreden die de samenleving nog veel meer geld kunnen kosten.”

**“De prijs van een huisarts of medisch specialist is in ons land niet uitzonderlijk hoog, maar het gaat om de opeenstapeling van kleine kosten”**

Nicolas Bouckaert







**“Als een analyse gestoeld is op ideologie, kun je die naast je neerleggen. Maar met harde cijfers kan dat niet”**

Carine Van de Voorde

### **Zijn er nog andere factoren die een rol spelen bij het tekort aan financiële bescherming?**

**Van de Voorde:** “Een belangrijke financiële drempel ontstaat door supplementen. In de ziekenhuizen zijn die deels gereguleerd: als je niet kiest voor een eenpersoonskamer, kun je redelijk goed ereloon-supplementen vermijden. Maar in de ambulante sector - in de privépraktijk van een specialist, bij de tandarts, de kinesist, enzovoort - worden nog veel supplementen aangerekend. En daarover is weinig informatie beschikbaar. Als patiënt is het ook niet altijd duidelijk: bij een niet-geconventioneerde kinesist betaal je bijvoorbeeld ook meer remgeld. Maar vaak weet je vooraf niet of je kinesist al dan niet geconventioneerd is. Dat moet wel geafficheerd zijn in de praktijk. Maar eenmaal je daar zit, is het moeilijk om nog te vertrekken.”

**Bouckaert:** “En de supplementen worden niet meegeld voor de maximumfactuur. Beschermingsmaatregelen zoals de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur beperken alleen het remgeld.”

### **Heeft de overheid ook al bepaalde stappen gezet in de juiste richting?**

**Van de Voorde:** “Voor gezinnen met een laag inkomen is er een nieuw plafondbedrag ingevoerd voor de maximumfactuur: 250 euro. Een mooie maatregel, waarvoor wij al lang pleitten. Maar het blijft natuurlijk een maatregel in twee stappen: eerst moeten mensen remgelden betalen, pas nadien krijgen ze een deel daarvan terug. Mocht je de remgelden voor die doelgroep volledig afschaffen, dan hoef je ook geen extra beschermingsmaatregel in te voeren. Maar dat zijn natuurlijk beleidskeuzes, waarvoor je ook weer extra middelen moet voorzien.”

**Bouckaert:** “Minister Frank Vandenbroucke heeft ook een poging gedaan om de ereloon-supplementen in de ambulante sector in te dijen voor mensen met verhoogde tegemoetkoming. Maar daar kwam veel weerstand tegen, waardoor dat voorlopig niet is gelukt. De supplementen op erelonen in de ziekenhuizen zijn wel bevroren, wat wel een stap vooruit is.”

**“***Verschillende Europese landen kiezen er zelfs voor om het remgeld in de eerstelijnszorg volledig af te schaffen voor mensen met een laag inkomen*

Nicolas Bouckaert

### **Wat gebeurt er nu verder met dit rapport?**

**Bouckaert:** “Hopelijk wordt het veel gelezen en pikken beleidsmakers onze aanbevelingen op. Nu zijn we al bezig aan ons volgende performantierapport, dat begin 2024 zal verschijnen.”

**Van de Voorde:** “De aanbevelingen in dit rapport zijn misschien niet zo nieuw en wereldschokkend, maar ze zijn wel onderbouwd met meer empirisch materiaal. Als een analyse gestoeld is op ideologie, kun je die naast je neerleggen. Maar met harde cijfers kan dat niet. Dat lijkt me de grote meerwaarde van dit rapport.”



PUBLIEKSCAMPAGNE OVER OUDER WORDEN  
EN DE TOEKOMST VAN DE ZORG

# “Praat vandaag over het zorginfarct van morgen”

TEKST: THOMAS DETOMBE  
BEELD: ACTIZ EN JONATHAN RAMAEL

De vergrijzing leidt tot ongeziene uitdagingen. Nederland maakt het toekomstige zorgtekort bespreekbaar met ‘Praat vandaag over morgen’. “Een inspirerende campagne”, vindt Bernadette Van den Heuvel, directeur woonzorg van Zorgnet-Icuro. Ze spoort Belgische beleidsmakers aan tot actie: “Men doet nog altijd alsof je op elk willekeurig moment een blik zorgverleners kan opentrekken. Sorry, maar die tijd is definitief voorbij.”

‘Praat vandaag over morgen’ legt onze noorderburen enkele pertinente vragen voor. Hoe organiseren we straks haalbare en betaalbare ouderenzorg? Hoe wil jij graag oud worden? En welke rol kan je sociale omgeving daarin spelen? ActiZ zit achter de campagne. Dat is de branchevereniging van zo’n 400 zorgorganisaties, die met bijna 500.000 medewerkers ruim 2 miljoen Nederlandse cliënten verzorgen. Sanne Boon van ActiZ legt uit waarom ‘Praat vandaag over morgen’ onafhankelijk in de markt werd gezet. “De uitdaging waarvoor we staan overstijgt één zorgorganisatie, minister of bevolkingsgroep. Ouderenzorg gaat iedereen aan. We kunnen en mogen het gesprek daarover niet langer uitstellen. ‘Praat vandaag over morgen’ doet een appel op elke Nederlander.”

## We trekken dit niet

Net zoals België vergrijst Nederland pijlsnel. **Boon:** “Tegen 2040 verdubbelt het aantal 90-plussers en het aantal mensen met dementie. Ook de groep 65-plussers stijgt fors: van 3,1 miljoen vandaag tot 4,8 miljoen in 2040. Terzelfdertijd daalt het aantal mensen dat in de zorg werkt. Eigenlijk missen we vandaag al zorgende handen. Die krapte zal alleen maar toenemen. Samengevat: we trekken dit niet als zorgorganisatie. Het zal ons petje te boven gaan.” Ligt de Nederlander daarvan wakker? “Te weinig”, weet Boon. “Een publieksbevraging (2023) leert dat slechts 13% van de Nederlanders iets geregeld heeft voor later. Oud worden is voor velen een ver-van-mijn-bed-show: meer dan de helft praat er nooit over. Zelfs oudere mensen vermijden het thema. Niemand wil oud worden, het heeft een negatieve connotatie. Toch is het gesprek daarover meer dan ooit nodig. Veel mensen hebben hun hele leven hard gewerkt en vinden goede ouderenzorg een verworven recht. Misschien hebben ze principieel gelijk, maar wat heb je daaraan als er straks te weinig professionals zijn?”

‘Praat vandaag over morgen’ vertrekt precies vanuit die zorgkloof. “We maken mensen bewust van de uitdaging en moedigen hen aan om erover te spreken: met elkaar, met zorgverleners, met beleidsmakers die hen vertegenwoordigen. Dat is een ethisch-maatschappelijk vraagstuk. Inzetten op extra zorgpersoneel zal niet voldoende zijn. We hebben nood aan een systemische shift waarbij informele en buurtgerichte zorg een grotere rol spelen. Dat laatste is meer een kwestie van moeten dan van willen. Naarmate Nederland verder vergrijst, zal de olopende zorgvraag zichtbaarder worden. Door plaatsgebrek in woonzorgcentra zullen mensen bijvoorbeeld langer thuis wonen. Je zal meer ouderen op straat zien: soms mensen met extra ondersteuningsnoden. Buurtbewoners zullen die groep niet zomaar kunnen negeren. Noem het gerust een onvermijdelijke vermaatschappelijking van zorg.”

## Praat met je omgeving

**Boon:** “Campagnemedewerkers vroegen in stations hoe mensen hun oude dag zien. ‘Praat vandaag over morgen’ verspreidt ook gesprekskaarten in welzijnsorganisaties, gemeenten, zorgvoorzieningen en bedrijven. Daarnaast vuren we het publieke debat over de vergrijzing aan. Opiniemakers en bewindvoerders moeten mee.” Toch is volgens Boon vooral een gesprek met je naasten belangrijk. Een ActiZ- publieksbevraging (2023) toont dat 75% van de Nederlanders bereid is om voor zijn eigen partner te zorgen. 64% van de mensen wil ook voor burens of vrienden zorgen. Veel mensen zijn bereid om zich nu al op hun oude dag voor te bereiden. Maar in de praktijk stellen ze broodnodige regelingen te lang uit. Het wijst op de meerwaarde van een brede publiekscampagne over ouder worden en de toekomst van de zorg. ‘Praat vandaag over morgen’ geeft mensen - hopelijk - een duwtje in de goede richting.”

Hoe praat je dan over die oude dag? “Vertel familieleden, burens en mensen uit je netwerk hoe je de toekomst ziet”, adviseert Boon. “Peil vervolgens of zij daarin een rol willen spelen. Informeer je ook rond buurtwerking, professionele zorgmogelijkheden en manieren om je huis klaar te maken voor je oude dag. Dat zijn maar enkele mogelijke pistes. Belangrijk is om zicht te krijgen op alle mogelijke ondersteuningsvormen: formeel en informeel. Bewustwording en maatschappelijk debat vormen de eerste stap. Pas daarna volgt gedragsverandering.”

*“Veel mensen hebben hun hele leven hard gewerkt en vinden goede ouderenzorg een verworven recht. Misschien hebben ze principieel gelijk, maar wat heb je daaraan als er straks te weinig professionals zijn?”*

Sanne Boon

## Zorginfarct

Bernadette Van den Heuvel, directeur woonzorg bij Zorgnet-Icuro, vindt de Nederlandse campagne inspirerend. “Dat ze er kwam op initiatief van ActiZ vind ik sterk”, begint ze. “Men durft ook man en paard te noemen: we stevenen af op een zorginfarct, dit gaat ons niet lukken. Het is de verdienste van ActiZ om dit expliciet op de agenda te zetten.” Van den Heuvel kijkt met een bang hart naar België. “Mensen beseffen te weinig wat er op ons afkomt. Men praat hier geregeld over vroegtijdige zorgplanning en de zorg ‘in eigen beheer’ houden. Maar wat baten plannings als er straks onvoldoende professionele zorg en mantelzorg beschikbaar is? Zowel in ziekenhuizen, woonzorgcentra als in de thuiszorg stellen zich vandaag al gigantische problemen. We weten al 30 jaar dat de vergrijzing eraan komt. Zorgvragen zullen talrijker én complexer worden. Beleidsmakers moeten die uitdaging pro-actief vastpakken. Bijvoorbeeld door (toekomstige) zorgnoden in kaart te brengen en een capaciteitsplanning te maken. *Gouverner, c’est prévoir; et ne rien prévoir, c’est courir à sa perte.* Ik mis een algemeen gevoel van urgentie. Politici doen nog altijd alsof *the sky the limit* is. Alsof je op elk willekeurig moment een nieuw blik zorgverleners kan opentrekken. Sorry, maar die tijd is definitief voorbij.”

Net zoals de gemiddelde Nederlander, denkt ook de Belg nog niet aan ouder worden. Dat blijkt uit een bevraging in opdracht van de Koning Boudewijnstichting. En ook wij verwachten dat er professionele zorg zal klaarstaan. Al vreest ruim de helft van de respondenten bij gezondheidsproblemen op niemand of hooguit twee personen te kunnen rekenen.







**“Gouverner, c’est prévoir ; et ne rien prévoir, c’est courir à sa perte. Ik mis een algemeen gevoel van urgentie”**

Bernadette Van den Heuvel

“Zeker de Vlaming houdt graag zelf alle touwtjes in handen”, aldus Van den Heuvel. “Die wens tot zelfsturing zit onder andere in ‘Bepaal je eigen verhaal’. Met die campagne wil de Vlaamse ouderenraad senioren een luider stem geven in ons ouderenzorgbeleid. Terecht uiteraard, men beslist nog te vaak over de hoofden van ouderen heen. Maar ‘Bepaal je eigen verhaal’ ademt duidelijk het principe van ‘ik betaal, dus ik bepaal’. Jij kiest de zorg die je wenst, de verzorgingsstaat levert ze. Bijna zoals in een supermarkt. Ik vrees dat de realiteit die wens zal inhalen. Misschien zullen alleen mensen met zware zorgbehoeften in de toekomst nog kunnen rekenen op professionele zorg. Zowel in Nederland als in België.”

### Fundamenteel debat

‘Praat vandaag over morgen’ maakt die ongemakkelijke waarheid bespreekbaar. Hoe onderwerpen we het tekort aan professionele zorgverleners? Welke maat-schappelijk antwoorden zijn er nodig?

En welk gesprek moeten we vandaag voeren om iedereen morgen een kwaliteitsvolle oude dag te geven?

“Ook België verdient zo’n fundamenteel debat”, stelt Van den Heuvel. “Het klinkt zweverig, maar *au fond*

hebben we nood aan een ander waardenpatroon, voorbij het individualisme. Zonder spontane zorg voor kwetsbare burens of familieleden zal het immers niet lukken. Je kan en mag ook niet alles verwachten van mantelzorgers. Zij staan al onder druk. Velen zijn nog aan het werk, zorgen voor de kleinkinderen én hun ouders. Dat zijn drie jobs. Als je meer van die groep verwacht, moet je hen ook beter ondersteunen. Onze huidige arbeidsorganisatie nodigt onvoldoende uit tot onbetaalde zorg voor anderen. We moeten allemaal presteren, niemand heeft tijd. Nochtans geloof ik stellig dat mensen graag willen zorgen voor burens of familieleden, maar ze moeten dat ook kunnen.”

### Zorgzame buurten

Van den Heuvel stelt haar hoop op zorgzame buurten. “Buurtzorg en nauwere sociale verbanden bieden een uitweg. Je kan lokaal afspreken wie welke basiszorg opneemt voor kwetsbare mensen in de gemeenschap. Dat gaat soms over kleine dingen zoals ’s morgens de rolluiken optrekken. Zo iets klinkt misschien banaal, maar iemand moet het wel doen. Als gezinszorg of thuisverpleging alleen nog tijd heeft voor hoogdringende of complexe zorgtaken, zijn we meer aangewezen op elkaar.” Sanne Boon is hoopvol wat dat laatste betreft. “Tijdens corona zagen we hoe mensen spontaan zorg droegen voor elkaar. Deels omdat het niet anders kon, deels omdat zorg dragen betekenisvol is en verbindt. Al moet de overheid wel een handje toesteken. Stel bijvoorbeeld dat je je ouders wil opvangen in een zorgwoning in je tuin. In Nederland is de regelgeving om zo’n woning te plaatsen erg complex. Dat zou niet mogen. Het is vandaag ook moeilijk om mantelzorg te bieden. Het aantal mantelzorgers blijft dalen in de komende jaren. Geen goed nieuws, want hun zorgbijdrage is belangrijk.

Een betere omkadering is nodig, bijvoorbeeld onder de vorm van een mantelzorgsubsidie en begeleiding. ActiZ zet alvast in op samenwerking met de wijkverpleging.”

Ook Van den Heuvel spoort overheden aan tot actie. Een eerste werv is de organisatie van de zorg zelf. “Als je inzet op meer dagopnames in ziekenhuizen, moet je dat opvangen met extra thuiszorg. Als je meer gerieters of verpleegkundigen wil, moet je die opleidingen promoten aan hogescholen en universiteiten. Als je wil dat mensen langer thuis wonen, moet je investeren in veilige, zorgzame buurten en gemeenschapszin. Alles hangt met elkaar samen. We hebben nood aan *elderly care in all policies*.”

Ze wijst ook op het belang van meer preventie, om zo lang mogelijk gezond blijven. Daar zijn we nog lang niet. “Ons zorglandschap valt uiteen in een kluwen van actoren en bevoegdheden. Ziekenhuizen zitten op het federale niveau, ouderenzorg, welzijn, en zorgopleidingen zijn Vlaams. Dat maakt een daadkrachtig, overkoepelend beleid moeilijk. Maar er is geen andere weg. Ofwel organiseer je eenheid van commando, ofwel ga je beter samenwerken. Punt.”

### Potentieel aanboren

“Je kan en mag ook niet alles van de burger verwachten”, besluit Van den Heuvel. “Misschien schuilt daar het gevaar van campagnes als ‘Praat vandaag over morgen’. Zeker, iedereen zal een inspanning moeten leveren. Maar extra mantel-, buurt-of gemeenschapszorg ontslaat de bevoegde overheden niet van hun verantwoordelijkheid.

Beleidsmakers moeten die gemeenschapszorg voldoende faciliteren: door in te zetten op een haalbare werk-privébalans, door mantelzorgers beter te ondersteunen en waarderen. Of door onbenut zorgpotentieel aan te boren.” Op dat laatste vlak ziet ze een belangrijke rol weggelegd voor jonggepensioneerden. “Vaak zijn ze nog erg actief en, belangrijk, bereid om bij te springen in zorgtaken in de buurt. Die motivatie moeten we verzilveren. Anders lukt het niet.”

**“Naarmate Nederland verder vergrijsst, zal het zorgtekort steeds zichtbaarder worden”**

Sanne Boon





# “Ontschotting is een meerwaarde voor iedereen”

TEKST: SOPHIE BEYERS  
BEELD: SOPHIE NUYTEN

Vertrekken vanuit de wensen van de mensen. Dat is het uitgangspunt van zowel woonzorgcentrum De Overbron als van Zonnelied, een vergunde zorgaanbieder (VZA) van het VAPH. De gemeenschappelijke overtuiging dat ontschot werken een meerwaarde is, maakte dat beide organisaties elkaar gevonden hebben. Zo komt het dat mensen met een handicap verblijven in De Overbron en outreachend worden begeleid door Zonnelied. Bert Anciaux, gedelegeerd bestuurder van De Overbron en Katleen Evenepoel, algemeen directeur van Zonnelied, hebben het uitgebreid over waarden, cultuur en het belang van pionieren.









## **De Overbron en Zonneliëd werken samen. Hoe zit dat precies in de praktijk?**

**Evenepoel:** “Zo’n tien jaar geleden startten we met het project Zonar. In Brussel verblijven veel mensen met een handicap in een woonzorgcentrum en hebben daarom geen officiële vraag voor het VAPH. Nochtans zitten zij niet altijd op de juiste plaats. Vaak zijn ze heel wat jonger dan de gemiddelde wzc-bewoner. Met Zonar willen we hieraan tegemoet komen. We gaan langs bij woonzorgcentra om daar outreachend voor die groep te werken. We zorgen daarbij niet alleen voor een aanbod voor de bewoner, maar ook voor het team errond, bijvoorbeeld met opleidingen. Ondertussen zitten we aan het twintigste woonzorgcentrum waarmee we samenwerken.”

**Anciaux:** “Vandaag is dat project geëvolueerd. Wij vangen nu ook mensen op die ondersteund worden door het VAPH. Voor ons is de samenwerking een bewuste keuze om uit het geïsoleerde wzc-leven te breken. Wij willen een centrum zonder muren zijn. We hebben trajecten lopen binnen de zorgzame-buurtprojecten waarbij we de trekkende kracht zijn om extra muros te werken. We willen ook in ons huis de samenleving terugvinden. De samenwerking met Zonneliëd sluit hierbij aan. Het voelt goed voor onze bewoners om jongere mensen rond zich te hebben. Die mensen bieden zorg voor onze bewoners en omgekeerd. Het is een wisselwerking. Ook het personeel ervaart dit als iets positief.”

*“Ik wil samenwerken met partners die een andere expertise hebben”*

Katleen Evenepoel

## **Hoor ik jullie pleiten voor een ontschotting binnen gezondheid & welzijn?**

**Evenepoel:** “Het is inderdaad onze droom om de verschillende werelden te koppelen. In onze samenwerking betekent dat bijvoorbeeld het combineren van dagbesteding bij Zonneliëd en het residentiële bij De Overbron. Sommige mensen vinden het interessant om overdag elders te zijn.”

**Anciaux:** “Ik geloof echt in ontschotting, al mag die niet ten koste gaan van de eigenheid van en specifieke zorg voor mensen en doelgroepen. Dat mag niet afvlakken. Kwaliteit moet gewaarborgd blijven. Ontschotting is niet evident, maar moet echt het einddoel zijn. Het zal veel tijd vragen door de verschillen in historiek van de sectoren. Nu is het door regelgeving soms financieel puzzelen. Erkende wzc-plaatsen mag je bijvoorbeeld niet gebruiken voor dit project. Die moeten we (tijdelijk) laten schrappen.”



“Het is een kwestie van afspraken maken over wat haalbaar is, in de eerste plaats met de bewoner zelf. Toen we net startten met dit project, hadden we ruimte in ons woonzorgcentrum. Nu niet meer, waardoor het project nog meer een bewuste keuze is. Het is niet langer vanuit een noodzaak om ons woonzorgcentrum vol te krijgen, een probleem waar vele wzc's mee kampten na corona.”

**Evenepoel:** “Omdat persoonsvolgende budgetten soms te laag zijn, kan dit een spanningsveld vormen. Toch kiezen we ervoor om dit te proberen en zelf bij te dragen indien nodig. Het is het leergeld dat we betalen. Elke opname heeft zo zijn uitdaging. Als je het puur zakelijk zou bekijken, kunnen wij geen enkele opname doen. Wij werken echter vanuit het mensgerichte en willen ook een meerwaarde aan de samenleving bieden. Dat is pionieren.”

**Anciaux:** “Positief is dat de administraties van goede wil zijn. Er is veel luisterbereidheid. Ze vinden het oké dat we wegbereiders zijn. Soms remmen ze af, maar ik wil dan ook te snel gaan. Je kan een tanker niet meteen 180 graden draaien, al zouden we dat willen.”

**Evenepoel:** “De administratie is heel open. Het probleem is de juridisering. Regels zijn ook uitgepuurd per sector. Dat ligt aan niemand.”

## Kunnen we meer mensen helpen door ontschotting?

**Evenepoel:** “Op individueel niveau gaat die vlieger niet op. Zorg kost wat zorg kost. Op metaniveau zal de samenleving er wel op vooruitgaan. Geen lege bedden meer, expertise op de juiste plaats enz. Mensen zullen de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. Veranderingen verlopen niet meer geleidelijk. Wat we vandaag beslissen, kan morgen anders zijn. Die complexiteit is moeilijk te volgen. Daarom is het belangrijk om transversaal te denken. Om kennis bij elkaar te brengen. Ik wil niet samenwerken met mijn gelijke, maar met partners die een andere expertise hebben. We moeten uit onze sector komen.”

**Anciaux:** “Klopt. Zo werken wij samen met justitie door werkstraffen te laten uitvoeren in ons wzc. Openheid en goede afspraken zijn hierbij cruciaal. Ook met de bewoners en hun familie. We hebben hier goede ervaringen mee. Mensen hebben die kansen nodig.”

**Evenepoel:** “Wij werken ook samen met justitie binnen onze organisatie vanuit de begeleidingsmethodiek van onze sector. De wachtlijst van de justitiehuisen om werkgestraften aan het werk te krijgen, werd fors gereduceerd, zowel in West-Brabant als Brussel. Het is fout te denken dat de zorg alleen maar geld kost. Wij kunnen ook iets betekenen voor de samenleving.”





**“Positief is dat de administraties van goede wil zijn. Er is veel luisterbereidheid. Ze vinden het oké dat we wegbereiders zijn”**

Bert Anciaux



### **Hoe ervaren de personen met een handicap het zelf om in een woonzorgcentrum te zitten?**

**Anciaux:** “Nele (fictieve naam, nvdr.) zit hier nu een klein jaar en wordt op handen gedragen door de andere bewoners én het personeel. In het begin was er een problematiek van nachtelijk dwalen, maar dat hebben we opgelost.

Overdag is haar aanwezigheid een absoluut plezier. Ze wordt meestal ervaren als het zonnetje in huis. Zelf ervaart ze dezelfde warmte. Ze heeft hier dan ook een opdracht, iets wat ze zelf wilde. Het geeft haar zin. In het begin was het zoeken omdat ze in een nieuwe setting kwam. Zij moest zaken achterlaten. Het was een rouwproces.”

**Evenepoel:** “Nele zat in Zonneliëd. De situatie van dementie maakte het echter moeilijk. We moesten dit medisch aspect met het pedagogische samen brengen en de verhuis naar De Overbron kwam als oplossing uit de bus. De overgang verliep goed omdat beide organisaties dezelfde waarden delen. Dat hebben we van in het begin afgetoetst bij elkaar. We gaan op dezelfde manier met mensen om waardoor het geen cultuurshock was. We vinden dat belangrijk omdat wij

iemand ‘afgeven’ en bezorgd zijn over het geluk van ‘onze’ mensen in de nieuwe setting. Ondertussen zien we nog mensen bij ons die zich goed zullen voelen in De Overbron. Zo meldde zich onlangs iemand met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Bij Zonneliëd is er geen plaats, maar De Overbron past heel goed bij de wensen van dat individu.”

**Anciaux:** “Er wordt altijd goed nagedacht in welke setting een persoon past. Iets wat wij niet beslissen. We gaan daarover in gesprek met de persoon zelf én diens netwerk.”

**Evenepoel:** “De vraag kan ook vanuit de persoon zelf komen. De belangrijkste afweging die we maken, is of hij of zij gelukkiger wordt. Kan de nieuwe setting kwaliteit van leven garanderen?”

### **Wat betekent voor jullie kwaliteit van leven?**

**Anciaux:** “Je leven voort kunnen zetten. Dat kan zich uiten in kleinigheden zoals het gewenste uur van eten, maar de basis zit vooral in het gerespecteerd worden. Wij werken dan ook volgens het Scandinavische Tubbe-model dat sterk de nadruk legt op participatie. Ik zeg onze bewoners voortdurend dat ze meer kritisch moeten zijn. In die generatie zie je dat te weinig.

‘Ze hebben al zoveel te doen’, zeggen ze vaak. Dan zeg ik: ‘ja, maar ze zijn hier om u te helpen.’ Onze filosofie is dat wij als medewerkers in het huis van onze bewoners komen. Daarnaast is het onze taak om de bewoners naar buiten te brengen en de samenleving naar binnen.”

**Evenepoel:** “Wij noemen onze bewoners ‘gasten’. Wij zijn te gast bij hen. Het is hun huis, hun werking, enz. We werken vanuit het verlangen van de gasten. Het gaat over de mens op zich. Hoe voelt een gast zich? Waar heeft hij nood aan? Wil iemand acteur worden? Dan werken we daarmee. Dat is niet altijd evident bij personen met een verstandelijke handicap. Ze zijn vaak lang gewoon geweest te doen wat een ander zegt. Dat proberen we eruit te halen door onze gasten bijvoorbeeld te laten proeven van al onze ateliers tot ze hun passie ontdekken.”

**Anciaux:** “Het is geen vanzelfsprekend ideaalbeeld, dat beseffen we. Ik mag van geluk spreken met ons huidige personeel. Een goede ploeg is cruciaal. Je hebt mensen nodig die trekker willen zijn. Het belang van participatie zit immers ook bij je team. Het is aan mij om te kunnen loslaten, om hen voldoende autonomie te geven. Iets dat ik heb moeten leren.” (lacht)

**Evenepoel:** “Ik geef mensen veel vrijheid. Ik geef hen het vertrouwen om in hun opdracht, hoe klein die ook is, ruimte te krijgen.”



## **Jullie werkingen hechten veel belang aan het artistieke.**

**Anciaux:** “Absoluut. De Overbron wil een ontmoetingsplek zijn in de wijk of zelfs de stad. Onze tuin is dan ook zo gebouwd dat er veel culturele activiteiten kunnen georganiseerd worden. We hebben een cultuurmedewerker in dienst en werken samen met bekende Vlamingen. We zetten veel in op animatie en cultuur. Ook Nele beleeft hier enorm veel plezier aan.”

**Evenepoel:** “Nele heeft altijd toneel gespeeld. Ooit heeft ze dat moeten loslaten, maar bij Zonneliëd en nadien ook de De Overbron kan ze dat terug beleven. Het artistieke is een ideaal veld om iets te kunnen uitdrukken. Nele kan geen volzinnen maken, maar op het podium is het ongelooflijk om te zien hoe ze zich kan uitdrukken. Het is haar manier om te tonen dat ze iets te vertellen heeft.”

**Anciaux:** “Ze heeft ook echt iets te vertellen, in heel haar uitstraling. Onze visie is dat mensen hun interesses kunnen uiten, hun hobby’s kunnen voortzetten. Het is een vorm van verbinding. We hebben een breed aanbod waaruit mensen kunnen kiezen, in kleine of grote groepen. Soms zelfs individueel dankzij samenwerkingen met o.a. scholen. Niemand wordt verplicht.”

*Het is fout te denken dat zorg alleen maar geld kost*

Katleen Evenepoel

## **Is inzetten op cultuur betaalbaar?**

**Evenepoel:** “Het is een misvatting te denken dat cultuur veel geld moet kosten. Je moet het niet alleen van subsidies laten afhangen, maar ook creatief te werk gaan. Zo werken we met Stefan Perceval die met ons een voorstelling maakt. Die was na twee weken uitverkocht. Het is een statement dat onze mensen iets te vertellen hebben. Ook voor familie en onze medewerkers is dat belangrijk. Ze krijgen goesting om mee te werken.”

**Anciaux:** “Het is een kwestie van netwerk uitbouwen. Ook kunnen we middelen voor cultuur inzetten omdat we geen middelen naar aandeelhouders moeten laten stromen.”

**Evenepoel:** “Bert en ik zijn ondernemend. We doen het gewoon en tonen ook aan wat de meerwaarde is van wat we doen. Wat we doen, is waardevol en dat vertellen we aan onze administraties en de politiek.”

A close-up portrait of Khalid Benhaddou, a man with dark hair and a slight beard, wearing a dark blue suit jacket over a light blue shirt. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is blurred, showing some warm-toned bokeh lights.

**“Ik pleit voor redelijkheid,  
gezond verstand en  
goede kaders”**

TEKST: KIM MARLIER  
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER



Onze samenleving verandert razendsnel. We spreken over een superdiversiteit waar heel wat culturen, elk met hun eigen referentiekader, dicht bij elkaar leven. Dat leidt soms tot spanningen, omdat we elkaar niet begrijpen. Er zijn tussenpersonen nodig die als bemiddelaars de kenniskaders naar elkaar toe vertalen, ook in de zorgsector. Het boek *Over bruggen en grenzen* schuift bruikbare handvaten naar voor.

Khalid Benhaddou is moslimtheoloog en imam. Daarnaast is hij opdrachthouder Diversiteit en Inclusie aan de UGent en directeur van CIRRA, een expertise- en onderzoekscentrum rond levensbeschouwing en diversiteit in Vlaanderen. Samen met Emilie Le Roi schreef hij *Halal, of niet. Antwoord op vragen omtrent islam en onderwijs in Vlaanderen*. Omdat de vragen ook van buiten het onderwijs bleven komen, schreven ze samen het boek *Over bruggen en grenzen* waarin de focus ligt op werk, zorg- en hulpverlening, en jeugdwerk.

**“Ik ben geboren in Gent, groeide op in de Brugse Poort, in een andere wereld dan die waarin mijn ouders zijn groot geworden”, zei u in een interview. Is dit waar de eerste kiem als bruggenbouwer gelegd werd?**

**Khalid Benhaddou:** “Ik worstelde al heel vroeg met conflicterende referentiekaders. Van thuis uit waren religie en cultuur bepalend, maar daarnaast was er het referentiekader dat gold in de samenleving en het onderwijs. Ik verenigde binnen mijn persoon twee culturen en beschavingen die ik moest verzoenen met elkaar, terwijl ze in de geschiedenis vaak lijnrecht tegenover elkaar hebben gestaan. Op dat moment zag ik die rol als bruggenbouwer voor mezelf. Niet als een oppervlakkig Kumbaya-verhaal, maar wel door de geopolitieke, socio-economische en emotionele verhoudingen te doorgronden en te begrijpen. Grote thema’s voor een jonge man, maar ik was altijd al iemand die verder nadacht over de dingen, die de dingen nooit als vanzelfsprekend aannam.

Ik stelde mijn onderricht - dat vrij puriteins was - in vraag, tot ergernis van mijn leraren Islam. Ik zocht naar een invulling van religie die compatibel was met de samenleving waarin ik geboren en getogen ben.”

**Het boek wil de verschillende zorgvoorzieningen een spiegel voorhouden. Hoe staan ze er zelf voor als het gaat over diversiteit? Wat zou de zorgsector zien in die spiegel?**

“De zorgsector voelt dat ze moet onderzoeken hoe ze het diverse publiek dat ze aantrekken, kunnen bedienen. Ik merk wel dat de geesten rijper worden, maar je voelt dat ze worstelen met de juiste aanpak. Het is niet evident om als organisatie een diversiteitsverhaal uit te schrijven. Je kan dat doen vanuit het deficitparadigma, waar je op het niveau van individuen actie onderneemt om hen te ondersteunen zodat ze op een gelijkwaardige manier worden behandeld. Maar zo pak je de uitdagingen niet structureel aan. We moeten nadenken over de systemische drempels die institutioneel ingebouwd zijn.

Is de context waarbinnen we werken en functioneren, en het normenkader dat daarop geënt is, nog steeds inclusief?”

“We moeten proactief nadenken over diversiteitsvraagstukken. Daarvoor doorlopen we een aantal stappen. Eerst en vooral neem je de vraag ernstig. Je lacht het niet zomaar weg, maar onderzoekt de aanleiding en de behoefte. In tweede instantie koppel je de emoties los van de feiten. Door de emotie van het debat rond diversiteit, cultuur en religie handelen veel medewerkers vaak uit vanuit hun grondhouding en niet vanuit het professionele kader.

*Het kan zijn dat bepaalde vrijheden met elkaar botsen, bijvoorbeeld vrijheid van religie en gelijkheid tussen man en vrouw*

**Khalid Benhaddou**

Het is belangrijk om dat onderscheid goed te maken bij jezelf. Ten slotte probeer je de vraag te herdefiniëren vanuit een inclusiegedachte. Wat is het algemene belang hierin?”

“Wanneer iemand bijvoorbeeld een vraag stelt rond halalmaaltijden, bekijk je hoe je beleid kan voeren rond voeding, niet specifiek gericht op één bepaalde groep. Je bekijkt het breed: veganistisch, vegetarisch, allergieën, maar ook halal en koosjer. Op die manier werk je aan een inclusief verhaal dat je integreert in het beleid in plaats van te werken op maat van één specifieke groep. Toets de vraag ook altijd aan het rode en groene kader.

Wanneer een vraag discriminerend is of indruist tegen bepaalde wetgeving, dan houdt het op. Een vraag die discriminerend is op vlak van gender, daar kan - met alle respect voor iemands religie - niet op ingegaan worden. Doorstaat het dit rode kader, dan ga je naar het groene kader. Strookt die vraag met de visie en de waarden van de organisatie? Past dit binnen het interne reglement, de voorschriften rond hygiëne en veiligheid? Indien ja, dan kan je bekijken of het praktisch en financieel uitvoerbaar is. Wanneer je als organisatie principieel geen bezwaar hebt tegen een bepaalde vraag, maar die niet praktisch uitvoerbaar is, dan moet je daarover ook eerlijk communiceren.”

## **Overall leven dezelfde vragen, schrijven jullie. Kan je een rode draad trekken doorheen die vragen?**

“Het feit dat men er niet in slaagt om door de emotie van het debat de eigen kaders helder te zien. Staar je niet blind op de motivatie die mensen inroepen om bepaald gedrag te stellen, want dat kan leiden tot handelingsverlegenheid. Zeker als iets levensbeschouwelijk of religieus verpakt is, terwijl je makkelijker kan reageren wanneer je de religieuze dimensie wegdenkt. We reageren directer wanneer een kind gepest wordt omdat het een bril draagt, dan om het feit dat het geen varkensvlees eet.”

“Let op voor culturalisering en bij uitbreiding islamisering. In de praktijk ontmoet je geen culturen, maar wel mensen. Ga er niet quasi onmiddellijk van uit dat gedrag automatisch zijn oorsprong heeft in de religie of de cultuur. Identiteiten zijn complex, herleid het niet altijd tot enkel de cultuur. Door die culturalistische benadering kan het wij-zij-denken worden versterkt en loop je het risico op *othering*, namelijk jezelf identificeren door je te onderscheiden van een ander en die veelal negatief voor te stellen.”

“Hetzelfde geldt voor essentialisering. Mensen mogen niet beschouwd worden als representant van hun cultuur. We moeten helder voor ogen houden dat elk individu zijn cultuur of religie persoonlijk beleeft en dat daar een breed spectrum in bestaat. Kortom, benader een mens als een individu en probeer door in gesprek te gaan helder te krijgen waar het exact om gaat.”

## **Het is cruciaal dat een organisatie een goede afspiegeling vormt van de diversiteit binnen onze samenleving. Maar vandaag loopt die verhouding mank. Hoe kunnen zorgorganisaties inzetten op instroom en doorstroom van personeel?**

“Denk op vlak van instroom na over het HR-beleid. Zorg dat er in de selectiecommissie een genderspits en diversiteitsspits zetelt. Zij zorgen ervoor dat stereotiepe verwachtingspatronen gesignaleerd worden zodat die de objectieve beoordeling van iemands capaciteiten niet in de weg staan. Zorg dat de vacatures inclusief taalgebruik bevatten en verspreid ze ook breder dan de klassieke kanalen. Werk outreachend naar andere organisaties en instanties.”

“Om werknemers te laten doorstromen moet je streven naar een cultuur van inclusiviteit. Hoe gaan we om met levensbeschouwing en religie? Welke plaats krijgen die in de organisatie? Hoe zorgen we ervoor dat mensen delen van hun identiteit ook in onze organisatie kunnen beleven? Hoe kunnen we hierin flexibel en pragmatisch zijn?”

“Ga aan de slag met mensen die al werken in je organisatie. Coach hen, voorzie trainingen rond diversiteitssensitiviteit. Ik wil een lans breken voor die nieuwe term. In plaats van te spreken over cultuursensitieve zorg en interculturele communicatie

waar de focus wordt gelegd op cultuur, hebben we het beter over diversiteitssensitieve zorg en inclusieve communicatie. Die termen hebben niet alleen oog voor andere onderliggende factoren behalve cultuur, maar ook voor machtsdynamieken. Bij inclusieve communicatie gaat het bijvoorbeeld over de mate waarin je als zorgverlener meepraat en meebeslist in de organisatie.”

## **Jullie pleiten om diversiteitssensitief te werk te gaan. Hoe kan je dat vertalen naar de zorg?**

“Bijvoorbeeld door oog te hebben voor hoe mensen omgaan met lijden binnen hun cultuur en levensbeschouwing. En hoe we als sector hiervoor ruimte kunnen creëren. Veel mensen leven nog in de wij-cultuur in tegenstelling tot de westerse ik-cultuur. Dat impliceert dat de familiale en sociale context belangrijk is. Dat merk je bij rouwen, bij familiebezoeken, maar ook bij belangrijke beslissingen zoals euthanasie. De mening van de familie speelt een rol. Ik pleit er niet voor dat een organisatie hier zomaar in meegaat - soms kan dat niet - maar het is belangrijk om notie te hebben van hoe het er in bepaalde culturen aan toegaat en te proberen om daarmee rekening te houden.”

## **“Om werknemers te laten doorstromen moet je streven naar een cultuur van inclusiviteit. Hoe gaan we om met levensbeschouwing en religie? Hoe zorgen we ervoor dat mensen delen van hun identiteit ook in onze organisatie kunnen beleven?”**

Khalid Benhaddou

“Het kan zijn dat bepaalde vrijheden met elkaar botsen, bijvoorbeeld vrijheid van religie en gelijkheid tussen man en vrouw. Bijvoorbeeld een moslimvrouw die niet wil behandeld worden door een mannelijke gynaecoloog. Dat is een moeilijke evenwichtsoefening waar je met alle elementen rekening moet houden. Kan er een vrouwelijke arts bijgehaald worden? Is er sprake van een levensbedreigende situatie? Maak van dergelijke cases geen beschavingsoorlog, maar hou het op het praktische niveau.”

Til je dit naar het morele niveau, dan zetten alle partijen de hakken in het zand en raken we geen stap verder.”

### **Wat zijn specifieke aandachtspunten voor de zorgvoorzieningen? Waar kunnen ze bruggen bouwen? Waar moeten ze grenzen trekken?**

“Werknemers willen zich thuis voelen en dat kan in een organisatie oog die heeft voor de verschillende identiteiten. Mensen moeten voelen: ‘ja, ik kan mezelf zijn’. Ik hoef stukken van mijn identiteit niet aan de kapstok te hangen voor ik de organisatie binnenkom. Dat zit in kleine dingen zoals verlof kunnen nemen op een religieuze feestdag of voelen dat er geluisterd wordt naar jouw behoeften. Het draait om jezelf kunnen zijn, je gezien voelen en geaccepteerd worden.”

“De zorgsector moet ook aandacht hebben voor de verschillende dimensies van een patiënt. Veel zorgorganisaties lopen de feiten achterna en laten veel over aan de creativiteit en de goodwill van de werknemers. Of het nu gaat over de mogelijkheid om te bidden, over voeding of over levensvragen. Er moet een structuur zijn om die dialoog te kunnen voeren. Bijvoorbeeld door een divers samengestelde klankbordgroep met artsen, verpleegkundigen, patiënten en mensen uit de brede samenleving die elk vanuit hun perspectief licht werpen op die vraagstukken. Hoe kunnen we die vragen inpassen in onze werking? Stroken ze met onze eigen deontologie?”

“Daarnaast is het altijd nuttig om voor je werknemers voldoende achtergrondinformatie te voorzien rond bepaalde aspecten van cultuur en religie in de vorm van richtlijnen of een tipblad.

Niet als basis om beleid rond te voeren, want beleid voer je altijd inclusief, nooit op maat van één groep. Wel zodat mensen zich iets beter thuis voelen omdat je weet wat voor hen belangrijk is.”

### **“Nietzsche heeft ooit gezegd dat je religie ofwel gemakzuchtig kan bekijken en alle voorgekauwde antwoorden gewoon slikt, ofwel kiest voor een zoektocht naar waarheid. Dat laatste gaat gepaard met obstakels, twijfel en onzekerheid. Dat is het pad dat ik bewandel”, schrijft u. Hoe komt dit tot uiting in dit boek?**

“Ik sloop heilige huisjes aan alle kanten. Binnen mijn eigen gemeenschap probeer ik zaken theologisch te ontleden en te bekijken vanuit verschillende invalshoeken. Dat wordt me niet altijd in dank afgenomen. Maar ik wil de brede samenleving ook een spiegel voorhouden. Besef dat we in een veranderende samenleving leven en reageer niet altijd zo krampachtig. Ik pleit voor redelijkheid, gezond verstand en goede kaders. Ik probeer een weg te bewandelen waar ik mezelf steeds kritisch bevrage, maar waar ik verwacht van anderen om dat ook te doen. Zowel de islamitische gemeenschap als de brede samenleving. Dat is de enige juiste houding om niet te vervallen in rigide dogma’s die geen antwoord bieden op de context van vandaag. Narratieven die geen antwoord bieden op de vraagstukken van vandaag, daar pas ik voor. We leven in complexe tijden waar allerlei stormen op ons afkomen. Om door die stormen te kunnen navigeren heb je niet enkel een anker nodig, maar ook een kompas en een kaart. En daar ontbreekt het in bepaalde discours aan. Net dat probeer ik aan de kaak te stellen en kritisch te benaderen.”



Khalid Benhaddou & Emilie Le Roi. *Over bruggen en grenzen. Hoe omgaan met diversiteit en islam op het werk en op school, in de zorg en hulpverlening, in het jeugdwerk en de vrije tijd.* Borgerhoff & Lambergts

Advies op maat van uw organisatie: Khalid Benhaddou | [khalid.benhaddou@outlook.com](mailto:khalid.benhaddou@outlook.com)







A man with short brown hair, wearing a dark blue quilted jacket over a light blue button-down shirt and light blue jeans, stands with his arms crossed against a light-colored brick wall. The background shows some bare tree branches and a building entrance.

INSTITUUT VOOR TROPISCHE GENEESKUNDE

**“Door de klimaat-  
verandering komen  
tropische ziekten  
steeds dichterbij”**

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK  
BEELD: JONATHAN RAMAEL

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) in Antwerpen is sinds 2019 lid van Zorgnet-Icuro. De meeste mensen kennen het voor hun reisadviezen over tropische bestemmingen, maar het ITG is veel meer dan dat, vertellen artsen Patrick Soentjens en Ludwig Apers.

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde bestaat al meer dan honderd jaar: het werd opgericht in 1906 om artsen en later ook verpleegkundigen - of liever: missiezusters - voor te bereiden op een carrière in de kolonies. "De allereerste opleiding die werd gegeven was de zogenaamde *'cours de préparation pour les médecins se destinant à une carrière coloniale'*. Ze leerden dus over allerlei ziektes en aandoeningen die in de tropen voorkwamen", vertelt dr. Ludwig Apers. "Sindsdien zijn we uiteraard enorm geëvolueerd en is het ITG een zeer veelzijdige instelling geworden. Met drie grote pijlers: opleidingen, onderzoek en de kliniek. Wij zijn trouwens ook de grootste dienst Infectieziekten in België, met maar liefst 15 infectiologen."

Het is de kliniek die de meeste mensen zullen kennen, en dan vooral één aspect ervan: het reisadvies en de behandeling van tropische ziekten. "Elk jaar passeren hier zo'n 20.000 mensen die een reis naar de tropen plannen", vertelt prof. dr. Patrick Soentjens. "Het ITG heeft enkele jaren geleden trouwens een erg toegankelijke app en website ontwikkeld, WANDA. Daarin vind je alle medische adviezen voor elk land ter wereld, telkens geüpdatet volgens de laatste richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad. Heel veel reizigers gebruiken die al."

We bieden opleidingen over reisgeneeskunde aan voor artsen en binnenkort ook voor apothekers en reisorganisaties."

### Malaria-misverstand

Daarnaast ziet het ITG elk jaar een 6000-tal mensen die terugkeren van een periode in de tropen. "Soms zijn dat mensen die een bepaald risico hebben gelopen: onveilig seksueel contact bijvoorbeeld, of contact met stilstaand zoet water", legt Soentjens uit. "Daarnaast zijn er veel mensen die voor een check-up komen, na een lange periode als expat in een tropische of subtropische omgeving. En er zijn natuurlijk ook mensen met klachten: diarree, huiduitslag, koorts... Af en toe is er een patiënt met malaria bij. Vaak zijn dat mensen van Afrikaanse origine die familie zijn gaan bezoeken in hun land van herkomst, maar geen malariatabletten hebben ingenomen omdat ze denken dat ze voldoende immuniteit hebben. Maar dat klopt niet! Als je geboren bent in risicogebied en jarenlang wordt blootgesteld aan die muggen, dan heb je inderdaad een bepaalde immuniteit. Maar die verlies je volledig als je enkele jaren in België woont. Dat is dus een kwetsbare groep die we extra willen sensibiliseren."

Er bestaan nog wel meer misverstanden over malaria, vult Apers aan. "Enkele jaren geleden getuigde de bekende zanger Stromae over de angstaanvallen die hij kreeg nadat hij malariamedicatie had genomen. Daardoor zijn veel mensen daarvoor bang geworden. Maar dat ging over Lariam, een medicijn dat quasi nooit meer wordt voorgeschreven. Intussen is er medicatie zonder bijwerkingen."





Een ander bekend voorbeeld is trouwens Stefan Everts, de voormalige kampioen motorcross. Hij liep malaria op tijdens een kort verblijf in Congo. Veel mensen denken dat de ziekte een ver-van-hun-bed-show is, maar zulke voorbeelden bewijzen het tegendeel!”

### Westnijlvirus in Italië

Door de klimaatverandering dreigen steeds meer tropische ziekten bovendien ook in onze contreien op te duiken. “Het was toch schrikken toen er enkele jaren geleden een malaria-uitbraak was in een Grieks vluchtelingenkamp, of toen er in Spanje leishmaniase uitbrak”, vertelt Apers. “Ik zeg vaak lachend dat het tropisch instituut op een dag in de tropen zal terechtkomen. Dat is uiteraard overdreven, maar we worden toch alsmat relevant. De ziektes komen naar ons toe, in plaats van omgekeerd.’ Een ander interessant voorbeeld is het westnijlvirus, vertelt Soentjens. “Dat is een ziekte die voorkomt bij vogels en door muggen wordt overgedragen op mensen. En die rukt steeds meer op naar het noorden. In ons land is ze nog niet voorgekomen, maar wel massaal in Roemenië, Italië en Duitsland.”

Om de vinger aan de pols te houden, werkt een deel van de infectiologen ook in het buitenland, vertelt Soentjens. “Er is een verschil tussen tropenpathologie in de tropen en ‘import-pathologie’. Elke dag blootgesteld worden aan een bepaald virus of een parasiet, of één keer besmet raken tijdens je reis, maakt een heel groot verschil. Dankzij overzeese projecten, in samenwerking met lokale en internationale partners, leren we veel meer over die ziektes. Zo hebben we een heel mooi project rond leishmaniase in Ethiopië, maar bijvoorbeeld ook rond covid en ebola in Congo. Er komen ook heel geregeld onderzoekers uit het buitenland naar ons instituut om hier meer kennis op te doen over fundamenteel onderzoek naar die ziektes, terwijl wij op het terrein ervaring opdoen. Die wisselwerking is uniek en zeer verrijkend voor beide partijen.”

### Hiv-referentiecentrum

Een andere belangrijke pijler van de kliniek is het hiv-referentiecentrum, vertelt Apers. “We beschikken over een laagdrempelig testcentrum, waar mensen zich bijvoorbeeld anoniem kunnen laten testen op soa’s, zoals hiv. Maar de meeste hiv-patiënten komen bij ons terecht nadat ze een diagnose kregen bij de huisarts. Eerst controleren we in welk stadium van de ziekte de patiënt zich bevindt. De meesten zijn gelukkig nog in goede gezondheid, omdat mensen uit risicogroepen zich regelmatig laten testen. Eenmaal we de infectie in kaart hebben gebracht, starten we zo snel mogelijk met antivirale medicatie. Op zich is voor hiv geen al te complexe geneeskunde meer nodig, maar er komen wel veel andere aspecten bij de ziekte kijken.”

Vandaar de keuze voor een multidisciplinaire aanpak. “Zo zijn er verpleegkundigen die de patiënten voorbereiden op het levenslange gebruik van medicatie en het belang van therapietrouw.

Die patiënten moeten hun leven lang één keer per dag levensreddende medicatie nemen: dat lijkt evident, maar is het niet. Daarnaast zijn er ook psychosociaal verpleegkundigen die werken rond de emotionele en sociale impact van hiv. Zo’n diagnose krijgen, is toch nog iets anders dan horen dat je aan hoge bloeddruk of diabetes lijdt. Eenmaal de patiënten een goede start hebben genomen en de medicatie op punt staat, komen ze doorgaans nog maar twee keer per jaar op medische controle. Op dit moment volgen we ongeveer 3200 chronische hiv-patiënten op, elk jaar komen er bijna 200 bij. Gelukkig blijft het aantal nieuwe besmettingen dalen, onder meer dankzij de strategie van *test and treat*: regelmatig testen en snel behandelen. Dat is uiteraard goed voor de patiënten, maar ook voor de epidemie. Want patiënten bij wie het virus door hun behandeling niet meer detecteerbaar is in het bloed, zijn ook niet meer besmettelijk.”



Ludwig Apers

### Mpox

Daarnaast heeft de kliniek ook een soa-afdeling, waar helaas minder goed nieuws te rapen valt, vertelt Apers. “Bij ziektes zoals chlamydia, gonorrhoe, syfilis en hepatitis C zien we de laatste 10 à 15 jaar weer een stijgende trend. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Ten eerste is het afschrikkingseffect van hiv weggefallen, waardoor het condoomgebruik daalt. En ook het toenemende gebruik van PrEP speelt een rol. Pre-Expositie Profylaxe is medicatie die mensen kunnen nemen voor ze onbeschermd seks hebben. Daardoor hebben ze geen risico meer op hiv. Maar als er geen condoom wordt gebruikt, krijgen andere soa’s natuurlijk vrij spel. Dat is verontrustend, zeker omdat er multiresistente bacteriën ontstaan, die we constant moeten trachten voor te blijven. Gonorrhoe - in de volksmond bekend als ‘de druipe’ - is bijvoorbeeld een ziekte die we nog maar heel moeizaam kunnen behandelen. Naar dit soort soa’s wordt in het instituut veel biomedisch onderzoek gedaan.”



## “Mpox of ‘apenpokken’ was een heel bijzonder virus, omdat al onze specialiteiten samenkwamen”

Patrick Soentjens



Vorige zomer werd ons land opgeschrikt door een nieuw virus, dat in het ITG bijzondere aandacht kreeg: de “apenpokken” of mpox. “Dat was een heel bijzonder virus, omdat al onze specialiteiten daarin samenkwamen”, vertelt Soentjens. “Onze onderzoekers werkten al rond dat virus in Congo, maar vanaf mei 2022 zagen we in eigen land plots een populatie van mannen die seks hebben met mannen die het mpox-virus overdroegen via seksuele contacten. We hebben toen heel snel een testcapaciteit opgezet: van de 740 mensen die getest zijn in België, gebeurde dat in 340 gevallen in ons labo. Grofweg een derde van alle patiënten in België zijn ook bij ons langsgelopen voor behandeling. We hebben dan ook verschillende relevante expertises in huis: tropische geneeskunde, soa’s en hiv-mpox komt veel voor bij hiv-patiënten of mensen op PrEP.

De besmette patiënten en hun ziektestalen moesten ook met enige voorzichtigheid worden behandeld: vergelijkbaar met ebola, iets waarover wij natuurlijk ook veel kennis hebben. Uiteindelijk zagen we dat de ziekte na enkele maanden, op het einde van de zomer, volledig wegebde. Wellicht heeft dat vooral te maken met de aard van het virus: dat blijft - in tegenstelling tot hiv bijvoorbeeld - maar een vrij korte periode aanwezig in het lichaam. Na één maand wordt transmissie zeer onwaarschijnlijk.

Ook aanpassing van het risicogedrag heeft geholpen. Nu is de ziekte vooral actief in Zuid-Amerika, al sluiten we een nieuwe piek in eigen land zeker niet uit. Het is vooral afwachten hoeveel herbesmettingen we de komende maanden zullen zien.”

### Opleidingen

Naast de kliniek en het onderzoek blijft het ITG ook investeren in opleidingen, vertelt Apers. “Ten eerste zijn er onze master-na-master-opleidingen volksgezondheid en tropische (dier)geneeskunde, voor groepen van internationale studenten. In die opleiding zitten telkens collega’s uit minstens 15 à 20 landen samen. De focus ligt erg op leren van elkaar en de verschillende gezondheidssystemen waarin de participanten werkzaam zijn. Daarnaast is er ons postgraduaat tropische ziekten. Dat bestaat uit twee delen. Het eerste focust op individuele aandoeningen, het tweede op het management van de huidige mondiale uitdagingen: de klimaatcrisis en de gevolgen voor de volksgezondheid, epidemiologie en outbreak control. De covidcrisis heeft uiteraard bewezen dat we nood hebben aan mensen die kennis hebben van epidemiologie en die in teams kunnen werken. Onze focus verschuift de laatste jaren enorm: vroeger lag die op de zogenaamde ‘ontwikkelingslanden’, terwijl we nu veel meer naar de volledige internationale context kijken. En we focussen ook sterk op toegankelijkheid van zorg, zeker ook voor kwetsbare groepen, in lageloonlanden, maar ook hier bij ons.”

Bovendien lopen er bij het ITG ook veel stagiairs geneeskunde en doctoraatsstudenten rond, vult Soentjens aan. “We hebben sinds kort een erkenning voor de opleiding infectieziekten, waarvoor artsen kunnen kiezen na twee basisopleidingen als arts en als specialist. En tot slot bieden we ook avondcursussen aan, onder meer over soa’s en reisgeneeskunde, aan artsen en apothekers. Tropische geneeskunde en infectieziekten zijn relevanter dan ooit, dus we willen zoveel mogelijk mensen bereiken.”

# Regiovorming, bestuurlijke hervormingen en de impact op zorg en welzijn

## Studiedag - 5 juni 2023 - KVS Brussel

Begin dit jaar werd het decreet over de regiovorming goedgekeurd. Dat deelt het Vlaams gewest op in 15 referentieregio's. Er was de inkanteling van de OCMW's in de gemeentebesturen.

In de zorg werden de eerstelijnszones uitgetekend, kregen de klinische ziekenhuisnetwerken vorm en is er veel aandacht voor publiek-private samenwerkingen.

Wil je inzicht verwerven in al die verschillende regio's en de tendens tot decentralisatie? Iets vernemen over

de impact daarvan op de verhouding tussen overheid en social profit? Mee discussiëren over de rol van de lokale besturen? Dan is deze studiedag voor jou niet te missen.



Scan de QR code voor meer informatie

## 50 jaar lokale dienstencentra

Lokale dienstencentra zijn al vijftig jaar een warme thuis voor tienduizenden ouderen, mantelzorgers en kwetsbare personen. Dankzij de tomeloze inzet van personeel en vrijwilligers krijgen deze mensen de kans om beter hun weg in de samenleving te vinden en makkelijker voor zichzelf te zorgen.

Reden genoeg om te vieren!

Twee maanden lang brengt een communicatie-campagne de lokale dienstencentra én hun preventieve waarde onder de aandacht. Van ontmoetingsplek tot concrete hulpverlening.



Zet ook jouw lokaal dienstencentrum in de kijker. Scan de QR code voor meer informatie.

Deze campagne kwam tot stand door een projectsubsidie van de Vlaamse Overheid, toegekend aan de VVSG. Met de steun van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Gezond Leven, het Logo, de Vlaamse Gemeenschapscommissie, de Vereniging van Vlaamse Lokale Dienstencentra en Zorgnet-Icuro.



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

#mijnwarmethuis

Het lokaal dienstencentrum, een warme thuis voor iedereen



Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

### Hoofredactie en coördinatie:

Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

### Vormgeving:

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

### Zorgnet-Icuro

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

### V.U.: Margot Cloet

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

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

Je mag artikelen overnemen mits correcte bronvermelding (vb. Zorgwijzer 109, mei 2023, p. 47). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op [communicatie@zorgneticuro.be](mailto:communicatie@zorgneticuro.be)

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

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



