

zorgwijzer 113



PROFESSOR SOCIAAL BELEID BEA CANTILLON
OVER DE KLIMAATTRANSITIE

**“Het wordt moeilijk.
Maar het moet. En het kan”**



IN DIT NUMMER

Editoriaal	3
Professor sociaal beleid Bea Cantillon	4
Zorgtraject eetstoornissen	10
Ambulant revalidatieprogramma obesitas voor jonge kinderen.....	14
Projecten internationale solidariteit Zorgnet-Icuro – ZOL ondersteunt gezondheids- centra in Congolese Bokonzi	20
Anja Machielse, emeritus hoogleraar humanisme en sociale weerbaarheid van ouderen	24

10 vragen aan de zorgwijze: Mia Decaestecker	28
Jeroen Franssen van technologie- koepel Agoria.....	30
Inloophuis dementie in Antwerpen	34
Toolbox internering binnen wzc	38
Erfgoed van en voor zorg	40
Doctoraten leerstoel Future of Hospital Quality ...	42
Korte berichten	47

EDITO

Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER

Transities op til

We staan voor belangrijke maatschappelijke transformaties. Alle bredere contextanalyses wijzen in die richting. Willen we de planeet voor de komende generaties leefbaar houden, dan is een snelle en vergaande transitie in onze manier van leven en consumeren onontkoombaar. Parallel daarmee komt er een versnelling in de vergrijzing van de samenleving. De beroepsbevolking op arbeidsleeftijd slinkt, terwijl de vraag naar diensten – niet in het minst in de zorg – door de vergrijzing sterk zal blijven groeien.

Het is in onze naoorlogse westerse wereld nooit gezien. Decennialang profiteerden we van een omvangrijke bevolking op actieve leeftijd die bijdroeg aan de economische groei en steeds meer welvaart. We konden de verzorgingsstaat uitbouwen, gebaseerd op een verplichte solidariteit met een toegankelijke en betaalbare zorg. Maar dat robuust gebouw, dat grootse project dat in 1944 startte met het sociaal pact, begint barsten te vertonen. De houdbaarheid staat op het spel met de uitdagingen die zich aandienen.

Verschillende stemmen in deze Zorgwijzer vinden er geen doekjes om. De noodzakelijke transities zijn zeer ingrijpend. Professor Bea Cantillon richt terecht de aandacht op het belang om er ook een sociaal rechtvaardige transitie van te maken. “Anders verliezen we een derde van de bevolking onderweg, met meer radicalisering en polarisering tot gevolg”, zo stelt ze. Ze plakt er ook concrete cijfers op.



De vergrijzing zal ons tussen 2022 en 2070 ruim 4% van het BBP kosten. Met daarbovenop nog eens 4% om de kosten van de klimaattransitie te dekken. En dat in tijden waarin de staatsschuld torenhoog is en moet afgebouwd worden om mee te mogen in de Europese klas.

Dat is allemaal geen fijn nieuws. Maar het mag ons niet verlammen en angstig maken, maar daarentegen een hefboom zijn voor een krachtadig beleid met sociale rechtvaardigheid als richtsnoer. “Er is actie nodig, en wel nu. De olifant in de kamer benoemen en eraan beginnen”, zo stelt Cantillon. Datzelfde pleidooi om de koe bij de horens te vatten, lezen we ook in het interview met Jeroen Franssen, arbeidsmarktspecialist bij technologiefederatie Agoria. De inzet van technologie is voor hem geen fetisj, maar “het moment in de geschiedenis is wel aangebroken waarop mensen hun humane kwaliteiten kunnen inzetten terwijl technologie hun efficiëntie kan verhogen.”

2024 is het jaar van alle verkiezingen. Er komt een legislatuur aan waarin we die grote transformaties vorm moeten geven. Waarin we snelheid moeten maken, en heilige huisjes zullen moeten slopen. Of we dat nu leuk vinden of niet. Zeker is dat het zal schuren, want verandering in gewoonten, levensstijl en patronen is ook afscheid nemen van zekerheden. Maar laat het ons omarmen als een kans. Als iedereen meewerkt, dan kunnen we er samen een groot solidair project van maken. Laat het een uitnodiging zijn om allemaal onze loopgraven te verlaten. Yes, we can.





PROFESSOR SOCIAAL BELEID BEA CANTILLON

“We moeten de olifant in de kamer benoemen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: JONATHAN RAMAEL

We beseffen nog te weinig hoe diepgaand de transitie is die ons de komende jaren te wachten staat. De impact op de samenleving wordt enorm. Dat blijkt uit het rapport van het Hoog Comité voor een Rechtvaardige Transitie dat in november 2023 voorgesteld werd. Professor sociaal beleid Bea Cantillon is voorzitter van het Hoog Comité. Zij windt er geen doekjes om: “Binnen het grotere kader van de maatschappelijke, economische en sociale transitie zijn de 7000 extra plaatsen tegen 2030 in de ouderenzorg maar een deelprobleempje.” →

Voor het rapport werkte u samen met 25 experts van uiteenlopende disciplines. Wat hebt u geleerd uit die samenwerking?

“Doorheen het proces is me pas echt duidelijk geworden hoe diepgaand de klimaattransitie is waarvoor we staan en hoe snel we die moeten maken. De impact op de samenleving wordt gigantisch. Decennialang was ik zo intens bezig met armoede, sociale ongelijkheid en de welvaartsstaat, dat ik niet zag hoe groot de uitdaging is. De uitwisseling met experts van diverse disciplines opende me de ogen. Dit is niet zomaar een overgangperiode. Het is een fundamentele transformatie van de samenleving, de economie en de sociale welvaartsstaat.

De wetenschappelijke modellen zijn duidelijk: we stevenen af op een klimaatopwarming met zeer negatieve gevolgen voor de mensheid. Het gaat om meer dan het klimaat. Het gaat over biodiversiteit, water, grond, luchtvervuiling, stikstof...

De vereiste snelheid voor een veilige transitie is bijna onvoorstelbaar. CO2-neutraal worden tegen 2050 vergt dat we zowel onze productie- als consumptiewijze veranderen. Dat we de verdeling van de lasten en de lusten hervormen, zowel in als tussen landen. Dat vraagt immense inspanningen. Nu pas begint die waarheid door te dringen. Bij sommigen dan toch. Minister Demir vroeg advies aan het Vlaams Energie- en Klimaatagentschap over wat nodig was om tegemoet te komen aan de eisen van de rechtbank in de Klimaatzaak. ‘Dat zal niet lukken, het is niet realistisch’, luidde haar reactie. De realiteit is dat we geen andere keuze hebben. Hoe langer we wachten, hoe moeilijker het wordt.

De transitie zal iedereen treffen. Het is daarom ook een sociale kwestie. Het wordt moeilijk. Maar het moet. En het kan.”

De transitie vergt grote investeringen. De kosten hiervan wegen veel zwaarder door voor de lagere inkomens. Wie het vandaag al moeilijk heeft, dreigt nogmaals het slachtoffer te worden?

“Een prijsstijging op basisgoederen als energie en voeding weegt altijd het zwaarst voor de lagere inkomens. Dat is de wet van Engel. We moeten minder vlees eten. Vlees zal dus duurder worden. Vooral mensen met een laag inkomen zullen dat voelen in hun portemonnee. Burgers moeten investeren in zonnepanelen, elektrische auto's, warmtepompen... Mensen in armoede en de lagere middenklasse, samen goed voor een derde van de bevolking, hebben hiervoor niet de middelen. Het gevolg is dat de ecologische subsidies vandaag vooral naar de hogere middenklasse en de rijkste burgers gaan.”

Dat kan niet de bedoeling zijn?

“Dat is het probleem: er is nog niet ernstig over nagedacht. Alleen anekdotisch komt het eens ter sprake. En dan nog. Eigenlijk is er maar weinig reactie gekomen op de 5000 euro subsidie voor wie zich een elektrische wagen kan permitteren. Kunnen we dat geld niet beter op een andere manier besteden? Er is eenvoudigweg geen plan, geen samenhangend beleid. Zo komen we er niet.”

“De discussie over de pensioenen die de kosten voor het woonzorgcentrum niet meer dekken, is geen correcte benadering. Het woonzorgcentrum moet betaald worden door het pensioen én het vermogen van de bewoner. Dat is de evidentie zelf”

Bea Cantillon

Wie vandaag een huis koopt dat niet beantwoordt aan de strenge energienormen – en dat geldt voor zowat alle woningen, behalve in het duurste segment – is verplicht om het binnen de vijf jaar te renoveren. Gevolg: wie er minder warmpjes in zit, kan zich geen woning meer veroorloven.

“Juist. Het gaat om een hele rits maatregelen. Investeren in laadpalen lijkt op het eerste gezicht logisch. Maar wie wordt daar beter van? Alleen wie zich een elektrische wagen kan veroorloven. Wie met zijn aftandse diesel blijft rijden omdat hij geen geld heeft voor een dure wagen, blijft in de kou staan. Die investeringen zijn niet neutraal. Er is niet over nagedacht. We staan nog helemaal aan het begin van een transformatie zonder voorgaande. Het zal razendsnel moeten gaan. Maar het dringt nog niet bij iedereen door.”

Is er dan helemaal geen lichtpuntje?

“Toch wel. Europa is sneller gegaan. Europa heeft de rechtvaardige transitie op de agenda gezet. Met een *Green Deal* met wettelijke verplichtingen, waarvoor ook fondsen zijn vrijgemaakt. Onvoldoende allicht, maar toch.”

De klimaattransitie is niet de enige uitdaging de komende jaren. Zorgnet-Icuro spreekt van een “demografische tijdbom” die ons boven het hoofd hangt.

“De ecologische transitie valt samen met de vergrijzing binnen de vergrijzing. Maar in tegenstelling tot de klimaatuitdaging staat de vergrijzing al decennia op de agenda. Betaalbare zorg, betaalbare pensioenen, nieuwe manieren om de zorg te organiseren: we zijn er al veertig jaar mee bezig. De kost van de vergrijzing bedraagt de komende jaren 4% van het BBP. Dat is inclusief pensioenen, gezondheidszorg en zorg. De klimaattransitie zal daarbovenop ook nog eens 4% van het BBP vergen. De kost die we hadden zien aankomen, wordt dus verdubbeld. Binnen het grotere kader van de maatschappelijke, economische en sociale transitie zijn de 7000 extra plaatsen tegen 2030 in de ouderenzorg (het voorstel van Zorgnet-Icuro, nvdr) maar een deelprobleempje. Misschien leidt het grotere kader zelfs tot nieuwe inzichten.

Om CO2-neutraal te worden, moeten we kleiner wonen en dichter bij elkaar. Hoe vertalen we dat naar de ouderenzorg? Zo lang mogelijk thuis wonen is goed, maar niet in het ouderlijke huis dat veel te groot is en niet altijd goed gelegen. Het is goed als mensen met het oog op later verhuizen terwijl ze nog een nieuw netwerk kunnen maken. We zullen altijd woonzorgcentra nodig hebben voor de meest zorgbehoevende mensen, maar er zijn ook andere formules, zoals *cohousing*. Dat soort ideeën zit in de lift. We verlaten het binaire model van ‘thuis of woonzorgcentrum’. Er komt een waaier aan tussenvormen. Die evolutie is bezig. Alleen, het gaat allemaal nogal traag. Het moet veel sneller.”



“De ecologische transitie valt samen met de vergrijzing binnen de vergrijzing. Maar in tegenstelling tot de klimaatuitdaging staat de vergrijzing al decennia op de agenda”

Bea Cantillon

De woonzorgcentra kunnen niet sneller. Door de stijgende prijzen volstaat de VIPA-tussenkost niet meer voor infrastructuurwerken. Woonzorgcentra hebben geen geld om te investeren.

“De overheid zal groter moeten worden en méér doen. Zowel lokaal en regionaal als federaal en Europees. Als er in 2030 7000 mensen meer zullen zijn die te zorgbehoevend zijn om alleen te wonen, dan zal de overheid iets moeten doen. Nogmaals: we beseffen niet voor welke enorme transformatie we de komende jaren staan. We moeten de samenleving op een andere leest schoeien. De overheid zal meer moeten doen. Met welke middelen? Met efficiëntere uitgaven en hogere belastingen. Zo simpel is het. Hogere belastingen, een betere verdeling van de belastingdruk en minder consumptie.”



Het is ook niet dat iedereen arm is. Je hoort weleens dat mensen sparen voor hun oude dag. In werkelijkheid lijken we vooral te sparen voor de erfenis van onze kinderen. De kosten voor onze oude dag wentelen we liever af op de samenleving. Wat vindt u van het pleidooi van filosofe Ingrid Robeyns om een plafond in te voeren op het bedrag dat iemand kan erven, bijvoorbeeld 200.000 euro per kind?

“Daar ben ik het volledig mee eens, al weet ik niet waar het plafond zou moeten liggen. De discussie over de pensioenen die de kosten voor het woonzorgcentrum niet meer dekken, is geen correcte benadering. Het woonzorgcentrum moet betaald worden door het pensioen én het vermogen van de bewoner. Dat is de evidentie zelf. Maar het is een moeilijke boodschap. Subsidies moeten gaan naar de mensen die de steun nodig hebben om de grote transitie mogelijk te maken. De overheid zal gigantisch veel moeten doen. Denk ook aan het bouwen of afbreken van dijken om overstromingen te voorkomen. De gemeenschap zal meer moeten bijdragen. Een vermogensbelasting? Natuurlijk. Een hogere erfbelasting? Zeker. Er is geen ontkomen aan. De vraag is alleen: hoe pakken we de transitie aan op een sociaal rechtvaardige manier?”

Rechtvaardig betekent ook dat iedereen betrokken wordt. Wat vindt u van de methodiek van de burgerpanels waarmee her en der geëxperimenteerd wordt?

“Ik heb er een dubbel gevoel bij. Alles wat onze democratie kan verdiepen, moeten we uitproberen. In die zin ben ik er een groot voorstander van. Tegelijk moeten we er omzichtig mee omgaan en vooral geen te grote verwachtingen creëren.

Ja, we moeten meer naar de mensen luisteren. Ook in de zorgsector. Woonzorgcentra organiseren tevredenheidsenquêtes bij bewoners. We zouden ook kunnen luisteren naar de mensen die nog niet in een woonzorgcentrum wonen. Hoe denken zij over de ouderenzorg? Over de factuur van het woonzorgcentrum? Over erfenissen en de ongelijkheidskloof? Dat zou pas interessant zijn. Wie weet komen we tot nieuwe inzichten.

Maar ik geloof niet in grote, federale burgerpanels. Daarvoor is de samenleving te complex. Het gevaar bestaat dat burgerpanels ingezet worden om de eigen ideeën erdoor te krijgen. Want wie organiseert het burgerpanel? Welke experts worden uitgenodigd? Hoe worden de vragen geformuleerd? Persoonlijk reken ik meer op de sociale organisaties, het sociaal overleg, de deelname van werknemers in de bedrijven. Dat moeten we versterken.”

Terwijl de urgentie groter wordt, lijkt het of steeds meer mensen wegstijgen. Klimaatontkenners krijgen weer meer ruimte, de polarisatie neemt toe, extreemrechts wint veld...

“De enige manier om daartegenin te gaan, is de olifant in de kamer benoemen. Zeggen waar het op staat en een plan maken, een groot maatschappelijk project. Mensen voelen dat er iets op til staat. Dat zorgt voor gevoelens van onzekerheid en angst die door extreemrechts gecapteerd worden. Zo bepalen zij de agenda. We moeten terug controle krijgen over de agenda. Door niet langer rond de hete brij te draaien. Ja, we staan voor een gigantische opdracht. Laat ons eraan beginnen. Net als in 1944 hebben we een maatschappelijk project nodig. Zolang dat ontbreekt, geven we alle ruimte aan onzekerheid en angst. De ideale voedingsbodem voor populistische partijen.

In 1944 sloten we een sociaal pact en werd de sociale zekerheid ingevoerd. Het was het begin van de sociale welvaartsstaat: een groots project waar nagenoeg iedereen achter stond. Drie decennia lang bracht dat sociaal pact sociale en economische groei. Dat zou ook deze keer kunnen gebeuren. Als er tenminste een plan komt dat gedragen wordt door de sociale organisaties, de politieke partijen en de samenleving als geheel.”

Wie is er aan zet? Van wie verwacht u initiatief?

“Europa is het hoopgevende baken. Europa heeft de rechtvaardige transitie in een beleidskader geplaatst. Maar dat verhaal wordt te weinig vertaald naar de lidstaten. Het moet meer doorsijpelen en het politieke en sociale debat in de lidstaten voeden. De *Green Deal* van Europa heeft duidelijke doelstellingen. Sommigen vinden die te ambitieus, maar dat is niet zo. De *Green Deal* is een vertaling van het akkoord van Parijs. En het is wettelijk bindend. Ook voor ons land.

Daarnaast heeft Europa een pijler van sociale rechten. Dat is een sterk beleidskader, met aandacht voor de kwaliteit van de arbeid, gelijke kansen, huisvesting, energie, sociale inclusie enzovoort. Europa heeft ook een juridisch kader om de participatie van burgers te versterken.

Het kader is er dus, op Europees niveau. Maar we internaliseren het niet. Het staat ver van ons. Sommige beleidsmakers zetten zich er liever tegen af dan het te omarmen. We moeten het plan omarmen en uitleggen waarom het zo belangrijk is.”

Waarom gebeurt het niet?

“Goede vraag. Waarom? Ik verwacht wel dat het Belgische voorzitterschap de pijler van sociale rechten in handen zal nemen. Dat zal een gelegenheid zijn om het belang van Europa te tonen.”

We krijgen dit jaar verschillende verkiezingen, op alle beleidsniveaus. Wat verwacht u ervan?

“Niet veel goeds. We gaan nog moeilijke tijden tegemoet. We zijn nog niet klaar voor het grote maatschappelijke project. Eerst breken moeilijke en chaotische tijden aan, vrees ik. Ik hoop dat de kaarten goed liggen na de Europese verkiezingen. Europa kan de veranderingen aansturen. Vlaanderen kan dat niet. België ook niet. De transformatie zal vanuit Europa moeten komen.”

Het rapport over een rechtvaardige transitie voor België kan u lezen op www.justtransition.be

“Europa kan de veranderingen aansturen. Vlaanderen kan dat niet. België ook niet. De transformatie zal vanuit Europa moeten komen

Bea Cantillon

Wie wordt de eerste politicus die dat met zoveel woorden durft te zeggen?

“Dat is de vraag. We hebben samen een nieuw kompas nodig, een positief verhaal en een gedeeld maatschappelijk doel om naartoe te werken.”

Zit er niets anders op dan te wachten tot de druk onhoudbaar wordt?

“We komen in een versnelling. Dat merkte je bijvoorbeeld aan de discussies op de recente klimaatop COP28 in Dubai. De urgentie wordt groter. Het debat legt hoe langer hoe meer de klemtoon op de noodzaak van een sociaal rechtvaardige transitie. Het komt heel dichtbij. We gaan moeilijke tijden tegemoet.”

“De overheid zal groter moeten worden en méér doen. Zowel lokaal en regionaal als federaal en Europees”

Bea Cantillon



ZORGTRAJECT EETSTOORNISSEN

“Eetstoornissen zijn een complex probleem, die een geïntegreerde aanpak vragen”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINNE VANWEZEL

Vanaf 1 februari financiert het RIZIV zorgtrajecten voor patiënten jonger dan 23 jaar met de diagnose van een eetstoornis. Een goede zaak, en de eerste stap in de richting van geïntegreerde zorg voor deze kwetsbare groep jongeren, vertelt An Vandeputte van Eetexpert, het Vlaams Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen.

In ons land krijgt naar schatting één op de tien vrouwen tussen 10 en 30 jaar ooit een eetstoornis zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa of binge eating disorder. En op dit ogenblik heeft ruim één op de vijf meisjes tussen 18 en 30 jaar eetproblemen, die kunnen evolueren tot een eetstoornis. Maar van die grote groep met eetproblemen belandt slechts een derde in de zorg. Er is dus een grote groep met *unmet needs* – een onbeantwoorde zorgnood – die onzichtbaar blijven. “Nochtans is het cruciaal dat we die jongeren tijdig hulp bieden, want een eetstoornis kan zware implicaties hebben op de psychische, fysieke en sociale ontwikkeling”, vertelt An Vandeputte van Eetexpert. Dat Vlaams Kenniscentrum bestaat dit jaar een kwarteeuw en is uitgegroeid tot een kennisbaak die wetenschappelijke tools en vormingstrajecten aanbiedt aan hulpverleners uit allerlei disciplines.

Sociale media

Eetstoornissen zijn dan ook een erg complex probleem, er is nooit één oorzaak waarop we de vinger kunnen leggen, legt Vandeputte uit. “Het lichaam van jongeren verandert plots heel snel, wat kan leiden tot fikse lichaamsontevredenheid. Op datzelfde moment evolueert hun brein ook: de amygdala begint te ontwikkelen, wat alle emoties op scherp zet. Maar de prefrontale cortex, waarin de mechanismen worden aangestuurd om met die emoties om te gaan, ontwikkelt trager. Dat zijn fenomenen waarmee alle jonge mensen te maken krijgen. Daarnaast heb je bijkomende factoren die het voor jongeren extra moeilijk kunnen maken. Zo is er de sociale context: thuis of in de vriendengroep kan er bijvoorbeeld overmatige aandacht voor (gezond) eten zijn. Ook biologische factoren kunnen een rol spelen: lichaamsbouw, diabetes type 1, enzovoort. En het temperament van jongeren speelt ook mee: perfectionisme of impulsiviteit kunnen het proces bemoeilijken.

We leven in een cultuur die erg focust op wat je wel en niet mag eten, waardoor jongeren in de war kunnen raken. Ze worden omgeven door beelden en informatie over hoe een lichaam er al dan niet ‘mag’ uitzien. In traditionele media, maar zeker ook op sociale media. Die vallen niet meer te bannen uit het leven van jonge mensen, de aantrekkingskracht is enorm. Maar jongeren hebben nog niet altijd de cognitieve vaardigheden om ermee om te gaan. Wanneer ze in volle ontwikkeling zijn, moeten ze uitgedaagd worden en hebben ze nood aan veel verschillende meningen en standpunten.

Maar door de algoritmes van Instagram, TikTok en co krijgen ze altijd dezelfde beelden en ideeën. Bovendien krijgen ze door die sociale media het gevoel dat het leven enkel uit successen bestaat. Het besef dat de realiteit anders is, kan een down gevoel opleveren. Zeker in combinatie met een minder positief lichaamsbeeld. De covidcrisis heeft al die dingen nog in een stroomversnelling gebracht. Veel hulpbronnen van jongeren vielen weg: leeftijdsgenoten, school, sportclubs, verenigingen. Eetstoornissen zijn soms ook een manier om met moeilijke emoties en druk om te gaan.”



“Naast elke jongere met een hulpvraag staan ouders en familie met vragen”

Ann Vandeputte

Geïntegreerde aanpak

“Er bestaat al heel wat hulp voor jongeren met eetstoornissen, maar een geïntegreerde aanpak ontbrak. Zo werd de behandeling door een diëtist bijvoorbeeld nog niet terugbetaald. En problemen werden vaak te laat gedetecteerd, waardoor ze escaleerden en vaak alleen erg gespecialiseerde hulp nog kon baten. Gelukkig is er nu een eerste stap in de goede richting gezet met het zorgtraject eetstoornissen dat terugbetaald wordt door het RIZIV. Dat zorgtraject wordt begeleid door een ambulant team van zorgverleners: een klinisch psycholoog, een diëtist, een huisarts of kinderarts en eventueel andere specialisten, zoals een psychiater”.



“Tijdens multidisciplinair overleg wordt een behandelplan opgesteld, dat door een van de zorgverleners wordt gecoördineerd. Verder heeft de patiënt recht op psychologische zorg - via de conventie die eerstelijnspsychologen terugbetaalt - en diëtetische zorg. En het ambulante team kan een beroep doen op een MAST-team: een multidisciplinair ambulant supportteam, ondersteund door de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren.”

Dit is wel nog maar de eerste stap, benadrukt Vandeputte. “Het traject van gespecialiseerde zorg in referentiecentra, voor complexe eetstoornissen, wordt in een volgende fase uitgewerkt. Maar de bedoeling is dat we uiteindelijk tot een geïntegreerde zorg komen, van preventie tot hooggespecialiseerde hulp. Eind 2022 was er ook al een interministeriële conferentie, waarbij alle overheden zich hebben geëngageerd om dit geïntegreerde traject mogelijk te maken. We hebben elke schakel van de ketting nodig.”

De zorg voor jongeren met een eetstoornis moet altijd op maat gebeuren, legt Vandeputte uit. “We moeten kijken naar wat de jongere en zijn context nodig hebben. In de eerste plaats is er dus een goede inschatting nodig, door iemand van de eerste lijn. Dat kan bijvoorbeeld het CLB zijn, dat jongeren systematisch en zeer grondig opvolgt. Vroeger lag hun focus erg op gewicht, maar zij hebben hun aanpak helemaal getransformeerd en kijken nu heel groeigericht.”

Ook de huisarts is een belangrijke partner in die eerste fase. En verder is alles afhankelijk van de ernst van het probleem: een eerstelijnspsycholoog en diëtist kunnen volstaan, maar bij ernstige problemen moeten er ook gespecialiseerde artsen bij worden betrokken. En bij zeer complex herstel kijken we naar de residentiële sector. Al wordt in principe altijd de voorkeur gegeven aan ambulante zorg, tenzij het echt niet anders kan. Maar het is vooral cruciaal dat er goed geschakeld kan worden tussen expertises.”

Preventie

De vraag is of er bij hulpverleners op elke lijn vandaag genoeg expertise is om eetstoornissen te durven aanpakken. Of kampen zij nog vaak met handelingsverlegenheid? “Toen Eetexpert 25 jaar geleden werd opgestart, hebben we meer dan 3000 hulpverleners bevestigd voor een onderzoek”, vertelt Vandeputte. “Zij vroegen toen expliciet om meer kennis en duidelijke draaiboeken, iets wat wij intussen ook ruimschoots kunnen aanreiken. Maar het gaat om méér dan enkel kennis. Op het moment dat eetstoornissen complexer worden en dreigen te escaleren, moet er expertise klaarstaan om ambulante teams te ondersteunen. Als de patiënt niet kan doorstromen - door wachtlijsten bijvoorbeeld - zet je enorme druk op hulpverleners uit de eerste lijn, waardoor de handelingsbereidheid dreigt te verdwijnen. Daarom ben ik heel blij met de MAST-teams die in complexe situaties hun expertise kunnen aanbieden, zodat het voor de ambulante teams haalbaar blijft.”

Maar als we echt geïntegreerd willen werken, moeten we ook kijken naar de eerste stap: preventie. “Op alle plekken waar jongeren zijn, is een uniforme boodschap nodig”, zegt Vandeputte. “Vandaag zitten we in een allesoverheersende ‘slankheidscultuur’ waarbij de boodschap rond gezondheid beperkt dreigt te worden tot gezonde voeding en beweging. Obesitas is een zeer groot probleem in onze samenleving, maar als we jongeren - die zichzelf heel vaak te dik vinden - bestoken met goedbedoelde boodschappen over gezonde voeding, dan kan het snel mislopen. De focus voor jongeren moet vooral liggen op groei en ondersteuning. Nu krijgen ze te vaak negatieve boodschappen die hen in verwarring brengen. Denk bijvoorbeeld aan sportclubs, waar dikwijls wordt gehamerd op het feit dat jongeren ‘op gewicht moeten blijven’, of *the thinner is the winner*. Terwijl ze beter zouden focussen op groei. Daarom hebben we in Vlaanderen de ALLES-methodiek uitgewerkt. Dat acroniem staat voor vijf aspecten: Afwisselend leren eten, Lang stilzitten onderbreken en leuk bewegen, Lichaamstevredenheid, Emoties leren hanteren en genoeg slapen. Dat is dus een veel ruimere blik op een gezond leefpatroon. En iedereen kan ermee aan de slag: ouders, leerkrachten, jeugdwerkers, sportclubs, enzovoort.”



“Obesitas is een zeer groot probleem in onze samenleving, maar als we jongeren - die zichzelf heel vaak te dik vinden - bestoken met goedbedoelde boodschappen over gezonde voeding, kan het snel mislopen”

Ann Vandeputte

“In principe wordt altijd de voorkeur gegeven aan ambulante zorg, tenzij het echt niet anders kan. Maar het is vooral cruciaal dat er goed geschakeld kan worden tussen expertises”

Ann Vandeputte

Ouders begeleiden

Door aan preventie te doen en alle neuzen in dezelfde richting te zetten, zullen problemen ook veel sneller gedetecteerd kunnen worden. “Vandaag krijgen heel veel jongeren niet de hulp die ze nodig hebben. Omdat ze niet zwak willen overkomen, omdat ze hun ouders niet willen belasten, omdat ze zich schamen... Door meer oog te hebben voor signalen van haperend eetgedrag, kunnen we heel veel eetstoornissen voorkomen. Veel jongeren haperen even in hun eetgedrag, maar dat betekent niet dat ze allemaal in de problemen komen. En als dat wel zo is, kun je met een snelle aanpak ook vaak voorkomen dat een eetstoornis escaleert.”

In het nieuwe zorgtraject is er ook aandacht voor ervaringsdeskundigen, vertelt Vandeputte. “Bij het opmaken van dit nieuwe plan is goed geluisterd naar hun mening. Zij weten als de beste wat er beter kan aan de huidige aanpak. Maar ook tijdens de trajecten zelf kunnen zij een rol spelen: als jongeren informatie krijgen van iemand die met gelijkaardige problemen en gevoelens werd geconfronteerd, zullen ze dat sneller aannemen dan wanneer een professional hen aanspreekt. Dat kan de drempel naar hulp verlagen, iets wat we alleen maar kunnen toejuichen.”

En tot slot is er in het nieuwe plan ook aandacht voor de context van jongeren, in de eerste plaats hun ouders. “Naast elke jongere met een hulpvraag staan ouders en familie met vragen.”

Het is de bedoeling om parallel met het zorgtraject voor de jongere ook een traject voor de ouders te voorzien, met de nodige ondersteuning. Wanneer ouders haperend eetgedrag of een beginnende eetstoornis opmerken bij hun kind, reageren ze soms heel emotioneel. Vanuit die emotie en uit onmacht neem je soms ook verkeerde beslissingen. Om hun weg te vinden in die intense rollercoaster van emoties, hebben ze ondersteuning nodig. In heel Vlaanderen zijn er oudergroepen die ouders ondersteunen, geleid door psychologen uit de eerstelijnsconventie. Dat is dus heel laagdrempelig. En door ouders goed te begeleiden, geef je ook de jongeren zelf meer kansen op spoedig herstel.”



“Als de patiënt niet kan doorstromen - door wachtlijsten bijvoorbeeld - zet je enorme druk op hulpverleners uit de eerste lijn, waardoor de handelingsbereidheid dreigt te verdwijnen”

Ann Vandeputte

AMBULANT REVALIDATIEPROGRAMMA OBESITAS VOOR JONGE KINDEREN

“O-kids leert kinderen met overgewicht gezond leven”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: TINI CLEEMPUT



Van alle Belgische kinderen en jongeren tussen 2 en 17 jaar kampt 1 op 5 met overgewicht of obesitas. “Door de jaren heen zagen we de problematiek complexer worden”, vertelt Nick Marlein, algemeen directeur van het BZIO en het Zeepreventorium in De Haan. Het BZIO en het AZ Sint-Jan Brugge slaan daarom de handen in elkaar om een ambulante aanbod voor kinderen tussen 7 en 12 uit te werken. “Door multidisciplinaire zorg te bundelen in een totaalaanbod met pediatrie expertise kan je de problematiek veel grondiger aanpakken”, zegt Kate Sauer, diensthoofd kindergeneeskunde AZ Sint-Jan.

“Het was al langer onze ambitie om te differentiëren binnen het revalidatie-aanbod”, vertelt Nick Marlein. “We wilden meer doen voor kinderen, vanuit de link met het Zeepreventorium. Door een ambulante aanbod uit te werken kan je sneller handelen en zo vermijden dat een residentiële opname nodig is. Daarom kozen we voor een jongere leeftijdscategorie. Niet enkel omdat de problematiek van obesitas zich op steeds jongere leeftijd stelt, maar vooral omdat kinderen op die jonge leeftijd nog heel leerbaar zijn, wat een belangrijke factor is voor het slagen van een behandeling.”

“We maakten in het Zeepreventorium op vraag van de FOD Volksgezondheid een conceptnota die werd opgepikt door het kabinet van minister Vandenbroucke. Na stevig onderhandelen en lobbywerk zal er op tweedelijnsniveau een ambulante netwerk aan obesitascentra uitgebouwd worden, waar kinderen en jongeren geholpen kunnen worden zonder meteen in het centrum te moeten verblijven. Omdat de uitbouw van dit netwerk veel tijd nodig heeft, besloten we niet te wachten. Voor ons was de tijd rijp om uit de startblokken te schieten.”

Expertise bundelen

BZIO en AZ Sint-Jan vonden elkaar als partners. De ervaring van AZ Sint-Jan met het succesvolle programma Expeditie Josse en de expertise binnen het Zeepreventorium resulteerde in O-kids, een ambulante programma dat zich toespitst op kinderen tussen 7 en 12 om zo opnameverhinderend te werken.

“Sinds de fusie van AZ Sint-Jan met Serruys in 2011, zijn we in Oostende gestart met subspecialistische raadplegingen binnen de kindergeneeskunde”, vertelt Kate Sauer, diensthoofd kindergeneeskunde AZ Sint-Jan. Gezien de intense samenwerking tussen AZ Sint-Jan en BZIO, was dit een mooie opportuniteit om een gespecialiseerde samenwerking uit te bouwen. Wij hebben al een aantal jaar het project Expeditie Josse lopen, opgestart door kinderendocrinoloog dr. Depoorter en kinderrevalidatiearts dr. Fonseca. Kinderen met een obesitasproblematiek worden multidisciplinair opgevolgd door een kinderarts, revalidatiearts, klinisch psycholoog, sociale dienst, diëtiste, kinesitherapeut en ergotherapeut. We keken hoe we een gelijkaardig traject konden starten in samenwerking met BZIO.”

“O-kids stelt ons in de mogelijkheid om ambulante zorg aan te bieden in de regio op kwalitatief hoog niveau”

Kate Sauer



“Het is heel belangrijk om dit aanbod uit te breiden naar Oostende. Dit is een populatie die niet zo mobiel is en vaak over weinig middelen beschikt.

Daarom moet je de zorg lokaal en dicht bij de mensen kunnen organiseren. Demografisch is Oostende een moeilijke sociaal-economische context, met heel wat problemen die het voor jonge kinderen en gezinnen niet makkelijker maken. Daarom vinden we het onze maatschappelijke opdracht om zeker op pediatrie niveau goede zorg te blijven aanbieden”, zegt Nick Marlein.

“Het is niet de bedoeling om kinderen op dieet te zetten, wel om ze een gezonde levensstijl aan te leren waarbij gezonde voeding en beweging centraal staan. Kinderen komen gedurende een drietal maanden wekelijks een aantal uren naar het centrum, dus het is ook essentieel dat je bereikbaarheid goed is”, vult Kate Sauer aan.

Thuisituatie revalideren

“Tijdens de intake bij de revalidatiearts, wordt op maat gekeken wat de hulpvraag is en welke zorg nodig is”, vertelt Kate Sauer. “Wanneer het gezin zijn akkoord geeft om in het programma te stappen, starten ze een multidisciplinair traject

waarbij ze begeleid worden door psychologen, diëtisten en revalidatieartsen. Waar nodig kijkt de kinderendocrinoloog of er geen onderliggende endocrinologische problemen zijn.”

“We zetten met O-kids in op groepstherapie waardoor de kinderen zich ook kunnen optrekken aan elkaar”, zegt Nick Marlein.

“Elk kind heeft uiteraard zijn eigen doelstellingen, maar er zijn kameraden om samen het traject te doorlopen. Een traject duurt drie maanden, met een wekelijkse bijeenkomst met de diëtiste en dr. Fonseca. Maar die duur kan uitgebreid worden als dat nodig zou zijn. Onderzoek leert ons dat je makkelijk 4 à 5 maanden nodig hebt om gedragsverandering te realiseren.”

“Ook de ouders nemen we mee in het traject. Zij zitten mee samen met de diëtiste en de psychologe. Zo leren ze hoe ze de eetgewoontes in het gezin kunnen aanpassen. Hoe zetten we in op beweging? Het is niet enkel het kind dat moet revalideren, maar de hele thuisituatie. Op die manier is de slaagkans op lange termijn hoger en de kans op hervallen in oude gewoontes veel kleiner.”



“Kinderen op jonge leeftijd zijn nog heel leerbaar, wat een belangrijke factor is voor het slagen van een behandeling”

Nick Marlein

“We doseren het programma bewust. Het is belangrijk om dit stapsgewijs aan te pakken, zodat noch het kind, noch de ouders zich overladen voelen. Het is veel informatie en er moet aan veel gewoontes gesleuteld worden.”

Zorg voor de regio

“Oostende is een kwetsbare regio waarbij nood is aan gespecialiseerde pediatrie”, zegt Nick Marlein. “Terwijl we voelen dat de obesitasproblematiek hier net zwaarder aanwezig kan zijn. We hebben de intentie om specifiek voor deze regio en ruimer iets uit te bouwen op basis van de lessen die in Brugge al geleerd zijn.”

“O-kids is een voorbeeld van multidisciplinaire zorg, dat is het mooie aan dit project”, vertelt Kate Sauer. “Als je dit individueel organiseert via een huisarts of een kinderarts, dan moet je een arts, een diëtiste, een kinesiste en een psycholoog allemaal apart consulteren. Dat kost geld en tijd. Door dit te bundelen in een totaalaanbod met pediatrische expertise kun je de problematiek veel grondiger aanpakken.”

“Het is ook een vorm van secundaire preventie”, vult Nick Marlein aan. “We hopen dat we op deze manier ervoor kunnen zorgen dat er op latere leeftijd geen verdere problemen ontstaan.”

Kracht van samenwerking

“We delen een sterke drive om het specialistisch, goed onderbouwd wetenschappelijk karakter gezamenlijk uit te dragen”, zegt Nick Marlein.

“Vertrouwen is het sleutelwoord in deze samenwerking. Wij delen ook hetzelfde uitgangspunt: Hoe kun je voor de patiënt en de context van betekenis zijn? We vinden elkaar ook in de zorg naar de betaalbaarheid voor de patiënt. We werken enkel met conventietarieven, werken niet met supplementen en onderzoeken hoe we bepaalde trajecten betaalbaar kunnen houden en krijgen.”

“De expertise van BZIO gekoppeld aan de expertise van onze supraregionale pediatrie zorgt ervoor dat we een mooi verhaal kunnen schrijven en de zorg naar een hoger niveau tillen. Het stelt ons ook in de mogelijkheid om ambulante zorg aan te bieden in de regio op tertiair niveau”, zegt Kate Sauer. “We hebben de gezamenlijke ambitie om het aanbod kinderrevalidatie uit te breiden naar andere doelgroepen binnen deze regio. Bijvoorbeeld kinderen met neurologische problematiek, jongeren met psychosomatische problemen met veel schoolverzuim. Het is op termijn een belangrijke doelgroep om terug te reactiveren.”

Leven in de brouwerij

“De eerste groep van 8 kinderen is van start gegaan. We waren verrast door de geografische spreiding, die veel verder reikte dan de regio Oostende. Op jaarbasis hopen we 50 tot 100 kinderen te kunnen ondersteunen. Ook voor ons is het een boeiend project. Revalidatie heeft soms een ouder karakter, waardoor de mix met de kinderen net heel leuk is. Nu crossen er op dinsdag spelende kinderen rond. O-kids creëert extra leven in de brouwerij.”



“Ook de ouders nemen we mee in het traject. Het is niet enkel het kind dat moet revalideren, maar de hele thuissituatie”





PROJECTEN INTERNATIONALE SOLIDARITEIT ZORGNET-ICURO
ZOL ONDERSTEUNT GEZONDHEIDSCENTRA IN CONGOLESE BOKONZI

“We willen de morbiditeit en mortaliteit door ondervoeding met 40% reduceren”

TEKST: JENS DE WULF

Zorgnet-Icuro houdt de blik open voor een betere gezondheidszorg ver voorbij onze landsgrenzen. Jaarlijks stellen we 50.000 euro beschikbaar om gezondheidsprojecten in de derde wereld te ondersteunen. Vroeger werd die som verdeeld over tientallen projecten bij leden van Zorgnet-Icuro. Vanaf 2023 verloopt de toewijzing anders. Drie projecten krijgen twee opeenvolgende jaren een bedrag van 16.600 euro. Dat geld kunnen ze inzetten voor een betere gezondheidszorg ter plekke. Een van de uitverkoren projecten is dat in het Congolese Bokonzi. De bezieler is dr. Guy Coppens, verbonden aan het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) in Genk: “Het is de ambitie om met de financiële bijdrage van Zorgnet-Icuro morbiditeit en mortaliteit door ondervoeding met 40% te verminderen.”

Voor het ontstaan van de band tussen Bokonzi en Guy Coppens moeten we al 42 jaar teruggaan, toen hem een oproep ter ore kwam om in het noordwesten van Congo een zorgsysteem op poten te zetten. “Ik ben dan wel afgestudeerd als algemeen arts, maar tropische geneeskunde en het sociaal aspect dat daaraan verbonden is, heeft me altijd gefascineerd,” steekt Coppens van wal. “En zo pakte ik in 1982 mijn koffers om me in Congo te settelen. En vooral: om er enige vorm van gezondheidszorg op te bouwen.”



“Dit alles kadert binnen het streven om de regio uiteindelijk minder afhankelijk te maken van ontwikkelingssteun”

Guy Coppens





Bouwen met leem en boomstammen

“In 1982 was er in Bokonzi eigenlijk zo goed als geen structuur voor gezondheidszorg. Ik was de allereerste arts die de mensen daar zagen. Ik kreeg de opdracht om samen met de plaatselijke missieposten een hospitaal uit te bouwen met 120 bedden. Je moet weten dat voordien mensen die dringende medische zorg nodig hadden, een dagreis te wachten stond naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. In vele gevallen bezweek die patiënt tijdens de trip. Een ziekenhuis bouwen stond dus bovenaan de prioriteitenlijst, maar Bokonzi beslaat een gebied zo groot als twee Belgische provincies. De zorg moest dus ook gedecentraliseerd worden en zo werden er gezondheidscentra gebouwd met behulp van de lokale dorpsbewoners. Daarvoor gebruikten ze leem en boomstammen. Ikzelf werd bijgestaan door een missiezuster, twee vroedvrouwen en twee mannen die enige ervaring hadden in de zorg. Op één vroedvrouw na beschikte geen van hen over een medisch diploma.”

Het nut van vaccins

Guy Coppens wist wat hem te doen stond: “Ik kon niet overal tegelijk zijn, dus ik moest delegeren. Maar dat delegeren kon enkel maar als ik mensen kon opleiden zodat ze zelfstandig konden handelen. Al snel zag ik ook de nood in van preventieve geneeskunde: de introductie van vaccins tegen de mazelen bijvoorbeeld had een grote impact op de kindersterfte.” Anderhalf jaar nadat de werkzaamheden waren opgestart, kon het ziekenhuis in gebruik worden genomen.



“Tropische geneeskunde en het sociaal aspect dat daaraan verbonden is, heeft me altijd gefascineerd”

Guy Coppens

Coppens bleef tot 1988 in Bokonzi, en tot 1990 in Congo. Na een diplomatieke rel tussen het toenmalige Zaïre en België moesten alle Belgische zorgverleners Congo noodgedwongen verlaten. Ook Coppens keerde terug naar België. “Aan het einde van de jaren 1990 – een woelig decennium voor centraal Afrika – was er opnieuw toenadering. En via ZOL en Memisa werd ‘Ziekenhuis voor ziekenhuis’ opgericht waardoor we de banden tussen Bokonzi en België opnieuw konden aanhalen.”

“Via een publiekscampagne willen we de bevolking ervan overtuigen hoe belangrijk de juiste voeding is”

Guy Coppens

Ondervoeding en kindersterfte aanpakken

Over naar 2024 en het internationale solidariteitsproject. “Toen we de mogelijkheden zagen van de oproep van Zorgnet-Icuro, hebben we meteen onze partners in Bokonzi en Memisa gecontacteerd om te bekijken hoe we een project konden indienen,

en met welke insteek. Al snel werd duidelijk dat op vlak van ondervoeding en de daaraan gekoppelde kindersterfte nog heel wat verbetering kan worden geboekt. Het doel is om met de middelen die we van Zorgnet-Icuro krijgen de morbiditeit en mortaliteit door ondervoeding met 40% te reduceren. We focussen ons daarbij op de 4 gezondheidscentra in Bokonzi – in totaal zijn er 16 – waar de toestand het meest precair is.

Om de ondervoeding terug te dringen komt er actie op drie domeinen. Een eerste is preventie: als er iets is waar er overvloed aan is rond Bokonzi, is het ruimte. Die ruimte kan ingenomen worden door hoog-waardige voedingsproducten te telen zoals pindanoten, soja, bonen en maïs. Die voedingsstoffen kunnen bijdragen tot gevarieerde voeding. Een tweede element is een publiekscampagne om de bevolking ervan te overtuigen hoe belangrijk de juiste voeding is. Tot slot dient ook de behandeling voor ondervoede mensen op punt gesteld te worden. Dat alles kadert binnen het streven om de regio uiteindelijk minder afhankelijk te maken van ontwikkelingssteun. Het is beter ter plaatse te oogsten dan aangewezen te zijn op de zakjes pasta die Unicef aanlevert. Al moet gezegd dat de rol van de Congolese overheid hier cruciaal is. Er is te weinig aandacht voor gezondheidszorg in Congo. Daardoor is het systeem erg labiel, nog steeds. Onze steun blijft voorlopig nodig.”



ANJA MACHIELSE, EMERITUS HOOGLERAAR HUMANISME
EN SOCIALE WEERBAARHEID VAN OUDEREN

“Eenzaamheid is een collectieve verantwoordelijkheid”

TEKST: THOMAS DETOMBE
BEELD: HANNAH ANTHONYSZ

De Nederlandse emeritus hoogleraar Anja Machielse onderzoekt al 30 jaar sociale relaties en eenzaamheid. In haar recente afscheidsrede brak ze een lans voor zorgzame buurten en het kleine gebaar. “Veerkracht en sociale weerbaarheid zijn relationele begrippen. Je mag de verantwoordelijkheid voor sociaal isolement niet alleen bij het individu leggen.”

“Een groeiende groep mensen voelt zich regelmatig eenzaam”, vertelt Anja Machielse. “In sommige West-Europese landen gaat het om de helft van de bevolking.” Die negatieve trend verbaast haar enigszins. Want ook de politieke aandacht voor eenzaamheid groeit. “Overheden beschouwen het als een maatschappelijk probleem dat geld kost. Ze ondernemen actie maar toch blijft de algemene trend negatief.”

Context

Machielse is hoogleraar Humanisme en Sociale weerbaarheid van ouderen aan de Universiteit van Utrecht. Haar onderzoek focust op het belang van sociale relaties, zowel voor het individu als de samenleving. “Mijn werk zit op het snijvlak tussen private en publieke thema’s. Als filosoof vond ik het bijvoorbeeld intrigerend hoe hetzelfde gezondheidsbeleid tot andere resultaten leidde. Waarom sterven sociaal-economisch kwetsbare mensen gemiddeld zeven jaar vroeger dan hun welvarende medeburgers? Je kan het antwoord op die vraag niet vereenvoudigen tot persoonlijke levenskeuzes. Het huis en de buurt waar je woont, je gezin en de cultuur waarin je opgroeit spelen een even grote rol.” Die contextuele factoren onderzoekt Machielse al meer dan 30 jaar. Ook bij eenzaamheid blijken ze een belangrijke rol te spelen.

Onlangs ging Machielse met emeritaat. In haar afscheidsrede beklemtoonde ze hoe universeel eenzaamheid is. “Het overkomt ons vroeg of laat allemaal. Na een relatiebreuk of als de kinderen het huis uitgaan. Als je je job en de dagelijkse contacten met collega’s verliest. Als je ouder wordt en generatiegenoten een voor een overlijden. Eenzaamheid hoort bij het leven. Daarover zijn we het intussen eens.”

Bestaat er een universele definitie voor eenzaamheid?

“Eenzaamheid ontstaat in de kloof tussen sociale behoeftes en de sociale contacten die je effectief realiseert. Daarbij staat de kwaliteit van contacten voorop. Je kan veel mensen kennen en je toch geïsoleerd voelen. Gezien worden in wie je bent en wat je belangrijk vindt, is cruciaal. Als je ingrijpende dingen meemaakt maar daarover met niemand kan praten, zal dat sterk bijdragen aan een gevoel van eenzaamheid. Je niet kunnen tonen zoals je bent, leidt tot existentiële zingevingsvragen. Zo raak je vervreemd van jezelf.”

“Gevoelens van eenzaamheid pieken tijdens de jongvolwassenheid en bij mensen ouder dan 75 jaar. Jonge mensen zijn nog op zoek naar hun identiteit, ouderen raken vaak geïsoleerd na het overlijden van hun partner, familieleden en vrienden of door het verlies aan mobiliteit. We weten dat gezondheidsproblemen het risico op eenzaamheid verhogen. Omgekeerd leidt eenzaamheid tot gezondheidsproblemen.

Die wetenschap verklaart deels waarom ouderen zich vaker eenzaam voelen. Naarmate onze samenleving vergrijsst, neemt ook het risico op sociaal isolement verder toe.”

Hoe keek men vroeger naar eenzaamheid?

“30 jaar geleden was er weinig aandacht voor. Beleidsmakers beschouwden het als een persoonlijke keuze. Psychiaters duiden het als een psychische stoornis, sommigen pleitten er zelfs voor om eenzaamheid in de DSM op te nemen. Gaandeweg kreeg men meer oog voor de sociale factoren die tot eenzaamheid leiden. Dat vertaalde zich bijvoorbeeld in wetenschappelijk onderzoek naar risicogroepen. Men probeerde te achterhalen waarom ouderen, mensen met een beperking of gezondheidsproblemen zich vaker alleen voelen. Daarna duurde het nog eens tien jaar vooraleer men eenzaamheid ging zien als een diep menselijk, universeel gegeven. Die normalisering is belangrijk. Mensen schamen zich vaak voor hun gevoel waardoor ze er niet over spreken. Wat je risico op eenzaamheid uiteraard nog vergroot. De tijd waarin men eenzaamheid omschreef als een psychiatrisch privéprobleem, ligt gelukkig achter ons.”

“De politieke aandacht voor eenzaamheid groeit.

Men beschouwt het als een maatschappelijk probleem dat geld kost

Anja Machielse

Welke sociale en maatschappelijke factoren spelen een rol?

“Lange tijd dachten we dat gezondheid dé voor-speller was van persoonlijk welzijn. Een grote studie in de jaren 1990 waaraan ik meewerkte, nuanceerde dat. Nog meer dan gezondheid bleken sociale relaties cruciaal. De manier waarop die relaties vormkrijgen, is de laatste 50 jaar fundamenteel veranderd. Individualisering, toegenomen welvaart en emancipatiebewegingen gaven de vrijheid om ons leven in te vullen zoals we willen.”





“Je kan niet op je eentje beslissen om je sociaal isolement te doorbreken. Het is tweerichtingsverkeer”

Anja Machielse

“Veel meer dan vroeger kan je een eigen koers varen en keuzes maken die overeenstemmen met je overtuigingen, behoeftes, professionele verwachtingen, enzovoort. In principe kan je studeren waar je wil, samenwonen met wie je wil en een netwerk uitbouwen dat volledig aansluit bij jouw manier van denken en leven. Dat biedt veel mogelijkheden, maar de keerzijde is een langzame ontmanteling van vertrouwde sociale verbanden.

Ik ben geboren in een klein dorp. Iedereen ging er naar dezelfde school en veel mensen bleven er hun hele leven wonen. Mensen in de buurt kenden mijn naam en wisten wie mijn ouders waren. Niet dat iedereen constant elkaars deur platliep, maar je maakte wel deel uit van een vaste gemeenschap. Mensen kenden elkaars geschiedenis en gevoeligheden. Er was altijd een zekere zorg voor elkaar. Je wist dat je niet zomaar vergeten zou worden, zonder dat je daar zelf veel moeite moest voor doen. Die vanzelfsprekende sociale inbedding is verdwenen. Mensen kiezen vandaag zelf met wie ze omgaan. Hun goed recht. Maar het brengt ook druk mee. Want als je je eigen sociaal netwerk kan kiezen, draag je ook de verantwoordelijkheid om het eigenhandig vorm te geven.”

Is die individuele keuzevrijheid een probleem?

“Ik zou het veeleer keuzedwang noemen. Want wie niets onderneemt, blijft alleen achter. Begrijp me niet verkeerd: dat mensen hun vrienden zelf kiezen, is op zich geen slechte zaak. Maar onbeperkte keuzevrijheid leidt ook tot sociale bubbels. Mensen kiezen steeds vaker voor mensen die erg op hen lijken. Relaties worden ook meer voorwaardelijk: als iemand je niet langer interesseert, hoef je die persoon niet meer te zien. Dat geldt voor vriendschappen, soms ook voor familiale contacten. Voor ouderen is die individualisering een probleem. Zij zijn sterker aangewezen op familie en buurtbewoners. Deels omdat ze in zo'n sociaal verband opgroeiden, deels omdat beperktere mobiliteit hun sociale

bereik sowieso verkleint. Misschien vertoeven hun buurtbewoners liever in een vertrouwde bubbel dan jou een bezoekje te brengen. Of misschien zie je je kleinzoon weinig omdat die een druk sociaal leven heeft in de stad.

Hetzelfde geldt voor wie moeilijk sociale contacten legt. Bijvoorbeeld omwille van een beperking of gewoon omdat iemand introvert is. Ook zij voelen de druk om zichzelf waar te maken. Alleen hebben ze minder mogelijkheden om dat te doen. Denk aan een rolstoelgebruiker die zich moeilijk in de stad kan bewegen of in gesprekken veelal genegeerd wordt door anderen.

In Nederland doorlopen veel middelbare scholieren maatschappelijke diensttijd. Ze gaan bijvoorbeeld helpen in een woonzorgcentrum of een organisatie die kwetsbare mensen ondersteunt. Bedoeling is om iets te leren over de samenleving. Mijn onderzoek over die diensttijd toonde hoe eng jongeren het vinden om gesprekken aan te knopen met mensen die anders waren dan zij. Wat zeg je bijvoorbeeld tegen ouderen? Aanvankelijk leken ze dat erg ingewikkeld te vinden. Achteraf bleek echter hoe vanzelfsprekend de meeste contacten verliepen. Het verbaasde jongeren dat je ook met ouderen een gesprek kan voeren. Die resultaten illustreren hoezeer we in verschillende bubbels leven. Tegelijk tonen ze aan dat je gerust uit je bubbel kan breken om met ‘andere’ mensen te praten. Ze zijn geen andere diersoort. *(lacht)*”

U spreekt over sociale weerbaarheid als buffer tegen eenzaamheid. Wat bedoelt u daarmee?

“De woorden sociaal en weerbaarheid horen samen. Vandaag benadrukt men continu het belang van individuele weerbaarheid en veerkracht, alleen vergeet men soms dat dit bij uitstek relationele begrippen zijn. Om jezelf sociaal-maatschappelijk te handhaven en te ontplooien heb je anderen nodig. Mensen die je de ruimte geven om je plek te vinden en jouw tekortkomingen aanvaarden.

Weerbaarheid kan pas tot uiting komen als anderen openstaan voor wat jij belangrijk vindt. Zeker bij eenzaamheid speelt die ontvankelijkheid een rol. Je kan niet op je eentje beslissen om je sociaal isolement te doorbreken. Eenzaamheid tegengaan is dus tweerichtingsverkeer. Sociale weerbaarheid opbouwen, overstijgt zelfgekozen sociale bubbels. Het is een collectieve verantwoordelijkheid.

De uitdaging zien we ook bij jonge mensen. De vraag of ze school volhouden, een job vinden en iets kunnen opbouwen, hangt sterk samen met de mate van sociale steun die ze ervaren. Jongeren die veel steun voelen, springen verder, leert Canadees onderzoek. Dat is niet zo vreemd. Iedereen worstelt met verwachtingen en druk. Daar op je eentje mee omgaan, is moeilijk. Weten dat familie, vrienden, burens en anderen je inspanningen zien en waarderen, maakt echt een verschil.”

Hoe kunnen we de verbinding tussen mensen en tussen verschillende groepen mensen verbeteren?

“Een mentaliteitswijziging dringt zich op. De vrijheid om je leven zelf vorm te geven, brengt ook verantwoordelijkheid mee. Sociale contacten komen te vaak neer op een persoonlijke afweging: wat brengt het op? Draagt die persoon bij tot het realiseren van mijn eigen doelen? Zo'n kosten-batenanalyse verdunt het sociale weefsel. Vooral mensen die moeilijker tot sociale contacten komen, lijden daaronder. Wat meer oog hebben voor elkaar, voor mensen die anders zijn dan jij, zou een mooie eerste stap zijn. Een innige vriendschap met je burens, zieke tante of bejaarde nonkel hoeft echter niet. Sociale cohesie groeit vanuit een spontane babbel op straat. Het zit in een kaartje sturen als iemand ziek is, of gewoon elkaars naam kennen. Weten dat je bij elkaar kan aankloppen als je hulp nodig hebt. Dat noem ik een weerbare sociale ecologie.

In Nederland heb je tegenwoordig lief- en leedstraten die inzetten op een inclusief sociaal weefsel. Actieve bewoners krijgen een klein bedrag om van hun straat een warme sociale plek te maken. Denk aan een buurtborrel organiseren, een lokaal communicatieplatform opzetten of mensen met gezondheidsproblemen een bloemetje sturen. Het project Zorgzame Buurten start vanuit diezelfde lokale insteek. Eenzaamheid bestrijden hangt niet altijd samen met grote visies of beleidsplannen. Het zit vaak in kleine dingen. Maar je kan mensen wel stimuleren om iets structureel te organiseren in hun buurt. Om de mentale shift ook bij jongeren te realiseren, heb je de onderwijsinstellingen nodig. Leer jonge mensen hoe ze elkaar nodig hebben om verder te springen. Talentontwikkeling is niet genoeg. Betekenisvolle sociale contacten zijn net zo belangrijk. Die ontstaan makkelijker in een sfeer van solidariteit en zorgzaamheid.”

Wat met onze publieke ruimte? Nodigt die voldoende uit tot spontane sociale contacten?

“Daar is nog verbetermarge. Ik was onlangs in Bilbao, geroemd als ouderenvriendelijke stad. Overal zie je aantrekkelijke parkjes, zithoeken, (speel)pleinen. Verschillende generaties komen er op heel natuurlijke wijze samen. Ouderen genieten van de buitenlucht en spelende kinderen. Kinderen en hun ouders raken aan de praat met elkaar en anderen. De manier waarop je je steden en dorpen inricht, doet ertoe. Bij ons is het vaker slecht weer dan in Spanje, maar laat dat net een extra motivatie zijn om onze publieke ruimte te herwaarderen. Mensen zitten zo al genoeg binnen.”



“Weten dat je bij elkaar kan aankloppen als je hulp nodig hebt. Dat noem ik een weerbare sociale ecologie”

Anja Machielse

10 vragen aan de zorgwijze

We laten in elke Zorgwijzer tien levensvragen los op een zorgwijze. Ons warm aanbevolen als een inspirerend en geëngageerd persoon, is dat deze keer Mia Decaestecker. Haar engagement uit ze niet alleen in de zorg, maar ook in het bedrijfsleven en in de sociale economie. Na een loopbaan als verpleegkundige en als ondernemer, zet ze haar ervaring nu in als voorzitter van vzw Zilvervogel, een groep woonzorgcentra en assistentiewoningen in West-Vlaanderen.

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER



“Minder financiële middelen hebben, op bepaalde domeinen, zorgt voor creativiteit en ondernemerschap. Een ongebruikelijk voorstel”

1 Wat deed u kiezen voor de zorg?

Ik weet dat eigenlijk zelf niet. Ik was altijd al een sociaal geëngageerd iemand, was in alle jeugdbewegingen. Ik deed vroeg een vakantiejob in het ziekenhuis en voelde al snel dat dit iets was dat ik wilde doen.

2 Wat hebt u geleerd uit moeilijke momenten?

Je denkt dat een moeilijke gebeurtenis en tegenslag enkel anderen overkomt. Als je er zelf plots geheel onverwachts mee geconfronteerd wordt, brengt het totale verwarring met zich mee. Maar achteraf kijk je terug: je ziet en voelt de verandering, een doorbraak. Die doorbraken geven toch een beetje betekenis aan de grote tegenslagen, en maken je tot wie je vandaag bent. Dat is moeilijk te beseffen op het moment zelf, maar achteraf zie je dat er ook een mooie kant is.

3 Wat is uw grootste sterkte én uw grootste zwakte?

Mijn vorm van gulzigheid kenmerkt zich door een intense drang en nieuwsgierigheid, altijd gericht op vernieuwing en verbinding. Hoewel die voortdurende behoefte aan vooruitgang soms als chaotisch kan worden ervaren, zowel voor mijn omgeving als voor mezelf, brengt het ook weinig rust met zich mee. Ik koester een diepgeworteld verlangen om positief bij te dragen aan het leven van anderen. Met de tijd heb ik echter beseft dat het onmogelijk is om altijd aan de verwachtingen van iedereen te voldoen. Daarom heb ik geleerd dat helderheid en rechtvaardigheid vaak effectievere benaderingen zijn en een solide basis bieden voor het nastreven van het goede.

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

Samenwerken is de boodschap. Hokjesdenken verlaten, ontschotten en regelgeving vereenvoudigen. Minder financiële (subsidie)middelen krijgen of voorhanden hebben, op bepaalde domeinen, zorgt voor creativiteit en ondernemerschap. Een ongebruikelijk voorstel. Uiteraard moet de focus op mensen hierbij voorop staan, op bewoners, bezoekers, gebruikers, medewerkers. Tot slot zou een bescheiden vermindering van ego's en kijken naar het globaal plaatje, ons soms ook aanzienlijk voorthelpen.

5 Doet u iets bijzonders voor uw gezondheid?

Ik hou enorm van wandelen, bij voorkeur in mijn eentje, met muziek of een podcast of helemaal in stilte. Fietsen is ook een van mijn favoriete sporten. In het verleden spendeerde ik uren in de auto voor mijn job maar tegenwoordig kies ik zoveel mogelijk voor de fiets. Daarnaast ervaar ik yoga als een zeer betekenisvolle en intense vorm van lichaamsbeweging.

6 Wie of wat bezorgt u een glimlach?

Het oprechte en ongecompliceerde gedrag van onze kleinkinderen bezorgt me altijd een glimlach, wanneer ze zo heerlijk eerlijk zijn!

7 Welk boek of kunstwerk raakt of inspireert u?

Voor mij is muziek meer dan alleen geluid; het is een kunstvorm die emoties verweeft, verhalen vertelt en de ziel beroert. Het vermogen van muziek om abstracte gevoelens en diepere betekenissen over te brengen, maakt het voor mij een expressieve en betekenisvolle vorm van kunst. Het is een medium dat kleur geeft aan de verschillende facetten van het menselijk bestaan en een unieke, onvervangbare dimensie aan mijn beleving van kunst toevoegt.

8 Welke droom koestert u?

Mijn oprechte droom is dat mijn familie gezond mag blijven, terwijl de banden tussen ons sterker worden. Ik koester de wens dat mijn kleinkinderen - terwijl ze hun eigen pad ontdekken - de vrijheid ervaren om hun dromen te verwezenlijken. Dat zij mogen opgroeien tot prachtige, gelukkige mensen in een verdraagzame wereld. Een wereld waar rechten en plichten samengaan.

9 Hoe ziet uw ideale oude dag eruit?

Mijn “herfst” zie ik graag als een periode waarin ik de wereld nog verder kan ontdekken, door te reizen met mijn partner en kinderen. Ik wil verder zinvol bezig zijn door anderen op een of andere manier te helpen, met vrijwilligerswerk of het delen van mijn ervaringen. Tegelijkertijd koester ik het idee van af en toe simpelweg niets te doen, genietend van rustige momenten en de vruchten van mijn inspanningen.

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

Ik draag graag de (zorg)fakkel over aan Philip Vanneste, de gedelegeerd bestuurder van Groep Gidts. Gedurende mijn tijd als voorzitter van 4Werk, de West-Vlaamse maatwerkbedrijven, heb ik Philip leren kennen. Hij deelt mijn visie op zorg, economie, duurzaamheid en samenwerking. Net zoals ik gelooft hij in het doorbreken van barrières en het versterken van samenwerkingen. Philip heeft de bekwaamheid om budgettaire middelen te bundelen, met als doel meer te kunnen betekenen voor diverse doelgroepen, of het nu gaat om kinderen, volwassenen met beperkingen, ouderenzorg of andere aspecten van zorg. We delen ook een sterk geloof in innovatie in de gezondheidszorg. Met zoveel gedeelde waarden en inzichten ben ik ervan overtuigd dat hij de fakkel met toewijding en effectiviteit zal dragen.

“De politiek moet radicaal shiften in het arbeidsmarktbeleid”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: SOPHIE NUYTEN



In de snel evoluerende kruising tussen technologie, arbeidsmarkt en de toekomst van de gezondheidszorg, treedt Jeroen Franssen naar voren als een bron van inzicht. Als arbeidsmarktexpert bij Agoria, koepel van technologiebedrijven, belicht hij het transformerende potentieel van innovatie, en onthult een verhaal dat verder reikt dan conventionele technologische discussies.

“Willen we welzijn en welvaart op peil houden, dan moeten we handelen, en wel nu.” Met een door urgentiegedreven passie stelt Jeroen Franssen dat bepaalde uitdagingen op de arbeidsmarkt in *extenso én a fortiori* gelden voor de gezondheidszorg.

Franssen beperkt zich in zijn analyses dus niet louter tot de technologiesector of ICT-bedrijven. Het bovenliggend thema van ons gesprek is de zorg als een sector waar jobverlies en -creatie, veranderende competenties en het tekort aan werkrachten voluit spelen. Met het programma “*Be The Change*” wil Agoria proactief inspelen op de veranderingen die gaande zijn en nog op ons afkomen. “We zijn pleitbezorger van een duurzame productiviteitsstijging”, zegt Jeroen Franssen. “Met duurzaam bedoelen we de combinatie van jobs creëren en efficiënter werken. We willen zowel het aantal werkende mensen als hun productiviteit opkrikken.”

Franssen doelt daarmee vooral op sectoren als onderwijs, ICT en *corporate services*. En de gezondheidszorg dus. Allemaal groeisectoren die tussen nu en 2030 een grote nood aan bijkomende werkracht hebben. “Van 2017 tot 2022 konden we onze economie eigenlijk nog aardig laten draaien – dat is een vaststelling die je kan benchmarken ten opzichte van het buitenland”, zegt Franssen. “We hebben in die periode 414.000 nieuwe banen gecreëerd. Dat was een record waardoor we voor het eerst in de geschiedenis van ons land met meer dan vijf miljoen werkenden waren. België heeft ook een hoge productiviteit: elke individuele medewerker neemt veel toegevoegde waarde voor zijn rekening. We draaien gemiddeld rond de 97.000 euro per actieve persoon – in de zorgsector ligt dat iets lager. Met die productiviteit staan we na Denemarken op nummer twee in de wereld.”

Die successen worden echter gevolgd door een nuchtere realiteit: onze productiviteit stagneert; we worden stilaan ingelopen door andere Europese landen waar ze blijft stijgen. Productiviteit, gekoppeld aan arbeidskosten, komt naar voren als een sleutelement in internationale economische concurrentie, vooral bij een tekort aan beschikbare arbeidskrachten. Dat tekort neemt toe door de demografische evolutie en de stijgende zorgnood maar ook door verworvenheden en tendensen zoals meer deeltijds werken. De gezondheidszorg staat bovendien voor een unieke uitdaging: de oefening om minder zorggebruikers per zorgverlener te verzorgen. Dat geldt voor de kinderopvang, de woonzorgcentra, de ziekenhuizen. “Op zich kan je daar weinig op tegen hebben,” zegt Franssen, “maar dan moet je wel massaal technologische oplossingen omarmen en aanvaardbaar maken om de productiviteit te doen stijgen.” →

Navel en essentie

Of het nu gaat om het doorhakken van de mobiliteitsknoop, het hoofd bieden aan kansarmoede of het op spoor houden van de gezondheidszorg, technologie zal als hefboom dienen. Maar Franssen is ook stellig: "Technologie is een middel en geen doel op zich. Technologie zal moeten dienen voor die betere balans in werk en leven, ook in de gezondheidszorg. Ik maak me in eigen huis niet populair als ik zeg dat de technologische sector best niet naar zijn navel staart als hij de economie mee wil redden; hij staat bij uitstek andere sectoren ten dienste. Technologie is dan ook niet de enige methodiek en zal ook alleen maar bruikbaar zijn als hij ethisch gehanteerd wordt en niet tot uitsluiting leidt. We moeten de ontwikkelingen zo inzetten dat ze in het voordeel zijn van iedereen die in België leeft. Ze moeten de welvaart maximaliseren en het welzijn van zo veel mogelijk mensen eraan koppelen."



“Werkgevers moeten de deuren kunnen openzetten voor profielen die ze vorige decennia niet de kans gaven”

Jeroen Franssen

Voor Franssen is het essentieel om mensen die zorg nodig hebben maximale kansen te bieden op herstel of comfort. "Dat zal voor een groot stuk mensenwerk blijven en moeten blijven, en technologie kan daarbij helpen. Zeker als daardoor de kans op fouten van de professional of verwarring van de patiënt ook nog eens kleiner worden."

Robothondje en heilige huisjes

Vraag is dan hoeveel mogelijkheden er zijn om technologische toepassingen in te zetten en tot waar de innovaties reiken. Niet elke patiënt zal het even tof vinden dat een robothondje de pillen uitdeelt. "Sommigen zullen dat koud en onmenselijk vinden," repliceert Franssen, "anderen een voordeel dat het robotje elke dag even vriendelijk is. Maar dat is het jolige voorbeeld. Ernstiger is dat van de radioloog. Die moet op tempo duizend beelden beoordelen, waarvan er op 400 geen pathologie af te leiden is. De diagnose aan de patiënt communiceren, moeten we niet aan artificiële intelligentie overlaten, maar AI kan wél de beeldvorming vooruithelpen door de 400 beelden uit te filteren waarop geen anomalie te detecteren is. Winst voor de radiologen: zij moeten nog maar 60% van de geleverde beelden beoordelen. Dat geeft een substantiële economische winst, want de maatschappij betaalt radiologen momenteel per prestatie, ook de beoordelingen zonder resultaat." Volgens Franssen is het moment in de geschiedenis aangebroken waarop mensen hun humane kwaliteiten kunnen inzetten terwijl technologie hun efficiëntie wel degelijk kan verhogen. Niks te vroeg.

Zinvol activeren van inactieven

Het is de ambitie van de regeringen in ons land om tegen 2030 een werkzaamheidsgraad van 80% te creëren in de leeftijdscategorie tussen 20 en 64 jaar. Dat is gerekend met het oog op de vergrijzingsgraad, pensioenen en – hoeksteen van de gezondheidszorg – onze sociale zekerheid. "Tussen nu en 2030 verwachten we 304.000 nieuwe jobs te creëren," zegt Franssen, "waarvan een derde in de zorg. Helaas, met die 304.000 extra jobs geraken we er dan niet: we stranden op een activiteitsgraad van 76,5%. Gevolg: een onderfinanciering van onze sociale zekerheid en pensioenen die nog krappere worden."

De vraag blijft terugkeren. Hoe krijgen we de open werkplekken ingevuld? "In theorie zijn er vier oplossingen", weet Franssen. "Eén: de bevolking op beroepsleeftijd wordt plots groter. Twee: we halen snel inzetbare werkkrachten uit het buitenland naar hier. Drie: we vinden voor alle werkzoekenden een job. En als we er dan nog niet geraken, is er vier: we helpen de inactieven die geen job zoeken toch aan een job. Praktisch dan: wat punt 1 betreft, weten we dat tot er tot 2040 geen natuurlijke aangroei zal zijn van de bevolking op arbeidsleeftijd. Punt 2: door slimme migratie zouden we voor knelpuntberoepen een verwelkomend beleid kunnen voeren met andere landen, maar dat blijkt zowel links als rechts van het politieke front moeilijk te liggen."



Werkzoekenden aan het werk krijgen als derde mogelijke oplossing: we hebben al veel extra jobs gecreëerd dus die visvijver is vandaag nog maar een plas. Met andere woorden, de focus verschuift naar de groep inactieven die geen job zoekt. België heeft 1,6 miljoen inactieven in de beroepsleeftijd.

Een klein aantal van hen leeft zo comfortabel dat ze niet hoeven te werken. Neem de echtgenoot van de magistrate van de arbeidsrechtbank die tijd heeft gemaakt om voor de kinderen te zorgen, kunstboeken doorbladert en met de vrienden een balletje golf slaat. Het zal moeilijk zijn die groep aan te zetten tot het invullen van een job. Het grootste deel van de 1,6 miljoen inactieven kent die luxe echter niet. Integendeel, zij hebben zelfs onvoldoende comfort om aan werk te denken. De meesten van hen leven in armoede of kansarmoede en mankeren competenties. Het gaat ook om mensen met een arbeidshandicap of de groep die terugkeert na een langdurige ziekte. Ook mantelzorgers horen daarbij. Voor die mensen die wel willen maar door allerlei omstandigheden niet kunnen, moeten we absoluut en massaal recepten vinden om hen te versterken, comfortabel werk haalbaar te maken en hen productief te laten zijn."

Er zijn meer jobs dan werkzoekenden, dus kwantitatief gezien kan je, als je wil, werken. Dat is ooit anders geweest toen er jobschaarste was. Natuurlijk, beaamt Franssen, moeten die jobs dan wel zicht bieden op voldoende levenscomfort, haalbaar zijn volgens iemands competenties, en zinvol zijn. "Daarom moeten we hen motiveren om opleiding te volgen, voorzien in betaalbare kinderopvang, in betere mogelijkheden op vlak van mobiliteit, enzovoort. Anders zijn zij niet naar de arbeidsmarkt te bewegen. We kunnen in België fier zijn op de manier waarop de werknemer beschermd is, maar we zijn daar ook in doorgeschooten. Bepaalde voordelen, zoals de werkloosheidsuitkering, hebben we zo goed als onvoorwaardelijk gemaakt. We mogen er niet vies van zijn daaraan te tornen. Geef

werkzoekenden of zieken een vergoeding, maar koppel die aan de tijd en aan versterkende voorwaarden. Bijvoorbeeld, kortdurende trainingen of opleidingen voor knelpuntcompetenties. Na verloop van tijd kunnen er voorwaarden bijkomen. Zolang ze zinvol en versterkend zijn, zie ik daar alleen voordelen in. De politiek draagt een grote verantwoordelijkheid: zij moet radicaal shiften in het arbeidsmarktbeleid. Werkgevers moeten de deuren kunnen openzetten voor profielen die ze vorige decennia niet de kans gaven."

Politiek scoren voor open doel

Volgens Franssen zijn er nog te veel gevallen waarin het niet loont om te werken. Een alleenstaande moeder die als ze gaat werken de kinderopvang voor haar drie koters moet betalen, weet wel beter. Mensen die na langdurige ziekte weer willen werken, mogen dat vaak niet, om administratieve redenen. "Je moet geen econoom zijn om te weten dat die systeemfouten eruit moeten. Met een gezond boerenverstand kan je er niet bij dat de politiek niet tot oplossingen komt. We kennen de systeemfouten en we kennen de oplossingen. Als politicus kan je dan toch voor open doel scoren?"

Gloort er nog optimisme door het betoog van Jeroen Franssen? "De mogelijkheid bestaat om er met zijn allen op vooruit te gaan, maar iedereen zal eraan moeten meewerken. Het zal moed en overtuigingskracht vergen van politici en beleidslui om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen, artsen noch patiënten onrecht wordt aangedaan. Alleen de exuberante lonen moeten daarop de uitzondering zijn. Dat gezegd zijnde, ik zie hen vandaag niet, de moedigen die opstaan en aan de boom schudden. Het is waar dat minister Vandenbroucke een aantal heilige huisjes aanpakt, maar of dat blijvend en voldoende ingrijpend is, moet nog blijken. Het mag wat meer zijn. Een onafhankelijke *taskforce* met een eenduidige veranderingsmissie kan de excessen en onaantastbare instituten aanpakken en er zich op richten om iedereen in onze maatschappij te laten floreren."

“Hier nemen we tijd voor de mensen”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: JONATHAN RAMAEL

1 op 5. Dat is de kans dat iemand in zijn leven dementie krijgt. Maar waar klopt je aan als je signalen opmerkt of net een diagnose kreeg? Het zorglandschap is breed en de weg naar aangepaste hulp niet altijd duidelijk. Het Inloophuis Dementie is een plek die wegwijs maakt in het zorgaanbod én fungeert als ontmoetingspunt waar mensen even hun hart kunnen luchten. In september gooide het Inloophuis Dementie in Antwerpen de deuren open. Caroline Giraud, Kristel De Schutter, Laura Weyns en Anouck de Bruijn stonden mee aan de wieg van dit initiatief.

“Een Inloophuis Dementie is een informatie- en ontmoetingspunt met twee grote doelstellingen”, vertelt Laura Weyns van Alzheimer Liga Vlaanderen. “Enerzijds willen we mensen wegwijs maken in het zorgaanbod rond dementie. Zorgprofessionals hebben tijd voor een één-op-ééngesprek waarin ze luisteren, doorvragen en op basis van de noden en behoeften heel gericht info meegeven. De zorgprofessionals helpen mensen op weg en loodsen ze binnen in het bestaande aanbod. Waar heb je nood aan? Is er bijvoorbeeld een behoefte aan thuisverpleging, dan kijken ze om een afspraak te maken bij de dienst die daarvoor instaat. Anderzijds is het ook een ontmoetingspunt. Mensen kunnen in contact komen met lotgenoten, andere mantelzorgers en personen met dementie, waarmee ze ongedwongen een babbel kunnen doen bij een tasje koffie.”

“Mensen met een vermoeden of diagnose van dementie kloppen bij ons aan met de vraag: wat staat er ons te wachten? Waar kunnen wij terecht?”, vertelt Caroline Giraud, algemeen directeur van het woonzorgcentrum Onze-Lieve-Vrouw in Antwerpen. “Er is een bijzonder groot zorgaanbod, maar mensen zien vaak door het bos de bomen niet meer. Wij helpen hen verder en tonen de weg. Waar kun je terecht? Hoe moet je een afspraak maken?”

“Het bijzondere aan het Inloophuis is dat het lotgenotencontact niet in een vaste groep gebeurt”, zegt Anouck de Bruijn van het Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion ism PGN. “Je kan binnenkomen zonder dat iemand hoeft te weten vanuit welke rol je handelt, er wordt geen onderscheid gemaakt tussen personen met dementie, mantelzorgers, vrijwilligers en zorgprofessionals. De klemtoon ligt op laagdrempelig contact met mensen die in een gelijkaardige situatie zitten.”

Samen realiseren

Caroline Giraud: “Wij verwezen al door als woonzorgcentrum, maar de nood werd te groot om dat nog alleen op te nemen. Daarom bundelden we onze krachten samen met het Expertisecentrum

Dementie Orion ism PGN en Alzheimerliga Liga Vlaanderen. Het bijzondere aan dit inloophuis is dat het uiteindelijk groeide vanuit tien organisaties binnen het zorglandschap en niet vanuit één sturende organisatie. We voelden allemaal dezelfde noden en kozen ervoor om er samen iets aan te doen, want we voelden elk individueel aan dat het niet haalbaar was om dit alleen aan te pakken. We doen dit niet vrijblijvend, maar ondertekenden elk een engagementsverklaring die de continuïteit waarborgt.”

Laura Weyns: “Door met verschillende partners samen te werken, bied je een geclusterd aanbod aan de mensen. Het laagdrempelige aanbod met neutraal advies is uniek.”



“Het is tegenwoordig zo moeilijk om ergens een afspraak vast te krijgen, dat het inloophuis daar een leemte mee invult.”

Tijd om tijd te nemen

Het Inloophuis in Antwerpen oogt warm en uitnodigend. Het is gezellige ruimte met fijne zithoeken, veel infobrochures, gemakkelijke zetels en de geur van koffie.

Anouck de Bruijn: “Wanneer je binnenkomt in het Inloophuis word je onthaald door een van de vrijwilligers die iets te drinken aanbiedt. Je bent vrij om plaats te nemen of even in de brochures te grasduinen. Wanneer je nood hebt aan een gesprek of concrete vragen wil stellen, kan je een één-op-ééngesprek vragen met een zorgprofessional. Zij kunnen je info en advies geven of je doorverwijzen. De zorgprofessionals nemen de tijd die nodig is, zonder een tijdslimiet.”

Caroline Giraud: “De mensen die hier komen hebben nood om hun verhaal te doen, gehoord te worden en bevestiging te krijgen. Hun bezorgdheden mogen ventileren. Doe ik het goed als mantelzorger? Ik ben bang omdat ik niet weet wat me te wachten staat. Soms stappen ze buiten zonder extra info of doorverwijzing, maar wilden ze even voelen: ik sta er niet alleen voor.”

Anouck de Bruijn: “Op de opening sprak ik met een man die zich zorgen maakte om een familielid. Ik moest hem niet veel advies geven, want hij wist exact wat hij moest doen. Toch heeft hij lang bij mij gezeten en hadden we een mooi gesprek waarin ik vooral erkenning en bevestiging gaf.”

Die man is zeker niet alleen. Wij merken veel vragen en schuldgevoel op bij de mensen die binnenspringen. Doe ik dit wel goed? Geef ik de juiste zorg?”

Op eigen kracht

Caroline Giraud: “Het Inloophuis ontvangt geen financiële subsidiëring van de stad of de overheid. Alle kosten worden gedragen door de tien organisaties die vrijwillig hun mensen inzetten om het project draaiend te houden en afvaardigen om de permanentie op zich te nemen. We vonden gelukkig enkele sponsors waardoor we brochures konden laten drukken.”

Laura Weyns: “Dit is het vierde inloophuis in de Provincie Antwerpen. In totaal telt Vlaanderen een tiental inloophuizen, maar nergens is er een vaste subsidiëring vanuit de overheid. Hier en daar worden de inloophuizen wel ondersteund door de stad, maar dat hangt af van het lokaal bestuur.”

Laagdrempelig

Caroline Giraud: “Uiteraard zijn er nog actoren in de zorg die deze info kunnen geven, maar in het inloophuis hebben we tijd voor de mensen. Die personen hebben het al moeilijk, dus we houden alle drempels zo laag mogelijk. Het inloophuis heeft een aparte ingang en is zo niet gekoppeld aan het woonzorgcentrum. Je loopt binnen zonder afspraak en kan iedereen aanspreken. Je moet niet praten, maar als je dat wil duurt een gesprek net zolang jij nodig hebt.”

“Je moet je niet aanmelden of inschrijven. De sterkte van het inloophuis zit in de laagdrempeligheid, openheid en ongedwongen sfeer”

Laura Weyns



“We voelden met tien organisaties dezelfde noden aan en kozen ervoor om er samen iets aan te doen”

Anouck de Bruijn

Vooruitzichten

“Als we vooruitkijken en dromen dan hopen we dat we meer en meer mensen bereiken en kunnen helpen”, zegt Caroline Giraud. “Het zou fijn om op termijn te kunnen uitbreiden naar meer inloophuizen en antennepunten zodat mensen in alle hoeken van Antwerpen terecht kunnen om hun vragen te stellen. Maar voor nu zijn we blij met wat we al realiseerden. Alle organisaties stapten met hetzelfde gevoel in dit project. We voelden allemaal die nood, maar klopt ons gevoel wel? Nu blijkt dat onze intuïtie juist zat en we zijn heel trots op wat we al verwezenlijkt hebben.”



Wanneer?

Elke eerste woensdag van de maand van 13.30 tot 16.30 uur

Waar?

Inloophuis Dementie Antwerpen, Grote Kauwenberg 33, 2000 Antwerpen

Een gezamenlijk initiatief van Alzheimer Liga Vlaanderen, Regionaal Expertisecentrum Dementie Orion ism PGN, Eerstelijnszone Antwerpen Centrum, Amate en GZA Zorg en Wonen, GZA Ziekenhuizen, ZNA – Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, Zorgbedrijf Antwerpen, wzc Onze-Lieve-Vrouw van Antwerpen en Stad Antwerpen.

Recht op zorg: geïnterneerde ouderen in woonzorgcentra?

TEKST: DELPHINE BAELE & LISSA BOONE



Geïnterneerde ouderen in woonzorgcentrum?

Ben je op zoek naar meer informatie over de opname van geïnterneerde ouderen in het woonzorgcentrum? Op [deze website](#) lees je er alles over!



Voor ouderen die niet meer thuis kunnen wonen, kan het woonzorgcentrum een oplossing betekenen en de nodige zorg en hulp bieden. Ook bij ouderen met een interneringsstatuut kan het een logische stap in hun zorgtraject zijn. Dat is voor veel woonzorgcentra wel nog onbekend terrein. Daarom ontwikkelde Curando de website www.interneringbinnenwzc.be. De website gidt woonzorgcentra door het landschap en informeert hoe ze een belangrijke maatschappelijke rol kunnen spelen bij de zorg voor geïnterneerde ouderen.

Onbekend is onbemind. Doordat veel woonzorgcentra geen ervaring hebben met de opname van ouderen met een interneringsstatuut kunnen ze bij een opnamevraag veel bezorgdheden en vragen hebben. Toch hebben woonzorgcentra al veel in huis om een goede zorgomkadering te bieden. De basis blijft immers gelijk: zorg bieden aan ouderen. De website vertrekt vanuit die startrol en verduidelijkt welke zaken extra aandacht vragen.

Elke oudere is anders. Iedereen heeft een eigen voorgeschiedenis, specifieke zorgnoden, een unieke context... Dat is bij personen met een interneringsstatuut niet anders.

De website is daarom geen handleiding die je stap voor stap kan volgen. Wat je er wel vindt, is een beknopte uitleg over belangrijke thema's. Zowel de voorbereiding voor woonzorgcentra die nog helemaal niets over de doelgroep kennen als de verdieping voor woonzorgcentra die met een concrete opnamevraag aan de slag willen, komen aan bod. Vijf hoofdstukken lichten de volgende thema's toe.

1. Wat is internering?
2. Waarom horen personen met een interneringsstatuut in een wzc?
3. Kunnen we in ons eigen wzc ook geïnterneerden opnemen?
4. Waar moet ik op letten bij een opname?
5. Wie zijn de betrokken partners?

De website biedt handvaten om elke mogelijke opnamevraag grondig te exploreren en te evalueren of de geschikte zorgomkadering kan geboden worden.

De website is ontwikkeld door twee project-medewerkers van Curando O.L.V. van 7 Weeën vzw in samenwerking met het Departement Zorg. Het project werd opgestart vanuit het recht op zorg op maat voor ouderen met een psychische of verstandelijke beperking met een interneringsstatuut. Door een gebrek aan alternatieven én het stigma dat ze vaak krijgen opgeplakt, verloopt doorstroom naar reguliere zorg niet altijd makkelijk.

Ook is er onvoldoende capaciteit binnen de gespecialiseerde zorg en verblijven sommige geïnterneerden helaas nog in de gevangenis. België werd dan ook al herhaaldelijk op de vingers getikt door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens voor de schrijnende toestand van geïnterneerden in Belgische gevangenissen.

“De basis blijft gelijk: zorg bieden aan ouderen”

Vlaanderen en Curando hopen om samen met de zorgsector oudere geïnterneerden zorg en doorstroming te kunnen bieden waar dat haalbaar en aangewezen is. Curando is actief binnen de (ouderen)zorg en biedt geïntegreerde zorg aan in vijf woonzorgzones. De organisatie engageert zich voor een compleet zorgtraject, gaande van ondersteuning in de thuissituatie via thuisverpleging en gezinszorg, warme maaltijden aan huis, lokale dienstencentra, centra voor dagverzorging en -opvang, (oriënterend) kortverblijf en herstelverblijf tot residentiële zorg met assistentiewoningen en woonzorgcentra.



“Een zorgtraject krijgt onder meer vorm op basis van de onderliggende problematiek, niet louter op basis van de ernst van de feiten”



Erfgoed van en voor zorg

TEKST: CARINE DUJARDIN & CELIEN STEVENS

Museum dr. Guislain en KADOC-KU Leuven slaan de handen in elkaar om het zorg- en welzijns-erfgoed in Vlaanderen in kaart te brengen en er een werking rond te organiseren. Dit project wil in samenwerking met de zorg-, erfgoed- en onderzoekssector werken aan de identificatie, kennisopbouw en kennisdeling over het beheer en de valorisatie van het zorg-erfgoed in Vlaanderen.

Erfgoed van zorg en welzijn in Vlaanderen en Brussel heeft vele gezichten, is vaak bedreigd of gaat verloren. Nochtans vertelt het verhalen van groot maatschappelijk belang: hoe zorg en samenleving doorheen de tijd evolueerden, hoe de patiënt geleidelijk een stem kreeg...

Dat erfgoed biedt ook kansen, zeker ook voor zorg en welzijn vandaag. Welzijnsgerichte erfgoedwerking is zowel een meerwaarde voor de deelnemers als voor de dagelijkse werking. Er is interesse, maar de initiatieven zijn vooral projectmatig en weinig duurzaam.

De Vlaamse Regering erkent het maatschappelijk belang en de vele noden en heeft oog voor de kansen in de toekomst. Ze stelt middelen uit het erfgoeddecreet ter beschikking in de vorm van een nieuwe dienstverlenende rol die focust op het diverse zorg- en welzijns-erfgoed in Vlaanderen.

Museum Dr. Guislain en KADOC-KU Leuven zetten samen hun schouders onder dit nieuwe initiatief. Vanuit hun expertise als museum en archief brengen ze het zorg- en welzijns-erfgoed in Vlaanderen en Brussel in kaart en bouwen er een gedragen en innovatieve werking rond uit. Ze doen dit binnen een nieuwe organisatie, met een dagelijks bestuur en een ledencomité die participatief zijn samengesteld, vanuit de gemeenschap van geïnteresseerden en belanghebbenden.



Dienstverlening en integrale erfgoedzorg

Zorgorganisaties kunnen bij de nieuwe dienst terecht met al hun vragen over het erfgoed van zorg en welzijn in zijn vele gedaantes: archieven, beeld en geluid, objecten, creatieve collecties. Het team is een hulplijn voor uw erfgoedcollecties in nood en zoekt samen met u naar oplossingen.

Erfgoed voor zorg en welzijn

Het team bekijkt samen met u wat uw erfgoed voor uw eigen werking kan betekenen. Op welke manier kan het archief op de werkvloer worden ingezet om het welzijn van zowel zorgverstrekkers als zorgontvangers te bevorderen?

Kennisplatform

Het is ook een ontmoetingsplaats voor erfgoed, zorg- en welzijn, onderwijs en onderzoek. Samen met het Lerend Netwerk Erfgoed en Welzijn bouwen ze kennis op over erfgoedcollecties en erfgoedwerkingen. Ze delen 'goede praktijken', toetsen internationale expertise en gaan met partners uit die sectoren aan de slag.

Sensibiliseren & toepassen

De dienst sensibiliseert beleidsmakers en overheden over de waarde en het potentieel van hun erfgoed. Ze gaan de uitdaging aan om de meerwaarde van een welzijnsgerichte erfgoedwerking in de zorg- en welzijnssector, maar ook in opleiding en onderwijs bekend te maken én toe te passen. Ze ontwikkelen de voorwaarden voor het duurzaam bewaren van erfgoedcollecties als waardevolle bronnen voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek.



Interesse?

Wenst u op de hoogte te blijven of betrokken te worden bij deze werking? Heeft u vragen of suggesties rond erfgoed van zorg en welzijn?

Stuur dan een bericht naar **Celien Stevens** of **Diederick Nuytens**: info@zorgerfgoed.be.

Meer info op zorgerfgoed.be.

“Het verschil tussen goede en slechte presteerders is groot”

TEKST: THOMAS DETOMBE
BEELD: JAN LOCUS

In 2019 richtte Zorgnet-Icuro aan de KU Leuven de driejarige leerstoel Future of Hospital Quality op om onderzoek te doen naar het toekomstige kwaliteitsbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen. Penhouder van de leerstoel was het Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB) onder leiding van Dirk De Ridder en Kris Vanhaecht. Binnen die leerstoel startten beloftevolle jonge onderzoekers met een doctoraatstraject. Twee daarvan, apotheker Astrid Van Wilder en arts Jonas Brouwers, promoveerden onlangs. Zorgwijzer ging met hen in gesprek over de kwaliteit in de Belgische ziekenhuizen en de manier waarop beleidsmakers die zorgkwaliteit kunnen waarborgen.

Astrid Van Wilder trekt binnenkort naar de Verenigde Staten. Daar zet ze haar onderzoek naar zorgkwaliteit verder aan de universiteit van Brown en Harvard. Dat de Vlaamse overheid haar doctoraatsverdediging niet bijwoonde, stelde haar teleur. “Ik onderzocht hoe de zorgkwaliteit in alle Belgische ziekenhuizen evolueerde tussen 2008 en 2018. Dit is het eerste onderzoek van die schaal in ons land. Mét zorgwekkende resultaten. Het is tijd voor actie, beste beleidsmakers. Zowel op federaal, regionaal als lokaal niveau.”

Welke kwaliteitsaspecten hebt u gemeten?

Astrid Van Wilder: “We analyseerden vijf belangrijke maatstaven van patiëntveiligheid. Ziekenhuissterfte, aantal heropnames, verblijfsduur en complicaties. Daarnaast keken we naar patiënttevredenheid. Op al die uitkomstmaten samen registreerden we een licht positieve evolutie. De gemiddelde mortaliteit daalde van 3,4% naar 3,1%, de totale verblijfsduur nam één dag af tot gemiddeld 6,5 dagen.”



“Na een maagdarmbloeding loop je een vijfmaal hogere overlijdenskans in een slecht presterend ziekenhuis”

Astrid Van Wilder

In 2018 gaf 61% patiënten hun ziekenhuiservaring 9 op 10. Tien jaar eerder was dat 56%. Daartegenover staan enkele negatieve cijfers zoals een stijging van het aantal heropnames tot 5,2% en een relatief hoge sterftegraad bij ernstige complicaties tijdens het ziekenhuisverblijf.

Gemiddeld sterven 23 op 100 patiënten die bijvoorbeeld een longontsteking, sepsis of maagdarmbloeding opliepen. Verontrustend, want het zijn perfect behandelbare complicaties. Als iemand overlijdt, wil dat dus zeggen dat er iets misliep in de zorg. Die *failure to rescue* is een oud zeer. 20 jaar geleden lag het cijfer even hoog als vandaag. Ook in internationale vergelijkingen scoren we slecht.

De Verenigde Staten registreren *failure to rescue* op dezelfde manier als België en noteren een gemiddelde sterftegraad van 11 op 100 patiënten. Minder dan de helft dus.”

Nog belangrijker is de variatie tussen ziekenhuizen. Maak dat eens concreet.

Astrid Van Wilder: “Neem het mortaliteitscijfer. Dat varieert tussen een gemiddelde van 2,1% en bijna 5%. Hetzelfde verhaal als we kijken naar *failure to rescue*. Sommige ziekenhuizen registreren tot vier keer meer overlijdens na complicaties dan andere. Nog concreter: na een ernstige maar behandelbare complicatie zoals een maagdarmbloeding loop je vijfmaal meer kans om te overlijden in een slecht presterend ziekenhuis. Voor doorligwonden zien we dan weer dat sommige ziekenhuizen het tot acht keer slechter doen dan het gemiddelde Belgische ziekenhuis. Die variatie zie je overal terugkomen. Afhankelijk van waar je wordt opgenomen, wisselt je kans op overlijden, heropname, een lang verblijf of complicaties aanzienlijk. Ook patiëntenervingen lopen sterk uiteen.”

“Tot nu bleven die verschillen onder de radar. We spreken over data uit 99 verschillende ziekenhuizen, geregistreerd over tien jaar. Die veelheid aan versnipperde info verhulde lang een totaalbeeld. Dankzij mijn onderzoek is dat beeld er nu wel. Het roept de vraag op in welk ziekenhuis jij het liefst patiënt, zorgverlener of directie wil zijn.”





“Publieke rapportering op ziekenhuisniveau is goed. Maar het mag geen heksenjacht worden”

Jonas Brouwers

Hoe moeten we die cijfers begrijpen?

Astrid Van Wilder: “De gemiddelde zorgkwaliteit nam nauwelijks toe, ondanks de groeiende aandacht voor kwaliteit, de invoering van het elektronisch patiëntendossier, technologische innovaties en algemene medische vooruitgang. We hielden bovendien rekening met toegenomen zorgzwaarte als gevolg van de vergrijzing. Die evolutie speelt met andere woorden een beperkte rol. Los daarvan maak ik me vooral zorgen over de enorme verschillen tussen ziekenhuizen. Bepaalde ziekenhuizen boekten een mooie vooruitgang, terwijl andere stagneerden of stevig achteruitgingen.”

Wat is de impact van die wisselende zorgkwaliteit?

Astrid Van Wilder: “België telt ongeveer 100 ziekenhuizen. Als de 25 slechtste presteerders wat betreft mortaliteit het even goed zouden doen als de mediaan, kunnen we 4083 overlijdens per jaar vermijden. Dat zijn tien grote vliegtuigen vol passagiers die langer zouden leven als ze in een ander ziekenhuis waren opgenomen. Ik vind dat zorgwekkend. Zeker omdat we in onze resultatenrekening hielden met verschillen in leeftijd, geslacht en comorbiditeit. In principe vergeleken we patiëntengroepen met hetzelfde gezondheidsprofiel. Bovendien zagen we kwaliteitsverschillen over alle ziektebeelden heen. Als je afdeling gastro-enterologie minder goed scoort, dan meestal ook de afdelingen cardiologie, interne geneeskunde of intensieve zorgen. De kwaliteitsverschillen zijn vaak organisatiebreed. Een identiek persoon met een identiek ziektebeeld, is beter af in ziekenhuis A dan ziekenhuis B.”

Merk je een verschil wat betreft grootte, regio of universitaire status van het ziekenhuis?

Astrid Van Wilder: “Nee, en dat verraste enigszins omdat de literatuur net die verschillen aanwijst als mogelijke verklaringen. Maar volgens onze data spelen ze geen rol. Een klein perifeer ziekenhuis levert niet per se slechtere of betere zorg dan een grote speler. Ook de vraag of je in Vlaanderen, Brussel of Wallonië opgenomen wordt, speelt geen rol. Mogelijk hangt zorgkwaliteit samen met de ziekenhuiscultuur, bestaafingsgraad, of andere zaken. Mijn vermoeden is dat er meerdere factoren spelen.”

Jonas Brouwers, jij onderzocht hoe de overheid een overkoepelend kwaliteitsbeleid kan vormgeven. Doen beleidsmakers vandaag te weinig?

Jonas Brouwers: “Ik denk dat ze hun rol onderschatten. Er gebeurde de laatste jaren veel rond zorgkwaliteit. De Vlaamse Triade zorginspectie, accreditering en publieke rapportering droeg bij aan een ingeburgerde kwaliteitscultuur in ziekenhuizen. Alle internationale experten die we hoorden noemen die cultuur cruciaal. In die zin leverde de Triade zinvol werk. Tegelijk voel je overal accrediteringsmoeheid. Accrediteringsprocessen installeerden te vaak een afvinkmentaliteit waarbij checklists een doel op zich werden, en niet langer een middel tot betere zorg.”

“Bovendien weten we niet of en hoe een JCI- of QUALICOR-proces precies bijdraagt aan zorgkwaliteit en goede gezondheidsuitkomsten voor de patiënt. We weten wel dat zo’n proces veel geld kost en dat bijna elk ziekenhuis intussen één of meerdere accrediteringslabels behaalde. Op die manier verdwijnt de onderscheidende meerwaarde natuurlijk. Diezelfde onduidelijkheid speelt bij de rol van onze zorginspectie en publieke rapportering van indicatoren. Er bestaat geen wetenschappelijk onderzoek over het gecombineerde effect van de drie Triade-pijlers, noch over hun bijdrage aan betere patiëntenuitkomsten.”

Wat kan beter?

Jonas Brouwers: “Het Belgische kwaliteitsbeleid mist centrale aansturing en monitoring. Ziekenhuizen ondernemen actie, maar niemand registreert de impact daarvan op lange termijn. Een efficiënt kwaliteitsbeleid veronderstelt continue feedback- en leermogelijkheden en een geïntegreerd zorgsysteem. Daarvoor heb je nood aan een sterke data-infrastructuur en gevalideerde indicatoren. Mijn onderzoek leert dat hét kwaliteitsmanagementsysteem niet bestaat omdat landen en zorgsystemen verschillen. Je moet voldoende ruimte geven aan regio’s en ziekenhuizen om hun persoonlijke stempel te drukken. Maar de overheid zou wel enkele gevalideerde systemen naar voren kunnen schuiven of er zelf enkele valideren.”

Welke componenten moet elk kwaliteitssysteem bevatten?

Jonas Brouwers: “Internationaal onderzoek en vergelijking met andere landen leidden tot drie centrale hoekstenen. Allereerst is er die gezonde kwaliteitscultuur. Daarover is iedereen het eens. Bewustwording en de wil om te groeien zijn essentieel om de volgende twee stappen te realiseren: minimumvereisten rond opleiding en controle en, daarmee samenhangend, leerkanalen vanuit een gevalideerde set indicatoren die over langere tijd opgevolgd worden.”

Vanuit die hoekstenen ontwikkelden we 12 concrete beleidsaanbevelingen. Ze zijn stuk voor stuk wetenschappelijk onderbouwd en internationaal getoetst. Bovendien worden ze gedragen door een brede groep stakeholders van artsen, zorgmedewerkers én de overheid. Men was het onder meer eens over een voorgezette en nationaal georganiseerde benchmarking van kwaliteitsresultaten tussen de ziekenhuizen. Ook de huidige publieke rapportering moet een vervolg krijgen, al mag die niet ontaarden in een heksenjacht op individueel niveau. Je kan ziekenhuizen en eventueel ziekenhuisdiensten beoordelen, maar geen zorgmedewerkers. Soms hoor je ziekenhuismanagers daarvoor pleiten, maar het zou niet werken.”



“Het is tijd voor actie, beste beleidsmakers”

Astrid Van Wilder

“Daarnaast adviseren we een overkoepelend mechanisme dat gevalideerde kwaliteitsmanagementsystemen promoot en controleert. Zoiets is essentieel. Idealiter organiseert men dit op het niveau van de ziekenhuisnetwerken, met voldoende eigenaarschap per ziekenhuis. Wat betreft medewerkerswelzijn en opleidingsminima adviseren we een verplichte welzijnsmonitor in elk ziekenhuis. Werksfeer, werkdruk, meldingscultuur rond agressie: het hangt allemaal samen met zorgkwaliteit. Wat zorgkwaliteit precies betekent, moet opgenomen worden in de curricula van alle zorgberoepen. Lang niet iedereen begrijpt bijvoorbeeld wat er onder de noemer van patiëntveiligheidsincidenten (PVI) valt.

Over verkeerd toegediende medicatie bestaat weinig twijfel, zoiets is een PVI. Patiënten onvolledig informeren over mogelijke gevolgen van een ingreep is dat echter ook. Daar loopt het weleens fout, zonder dat men dit als een fout (h)erkent. Een transparante opvolging van PVI's is belangrijk. Een van de 12 aanbevelingen is dat ziekenhuizen PVI's in de toekomst verplicht intern rapporteren. Nu gebeurt dat vrijwillig.

Voorts verdienen ook klachten van patiënten een actieplan binnen het ziekenhuis. En tot slot moet men de impact van beleidsinitiatieven veel nauwer opvolgen. Zo adviseren we om het federale *Pay4Performance*-programma te revalueren volgens overkoepelende gezondheidszorgdoelen. Het Budget Financiële Middelen (BFM) in ziekenhuizen moet dan weer herverdeeld worden volgens duidelijk geïdentificeerde kwaliteitselementen zoals bijvoorbeeld opleiding, medewerkerswelzijn of een rapportagesysteem voor kwaliteitsindicatoren.”

Hoe zien jullie de nabije toekomst? Zien overheden jullie onderzoek als een call to action?

Astrid Van Wilder: “Ik hoop vooral op een constructieve dialoog over pijn- en verbeterpunten. Onze overheid beschikt over de cijfers van goede en slechte presteerders. ‘Schuldigen’ aanwijzen is niet aan de orde, maar je moet wel de vinger op de wonde durven leggen. Het lijkt me bijvoorbeeld zinvol dat de zorginspectie focust op de minder goede presteerders. Nu controleert ze veeleer at random.”

Jonas Brouwers: “De Vlaamse overheid plant binnenkort kwaliteitstafels met het oog op het nieuwe kwaliteitsdecreet. Dat is goed, maar hopelijk beseft men dat heel veel puzzelstukjes voor een beter kwaliteitsbeleid al klaarliggen. Het zou spijtig zijn als men die info niet ernstig neemt. Astrid becijferde hoe de zorgkwaliteit doorheen de jaren evolueerde. Ik ontwikkelde samen met wetenschappelijke experts en stakeholders 12 breed gedragen actiepunten waarmee beleidsmakers direct aan de slag kunnen. Ik voel dat men aarzelt om actie te ondernemen. Het lijkt alsof men bang is om zorgverleners te bruuskieren.



“Een gezonde kwaliteitscultuur is de eerste stap. Veel ziekenhuizen hebben die intussen”

Jonas Brouwers

Iedereen in onze sector is voorstander van kwaliteitsvolle zorg. Alleen hebben we een wervend verhaal nodig. Misschien moeten we niet langer spreken over ‘kwaliteit’ maar over ‘goede’ of ‘warme’ zorg. Dat spreekt zowel zorgverleners als het brede publiek aan. Onze onderzoekpromotor leerde ons hoe kwaliteit altijd neerkomt op de volgende vraag: ‘Behandel je elke patiënt op dezelfde, zorgzame manier zoals je een dierbaar familielid zou behandelen?’ Het antwoord op die vraag hangt ook af van een proactieve overheid die een paar algemene lijnen durft uit te tekenen, zonder uitsluitend of te snel met het vingertje te wijzen. Wat is efficiënt georganiseerde, goede zorg? Wat zijn onze doelstellingen? Hoe meten en realiseren we die? Waar willen we binnen tien jaar staan in België en Vlaanderen? Geef ons een helder kader en een langetermijnplanning. Dan kunnen we als sector echt aan de slag.”



Lees beide onderzoeken via www.zorgneticuro.be/zorgwijzer.

Netwerkdag voor communicatieprofessionals uit de zorg

Voor wie?

Verantwoordelijken, woordvoerders en medewerkers van de communicatiediensten van ziekenhuizen, voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg en woonzorgorganisaties. Exclusief voor leden van Zorgnet-Icuro.

Wat mag je verwachten?

We plannen enkele inspirerende keynotes, workshops en volop gelegenheid tot kennisuitwisseling met collega's. We geven vorm aan deze dag samen met de communicatiemedewerkers van onze organisaties.

Waar en wanneer?

AZ Sint-Maarten in Mechelen, donderdag 25 april 2024 om 9.30u tot 16u.



Hou onze website in de gaten voor het programma!

De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023

In 2021 publiceerde Zorgnet-Icuro *De mythes voorbij*. In die brochure voerden we een sterk pleidooi om bij de hervorming en versterking van de geestelijke gezondheidszorg niet blind alle kanten op te varen met buikgevoel en hardnekkige mythes als kompas. We zijn ervan overtuigd dat we beleidskeuzes moeten baseren op een wetenschappelijke benadering vanuit het public health perspectief. Sindsdien gingen we verder op de ingeslagen weg. Sinds midden 2022 financiert Zorgnet-Icuro een interuniversitaire leerstoel voor de duur van drie jaar. Vier academici uit vier verschillende universiteiten bundelen daarbij hun krachten om te komen tot een Public Mental Health Monitor voor Vlaanderen. De monitor wil op een systematische manier epidemiologische data verzamelen over de prevalentie van psychische stoornissen en het zorggebruik bij de bredere bevolking. De monitor wil hiermee een stuk verder gaan dan de gegevens die nu beschikbaar zijn.

Met deze publicatie *De mythes bevraagd* presenteren we de resultaten van de eerste reeks bevragingen bij volwassenen in Vlaanderen. Hoe vaak komen psychische stoornissen voor? Wanneer, hoe, waar en bij wie zoeken personen met psychische stoornissen hulp? Op basis daarvan formuleren we een aantal beleidsaanbevelingen.



Verschijnt op 6 februari 2024.

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

Hoofdredactie en coördinatie:
Lieve Dhaene, Jens De Wulf en Eva de Wal

Vormgeving:
www.engage.studio

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

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

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

Je mag artikels overnemen mits correcte bronvermelding (vb. *Zorgwijzer* 113, januari 2024, p. 32). We vinden het fijn als je ons dan een seintje geeft op communicatie@zorgneticuro.be

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

www.zorgneticuro.be

