MAGAZINE • JAARGANG 17 • EDITIE 128 • JUNI 2026

zorgwijzer 128



DOSSIER HERVORMING
VAN HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

“De ziekenhuizen zijn er klaar voor”

zorg net
icuro

IN DIT NUMMER

Editoriaal 3

Dossier:
hervorming van het ziekenhuislandschap 4
- Margot Cloet en Thierry Freyne: "De ziekenhuizen zijn er klaar voor" 6
- Hoofdartsen Gert Van Assche en Katrien Bervoets: "Geef ons een helder kader met de juiste incentives" 12
- Kom op tegen Kanker en Vlaams Patiëntenplatform: "Vertrek niet alleen van zorgkwaliteit, maar ook van levenskwaliteit" 17
- Dirk Ramaekers: "De vraag is niet langer waarom we moeten hervormen, maar hoe we dat gaan doen" 22

Vrijwilliger in de kijker 28

WUG-hervorming zet woonzorgcentra aan tot bredere denkoefening over zorg en wonen 30

Els Hertogen (11.11.11) ontrafelt de mythes over ontwikkelingssamenwerking 36

Sint-Trudo ziekenhuis en psychiatrisch ziekenhuis Sint-Truiden werken intensief samen in Limburg 42

Ewout Van Ginneken (European Observatory on Health Systems and Policies) analyseert Belgisch zorgsysteem 46

Hoe kan kunst zorg versterken? 52

Op de agenda bij Zorgnet-Icuro dit najaar 55











Margot Cloet

GEDELEGEERD BESTUURDER ZORGNET-ICURO

Veranderen om te behouden: een noodzakelijke koerswijziging

Het Belgische ziekenhuislandschap staat aan de vooravond van een historische transformatie. Met het recente principesakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is de richting bepaald, met als kern vier types ziekenhuizen. De weg hiernaartoe was intens: het expertenrapport *Veranderen om te behouden* vormde een noodzakelijk fundament; het zorgvuldige proces waarbij de adviezen van alle betrokkenen werden meegenomen, getuigt van het besef dat een dergelijke ingreep alleen kan slagen met een breed draagvlak. Ook binnen onze Vlaamse ziekenhuizen is de afgelopen maanden intens gereflecteerd. Dat er bij alle stakeholders een gedeelde visie op dit traject bestaat, blijkt uit het uitgebreide dossier in deze *Zorgwijzer*. Daarin belichten we in vier uiteenlopende interviews de vele facetten van dit transformatieproces.

Voor Zorgnet-Icuro en zijn leden is het bewustzijn dat het huidige systeem onder druk staat – door personeelstekorten, vergrijzing en stijgende complexiteit – niet nieuw. We pleiten al lang voor een grondige omslag. We willen de hoogstaande kwaliteit borgen en een solidair systeem garanderen dat voor elke burger toegankelijk blijft. Het stemt ons hoopvol dat alle ministers in dat land dit nu volmondig onderschrijven.

De rode draad in de gesprekken met onze ziekenhuisbestuurders en zorgprofessionals is helder: “Geef ons een kader met de juiste incentives.” Het succes van deze transitie valt of staat bij die voorwaarde. We zien op het terrein al veel beweging; kijk naar de talloze fusiegesprekken en samenwerkingsverbanden die volop aan de gang zijn. De sector is klaar voor die stap, maar we hebben nood aan beleidszekerheid en een concreet fundament waarbinnen die vernieuwing veilig kan gebeuren.

Deze hervorming kan bovendien niet los worden gezien van andere grote werven: de herijking van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Een nieuw landschap vergt immers een nieuwe financiële realiteit. Alleen wanneer de juiste prikkels de inhoudelijke visie ondersteunen, zal het slagen. Tegelijkertijd mogen we de enorme infrastructuuruitdagingen niet onderschatten die deze omschakeling naar vier types sites met zich meebrengt.

Cruciaal is echter hoe we dit verhaal naar buiten brengen. Het mag vooral niet geframed worden als een besparingsoperatie. Het is een verhaal van kwaliteit. Als we spreken over het concentreren van zorg, dan doen we dat omdat een patiënt recht heeft op de juiste expertise en 24/7 beschikbaarheid. Dat vergt een schaalgrootte die niet elke site vandaag kan bieden. Een ziekenhuis in de buurt is voor veel burgers een baken van veiligheid. Het is begrijpelijk dat verandering daarover vragen oproept. Maar laat ons dit correct duiden: het is de ambitie om zorg juister te organiseren, niet om zorg te onttrekken aan de burger. Die uitleg geven aan burgers is een gedeelde opdracht van alle stakeholders, en ook van lokale besturen. Een wijziging in het aanbod is geen afbraak, maar een opwaardering van de zorgkwaliteit.

Laten we deze transitie samen waarmaken, met de mens – de zorgverlener én de patiënt – als kompas. Zodat we de zorg van vandaag kunnen behouden voor de generaties van morgen.



Dossier hervorming van het ziekenhuislandschap

Het Belgische ziekenhuislandschap staat voor een grondige hertekening. Een expertgroep, aangesteld door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid onder leiding van Peter Degadt en Guy Durant, presenteerde eind 2025 hun adviezen voor een efficiënter en toegankelijker zorgsysteem. Het eindrapport *Veranderen om te behouden (2026-2036)* pleit voor een grondige hervorming. De expertgroep vertrekt van een duidelijke vaststelling: de ziekenhuiszorg is kwalitatief sterk en toegankelijk, maar staat onder zware druk door personeelstekorten, vergrijzing, stijgende kosten, versnippering en een te groot aantal ziekenhuissites. Niets doen is volgens het rapport geen optie.

De ambitie is een geïntegreerd, duurzaam zorgmodel. Zorg moet nabij blijven waar dat kan, maar geconcentreerd worden waar kwaliteit, expertise en veiligheid dat vragen. De expertgroep stelt vier types ziekenhuizen voor. Regionale Algemene Ziekenhuizen (RAZ) bieden brede, 24/7 acute zorg, inclusief spoed, materniteit, pediatrie en intensieve zorg. Universitaire Ziekenhuizen (UZ) combineren die rol met opleiding, onderzoek en complexe zorg. Lokale Medische Centra (LMC) bieden vooral planbare, ambulante en laagcomplexe zorg dicht bij de patiënt. Ziekenhuizen voor Intermediaire Zorg (ZIZ) richten zich op revalidatie en herstelzorg.

Daarnaast vraagt het rapport een hervorming van de spoeddiensten, met betere triage, meer gebruik van huisartsenwachtposten en spoedzorg enkel in ziekenhuizen die daar voldoende voor uitgerust zijn. Hoogcomplexe en zeldzame aandoeningen moeten geconcentreerd worden in expertisecentra. De hervorming moet gefaseerd verlopen, met objectieve criteria, tussentijdse evaluatie, meer kwaliteitsmeting, digitale gegevensdeling en een nationaal elektronisch patiëntendossier. Omdat verandering kosten meebrengt, pleit de expertgroep voor een transitiefonds dat ziekenhuizen ondersteunt bij de omschakeling.

Het rapport van de expertgroep werd voorgelegd aan diverse adviesorganen op de verschillende bevoegdheidsniveaus. Zij kregen tijd tot eind april 2026 om hierop feedback te geven. De IMC Volksgezondheid kwam op 24 juni samen. De ministers sloten een principesakkoord over de hervorming voor de komende tien jaar. De definitieve besluiten worden verwacht in september 2026.

Lees het rapport van de expertgroep en alle adviezen die hierover werden uitgebracht:

Lees de tekst van het principesakkoord van de IMC Volksgezondheid van 24 juni 2026:

“Soms is het beter om een kwartier verder te rijden en daar een goede opvang en behandeling te krijgen. Het gaat uiteindelijk over mensenlevens”

Margot Cloet



MARGOT CLOET EN THIERRY FREYNE

“De ziekenhuizen zijn er klaar voor”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: JAN LOCUS

Zorgnet-Icuro hield het expertenrapport over de hervorming van het ziekenhuislandschap uitgebreid tegen het licht. Er is een breed gedragen consensus bij de Vlaamse ziekenhuizen dat de voorstellen een waardevol en toekomstgericht kader bieden om de zorg op een meer duurzame en kwalitatieve manier te organiseren. De sector engageert zich om constructief mee te werken aan de verdere uitwerking en concretisering van de plannen. Een gesprek met Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder, en Thierry Freyne, algemeen directeur van AZ Sint-Lucas Gent en sectorvoorzitter algemene ziekenhuizen van Zorgnet-Icuro.

“Het voorstel van de expertgroep komt niet uit de lucht vallen”, zegt Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet-Icuro. “Het is misschien een beetje de wereld op zijn kop. Vaak zijn het overheden die hervormingen voorstellen en wij die daarop reageren. Nu zijn het experten die iets voorstellen waarover wij als sector al lang aan het nadenken waren.” Ook Thierry Freyne, voelt draagvlak. “We hadden recent nog een tweedaagse met algemeen directeurs en hoofdartsen. Het rapport wordt grotendeels positief onthaald. Globaal genomen is er een groot draagvlak. Maar dat draagvlak betekent niet dat de hervorming vanzelf zal gaan.”

De noodzaak staat niet meer ter discussie

Voor Margot Cloet is de kern duidelijk. De druk op de budgetten, de nood aan investeringen, de schaarste aan personeel, de veroudering van gebouwen en de stijgende zorgvraag komen samen. “Niemand kan vandaag nog in vraag stellen dat er een hervorming moet komen”, zegt ze. “Voor ons is dit onvermijdelijk.” Ze waarschuwt voor een te enge discussie. “We moeten ervoor beducht zijn dat we geen discussie krijgen over hoeveel materniteiten er mogen zijn, waar er een mag verdwijnen en waar niet. Dan krijg je lokale, Vlaamse en federale politieke standpunten, ideologische stellingnames en behoudsreflexen. Dat zou bijzonder vervelend zijn. De vraag moet niet zijn wat waar behouden kan blijven, maar welke zorg waar het best wordt georganiseerd. Er is de voorbije jaren al heel wat voorbereidend werk gebeurd. Maar een aantal zaken blijft liggen. Ik verwijs onder meer naar erkenningsregels en hinderpalen voor fusies.”

Een van de meest zichtbare gevolgen van de hervorming is dat het aantal acute ziekenhuizen en spoeddiensten wellicht zal dalen. “Dat wordt al snel een emotionele discussie. Een spoeddienst dicht bij huis voelt veilig. We zijn het er allemaal over eens dat 90% van de bevolking binnen een halfuur een beroep moet kunnen doen op locoregionale zorg”, zegt Margot Cloet.

> *Wij vragen de overheid een kader waarbinnen wij verantwoordelijkheid kunnen opnemen en verantwoording willen afleggen*
>
> Thierry Freyne

"Maar soms is het beter om een kwartier verder te rijden en daar een goede opvang en behandeling te krijgen. Het gaat uiteindelijk over mensenlevens."

Het expertrapport wijst erop dat spoeddiensten vandaag twee functies combineren: levensbedreigende urgenties opvangen en tegelijk veel niet-dringende zorg behandelen, vaak buiten de kantooruren. Het rapport pleit daarom voor centrale triage: wie hulp zoekt, moet naar de juiste zorgsetting geleid worden. Thierry Freyne zit op dezelfde lijn. "Het cruciale is dat acute zorg en spoedzorg voldoende dicht bij huis blijven. Globaal genomen, als je kijkt naar aanrijtijden en kaarten, is dat in Vlaanderen het geval. Maar concentratie heeft gevolgen. Je infrastructuur moet adequaat zijn en grote patiëntenstromen aankunnen. Dat krijg je niet van vandaag op morgen geregeld. Daar zijn bijkomende financiële middelen voor nodig."

Ook de huisartsenwachtposten komen nadrukkelijker in beeld. "We moeten naar een soort uniek triagepunt", zegt Freyne. "Daar ga je dan naar links of naar rechts, in functie van welke zorg noodzakelijk is. Dat betekent minstens een grotere synergie met de huisartsenwachtposten."

Lokale medische centra zijn geen verliezers

In het voorgestelde model krijgen lokale medische centra (LMC) een andere rol dan een klassiek, acuut ziekenhuis. Ze staan in voor planbare ambulante zorg: consultaties, onderzoeken, dagactiviteiten en samenwerking met andere zorgverleners. Margot Cloet wil vermijden dat zo'n LMC als een 'degradatie' wordt gezien. "Dat is het absoluut niet. Lokale medische centra kunnen uitgroeien tot hoogkwalitatieve gezondheidscentra voor de komende decennia. Je kunt daar heel mooie combinaties maken met dagziekenhuis, huisartsenwachtposten, basiszorg, multidisciplinaire praktijken en specialistische consultaties overdag."

Het verschil met vandaag is niet dat zorg verdwijnt, maar dat functies anders worden verdeeld. Complexe en acute zorg wordt meer geconcentreerd. Planbare en minder complexe zorg kan dichter bij de patiënt blijven. Zorgnet-Icuro pleit ervoor om in de LMC's ook *short stay* mogelijk te maken, zeker in een overgangsperiode. Freyne geeft aan dat in het kader van fusieoperaties bepaalde ziekenhuizen sommige types zorg willen concentreren in gespecialiseerde centra. "Veel kan in daghospitalisatie, maar soms heb je ook een aantal bedden kortverblijf nodig. De infrastructuur is er. Waarom zou je die bedden kortverblijf dan afsplitsen en overbrengen naar een regionaal algemeen ziekenhuis? Dan creëer je inefficiëntie."

Het expertrapport wil dat lokale medische centra en ziekenhuizen voor intermediaire zorg institutioneel verbonden zijn aan een regionaal algemeen ziekenhuis. Zorgnet-Icuro schaart zich achter dat idee. "We moeten lessen trekken uit de ziekenhuisnetwerken", zegt Cloet. "Die hebben ziekenhuizen wel dichter bij elkaar gebracht, maar vaak zonder echte overdracht van bevoegdheden. Zolang je geen eenheid van bestuur en visie hebt, is het niet gemakkelijk om samen te werken." Thierry Freyne formuleert hetzelfde vanuit de dagelijkse organisatie. "Je moet eenheid van aansturing krijgen. Je zult artsen en medewerkers hebben die over verschillende sites functioneren. Die band is heel belangrijk." Voor beiden gaat het ook over financiële samenhang. Margot Cloet waarschuwt voor lokale medische centra als aparte commerciële entiteiten naast de algemene ziekenhuizen. "Dan haal je de kersen van de taart. De eenvoudige, minder complexe maar winstgevende zorg gaat naar de LMC's, terwijl ziekenhuizen achterblijven met de moeilijke zorg die veel kost en weinig opbrengt."

Zorgregio's moeten herkenbaar zijn

De huidige ziekenhuisnetwerken zouden in het nieuwe model plaatsmaken voor "logische zorgregio's". Freyne noemt schaal, bevolking, patiëntenstromen en de connectie met de eerste lijn als criteria. "We hebben flexibele zorgregio's nodig. De behoeften qua nabijheid en toegankelijkheid op de eerste lijn liggen anders dan op de derde of de vierde lijn. Voor universitaire centra kan een zorgregio voor specifieke pathologieën over heel Vlaanderen gaan. Waarom niet over heel België?" Margot Cloet geeft aan dat de sector geen vragende partij is om de regio's volledig zelf te bepalen. "We hebben nu al eerstelijnszones, referentieregio's en andere indelingen. Die lagen



> **“Globaal genomen is er een groot draagvlak. Maar dat draagvlak betekent niet dat de hervorming vanzelf zal gaan”**
>
> Thierry Freyne

moeten beter op elkaar worden afgestemd. Die afbakening is geen doel op zich. Ze moet een middel zijn om beter samen te werken.”

Hoewel het rapport over ziekenhuizen gaat, kan de hervorming alleen slagen als ze past in een breder zorgmodel. Ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg en eerste lijn zijn geen randverhaal. Patiënten bewegen voortdurend tussen die werelden. Margot Cloet wil die verbinding versterken, zonder de ziekenhuishervorming daardoor te verlammen. “Begin nu zeker al met de ziekenhuizen en maak het mogelijk om met minder regeltjes samenwerkingen vorm te geven.” Ook de geestelijke gezondheidszorg moet daarin een plaats krijgen. “De GGZ is een belangrijke partner”, zegt Thierry Freyne. “We hebben wel onze eigen PAAZ-diensten en we willen dat ook zo houden. De aanwezigheid van een PAAZ in de ziekenhuizen is cruciaal om acute psychiatrische zorg te kunnen blijven aanbieden.”

Margot Cloet ziet daarbij een cultuurverandering. “We komen uit een tijd waarin andere sectoren soms naar ziekenhuizen keken alsof die het terrein wilden inpalmen. Die tijd is voorbij. Het is geen kwestie van overnemen, maar van samenwerken.” Freyne voegt er nog een debat aan toe: de positie van de universitaire ziekenhuizen. “Zij combineren topreferente zorg, opleiding, onderzoek en innovatie, maar nemen vandaag ook tweedelijnszorg op. Wat is hun rol op het vlak van de tweedelijnszorg? Dat moeten we ook uitklaren. Er is hoe dan ook nood aan een nieuwe financieringsvorm voor de universitaire ziekenhuizen. Laat ons elkaar versterken en aanvullen in plaats van te concurreren.”

Medewerkers hebben begeleiding en perspectief nodig

Voor medewerkers kan de hervorming betekenen dat teams groter worden, dat diensten verhuizen of dat ze op een andere campus moeten werken. Cloet begrijpt de ongerustheid daarover. “Als iemand vandaag met de fiets naar het werk gaat en ineens vijftien kilometer verder moet, is dat niet evident. Toch zie ik vooral kansen. Grotere teams kunnen meer expertise, kwaliteit en loopbaanmogelijkheden bieden. In lokale medische centra of regionale acute ziekenhuizen kunnen andere werkregimes ontstaan. Niet iedereen hoeft nog in shiften, ’s nachts of in het weekend te werken. Voor sommige mensen biedt dat opportuniteiten. Er is geen sector waarin je de volgende jaren zoveel werkzekerheid hebt als de zorg.

We zullen iedereen nodig hebben. Maar begeleiding bij het hervormingsproces zal nodig zijn. Medewerkers en vakbonden moeten betrokken worden." Thierry Freyne legt de nadruk op cultuur. "Verandering is altijd complex. Als je integreert, moet je goed kijken naar welke nieuwe cultuur je tot stand brengt. De transitie moet goed begeleid worden, zodat de meerwaarde ervan duidelijk is."

Hetzelfde geldt voor de artsen. Zorgnet-Icuro en de Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen pleiten voor co-governance. Dat betekent dat artsen niet alleen inspraak krijgen, maar ook mee verantwoordelijkheid dragen voor het geheel. "Inspraak van de artsen in het ziekenhuisbeleid is essentieel", zegt Margot Cloet. "De discussie mag niet alleen over geld gaan. Het medisch beleid moet centraal staan. Ook participatie van artsen in bestuursorganen is zinvol, maar niet zomaar als belangenvertegenwoordiging. Een bestuursorgaan is geen parlement. Het is een orgaan dat samen verantwoordelijkheid draagt voor de strategie, de financiën en de inhoudelijke werking van een ziekenhuis." Ook Thierry Freyne is een uitgesproken voorstander van een model van co-governance. "Als onze artsen vertegenwoordigd zijn in verschillende ziekenhuisorganen, krijg je betere en meer gedragen besluitvorming met een gedeelde verantwoordelijkheid voor de hele organisatie."

Meer sturing, minder regelgeving

Van de overheid vragen Cloet en Freyne een duidelijk kader. Niet om alles centraal te regelen, wel om de spelregels helder te maken en oude regels aan te passen aan nieuwe zorgvormen. "Meer sturing is nodig op het vlak van regelgeving", zegt Margot Cloet. "Pas de regelgeving aan de nieuwe concepten aan en geef ons de ruimte om te ondernemen. De overheid moet de finaliteit vastleggen, maar de concrete organisatie aan de ziekenhuizen laten." Thierry Freyne beaamt: "Wij vragen de overheid een kader waarbinnen wij verantwoordelijkheid kunnen opnemen en verantwoording willen afleggen. Spreek ons aan op de resultaten en op de kwaliteit die we bieden, niet zozeer op bepaalde infrastructurele normen."



"We komen uit een tijd waarin andere sectoren soms naar ziekenhuizen keken alsof die het terrein wilden inpalmen. Die tijd is voorbij. Het is geen kwestie van overnemen, maar van samenwerken"

Margot Cloet

De hervorming van het ziekenhuislandschap staat niet op zichzelf. Ook de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur worden hervormd. "Als die belangrijke hervormingen niet op elkaar afgestemd zijn, dreigen nieuwe spanningen", zegt Freyne. "Daarom komt dat best in één flow." Voor Zorgnet-Icuro is financiële voorspelbaarheid in de transitie essentieel. Cloet pleit voor voldoende garantie op het Budget Financiële Middelen, het federale basisbudget waarmee ziekenhuizen voor een belangrijk deel worden gefinancierd. "Je kunt deze hervorming alleen doorvoeren in een context van financiële stabiliteit."

Thierry Freyne spreekt vanuit zijn fusie-ervaring met AZ Ganda. "Fusies kosten handenvol geld. Je moet organisaties op elkaar afstemmen. Tegelijk word je financieel gestraft." Hij noemt onder meer het verlies van financiering bij samenwerking onder één erkenningsnummer, veranderingen van paritair comité en bijkomende infrastructuureisen. Infrastructuur wordt misschien de grootste hindernis. Diensten en functies verplaatsen of bundelen vraagt aangepaste



gebouwen, technologie en IT. “Je hebt hiervoor een stevig investeringsplan nodig in plaats van een besparingsplan”, waarschuwt Margot Cloet.

Zorgnet-Icuro raamt de investeringsnood op ruim 3 miljard euro in totaal. “Met eigen middelen kunnen we dat niet realiseren”, zegt Thierry Freyne. “Het huidige VIPA-systeem zal hiervoor ook niet volstaan. Als ziekenhuizen moeten voorfinancieren, moeten ze zware leningen aangaan, waarvoor we als sector almaar minder ruimte hebben.” Ook Margot Cloet wijst op schaarse VIPA-middelen voor nieuwe dossiers en ontwikkelingen.

5 jaar vooruitkijken

Het expertenrapport voorziet een traject van tien jaar, met een tussentijdse evaluatie na vijf jaar. Margot Cloet pleit voor een roadmap. Wie doet wat, tegen wanneer? Welke verantwoordelijkheid ligt bij de federale overheid, welke bij Vlaanderen, welke bij ziekenhuizen en artsen? “Iemand moet het mandaat krijgen om de hervorming te coördineren.”

Ook Thierry Freyne kijkt vijf jaar vooruit: “Tegen dan zou de helft van de weg afgelegd moeten zijn. Dat betekent dat er al bepaalde concentraties gerealiseerd zouden moeten zijn. Op het terrein zie je overigens al die beweging. Kleine entiteiten krijgen het sowieso moeilijk.”

Margot Cloet is optimistisch gestemd. “De ziekenhuizen zijn er klaar voor. Maar het moet ons wel mogelijk gemaakt worden. De bakens moeten helder zijn. Er is nood aan aangepaste regelgeving, financiële stabiliteit, investeringen in infrastructuur en ruimte voor sociaal ondernemerschap. Dan kan deze hervorming slagen.”

Lees de volledige reactienota van de Vlaamse ziekenhuizen op het expertrapport

HOOFDARTSEN KATRIEN BERVOETS EN GERT VAN ASSCHE

“Geef ons een helder kader met de juiste incentives”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE – BEELD: JONATHAN RAMAEL

Ziekenhuisartsen zien de noodzaak van de hervorming van het ziekenhuislandschap. Concentratie van complexe zorg kan de kwaliteit versterken, middelen beter inzetten en het werk voor zorgteams haalbaarder maken. Maar net omdat de hervorming zo diep ingrijpt, leven er veel vragen. Over financiering. Over infrastructuur. Over lokale campussen. Over governance. En vooral: over wat er nu concreet zal volgen.

Dat zeggen prof. Gert Van Assche, hoofdarts van UZ Leuven, en dr. Katrien Bervoets, hoofdarts van het ZAS in Antwerpen. Beiden herkennen in de expertnota een duidelijke logica, maar waarschuwen dat die alleen kan werken als er snel meer duidelijkheid komt en als de hervorming goed wordt afgestemd op de andere grote werven van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur.

“Veel ziekenhuisartsen volgen de logica van de voorstellen”, zegt Bervoets. “Men beseft dat de concentratie van complexere zorg een kwaliteitsmeerwaarde kan hebben. En met complexere zorg bedoel ik niet alleen zeldzame aandoeningen, maar ook zorg die technologisch complex is, dure ondersteuning vraagt of waarbij verschillende teams rond één patiënt moeten samenwerken. Ook voor frequent voorkomende en laagvariabele aandoeningen kan concentratie in zogenaamde *focused clinics* meerwaarde bieden.”

Ook voor artsen zelf kan concentratie voordelen hebben: haalbaardere wachtdiensten, een betere werk-privébalans en grotere teams rond de patiënt. “Dat is de positieve kant”, zegt Bervoets. “Maar het is een grote verandering die mensen uit vertrouwde patronen haalt. Dat zorgt ook voor onrust.”

Nog geen directe impact, wel veel vragen

Op de werkvloer is de impact vandaag nog niet rechtstreeks voelbaar. Maar de vragen zijn er wel. “Veel mensen zijn ermee bezig”, zegt Gert Van Assche.



“Gynaecologen of verloskundigen vragen zich af: zal er binnen drie jaar nog een materniteit zijn waar ik nu werk?”

Gert Van Assche

“Gynaecologen of verloskundigen vragen zich af: zal er binnen drie jaar nog een materniteit zijn waar ik nu werk? Mensen die een hospitalisatie nodig hebben, vragen zich af waar dat in de toekomst zal gebeuren. De nota is echt een steen in de kikkerpoel geweest.”

Die onrust heeft veel te maken met het voorlopige karakter van de expertnota. Het blijft een advies. “Wat mensen op hun honger laat, is de vraag: wat gaat er nu precies gebeuren?”, zegt Van Assche. “Iedereen gaat ermee akkoord dat hoogcomplexe zorg geconcentreerd moet worden. Maar wat is hoogcomplex? Is dat orgaantransplantatie? Zijn dat zeldzame ziekten? Waar stopt het? Dat is niet gedefinieerd.”

Een belangrijk onderdeel van de hervorming is de indeling van ziekenhuizen en campussen in vier types: regionale algemene ziekenhuizen (RAZ), universitaire ziekenhuizen, ziekenhuissites voor intermediaire of revalidatiezorg (ZIZ) en lokale medische centra (LMC). Vooral over die LMC’s leven veel vragen.

Van Assche begrijpt de redenering achter een lokaal medisch centrum voor electieve, geplande zorg. “De inzet van artsen en verpleegkundigen voor 24/7-zorg is niet te vergelijken met de inzet voor electieve activiteit. Als we iets duurzaams willen voor electieve activiteit, dan moeten we dat niet te veel vermengen met ongeplande activiteit.” Toch pleit de expertnota voor een institutionele samenhang, waarbij elk LMC verbonden is aan één RAZ. Hij volgt die redenering. “Als een LMC losstaat van een groter ziekenhuis, dreigt het kwetsbaar te worden. Dan heb je nog altijd ziekenhuizen die zelf moeten zorgen voor artsen, ondersteuning, apotheek en andere functies. Dan is er geen schaalvergroting. En dan is de vraag of ze niet worden weggeconcurreerd door privéziekenhuizen, die dat allemaal efficiënter, goedkoper en gemakkelijker kunnen organiseren. Dat is mijn grote bezorgdheid.”

Ook Katrien Bervoets noemt privéziekenhuizen een blinde vlek in de discussie. “Daar zou nu toch duidelijkheid over moeten komen: over kwaliteitseisen, normen en dergelijke.” Voor het ZAS is de discussie over campussen en LMC’s niet theoretisch. “Wij gaan niet al onze campussen als RAZ kunnen en willen openhouden”, zegt ze.

“Maar je doet dat niet met één druk op de knop. Wat vandaag nog een ziekenhuis met een spoedgevallendienst is, kan morgen niet zomaar een LMC zijn. Zo werkt dat niet. Infrastructuur wordt een groot issue.”

Financiering blijft grote onbekende

Zonder financiële duidelijkheid dreigt de hervorming vast te lopen. “Als je een aantal op zich logische dingen wil doen, moet er ook duidelijkheid komen over de financiering”, zegt Bervoets. Van Assche verwijst naar het transitiefonds dat in de discussie wordt genoemd. “Er wordt soms gesproken over een transitiefonds alsof dat alles zal oplossen. Ik durf eraan te twijfelen dat dit het grote verhaal wordt. Dat zal maar een fractie zijn van wat nodig is om deze verandering te realiseren.” Ook de bestaande programmatie- en erkenningsvoorwaarden moeten opnieuw bekeken worden. “Als je niets verandert aan de programmatie van wat een ziekenhuis moet zijn, kun je deze beweging niet maken. Je moet de discussie oplossen over spoed, materniteit, intensieve zorg en geriatrie.”

Gert Van Assche stelt de vraag scherp: “Is een RAZ zonder materniteit een ziekenhuis? Dat is niet duidelijk.” Katrien Bervoets voegt er een gelijkaardige vraag aan toe: “Is een RAZ zonder pediatrie een RAZ? In Antwerpen heeft Cadix vandaag geen pediatrie. Ga je dan overal kleine pediatrieën houden, of zorg je ervoor dat de zorg voor kinderen ook gebundeld wordt voor expertise?”

Ook over de “logische zorggebieden” waarover de expertnota spreekt, is nog veel discussie mogelijk. “Een logisch zorggebied is niet de magische oplossing”, aldus Van Assche. “Wat wordt daarmee precies bedoeld?” Bervoets wijst erop dat een logisch zorggebied verschilt naargelang de zorgvraag. “Een logisch zorggebied voor materniteit is iets anders dan voor een longtransplantatie.” Ook daarom moet de oefening breder gaan dan de ziekenhuissector alleen.

De overheid moet volgens de hoofdartsen vooral een helder kader scheppen, zonder elke stap vast te leggen. Bervoets: “West-Vlaanderen, Limburg en Antwerpen zijn niet hetzelfde. Je zou een aantal duidelijke principes moeten hebben en dan kijken naar de zorgnoden in een regio en naar de waarde die je wil creëren.” Van Assche is het daarmee eens. “De bedoeling van de expertnota is duidelijk: schaalvergroting en rationalisering. We hebben niet meer de mensen om de huidige capaciteit te draaien. Maar we moeten opletten dat we het niet zo dichttimmeren dat het onwerkbaar wordt. Geef eigenaarschap aan de mensen in het veld om tot oplossingen te komen.”



> *Als je een aantal op zich logische dingen wil doen, moet er ook duidelijkheid komen over de financiering*
>
> Katrien Bervoets



> *Het is de taak van ons als hoofdartsen om ervoor te zorgen dat artsen goed kunnen participeren in het bestuur van ziekenhuizen*
>
> Gert Van Assche

Een helder kader vraagt ook de juiste incentives. Bervoets: “Dat wil ook zeggen: financiering”. “Het geld moet gaan naar waar je naartoe wil, en weg van wat je niet meer wenst. Tegelijk mag de overheid duidelijke verwachtingen formuleren rond kwaliteit, toegankelijkheid en gelijkheid. Ons sociaal systeem is uniek. Ik ben er sterk voorstander van dat je, ongeacht je sociaal-economische situatie, recht hebt op toegang tot kwaliteitsvolle zorg. Daar moet de overheid een kader voor creëren.”

Als de hervorming zorgvuldig wordt aangepakt, kan ze kansen bieden voor artsen. Grotere gehelen kunnen wachtdiensten beter spreiden en de job gevarieerder maken. Bervoets brengt het terug naar de kern van het artsenberoep. “Artsen willen patiëntenzorg doen. Of het nu om operaties gaat, om consultaties of om iets anders: daarvoor is sereniteit nodig. Artsen willen weten hoe het zal worden, zodat ze zich kunnen focussen op het goed organiseren van de zorg voor hun patiënten. Duidelijkheid creëert mentale rust.”

Governance komt boven op andere grote werven

Die behoefte aan duidelijkheid speelt ook in de governance-discussie. Bovendien lopen naast de hertekening van het ziekenhuislandschap nog twee grote hervormingen: die van de nomenclatuur en die van de ziekenhuisfinanciering.

Van Assche: “Drie dingen tegelijk doen, creëert drie keer onrust. Artsen krijgen een expertnota, horen dat we naar een zuiver honorarium zouden gaan en krijgen tegelijk te horen dat er ernstige hervormingen komen in de ziekenhuisfinanciering. Dan weten ze niet meer wat er gaat gebeuren. Ik snap die reactie helemaal.” Net daarom is een goed model voor medebestuur belangrijk. “Het is de taak van ons als hoofdartsen om ervoor te zorgen dat artsen goed kunnen participeren in het bestuur van ziekenhuizen. Ik geloof daarin. Het kan een nieuw model zijn, maar het moet wel goed gebeuren.”

Bervoets legt de nadruk op de relatie tussen artsen, directie en bestuur. “Een goed werkend ziekenhuis heeft een gealigneerde visie nodig tussen artsen en ziekenhuis. Een goede, constructieve, transparante en vertrouwensvolle relatie tussen artsen en ziekenhuis is de beste garantie op een duurzaam werkend ziekenhuis.” Daarom pleit ze voor een kader met ruimte voor verschillen. “Zorg voor een goede vertegenwoordiging en voor een vertrouwensvolle relatie.”

De functie van hoofdarts is in de praktijk al sterk veranderd, maar de regelgeving is volgens Van Assche onvoldoende mee geëvolueerd. “De vraag is: wie is uiteindelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg? De facto verwijst men naar de hoofdarts. Daar is meer kader voor nodig.” In grote ziekenhuizen zal dat anders georganiseerd worden dan in kleinere voorzieningen. “In grote organisaties ga je niet één hoofdarts hebben die alles alleen doet”, zegt Van Assche. “Je zult werken met een team en met een andere invulling van de functie.”

Bervoets geeft het elektronisch patiëntendossier als voorbeeld. “In de regelgeving staat dat de hoofdarts daarvoor verantwoordelijk is. Maar zo’n elektronisch patiëntendossier beheer je vandaag samen met IT’ers, DPO’s en heel wat andere mensen. Als hoofdarts kun je dat gewoon niet meer allemaal alleen beheersen.”



“Wat vandaag nog een ziekenhuis met een spoedgevallendienst is, kan morgen niet zomaar een LMC zijn. Zo werkt dat niet. Infrastructuur wordt een groot issue”

Katrien Bervoets

Geestelijke gezondheidszorg moet mee aan tafel

De expertnota gaat vooral over ziekenhuizen. Toch vinden beide hoofdartsen dat ook andere sectoren snel mee in beeld moeten komen, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg.

“Ik vind het jammer dat men in de expertnota doet alsof geestelijke gezondheidszorg een aparte silo is”, zegt Bervoets. “Mentale gezondheid heeft aan belang gewonnen. De nood is hoog. Voor kinderen en jongeren is het gebrek aan middelen echt schrijnend. Problemen die perfect behandelbaar of coachbaar zijn, krijgen nu niet altijd de juiste aandacht en kunnen later uitgroeien tot grotere problemen. Mensen komen naar een ziekenhuis met complexe somatische, psychische of psychisch-somatische problemen. Het is echt niet meer van deze tijd om die twee uit elkaar te halen.”

Diezelfde redenering trekt Bervoets door naar de ouderenzorg. Sommige mensen hebben meer zorgomkadering nodig dan een gewoon woonzorgcentrum kan bieden. Tegelijk vindt ze het opvallend dat complexe zorg meer en meer naar de thuissituatie wordt gebracht, terwijl bewoners van woonzorgcentra voor relatief beperkte behandelingen vaak naar het ziekenhuis moeten. “Dan denk ik: waarom doen we het ene wel outreachend en het andere niet?”, zegt ze. “Als je ziet welke golf van ouderenzorg op ons afkomt, moeten we echt nadenken over de vraag: hoe brengen we de zorg naar die mensen toe, in plaats van die patiënten naar de zorg te brengen?”

Van Assche ziet dezelfde uitdaging. “Wat we zeker moeten vermijden, is dat het een wij-zijverhaal wordt tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Voor de patiënt moet dat bijna een naadloze samenwerking worden.” Hij verwijst naar endocrinologen en geriaters die mee zorg opnemen in woonzorgcentra, zodat bewoners minder vaak opgenomen moeten worden voor de regeling van glycemie of insulineschema’s.

Consolidatie, maar op basis van medische logica

Wat moet er binnen vijf jaar zichtbaar anders zijn? Gert Van Assche hoopt op een zekere consolidatie van het ziekenhuislandschap. “We moeten door schaalvergroting meerwaarde kunnen bieden aan de patiënt. Dat betekent niet dat we alles veertig kilometer van de patiënt moeten organiseren. Zorg moet nabij blijven waar dat kan. De expertnota is een goede voorzet. Alleen moeten we het concreter maken en vooral niet overreguleren.”

Katrien Bervoets sluit zich daarbij aan. “Consolidatie moet gebeuren op basis van toegevoegde waarde: kwaliteit, betaalbaarheid en de principes van waardegedreven zorg. Voor sommige zorg zal het logische zorggebied Europa zijn. Voor andere zorg spreken we soms over vijf kilometer. Waardevolle consolidatie moet gebeuren op basis van medisch-inhoudelijke logica.”

VLAAMS PATIËNTENPLATFORM EN KOM OP TEGEN KANKER

“Vertrek niet alleen van zorgkwaliteit, maar ook van levenskwaliteit”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: JONATHAN RAMAEL



“Niet iedereen springt zomaar in zijn SUV om naar een gespecialiseerd centrum te rijden. Ziekenvervoer is absoluut geen detail”

David Vansteenbrugge

Patiëntenverenigingen zien in de ziekenhuishervorming kansen voor betere en meer gespecialiseerde zorg. Maar de uitwerking moet vertrekken van de patiënt, zeggen David Vansteenbrugge, algemeen directeur van Kom op tegen Kanker, en Else Tambuyzer, directeur van het Vlaams Patiëntenplatform. "Mensen zijn bereid verder te reizen voor betere zorg. Maar dan moeten ze wel weten waar ze terechtkunnen, de zorg moet betaalbaar blijven en de hele organisatie errond moet kloppen."



"Waar word je het best verzorgd voor die specifieke kanker? Waar zit de expertise? Vandaag moet je al heel assertief en goed geïnformeerd zijn om je weg te vinden"

David Vansteenbrugge

Voor beide organisaties is de erkenning dat hogere zorgvolumes tot betere uitkomsten leiden een belangrijk startpunt. "Voor ons is dat het meest positieve punt", zegt David Vansteenbrugge. "In ons land krijgen elk jaar ongeveer 20.000 mensen de diagnose van een zeldzame kanker. Dat is een kwart van alle kankergevallen. Als het rapport erkent dat we die zorg anders moeten organiseren, dan is dat een heel goed startpunt." Else Tambuyzer trekt die redenering breder open. "Dat geldt niet alleen voor zeldzame kankers, maar ook voor andere zeldzame ziekten en voor heel wat complexe aandoeningen. De verhouding tussen volume, concentratie en kwaliteit is voor patiënten erg belangrijk."

Tegelijk is het rapport nog maar het begin. "Het rapport erkent het probleem", zegt Vansteenbrugge. "Maar er moet nog veel gebeuren om dat ook echt operationeel te maken. De vraag is: hoe krijgen we dit effectief gerealiseerd in de praktijk?"

Bereid om verder te reizen

Een vaak terugkerende bezorgdheid is dat zorg minder nabij zal worden. Tambuyzer begrijpt die vrees, maar nuanceert ze. "Uiteraard willen mensen graag zorg dicht bij huis. Maar uit een bevraging bij onze leden blijkt heel duidelijk dat mensen bereid zijn om voor betere kwaliteit en meer specialisatie een grotere afstand af te leggen. Wat wel belangrijk is: minder gespecialiseerde zorg en dagelijkse opvolging moeten zo dicht mogelijk bij huis blijven."

Vansteenbrugge wijst erop dat de discussie soms te veel blijft hangen bij emotionele voorbeelden. "Het debat wordt soms gekaapt door heel emotioneel geladen voorbeelden, zoals materniteiten. Ik vraag mij soms af of het daar echt over gaat. Voor mensen met zeldzame of complexe aandoeningen is er intussen ontzettend veel bewijs dat centralisatie betere resultaten geeft."

Nabijheid gaat bovendien niet alleen over kilometers of minuten. "Als men zegt dat mensen binnen dertig minuten ergens moeten geraken, vertrekt men vaak van mensen die met de wagen rijden", stelt Tambuyzer vast. "Maar lang niet iedereen heeft een auto. Sommige mensen zijn aangewezen op openbaar vervoer of ander vervoer. Daarmee wordt te weinig rekening gehouden."

Volgens Else Tambuyzer vertrekt het expertenrapport nog te weinig vanuit de noden van patiënten. "Het rapport gaat uit van structuren en van zorgkwaliteit. Kwaliteit is uiteraard essentieel. Maar levenskwaliteit is ruimer dan zorgkwaliteit. Toegankelijkheid, betaalbaarheid en patiëntenrechten komen minder sterk aan bod in het rapport." Ook patiëntenparticipatie had volgens haar sterker aanwezig moeten zijn. "Patiënten hebben expertise. Zij weten wat een traject in de praktijk betekent. Het is jammer dat er bij de experten geen patiëntenparticipatie voorzien was."



“Het rapport gaat uit van structuren en van zorgkwaliteit. Kwaliteit is uiteraard essentieel. Maar levenskwaliteit is ruimer dan zorgkwaliteit”

Else Tambuyzer

David Vansteenbrugge sluit daarbij aan. “Je zou de taal van levensdoelen veel meer naar voren kunnen schuiven. Iemand van 46 met een zeldzame kanker zit in een andere situatie dan iemand van 88. Die laatste kan perfect zeggen: ik weet wat er mogelijk is in een referentiecentrum, maar ik kies toch voor zorg dichter bij huis zonder operatie, omdat dat beter past bij mijn levensdoelen. Die bril van de patiënt ontbreekt nog te veel.” Die stem moet volgens hem ook in de verdere uitwerking een plaats krijgen. “Als er een onafhankelijke commissie komt die erkenningen toekent, bijvoorbeeld voor referentiecentra, dan moet daar ook de stem van de patiënt in zitten. Niet om te bepalen of de technische zorgkwaliteit hoog genoeg is, maar wel om het geheel te bekijken. Heeft een centrum ook aandacht voor psychosociale ondersteuning? Wordt er holistisch naar de patiënt gekeken? Dat perspectief is nodig.”

Hervormingen moeten gelijktijdig lopen

Voor Kom op tegen Kanker zorgt de huidige aanpak voor vertraging. “Binnen de oncologie worden kankertypes nu vaak één voor één bekeken”, zegt Vansteenbrugge. “Maar als je type per type naar ziekenhuizen en artsen stapt, dan neem je telkens iets weg bij iemand. Dat zorgt voor lobbywerk, geduw en getrek.” Hij pleit voor een ruimer kader. “Het zou nuttiger zijn om een overkoepelend framework te maken, met een totaalverdeling. De details moeten daarna nog uitgewerkt worden, maar dan ziet iedereen tenminste het volledige plaatje. Nu krijg je te veel de dynamiek van: dit mag ik niet meer doen, maar misschien mag ik over acht maanden iets anders nog wel. Dat vertraagt het dossier enorm.”

Tambuyzer wijst erop dat ook andere hervormingen mee bepalend zijn. “De ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg: dat is allemaal buiten beschouwing gebleven. Maar alles heeft invloed op elkaar. Die hervormingen moeten zo gelijktijdig mogelijk lopen.” Vooral geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg kun je volgens haar moeilijk los zien van ziekenhuiszorg. “Een mens vormt één geheel, lichamelijk en psychisch. Heel veel mensen met een lichamelijke aandoening krijgen ook psychische of aanpassingsproblemen, net door hun diagnose en door het veranderde toekomstbeeld. Dat kun je niet zomaar in een apart blokje zetten.” Ook de overgang van ziekenhuis naar woonzorgcentrum of omgekeerd voelt voor patiënten als één traject.

Vandaag is het voor patiënten vaak moeilijk om hun weg te vinden in het zorglandschap. “Je krijgt een diagnose en je weet vaak niet waar je naartoe moet”, zegt Vansteenbrugge. “Waar word je het best verzorgd voor die specifieke kanker? Waar zit de expertise? Vandaag moet je al heel assertief en goed geïnformeerd zijn om je weg te vinden.” Hij geeft het voorbeeld van iemand uit zijn nabije omgeving. “Die persoon is voorbij de zeventig, hoogopgeleid en toch was het enorm moeilijk om bij een zware ziekte uit te zoeken waar hij het best terechtkon. Als het voor zo iemand al moeilijk is, wat dan met mensen die minder gezondheidsvaardig zijn?”

Daar ziet Tambuyzer zowel een risico als een kans. “Door de hervorming kan het eerst nog moeilijker worden, omdat het landschap verandert. Maar als de hervorming goed wordt aangepakt, kan het ook helderder worden. Dan moet er wel geïnvesteerd worden in duidelijke informatie. Mensen moeten goede gezondheidsvaardigheden ontwikkelen, maar ook organisaties moeten gezondheidsvaardig worden en bijvoorbeeld meer inzetten op toegankelijke en heldere informatie. Mensen moeten weten waar ze wanneer terechtkunnen. En ze moeten daarbij geholpen worden.”

Vrije keuze maar geïnformeerd

Beide organisaties vinden het belangrijk dat patiënten hun vrije keuze behouden. Maar kiezen kan alleen met goede informatie. “Wij krijgen aan de Kankerlijn vragen van mensen die al jaren in behandeling zijn en pas bij het nieuws dat ze uitbehandeld zijn, beginnen te twijfelen of ze ooit een *second opinion* hadden moeten vragen. Is dat dan echte keuzevrijheid? Ik denk het niet. Kiezen in welk ziekenhuis je behandeld wordt, is vaak geen vrijheid, maar een teken van een achterophinkend beleid.”

Een duidelijke categorisatie van ziekenhuizen kan helpen. “Als je weet waar de juiste expertise gebundeld zit, kunnen mensen met de juiste informatie beslissen.” Tambuyzer deelt die visie, maar wijst ook op het risico van wachttijden. “Vrije keuze blijft voor ons belangrijk. Maar we moeten ook opletten voor wachttijden. Als het aantal centra vermindert, mogen de wachttijden niet stijgen. Dat moeten we absoluut vermijden.”

Ook over triage in de spoedzorg is Tambuyzer voorzichtig positief, op voorwaarde dat mensen goed geholpen worden om te weten waar ze terechtkunnen. “Maar mensen moeten nog altijd zonder vooraf te bellen op een spoeddienst terechtkunnen als ze zich grote zorgen maken”, zegt ze. “Het is goed dat huisartsenwachtposten op dezelfde locatie zouden zitten. Als mensen verkeerd zijn omdat ze hun situatie niet goed konden inschatten, kunnen ze toch verder geholpen worden.”

Over bindende triage is ze voorzichtiger. “Dat is risicovol. Zeker als je niet tegelijk kijkt waarom mensen soms onterecht op een spoeddienst terechtkomen. Sommige mensen doen dat omdat ze onvoldoende geïnformeerd zijn. Anderen om financiële redenen. En soms is het niet-pluisgevoel van de patiënt zelf terecht. Als je dan niet op een spoeddienst terechtkunt, vind ik dat gevaarlijk.”

Vanuit patiëntenperspectief mag de overheid een duidelijke sturende rol opnemen. “Als patiënt moet je erop kunnen vertrouwen dat, wanneer er kwaliteitscriteria vastgelegd zijn, die kwaliteit er ook echt is”, zegt Else Tambuyzer. “Als iets een expertisecentrum wordt genoemd, dan moet dat ook effectief een expertisecentrum zijn.” Vansteenbrugge is even duidelijk. “Als je aan het collectief vraagt om zelf een oplossing te zoeken en overeen te komen, dan gebeurt dat niet. Er is een sturende rol nodig, met duidelijke erkenningen: wie wel, wie niet. Dat moet helder zijn voor de patiënt.”

Die erkenning mag volgens Tambuyzer niet eenmalig zijn. “Het moet ook opgevolgd worden of centra aan de normen blijven voldoen. Bij de borstklinieken is gebleken dat sommige erkende centra eigenlijk niet aan de criteria voldeden. Dat mag niet gebeuren. Evaluatie en opvolging zijn geen detail.”



Kunnen vertrouwen op goede zorg

Over vijf jaar moet er volgens haar vooral meer vertrouwen zijn. “Je moet erop kunnen vertrouwen dat je goede zorg krijgt en dat je weet waar je moet zijn voor de juiste specialisatie. En goede zorg gaat niet alleen over technische zorgkwaliteit. Het gaat ook over levenskwaliteit, levensdoelen en alles errond.”

Vansteenbrugge verwijst naar recente gegevens over ovariumkanker. “In ziekenhuizen die minder dan drie behandelingen per jaar doen, is de gemiddelde overleving 1,7 jaar. In ziekenhuizen met meer dan tien behandelingen is dat 4,2 jaar. Dat is een wezenlijk verschil. Over vijf jaar moet die willekeur eruit zijn. Het mag niet afhangen van waar je woont of toevallig binnenstapt.”

Ook bij andere complexe ingrepen ziet hij dezelfde logica. “We hebben gezien dat concentratie bij slokdarm- en pancreaschirurgie tot betere resultaten leidt. Bij sommige subtypes van sarcomen (zeldzame, kwaadaardige tumoren, red.) tonen cijfers uit het buitenland een vijfjaarsoverleving van 63 procent in gespecialiseerde centra, tegenover 42 procent in andere centra. Mensen weten dat vandaag niet. Terwijl dat voor hun keuze enorm belangrijk is.”

Als patiënten verder moeten reizen voor gespecialiseerde zorg, moet ziekenvervoer vanaf het begin mee in de hervorming zitten. “Het gaat niet alleen over bereikbaarheid, maar ook over betaalbaarheid, flexibiliteit en comfort”, zegt Tambuyzer. “Niets is zo vreselijk als na een zware behandeling, bijvoorbeeld wanneer je misselijk bent, nog lang te moeten wachten of veel omwegen te moeten maken omdat het busje nu eenmaal die route volgt.” Vansteenbrugge bevestigt dat. “Niet iedereen springt zomaar in zijn SUV om naar een gespecialiseerd centrum te rijden. Ziekenvervoer is absoluut geen detail.”

Ook de organisatie van zorg moet rekening houden met de patiënt. “Als iemand voor specialistische zorg naar een ziekenhuis ver van huis moet, probeer consultaties dan te bundelen op één dag”, zegt Tambuyzer. “Laat iemand niet op maandag en woensdag opnieuw dezelfde lange verplaatsing maken. En doe wat dicht bij huis kan, ook dicht bij huis. Ook thuisbehandeling biedt kansen. Maar dan moet de eerste lijn versterkt worden. Ook dat moet in deze hervorming meegenomen worden.”

Tot slot benadrukt Tambuyzer het belang van gegevensdeling en samenwerking. “Bij onze ledenbevraging bij meer dan 130 verenigingen was een van de meest genoemde knelpunten dat het lang duurt voor mensen de juiste diagnose krijgen. Dat komt mee doordat gegevens onvoldoende gedeeld worden, of doordat zorgverleners patiënten te lang bij zich houden omdat ze niet altijd zien dat de juiste expertise elders zit. Dat mag door de hervorming niet verergeren. Integendeel. Als we zorg anders organiseren, moet ook de samenwerking beter. Mensen moeten sneller weten wat er aan de hand is en sneller de juiste behandeling krijgen.”



“Als patiënt moet je erop kunnen vertrouwen dat, wanneer er kwaliteitscriteria vastgelegd zijn, die kwaliteit er ook echt is”

Else Tambuyzer

De basis is voor beide organisaties alvast een stap in de goede richting. Maar de uitwerking zal bepalen of patiënten er echt beter van worden. “De meerwaarde voor de patiënt moet het vertrekpunt zijn”, besluit Vansteenbrugge. “Niet vanuit structuren of belangen van ziekenhuizen, maar vanuit de vraag: wat heeft de patiënt hieraan? Dan gaat het niet over zorg die verdwijnt, maar over zorg die beter georganiseerd wordt. De patiënt behoudt zijn keuzevrijheid, maar kan die keuze maken met betere informatie.”



DIRK RAMAEKERS VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID

“De vraag is niet langer waarom we moeten hervormen, maar hoe we dat gaan doen”

TEKST: FILIP DECRUYNAERE
BEELD: KÁROLY EFFENBERGER

Prof. Dirk Ramaekers, voorzitter van het directiecomité van de FOD Volksgezondheid, ziet in het expertrapport over de hervorming van het ziekenhuislandschap geen revolutie, maar wel een noodzakelijke volgende stap. “Toen ik de nota las, ben ik zeker niet van mijn stoel gevallen”, zegt hij. “We weten al lang dat ons ziekenhuislandschap moet evolueren.”

Dirk Ramaekers vertrekt in zijn analyse niet vanuit een afwijzing van het huidige systeem. Integendeel. Hij benadrukt dat België beschikt over een sterke, toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg. “We hebben een systeem dat door patiënten en burgers echt wel geapprecieerd wordt. Het is goed toegankelijk, hoogkwalitatief en sterk gericht op innovatie.” Tegelijk wijst hij op de fundamenten waarop dat systeem gebouwd is. “Onze gezondheidszorg is geënt op sociale zekerheid, publieke middelen en solidariteit. Wij dragen allemaal bij voor anderen die ziek zijn. Dat principe zit sterk ingebakken in onze sociale zekerheid.”

Net omdat dat systeem waardevol is, vindt Ramaekers dat het moet worden bijgestuurd. “Het gaat erom ons huidige systeem te versterken. We willen het laten evolueren om het te kunnen behouden. De hervormingen moeten we altijd in dat bredere kader bekijken: kwaliteit, patiëntveiligheid, doelmatig gebruik van middelen en behoud van een solidaire gezondheidszorg.”



“De hervormingen moeten we altijd in dat bredere kader bekijken: kwaliteit, patiëntveiligheid, doelmatig gebruik van middelen en behoud van een solidaire gezondheidszorg”

Dirk Ramaekers

Kwaliteit en efficiëntie

Een eerste aandachtspunt is kwaliteit en transparantie. “Globaal genomen zit de kwaliteit in ons systeem goed”, zegt Ramaekers. “Maar we weten ook dat een belangrijk deel van onze ziekenhuizen het zeer goed doet, terwijl een ander deel niet altijd presteert zoals je zou verwachten. Onder meer de kwaliteitsindicatoren die in Vlaanderen werden ontwikkeld door VIKZ, hebben dat zichtbaar gemaakt. We steken veel geld in ons gezondheidszorgsysteem en in onze ziekenhuizen. Dan moeten we ook kunnen aantonen wat de kwaliteit is.”

Een tweede aandachtspunt is de doelmatige inzet van publieke middelen. “Elke euro die je besteedt, moet je kunnen legitimeren”, zegt Ramaekers. Hij erkent dat niet elke euro op het terrein afzonderlijk kan worden gecontroleerd. “Maar als er sprake is van verspilling of overconsumptie, moet je wel vragen durven stellen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de discussie over de hoge aantallen rugchirurgie in ons land. Dan moet je je afvragen of de manier waarop we dat organiseren en financieren wel coherent is.”

Het expertrapport benoemt volgens Ramaekers vooral problemen die al lang bekend zijn. “We beschikken over een ruim aanbod, met veel ziekenhuisbedden en ook veel psychiatrische bedden, zeker in Vlaanderen. De evolutie naar meer dagziekenhuis heeft al een shift op gang gebracht, maar fundamenteel blijft het aanbod versnipperd. We hebben nog altijd veel ziekenhuizen in vergelijking met andere landen.”

Ramaekers verwijst naar wat in het verleden weleens het Ikea-principe werd genoemd: het idee dat elk ziekenhuis alles moet kunnen aanbieden. “Dat kan vandaag niet meer”, zegt hij. “Je kan niet blijven zeggen: ik doe die ingreep maar twee keer per jaar, maar ik doe dat al veertig jaar en er is nog nooit een patiënt komen klagen. Zeker bij complexe zorg, zoals kankerzorg, is schaalgrootte belangrijk. Je hebt teams nodig die echt als team functioneren, met voldoende expertise, introspectie en aandacht voor kwaliteit.”

Toegankelijk maar met voldoende expertise

Ook materniteiten en pediatrische diensten liggen gevoelig. “Historisch begrijp ik dat. Er is de traditie van het ziekenhuis onder de kerktoren, de verankering in lokale besturen. Maar in een moderne gezondheidszorg heeft dat niet altijd nog een plaats. Dat betekent niet dat zorg onbereikbaar zal worden. Wel moet de organisatie worden aangepast aan de noden van vandaag. Je moet naar een ordentelijke, zeer toegankelijke organisatie, maar wel met voldoende schaalgrootte en expertise.”

De personeelskrapte maakt die hervorming nog urgenter. “Het is niet alleen dat we te weinig zorgpersoneel hebben. Het probleem is ook dat we het personeel door de versnippering niet altijd efficiënt kunnen inzetten. Dat geldt in de eerste plaats voor verpleegkundigen, maar ook voor andere zorgverleners. Als je meer wil werken met volwaardige teams van goed opgeleide verpleegkundigen, kinesisten en andere professionals, dan moet je die teams ook goed kunnen organiseren.”

Ramaekers begrijpt dat hervormingen ongerustheid oproepen. Ziekenhuizen zijn lokaal verankerd en personeelsleden of artsen kunnen geraakt worden in hun dagelijkse praktijk. Toch nuanceert hij de vrees dat patiënten altijd zo dicht mogelijk bij huis terecht moeten kunnen voor elke vorm van zorg. “Bij kankerzorg is dat debat al gevoerd. Patiënten vinden het niet erg om twintig kilometer verder te rijden, zolang ze maar voldoende vertrouwen hebben in de kwaliteit. Iedereen voelt intuïtief aan dat niet alle zorg overal even goed kan zijn. Dat is ook zo. En we kunnen dat gelukkig almaar beter objectiveren.”

Aandacht voor de sociale aspecten

De transitie zal wel zorgvuldigheid vragen. Ramaekers verwijst naar zijn ervaring als algemeen medisch directeur van Ziekenhuisnetwerk Antwerpen. “Als je bepaalde afdelingen niet meer in zeven ziekenhuizen organiseert maar in drie, dan moeten sommige verpleegkundigen ’s morgens wat verder fietsen en anderen net wat minder ver. Daarvoor kan je oplossingen vinden. Je moet aandacht hebben voor het sociale aspect en teams niet zomaar uit elkaar trekken.”

Voor artsen kan de impact soms nog groter zijn. “Als je op termijn zegt dat bepaalde zorg niet meer in een bepaald ziekenhuis gebeurt, dan moeten artsen aansluiten bij collega’s in een ander ziekenhuis of deel uitmaken van een grotere associatie. Dat is niet evident.” Ramaekers wijst daarbij op financiële regelingen, bestaande gewoontes en onderlinge concurrentie.

De rol van de FOD Volksgezondheid ziet Dirk Ramaekers vooral als ondersteunend, maar wel vanuit een duidelijke visie. “Wij willen maximaal ondersteunen met berekeningen, simulaties en expertise. Tegelijk moeten we duidelijk maken waarover dit gaat: zorgkwaliteit, doelmatig gebruik van middelen en het koesteren van een solidaire gezondheidszorg.”

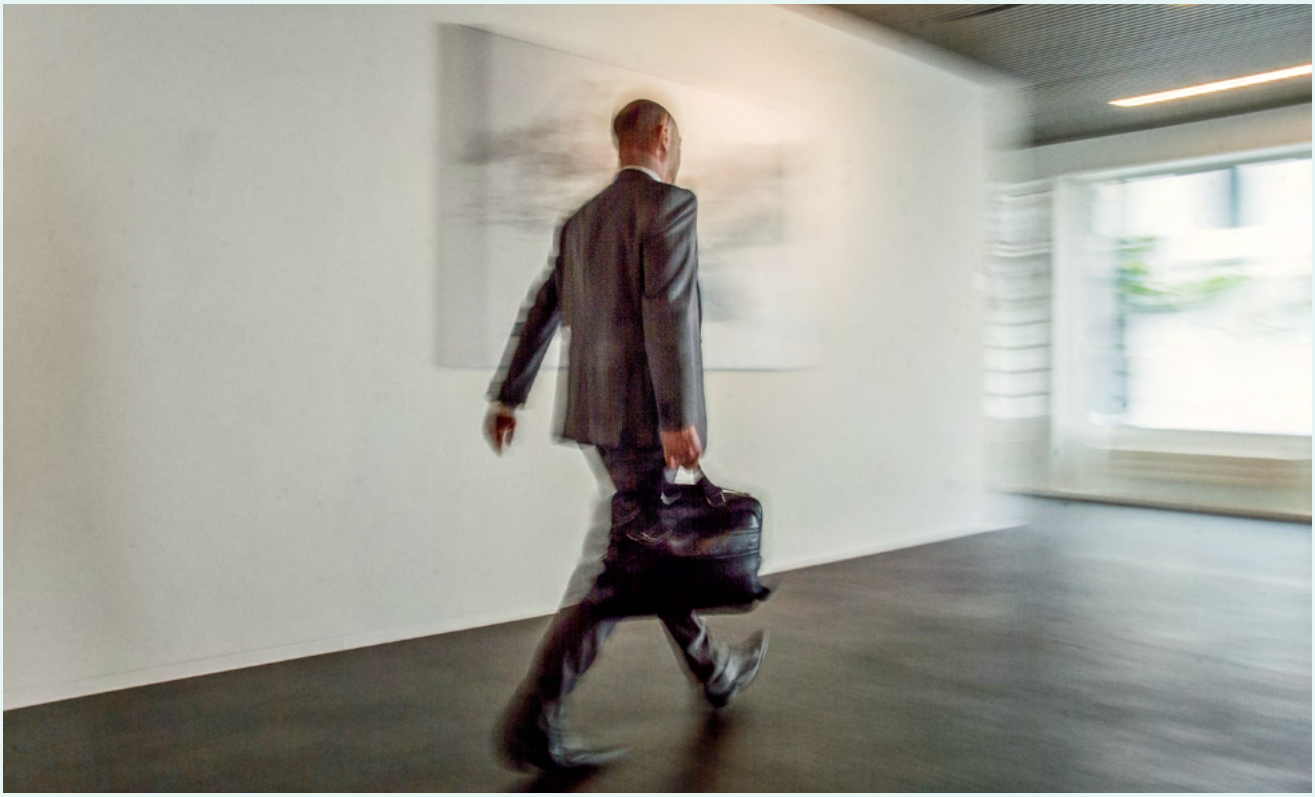
Daarbij plaatst hij de hervorming van het ziekenhuislandschap in een ruimer geheel. Drie pijlers moeten samen evolueren: de zorgorganisatie, de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. “Je moet die samen zien. Als je de ziekenhuisfinanciering niet laat evolueren met de hervorming van het landschap, geef je niet de juiste incentives. Dat gaat moeilijk werken.”

De komende jaren zullen volgens Dirk Ramaekers dus druk worden voor het overlegmodel met ziekenhuizen, artsenvertegenwoordigers en ziekenfondsen. Hij ziet daarin ook een kans. “Er zijn heel wat intelligente mensen in het veld die visie kunnen ontwikkelen, die meedenken en die beseffen waar het om gaat.” Tegelijk mist hij soms voldoende interne tegenspraak wanneer te defensieve of demagogische stemmen de bovenhand halen. “Dan hoop ik dat het overlegmodel zelf mee vorm geeft aan de hervormingen. In zo’n proces heb je mensen nodig die zichzelf kunnen overstijgen en verantwoordelijkheid nemen.”

Samenspel van overheden

De uitvoering zal volgens Dirk Ramaekers politieke beslissingen vragen, maar ook administratieve continuïteit. Het hertekenen van het ziekenhuislandschap kan deels met bestaande instrumenten, zoals programmatie en erkenning. Sinds de zesde staatshervorming zijn dat gedeelde bevoegdheden. “De aantallen en programmatie zitten nog federaal, de toepassing en erkenning bij de deelstaten. Maar persoonlijk acht ik dat haalbaar.”

Ook de samenwerking tussen FOD Volksgezondheid en RIZIV wordt belangrijker. “We zitten niet alleen in hetzelfde gebouw, we ontwikkelen meer en meer gemeenschappelijke strategieën. Zeker bij een geïntegreerde financiering zullen de klassieke berekeningen rond het Budget Financiële Middelen en de nomenclatuur nauwer moeten samenkomen. Die instellingen zullen meer dan ooit geïntegreerd als één team moeten samenwerken.”



> *In zo'n proces heb je mensen nodig die zichzelf kunnen overstijgen en verantwoordelijkheid nemen*
>
> Dirk Ramaekers



Op de vraag of een transitiefonds technisch haalbaar is, blijft Ramaekers voorzichtig over concrete aanbevelingen uit het rapport. "We mogen de kar niet voor het paard spannen. Eerst moeten de politieke keuzes worden gemaakt. Het waarom is duidelijk. De vraag is nu: wat gaan we doen? Op basis van het rapport, en misschien ook op basis van andere elementen. Pas daarna komt de vraag hoe de transitie financieel en organisatorisch wordt begeleid."

Die transitie zal tijd vragen, maar hoeft volgens Dirk Ramaekers niet eindeloos te duren. "In een klassieke fusie denk je aan enkele jaren tot vijf jaar. Mijn ervaring is dat het sneller kan als het plan duidelijk is, de doelstelling helder en de betrokken ziekenhuizen elkaar vinden. Wel moet het personeel op een verantwoorde manier worden meegenomen, met maximaal respect voor die mensen."

Hij ziet ook een belangrijke rol voor de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. "Er is vandaag een goede afstemming tussen de federale minister en de deelstaatministers. Ook op administratief niveau is de samenwerking sterk verbeterd. We hebben samen de covidcrisis doorgesparteld. Dat heeft een band gecreëerd. Er is veel vertrouwen."

Drie sporen voor de komende 5 jaar

Waar moeten we over vijf jaar staan? Dirk Ramaekers noemt drie sporen. Eerst hoopt hij dat er belangrijke stappen zijn gezet in de hertekening van het ziekenhuislandschap en in de hervorming van de financiering. "Het huis zal nog niet af zijn, maar ik hoop dat de fundamenten er liggen en dat de eerste verdieping er al staat."

Daarnaast hoopt hij op vooruitgang in kwaliteitsbeleid en transparantie, niet alleen in Vlaanderen, maar ook in Brussel en Wallonië. "Transparantie moet de norm zijn. Voor de burger zou dat echt een stap vooruit betekenen. Kwaliteit gaat niet alleen over individuele zorgverleners of teams, maar ook over de context waarin zij zorg moeten bieden."

Ten slotte verbreedt hij de blik naar volksgezondheid. De druk op het gezondheidszorgsysteem zal volgens hem toenemen door nieuwe infectieziekten, klimaatverandering, verlies aan biodiversiteit, vervuiling en chronische, vermijdbare, aandoeningen. "We zullen moeten leren leven met een nieuwe gezondheidsrealiteit. Daarom hebben we een stevig gezondheidszorgsysteem nodig dat adaptief is." Preventie wordt daarin belangrijker. Ramaekers wijst op roken, alcohol, voeding en te weinig beweging, maar benadrukt dat het niet gaat om met de vinger wijzen naar individuele burgers. "Gedrag wordt sterk bepaald door context, commerciële determinanten en strategieën die mensen beïnvloeden. Daarom zijn naast bewustmaking ook wettelijke en reglementaire maatregelen nodig. Campagnes blijven belangrijk, maar we zullen meer moeten doen."

Ondanks de omvang van de opdracht wil Ramaekers positief eindigen. "Elke dag leveren tienduizenden zorgverleners goede zorg", zegt hij. "Dat is de moeite waard. We moeten samen met de sector de strijd voeren om de fundamenten van ons systeem te garanderen en waar mogelijk nog steviger te maken."

Vrijwilliger IN DE KIJKER

BEELD: KÁROLY EFFENBERGER



Willy Delnat en Godelieve

De Verenigde Naties riepen 2026 uit tot het Internationale Jaar van de Vrijwilliger. En mensen die zich belangeloos inzetten voor anderen, zo zijn er in de zorg een pak! Deze editie in de spotlights: Willy Delnat en zijn vrouw Godelieve. Zij zetten zich met bewonderenswaardige energie en trouw in voor de bewoners, familieleden, en collega's van wzc Onderdale. Ze helpen zowel in de cafetaria als bij logistieke taken.

Wie zijn jullie en wat doen jullie precies als vrijwilliger?
Wij zijn Godelieve en Willy. Drie tot vier namiddagen per week helpen we mee in de cafetaria in wzc Onderdale. Daarnaast zijn wij ook nog actief binnen het team wonen en leven, waar we helpen bij grote en kleine activiteiten. Bij mooi weer steken we mee de handen uit de mouwen om met de bewoners naar buiten te gaan. Wij zijn multi-inzetbaar en flexibel.

Hoe zijn jullie bij dit specifiek vrijwilligerswerk terechtgekomen?
Vroeger woonden we in Lint, waar Godelieve vrijwilligerswerk deed. Toen we in Knesselare kwamen wonen, toonden we onze interesse om in wzc Onderdale in Ursel ons steentje bij te dragen. Dat is intussen 15 jaar geleden. Vrijwilligersverantwoordelijke Martine kan tot op vandaag nog steeds op ons rekenen. We hebben een vaste groep vrijwilligers.



Wat vinden jullie het leukste aan de job en wat drijft jullie om dit te doen?
Het sociaal contact staat centraal. Wij vinden dit belangrijk voor onszelf, op die manier kunnen we een meerwaarde bieden binnen de maatschappij en we kunnen op deze manier bijdragen aan het welzijn van de bewoners en hun familie. Ze zijn heel dankbaar voor de bediening en ons luisterend oor.

Welke bijzondere ervaring zal jullie altijd bijblijven?
De kerstperiode is altijd een mooie en dankbare periode om te werken. Iedereen kijkt uit naar de feestdagen en wij kunnen de mensen die eenzaam zijn en weinig of geen familie meer hebben, ondersteunen door er te zijn voor hen. Wij drinken samen met hen een tasje koffie in de cafetaria, ze noemen het zelf soms hun "kopje troost".

Stel: je bent minister van Volksgezondheid of Welzijn: wat zouden jullie meteen veranderen?
Meer financiële middelen om meer personeel te voorzien. We zien dagelijks dat er een tekort is aan handen aan het bed, handen in de zorg. Daarom zijn we blij dat we een meerwaarde kunnen zijn in team wonen en leven in wzc Onderdale.

Welke goede raad hebben jullie voor startende vrijwilligers in de zorg?
Zorg dat je er voor 100% achterstaat, dan geeft het je veel voldoening. Het is geen gemakkelijke job maar wel een heel mooie.

Vrijwilligen is voor ons ...
Levensvreugde.



WUG-HERVORMING ZET WOONZORGCENTRA
AAN TOT BREDERE DENKOEFENING OVER ZORG EN WONEN

“Als morgen al in huis woont”

TEKST: NICO KROLS
BEELD: TINI CLEEMPUT

De hervorming van de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen (WUG) brengt nieuwe verpleegkundige profielen, bevoegdheden en samenwerkingsvormen met zich mee. Voor woonzorgcentra is dat meer dan een juridische aanpassing. Volgens Zorgnet-Icuro vormt de hervorming een uitgelezen moment om fundamenteel na te denken over de manier waarop zorg georganiseerd wordt en hoe dat in de toekomst werkbaar blijft.

“De WUG creëerde voor ons vooral een momentum”, zegt Els Van Kerckhove, algemeen directeur van vzw Vincenthof en voorzitter van de Commissie Zorg voor de Woonzorg van Zorgnet-Icuro. “Ze dwingt ons kritisch te kijken naar onze werking. Als we niets veranderen, krijgen we de woonzorg van morgen niet georganiseerd.”

Meer dan een verpleegkundig verhaal

Aanleiding voor ons gesprek is de publicatie *Duurzame zorgmodellen voor de woonzorg. Van WUG-hervorming naar werkbare zorgmodellen in de praktijk.* De publicatie wil woonzorgcentra helpen om de gevolgen van de WUG-hervorming te begrijpen en biedt tegelijk een antwoord op een vraag die in de sector al langer borrelt: hoe organiseer je woonzorg wanneer bewoners complexere zorg nodig hebben en personeel schaarser wordt? Het document gaat dan ook over meer dan verpleegkundige bevoegdheden.

“De eerste vaststelling was dat veel woonzorgcentra nog onvoldoende zicht hadden op wat de WUG-hervorming concreet voor hun organisatie zou betekenen”, zegt Lien Van Riet, adviseur zorgbeleid woonzorg bij Zorgnet-Icuro. “Tijdens de gesprekken merkten we snel dat het verhaal breder is. Het gaat ook over personeelsschaarste, stijgende zorgcomplexiteit, competenties, taakverdeling en de vraag hoe je woonzorg in de toekomst organiseert.”



“De nota is geen blauwdruk. Elk woonzorgcentrum vertrekt vanuit een andere realiteit en zal zijn eigen weg moeten zoeken”

Lien Van Riet

Volgens beide gesprekspartners komt die vraag niet uit de lucht vallen. “Wij zien een duidelijke evolutie”, zegt Van Kerckhove. “Mensen komen niet alleen ouder binnen, maar ook met een combinatie van lichamelijke, cognitieve en psychische zorgnoden. Dat maakt de begeleiding complex, vraagt andere expertise en een andere manier van samenwerken.”

Tegelijk wordt het almaar moeilijker om voldoende medewerkers te vinden. Die combinatie maakt dat woonzorgcentra hun organisatie onder de loep moeten nemen.

Van zorgcentrum naar woon-leefomgeving

Niet verwonderlijk dat in de publicatie niet het zorgmodel, maar het woon-leefmodel centraal staat. “Dat is voor ons een belangrijk verschil met ziekenhuizen”, zegt Van Kerckhove. “In een woonzorgcentrum vertrekken we niet vanuit zorg, maar vanuit wonen en leven. Het zorgmodel moet dat woon-leefklimaat ondersteunen. De uitdaging bestaat erin om die omslag verder te maken.”

Die visie heeft gevolgen voor de samenstelling van teams. Volgens beide gesprekspartners volstaat een strikt medisch georiënteerde personeelsmix almaar minder. “Als je kijkt naar de bewoners die binnenkomen, dan heb je meer nodig dan verpleegkundigen en zorgkundigen alleen”, zegt Van Kerckhove. “Ook paramedici, orthopedagogen, psychologen, logistieke medewerkers in de zorg en andere disciplines hebben een geïntegreerde bijdrage. Daarnaast mogen we familie, mantelzorgers en vrijwilligers evenmin uit het oog verliezen.”

Daarbij botsen woonzorgcentra volgens haar echter op bestaande regelgeving. “Onze personeelsnormen zijn sterk gericht op een medisch model. Dat beperkt de ruimte om andere profielen in te zetten, ook wanneer die beter aansluiten bij de noden van bewoners.”

Volgens Van Kerckhove wringt daar een schoentje. Woonzorgcentra krijgen steeds vaker bewoners met psychosociale of geestelijke gezondheidsproblemen, maar beschikken niet altijd over de ruimte om de profielen aan te trekken die daarbij passen. “Als wij naar een woon-leefmodel willen toewerken, dan moeten we ook andere expertise kunnen inzetten. Soms heb je misschien meer aan een orthopedagoog of psycholoog dan aan een bijkomende verpleegkundige. Die flexibiliteit is nog te beperkt.”

Niet iedereen vertrekt van dezelfde plaats

Een van de redenen waarom Zorgnet-Icuro geen blauwdruk presenteert, is de grote diversiteit binnen de sector. Sommige voorzieningen organiseren hun werking al jaren in kleinschalige leefeenheden of woonvormen. Andere zijn door personeelstekorten al noodgedwongen begonnen met taakdifferentiatie. Nog andere staan pas aan het begin van dat traject.



“Als we niets veranderen, krijgen we de woonzorg van morgen niet georganiseerd”

Els Van Kerckhove



> **“De WUG-hervorming is een aanleiding om breder na te denken over zorgorganisatie, competenties en samenwerking in woonzorgcentra”**
>
> Lien Van Riet

“We hebben tijdens inspiratiesessies gemerkt hoe groot de verschillen zijn”, zegt Lien Van Riet. “Sommige directies waren al volop aan de slag met de hervorming van de WUG. Andere hadden er nog nauwelijks over nagedacht. Daarom hebben we bewust gekozen voor een reflectiekader dat vertrekt vanuit de eigen situatie van elke voorziening.”

Dat verklaart ook waarom de nota 2040 als horizon hanteert. Die datum lijkt ver weg, maar volgens de auteurs gaat het niet om een eindpunt waarop pas dan alles gerealiseerd moet zijn. “De implementatiesnelheid zal sterk verschillen van voorziening tot voorziening”, zegt Van Kerckhove. “Sommige huizen voelen de personeelsschaarste nu al hard en worden bijna gedwongen om sneller naar taak- en functiedifferentiatie te kijken. Andere hebben nog wat meer ademruimte. Niet iedereen moet dezelfde stappen op hetzelfde moment zetten.”

Ook binnen één woonzorgcentrum zullen niet alle doelstellingen tegelijk bereikt worden. Een voorziening kan bijvoorbeeld eerst werk maken van competentieversterking bij zorgkundigen, terwijl een andere start met het herbekijken van zorgpaden of de samenwerking tussen disciplines. “Het belangrijkste is dat je begint”, zegt Van Kerckhove. “Wij hebben in ons woonzorgcentrum bijvoorbeeld eerst stap nul doorlopen: ervoor zorgen dat iedereen dezelfde taal spreekt en weet wat de nieuwe profielen, bevoegdheden en mogelijkheden precies betekenen. Pas daarna kun je keuzes maken over je organisatie.”

De nota bevat daarom geen vast stappenplan, maar een reeks reflectievragen. Hoe ziet de huidige organisatie eruit? Welke competenties zijn aanwezig? Welke medewerkers stromen binnenkort uit? Welke zorgvragen komen op de organisatie af? “Het doel is dat voorzieningen eerst begrijpen waar ze momenteel staan”, bevestigt Van Riet. “Pas daarna kun je bepalen welke richting je uit wilt.”

Van functie naar expertise

Een van de meest zichtbare gevolgen van de hervorming ligt volgens Van Kerckhove in de manier waarop taken verdeeld zullen worden. “We moeten minder vertrekken vanuit functies en meer vanuit competenties”, zegt ze. “Als je een zorgpad analyseert, bijvoorbeeld rond medicatie of opname, dan moet je kijken wie voor welke taak de meeste expertise heeft.”

Dat betekent niet dat iedereen hetzelfde doet. Integendeel. “Voor ons wordt de rol van zorgkundigen zelfs belangrijker. Zij staan het dichtst bij de bewoners en zullen een cruciale rol spelen in observatie, signalering en opvolging. Maar dat vraagt ook extra competentieontwikkeling.”

Dat vertaalt zich ook in concrete verwachtingen op de werkvloer. Waar een zorgkundige soms vooral signaleert dat een bewoner er niet goed uitziet, zal die vaker zelf observaties moeten onderbouwen en relevante parameters verzamelen. “Wij verwachten meer klinische alertheid”, zegt Van Kerckhove. “Dat betekent niet dat zorgkundigen verpleegkundigen worden. Wel dat zij hun unieke positie dicht bij de bewoner nog sterker kunnen uitspelen. Zij zien vaak als eersten dat er iets verandert.”

Volgens haar zullen woonzorgcentra daarom sterker moeten inzetten op opleiding en begeleiding. “Nieuwe medewerkers zijn niet af wanneer ze afstuderen. Dat is geen kritiek op het onderwijs, maar een realiteit. Wij moeten als sector meer investeren in het verder ontwikkelen van competenties op de werkvloer.” Dat vraagt volgens haar ook een nauwere samenwerking met onderwijsinstellingen. “We zijn benieuwd hoe toekomstige basisverpleegkundigen zelf naar hun rol kijken. Tegelijk moeten opleidingen voldoende aansluiting blijven houden bij de realiteit van de woonzorg. Want de complexiteit van onze sector wordt soms onderschat.”

Van Kerckhove stoort zich geregeld aan het beeld dat woonzorg vooral draait om basiszorg. “Alsof het alleen maar gaat over wassen en aankleden. Terwijl wij bewoners begeleiden met dementie, geestelijke gezondheidsproblemen, multimorbiditeit en palliatieve zorg. In een ziekenhuis heb je voor elk van die domeinen een aparte afdeling en vaak ook artsen in de buurt. In woonzorg komt dat allemaal samen.”

Ook een boodschap aan de overheid

Onder de publicatie schuilt nog een tweede boodschap. Wie woonzorgcentra vraagt om anders te werken, moet hen daar ook de ruimte voor geven. Beide gesprekspartners pleiten daarom voor meer flexibiliteit in de personeelsnormen. “Geef ons een budget en laat ons binnen duidelijke kwaliteitskaders zelf bepalen welke expertise we nodig hebben”, zegt Van Riet. “Sommige voorzieningen hebben misschien meer nood aan een orthopedagoog, andere aan bijkomende paramedische ondersteuning. Daar is onvoldoende ruimte voor.”



“Wij vertrekken niet vanuit zorg, maar vanuit wonen en leven. Het zorgmodel moet dat woon-leefklimaat ondersteunen”

Els Van Kerckhove



Volgens haar biedt de WUG zelf al een belangrijk kwaliteitskader. “Die wet bepaalt wie welke handelingen mag stellen en onder welke voorwaarden. Wij geloven dat voorzieningen binnen dat kader voldoende verantwoordelijkheid kunnen opnemen om kwaliteitsvolle zorg te organiseren.”

Voorbereiden op de ouderen van morgen

De auteurs van de nota beseffen dat de voorgestelde veranderingen niet van de ene dag op de andere gerealiseerd worden. Het gaat om een traject van jaren, met aandacht voor opleiding, communicatie en veranderingsmanagement. “Je kunt zoiets ook niet op een maandag aankondigen en verwachten dat het dinsdag werkt”, zegt Van Kerckhove. “Medewerkers moeten mee zijn in het verhaal. Dat vraagt tijd.”

Ze ziet ook weinig alternatief. “De hervorming van de WUG is uiteindelijk niet de essentie. De echte vraag is hoe we ervoor zorgen dat we over tien of vijftien jaar nog kwaliteitsvolle woonzorg aanbieden. De bewoners die eraan komen hebben andere verwachtingen, andere zorgnoden en andere vragen rond wonen en leven. Daarop moeten we anticiperen.”

Allicht is dat de belangrijkste boodschap van de nota. Niet dat woonzorgcentra zich moeten aanpassen aan een nieuwe wet, maar dat ze zich voorbereiden op een nieuwe generatie bewoners die zich al aankondigt. Els Van Kerckhove: “Wij zitten misschien nog niet in de meest urgente positie. Maar als ik kijk naar de uitstroom die eraan komt en naar de ouderen die straks bij ons zullen wonen, dan weet ik dat we die oefening nu moeten maken.”

Ontdek de publicatie:

Duurzame zorgmodellen voor de woonzorg. Van WUG-hervorming naar werkbare zorgmodellen in de praktijk

ELS HERTOGEN (11.11.11) ONTRAFELT DE MYTHES OVER ONTWIKKELINGSSAMENWERKING

“De mondiale ongelijkheid heeft een gigantische impact op gezondheid”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: SABRINA SCHEPERS

De ontwikkelingssamenwerking zit wereldwijd in een zware, ideologische storm, vertelt Els Hertogen, algemeen directeur van 11.11.11. “In plaats van bewust te kiezen voor solidariteit en herverdeling, zien we politieke keuzes op basis van eigenbelang. Terwijl covid ons toch heeft geleerd dat we als mensen allemaal even kwetsbaar zijn.”



Kunt u kort schetsen waarvoor 11.11.11 precies staat?

"Als koepelorganisatie brengen wij in Vlaanderen ruim 50 organisaties samen, goed voor 20.000 vrijwilligers en honderden burgerinitiatieven. Onze boodschap is dat iedereen telt, om het even waar. De ene mens is nooit meer waard dan de andere. Vanuit een internationale bril houden we in de gaten waar mens en/of natuur uitgebuit worden. Daarop komen we in actie, door te wegen op het politieke en maatschappelijke debat. Wij geloven in politiek in de breedste zin: iedereen kan zijn stem laten horen en bijdragen tot de keuzes die je als samenleving maakt."

Hoe belangrijk zijn zorg en gezondheid binnen jullie organisatie?

"Zorg voor mens en natuur - in de breedste zin - is wat ons drijft. En gezondheidszorg is een belangrijk onderwerp binnen onze koepel, dankzij organisaties als Memisa en Artsen Zonder Vakantie: zij trekken die debatten. Op het secretariaat van 11.11.11 wordt dat thema niet opgevolgd. Dat is een kwestie van taakverdeling. Maar uiteraard is gezondheidszorg cruciaal binnen de ontwikkelingssamenwerking."

> *"Globaal is het budget voor ontwikkelingssamenwerking in 2025 met maar liefst een kwart gedaald in één jaar tijd. Dat is nooit gezien"*
>
> Els Hertogen

Uit een recent rapport van WHO bleek dat ongelijkheid meer impact heeft op de gezondheid dan DNA of zelfs medische zorgen.

"Daar schrik ik absoluut niet van. De ongelijkheid wereldwijd is gigantisch: Elon Musk heeft ruim 500 miljard dollar, terwijl één op de vier mensen wereldwijd honger lijden. Toegang tot gezond voedsel, drinkbaar water: dat is absolute basispreventie voor gezondheid. Maar ook toegang tot gezondheidszorg is heel ongelijk verdeeld, zowel tussen als binnen landen. Uit onderzoek blijkt dat dit de kans op pandemieën enorm vergroot. Dat hebben we tijdens de covidpandemie allemaal gezien: omdat heel wat mensen niet goed geholpen konden worden, bleven er maar nieuwe varianten opduiken en moesten we allemaal langer binnenblijven. Dat was een mondiale kwetsbaarheid. Maar wat me toen het meeste heeft gefrappeerd, is dat bij de vaccins het recht van de sterkste gold. Vooraf werd internationaal gezegd dat de vaccins wereldwijd gelijk verdeeld zouden worden: eerst aan zorgverleners, dan aan de meest kwetsbaren. Maar zodra het vaccin er was, werd dat solidariteitsprincipe overboord gegooid. Dat leidde niet alleen tot veel meer slachtoffers, maar ook tot langere economische stilstand op mondiaal niveau."

Kort na zijn aanstelling besloot president Trump om het Amerikaanse agentschap voor internationale ontwikkeling (USAID) op te doeken. Hoe groot is de impact?

"Volgens de laatste schatting van het wetenschappelijke tijdschrift *The Lancet* zou dat tegen 2030 leiden tot 22 miljoen extra overlijdens. USAID investeerde vooral in humanitaire ontwikkelingshulp, waaronder veel gezondheidszorg. In 2023 ging er 16 miljard dollar naar Afrikaanse landen, dit werd onder meer besteed aan aidsmedicatie, en centra voor slachtoffers van seksueel geweld. Er was best wat kritiek op de manier waarop USAID werkte, met veel focus op Amerikaanse belangen en weinig evenwaardigheid. Maar als plots hulp van zo'n grootteorde wegvalt, is de impact uiteraard zeer groot. Bovendien gebeurde het van de ene dag op de andere, dat is ongezien. Dan gaat het om zeer veel verloren mensenlevens. Dat valt helaas niet meer te herstellen. Zeker omdat dit deel uitmaakt van een internationale trend. Globaal is het budget voor ontwikkelingssamenwerking in 2025 met maar liefst een kwart gedaald in één jaar tijd. Dat is nooit gezien. En het gaat zeker niet enkel over middelen. Het is een moreel kantelpunt: bepaalde waarden - zoals solidariteit en internationale samenwerking - worden overboord gegooid. Gelukkig is er ook een keerzijde: deze uitdagingen versterken de verbinding tussen actoren die wél bewust blijven kiezen voor internationale solidariteit. We laten ons niet zomaar omverblazen en we laten elkaar niet los."



“Er zijn grote stappen gezet in de aanpak van moeder-kind-sterfte, malaria en polio. Dankzij financiële middelen, maar ook omdat dit op de politieke agenda is gezet, en men koos voor samenwerking”

Els Hertogen

Ook België bespaart fors op ontwikkelingshulp: heeft dat een grote impact op wereldschaal?
“Uiteraard is die impact kleiner dan bij het wegvallen van USAID, maar we zullen het zeker voelen. Ngo’s zoals 11.11.11 zullen vanaf 2027 een kwart minder middelen krijgen. En de fiscale aftrek van schenkingen daalt, waardoor we ook daar een negatieve impact verwachten. Het is jammer dat België meedoet aan een internationale trend van afbraak, terwijl dat niet hoeft. Ook als klein land kun je daartegenin gaan en een positieve keuze maken. Maar helaas zien we in ons land een mentaliteitsverandering. Het idee van ontwikkelingssamenwerking vanuit solidariteit en herverdeling wordt omgedraaid: alles moet in functie zijn van ons eigen belang. De Belgische economie moet erbij winnen en het moet zoveel mogelijk mensen uit het Zuiden tegenhouden om te migreren naar België.”

Ontwikkelingssamenwerking is in ideologisch vaarwater terechtgekomen, zei u eerder.
“Toen het politieke debat over ontwikkelingssamenwerking werd gevoerd, in het kader van de begroting, viel heel erg op dat er niet over feiten werd gesproken. Waartoe heeft ontwikkelingssamenwerking al bijgedragen, waar loopt het moeilijk, wat kunnen hefbomen zijn, welke samenwerkingen zijn mogelijk tussen overheid en ngo’s... Die vragen werden niet gesteld. Het ging louter om ideologische symbolen: het was tijd om te kiezen voor onszelf, niet voor solidariteit. En dat is wraakroepend, omdat het bij ontwikkelingssamenwerking echt over mensenlevens gaat.”

In *De Tijd* zei Georges-Louis Bouchez (MR): *“Ik ken niet één land dat ons al is komen zeggen: wij zijn nu voldoende ontwikkeld, we hoeven uw geld niet meer”*. Is ontwikkelingssamenwerking inderdaad een “bodemloze put”?
“Ontwikkelingssamenwerking heeft wel degelijk dingen veranderd. De sterftecijfers door malaria en polio zijn bijvoorbeeld drastisch gedaald. Maar ontwikkelingssamenwerking is niet iets wat je lineair kunt bekijken: er is ongelijkheid, we pompen er geld in, het is opgelost. Zo werkt het niet. Ontwikkelingssamenwerking kan een belangrijke hefboom voor verandering zijn, maar daarnaast is het cruciaal om politiek beleid te voeren rond eerlijke handel, eerlijke fiscaliteit, klimaatproblemen, enzovoort.”

Is het een logische reflex om in budgettair moeilijke tijden te besparen op ontwikkelingssamenwerking?
“We zien dat er in dat debat een aantal mythes worden gehanteerd. Dat ontwikkelingshulp niet zou werken, zoals ik zonet al uitlegde. Dat klopt simpelweg niet. Daarnaast hoor je vaak dat er geen geld zou zijn. Als je weet dat er vorig jaar 13,5 keer meer aan defensie is gegeven dan aan ontwikkelingshulp, dan is dat ook onzin. Zeker omdat alle experten zeggen dat er nood is aan een combinatie van defensie, diplomatie én ontwikkelingshulp. En dan is er nog de mythe dat we nu moeten kiezen voor onze eigen mensen. De covidpandemie heeft duidelijk aangetoond dat de ongelijkheid ook ons kwetsbaarder maakte.”



> *Covid was zeker een eyeopener. Maar of het ook iets heeft veranderd aan het beleid? Integendeel, we zien internationaal een moreel kantelpunt, weg van samenwerking en solidariteit*
>
> Els Hertogen

Tegelijk klinkt soms ook de kritiek dat ontwikkelingshulp een vorm van post-kolonialisme en witte superioriteit is.
"Dat vind ik een heel relevant debat, en het is zeker belangrijk om onszelf in vraag te blijven stellen. Ontwikkelingshulp is ontstaan uit missiehulp, uit een manier om het kolonialisme goed te praten. Kort door de bocht: we wilden toegang tot grondstoffen, dus we eigenden onszelf bepaalde kolonies toe. In ruil gingen we de bevolking 'beschaven'. We moeten erkennen dat dáár de wortels van ontwikkelingshulp liggen. Maar dat betekent - althans wat mij betreft - niet dat we met ontwikkelingssamenwerking moeten stoppen. We moeten het wel anders aanpakken dan vroeger. Het moet gaan over rechtvaardigheid, niet over liefdadigheid. We moeten de wereldwijde uitdagingen samen aanpakken, op een gelijkwaardige manier. Dat is niet vanzelfsprekend, omdat er in financiële relaties onvermijdelijk een machtsonevenwicht sluipt.

Daarom bieden wij onze partners in het globale Zuiden budgetsteun, die uiteraard goed beheerd moet worden, maar zonder daar bepaalde voorwaarden aan te koppelen. We hebben een gedeelde visie van hoe de samenleving eruit zou moeten zien en we willen werken rond dezelfde onderwerpen, maar zij beslissen zelf wat ze met dat geld doen. Een mooi voorbeeld is onze samenwerking met jongerenorganisaties in Ecuador. Zij voeren elke dag strijd om het Amazonewoud te redden. Wij geven hen toegang tot financiële middelen, maar zij bepalen zelf hoe ze die gebruiken. Ze besloten een petitie op te starten, om uiteindelijk een referendum te krijgen. Dat is gelukt: in hun provincie mogen voorlopig geen nieuwe mijnbouwvergunningen worden uitgereikt.

Daarnaast hebben we ook binnen België een belangrijke verantwoordelijkheid: sensibiliseren en mensen de kans geven om hun stem te laten horen, zodat er andere beleidskeuzes worden gemaakt."

Wat zijn de grootste succesverhalen van de voorbije jaren, met focus op gezondheidszorg?
"Er zijn grote stappen gezet in de aanpak van moeder-kindsterfte wereldwijd, en ook het aantal slachtoffers van malaria en polio is fors gedaald. Dat gebeurde dankzij financiële middelen, maar zeker ook omdat dit wereldwijd op de politieke agenda is gezet, en men koos voor samenwerking. Een ander voorbeeld zagen we tijdens de covidpandemie. Omdat men weigerde om de patenten van de vaccins vrij te geven, is in Zuid-Afrika een hub opgezet waar de code van het Moderna-vaccin gekraakt is. De situatie was zo onrechtvaardig dat men besloot om het heft in eigen handen te nemen. Zo zie je dat ontwikkelingshulp ook heel empowerend kan werken, als je maar vertrekt vanuit evenwaardigheid."

Heeft covid iets veranderd?
"Tijdens de pandemie werd het heel helder dat we globaal verbonden zijn. Als mensen zijn we allemaal even kwetsbaar, en we zaten allemaal in dezelfde storm. Al was er helaas veel ongelijkheid, denk maar aan die vaccins. Dat was zeker een eyeopener. Maar of het ook iets heeft veranderd aan het beleid? Nee, helaas niet. Integendeel, we zien internationaal een moreel kantelpunt, weg van samenwerking en solidariteit."

Wat zijn volgens u de belangrijkste uitdagingen voor de toekomst?
"Ten eerste zien we dat het internationaal recht en de universele mensenrechten in vraag worden gesteld en uitgehold, ook door Belgische politici. Dat is schrijnend, omdat het gaat over fundamentele menselijkheid. Dat mogen we dus niet zomaar laten gebeuren. Daarnaast merken we dat - zowel internationaal als in eigen land - de democratische ruimte kleiner wordt. Middenveldorganisaties krijgen minder ruimte en bepaalde stemmen worden weggeduwd. Dat is nefast voor het debat, en het leidt tot meer ongelijkheid. Ook daar zullen we ons dus tegen blijven verzetten."

SINT-TRUDO ZIEKENHUIS EN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS SINT-TRUIDEN WERKEN INTENSIEF SAMEN IN LIMBURG

“Psychiatrische zorg en somatische zorg moeten tegelijk kunnen gebeuren”

TEKST: VEERLE SAMAN
BEELD: SABRINA SCHEPERS

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden en Sint-Trudo Ziekenhuis sloegen meer dan tien jaar geleden de handen in elkaar. Het was het begin van een samenwerking die alleen maar intensiever geworden is. “Door open te zijn naar elkaar kunnen we een hogere zorgkwaliteit bieden aan de patiënten die we delen”, klinkt het eensgezind bij Greet Croenen en Cindy Monard.

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden, onderdeel van Zorggroep Myna, werkt al enkele jaren op verschillende gebieden samen met Sint-Trudo Ziekenhuis. “Er is ondersteuning bij de medisch-technische diensten”, verduidelijkt Greet Croenen, algemeen directeur van Zorggroep Myna. “Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden kan een beroep doen op het labo van Sint-Trudo voor analyses zoals de meer gespecialiseerde drugsanalyses, waardoor we behandelingen op onze verslavingsafdeling op punt kunnen stellen. En de ziekenhuishygiënist van Sint-Trudo neemt ook bij ons die rol op omdat een PZ aan dezelfde wettelijke voorwaarden moet voldoen.”

“Op klinisch-inhoudelijk vlak is er outreach in beide richtingen. Zo volgen de geriaters van Sint-Trudo de patiënten die op de gerontopsychiatrische afdeling verblijven somatisch op. Bovendien hebben we transmurale zorgtrajecten. Door de brugfunctie die voor psychiatrie ontwikkeld werd, kan het mobiele crisisteam op de dienst spoedgevallen van Sint-Trudo mee een inschatting gaan maken. En via de regionale overlegtafel kunnen transmurale processen operationeel op elkaar afgestemd worden. Verder organiseren we opleidingen waarin expertise uitgewisseld kan worden. Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Truiden kan bijvoorbeeld kennis over suïcidepreventie overbrengen naar de medewerkers van diensten die met die problematiek te maken krijgen.”

Patiënt als uitgangspunt

Hoewel beide ziekenhuizen al meer dan een decennium samenwerken, versterkte een kaderovereenkomst in 2017 dat engagement nog meer. “Wellicht heeft de beweging van de vermaatschappelijking van de zorg ertoe bijgedragen



dat we elkaar intersectoraal en als partners in de geestelijke gezondheidszorg meer zijn gaan vinden in het belang van de patiënt", zegt Croenen. "Omdat we vanuit de noden van de patiënt vertrekken, is onze samenwerking de laatste jaren veel intensiever geworden. We delen nu eenmaal een populatie. Vanuit inhoud bekijken we hoe we samen de best mogelijke zorg kunnen vormgeven voor patiënten met zowel een somatische als psychiatrische zorgnood."

"We zijn elkaar steeds meer gaan opzoeken vanuit het vertrouwen dat gegroeid is doorheen de jaren", vult Cindy Monard, algemeen directeur van Sint-Trudo Ziekenhuis, aan. "Omdat we steevast de patiënt als uitgangspunt nemen, proberen we vanuit zijn belang bruggen naar elkaar te bouwen. Zo heeft de kaderovereenkomst almaar meer vorm gekregen in de praktijk."

Openheid en vertrouwen

Om samenwerking op verschillende vlakken mogelijk te maken, moesten er concrete aanpassingen doorgevoerd worden. "Omdat het PZ een concrete vraag had naar bepaalde toxicologieonderzoeken die een speciale manier van onderzoek en technologie vereisen, hebben we ervoor gekozen om te investeren in specifieke apparatuur", licht Monard toe. "Voor drugstesten vereist het toch wel expertise om exact en betrouwbaar te kunnen detecteren welke producten een patiënt wel of niet gebruikt heeft. Ons labo heeft bewust de keuze gemaakt om die service te bieden, want niet elk standaardlabo van een algemeen ziekenhuis heeft die technologie en kennis in huis."

"Enkele jaren geleden hebben we de elektroconvulsietherapie die wij voor bepaalde indicaties inzetten, opnieuw kunnen opstarten nadat er een overeenkomst gesloten werd met de anesthesisten van Sint-Trudo om die dienst bij ons te komen leveren", zegt Croenen. "Het werkt uiteraard ook in de omgekeerde richting. Er is een liaisonpsychiater aanwezig in Sint-Trudo."

Naast de praktische zaken waren nieuwe structuren nodig om op regelmatige basis te kunnen samenkomen. "Er is overleg tussen de directies en op de andere niveaus, zoals tussen de zorgmanagers van beide ziekenhuizen", benadrukt Croenen. "Dat overleg is belangrijk. Zo ontstaat vertrouwen. Het is maar doordat mensen elkaar kennen en vinden in de praktijk dat zaken gerealiseerd worden. Door elkaar te ondersteunen kunnen we elkaars expertise naar een hoger niveau tillen."



We hebben de elektroconvulsietherapie opnieuw kunnen opstarten nadat er een overeenkomst gesloten werd met de anesthesisten van Sint-Trudo

Greet Croenen

"Er is ook een stuk openheid naar elkaar gekomen om te bekijken wat we samen beter kunnen doen voor de patiënten die we delen. Vanuit een holistische benadering kunnen we een hogere zorgkwaliteit en meer geïntegreerde zorg bieden. De juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats." Monard beaamt dat. "De apparatuur, uitrusting en expertise moeten er zijn, maar het is even belangrijk om elkaar regelmatig te zien en het gesprek aan te gaan. Zo leer je elkaar veel beter kennen, ook van binnenuit, begrijp je wat lastig is en waar de noden van de patiënten liggen. Op die manier kunnen er niet alleen projecten, maar ook kleine dingen van elke dag gerealiseerd worden. Omdat je weet wat belangrijk is voor elkaar en op welk vlak je elkaar kan ondersteunen, krijg je een cultuurverandering. Er ontstaat openheid en verbinding."

Kader voor urgentiepsychiatrie

Beide ziekenhuizen willen op de ingeslagen weg verder, maar botsen soms op hindernissen. "We willen verder evolueren en de samenwerkingsverbanden versterken", geeft Croenen aan. "Als er zich opportuniteiten aandienen, dan willen we die opnemen. We stippelen momenteel een gezamenlijk opleidingsplan uit en we willen de transmurale zorgpaden nog ontwikkelen. Zeker in de urgentiepsychiatrie is er nog heel wat evolutie mogelijk, op voorwaarde dat de overheid ons daarvoor het juiste kader aanreikt. Een mobiel crisisteam kan nu enkel tussen bepaalde uren op de dienst spoedgevallen ingezet worden. We zouden graag zien dat dat uitgebreid kan worden, zeker naar de momenten waarop die patiënten zich op de dienst aandienen. Vandaag is er vanuit de overheid geen duidelijkheid over de ondersteuning van de rol van de psychiater die verbonden is aan het crisisteam. De interventie blijft nu beperkt tot advies verlenen over de zorg die nodig is. Er kan geen hulp ter plaatse geboden worden. Het juridische en financiële kader is daarvoor onvoldoende afgedekt. Daar stoten we nog op beperkingen en we hopen dat daar in de toekomst nog evolutie in kan zitten."

"Omdat we geen PAAZ hebben, dromen we ervan dat we bij een psychiatrische urgentie op de dienst spoedgevallen tegelijkertijd somatische en psychiatrische zorg kunnen geven", verduidelijkt Monard. "Die combinatie kan vandaag in een crisissituatie nog te weinig geboden worden omdat het kader ontbreekt. Als de overheid ons de mogelijkheden geeft, dan kunnen we een werking opzetten zodat er een goede totaalzorg kan zijn wanneer bijvoorbeeld iemand die zichzelf verwond heeft binnenkomt op de dienst spoedgevallen met een acute psychiatrische crisis. In zo'n situatie is er tegelijk medische en psychiatrische hulp nodig. Op dit moment werken we veeleer sequentieel. Eerst wordt de somatische zorg toegediend en als de persoon somatisch stabiel is, dan zorgen we er natuurlijk voor dat er in overleg met het mobiele crisisteam, de liaisonpsychiater en onze psychologen verdere gepaste psychiatrische hulp gegeven wordt. De dienst spoedgevallen is nu vooral somatisch gericht en we zouden somatische en psychiatrische zorg gelijkwaardig en gelijktijdig moeten kunnen uitvoeren. Als we beide op hetzelfde moment én in een veilige omgeving kunnen aanbieden, dan valt er nog heel wat winst te boeken, ook voor de beleving van de patiënt en zijn familie."

“Er doen zich helaas steeds meer ernstige situaties voor die te maken hebben met agressie of suïcidaliteit. Dat is best heftig en niet zo gemakkelijk en evident om te hanteren voor een dienst spoedgevallen die daar niet voor uitgerust is. Elke kamer heeft uiteraard de apparatuur en het materiaal om de nodige somatische zorg te kunnen bieden, maar de kamers zijn niet ingericht om een veilige context te kunnen garanderen voor patiënten met een psychiatrische urgentie.”

“Wij hebben bovendien patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die chronisch zijn”, merkt Croenen op. “Bij die mensen merken we dat de somatische zorg meestal nogal verwaarloosd is. Dat blijkt ook uit cijfers. Crisis en urgentie zijn belangrijk, maar ook voor die meest kwetsbare mensen moeten we nadenken hoe de samenwerking verbeterd kan worden zodat die somatische zorg beter opgevolgd kan worden.”

Zorgpaden verder afstemmen

In de toekomst willen beide ziekenhuizen de zorgpaden rond bepaalde problematieken nog verder op elkaar afstemmen. “Enkele weken geleden hebben een gastro-enteroloog van Sint-Trudo en een psychiater van Zorggroep Myna samen een lezing gegeven over alcoholproblematiek”, geeft Monard nog mee. “Er was veel interesse. Er waren meer dan honderd deelnemers. Dat is een mooi voorbeeld van bruggen die gebouwd worden. Maar er zijn best nog wel wat zorgtrajecten rond alcoholproblemen die op elkaar afgestemd kunnen worden. Wij zien die patiënten in het ziekenhuis door onder meer neurologische of gastro-enterologische problemen, maar ze hebben naast de somatische behandeling evenzeer nood aan een psychiatrische opvolging.” “Ook over ketamineverslaving was er al een vorming vanuit zowel de somatische als de psychiatrische hoek”, vult Croenen aan. “Ketamineverslaafden ontwikkelen immers problemen met hun blaas, de zogenaamde ketamineblaas.”

“Als directies hopen we onze verpleegkundigen, psychologen en artsen met elkaar in verbinding te kunnen brengen zodat zorgpaden holistisch uitgewerkt kunnen worden”, besluit Monard. “Als medewerkers elkaar kennen, dan kan er expertise uitgewisseld worden en kunnen er gericht doorverwijzingen gebeuren. Zo wordt er efficiënter, sneller en kwaliteitsvoller samengewerkt. Het start met vertrouwen en elkaar kennen. Dat maakt echt het verschil voor het uitbouwen van een mooie samenwerking, zeker wanneer die vertrekt vanuit het belang van de patiënt.”



We dromen ervan dat we bij een psychiatrische urgentie op de dienst spoedgevallen tegelijkertijd somatische en psychiatrische zorg kunnen geven

Cindy Monard



EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

“In België ligt de sterfte door behandelbare oorzaken 30% onder het Europese gemiddelde: dat wijst op een goede zorgkwaliteit”

TEKST: STEFANIE VAN DEN BROECK
BEELD: TINI CLEEMPUT

De European Observatory on Health Systems and Policies verzamelt wetenschappelijke data en deelt analyses over de Europese gezondheidszorg, vertelt directeur Ewout van Ginneken. “België scoort opvallend goed op het vlak van digitalisering. Maar als het gaat over de ziekenhuizen, kan er nog geleerd worden van het buitenland.”

Wat doet de European Observatory on Health Systems and Policies precies?

“Het is een samenwerking van heel wat verschillende Europese landen en organisaties. Van België tot Slovenië, maar ook de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie, plus de Franse ziekenfondsen en de Britse Health Foundation. Twee keer per jaar komen die partners samen in onze stuurgroep om onze programma’s te bespreken en actief mee te denken. En we komen ook één keer per jaar samen met de leden van ons Health Monitoring and Policy Network, een uitgebreid netwerk van academische organisaties in Europa. Met hen bespreken we trends in hervormingen, monitoren die op onze website (www.hspm.org) en doen we vergelijkend onderzoek naar zorgsystemen en beleid, dat we ook publiceren in internationale *journals*. We zitten op drie locaties: in Brussel, Londen en Berlijn. In Londen en Berlijn zijn onze hubs gevestigd in universiteiten, waardoor we sterk verweven zijn met de academische wereld.

Onze missie is om wetenschappelijke kennis om te zetten naar beleidsinformatie. Het is bekend dat beleidsmakers doorgaans niet veel tijd hebben, dus wij distilleren die kennis tot kortere, behapbare informatie. Op basis van de best mogelijke wetenschappelijke evidentie kunnen beleidsmakers dan weloverwogen beslissen. Daarvoor werken we veel samen met onze academische partners, maar we doen ook een deel van het onderzoek zelf.

Een van onze kernpunten is de *country monitoring*, waarbij we van alle deelnemende Europese landen een uitgebreid profiel opmaken. En ook ons *Health in Transition*-rapport is een vaste waarde. Maar naast het verzamelen van data, publiceren wij ook heel wat analyses over verschillende zorggebieden, waarbij we onder meer op zoek gaan naar de oorzaken van bepaalde verschillen. Als je in een land bijvoorbeeld een hoge vermijdbare sterfte ziet, kun je dat proberen te koppelen aan tal van factoren: een tekort aan middelen, personeel, beleidsproblemen... Om data te interpreteren, moet je de context goed begrijpen, en daarvoor is kwalitatief onderzoek noodzakelijk.”

Laten we even inzoomen op België. Hoe positioneert ons zorgsysteem zich in vergelijking met de rest van Europa?
"België presteert over het algemeen sterk. De levensverwachting is relatief hoog, hoger dan in buurlanden Duitsland en Nederland bijvoorbeeld. Er worden ook goede behandelresultaten behaald, en de algemene gezondheid van de bevolking is ook relatief goed. De Belgische zorg is zeer toegankelijk, met een breed netwerk in de eerste lijn en een groot ziekenhuisaanbod. Daarnaast zijn er enkele minpunten, zoals de hoge eigen bijdrage, of *out of pocket payments*. En het zorgsysteem is erg gefocust op ziekenhuizen, al zijn daar wel hervormingen op til."

Als we naar de budgetten kijken, dan geeft België per capita 20% méér uit aan gezondheidszorg dan het Europese gemiddelde. Hoe valt dat te verklaren?
"Dat is niet onlogisch, gezien het brede zorgaanbod en de hoge zorgconsumptie. 20% lijkt misschien veel, maar België staat natuurlijk niet alleen in die positie: dat geldt voor heel wat rijke landen. Economische groei is altijd een goede voorspeller van zorguitgaven. Duitsland en de Scandinavische landen geven bijvoorbeeld ook relatief veel geld uit aan gezondheidszorg, terwijl de Centraal- en Oost-Europese EU-landen onder het gemiddelde zitten. Je ziet ook dat landen die relatief weinig investeren in gezondheidszorg op hun limieten botsen en bijvoorbeeld slecht scoren op het vlak van vermijdbare sterfte."

Betekent dat ook dat de gezondheidszorg in België relatief "betaalbaarder" is dan in de rest van Europa?
"Nee, want uiteindelijk betalen wij met z'n allen voor de zorg, via belastingen en sociale bijdragen. Bovendien zijn de eigen bijdragen in België vrij hoog. Dat heeft onder meer te maken met de remgelden in de eerste lijn. In pakweg Duitsland of Nederland bestaan die niet. En ook op het vlak van tandheelkundige zorg ligt de terugbetaling in België vrij laag, maar dat is in grote delen van Europa nog een uitdaging."

En hoe staat het met onze zorgkwaliteit?
"Die is in België relatief goed. Belangrijke indicatoren zijn vermijdbare sterfte en behandelbare sterfte. Zeker op dat laatste punt scoort België zeer goed: de sterfte door behandelbare oorzaken ligt 30% onder het Europese gemiddelde. De vermijdbare sterfte - door ziektes die je kunt vermijden met preventie en zorgpromotie bijvoorbeeld - ligt 'maar' 10% onder het Europese gemiddelde. Daar valt dus nog wel wat winst te halen. Als je kijkt naar de gezondheidsstatus van de Belgische bevolking in internationaal perspectief, dan blijven obesitas en alcoholgebruik grote problemen, terwijl de hoeveelheid rokers daalt.



Een andere interessante indicator is het aantal vermijdbare opnames in ziekenhuizen. In België zie je meer opnames door astma en COPD dan het Europese gemiddelde: dat zijn eigenlijk aandoeningen waarvoor je niet in het ziekenhuis zou hoeven te belanden, als je goed wordt geholpen in de eerste lijn. Al moet je met data altijd voorzichtig zijn: pas wanneer je die combineert met vervolgonderzoeken in het veld, kun je op zoek naar concrete plannen om dit aan te pakken."

De Belgische zorg kampt met grote personeelstekorten. Wat kunnen we leren van de rest van Europa?
"Dat is een probleem waar zowat heel Europa mee kampt, en met de vergrijzing is er niet meteen verbetering in zicht. België kreunt vooral onder een tekort aan verpleegkundigen en huisartsen, al zijn die - in vergelijking met het Europese gemiddelde - toch vrij talrijk aanwezig. Daarom moeten we vooral nadenken over een slimmer zorgmodel: mensen die niet in een ziekenhuis thuishoren, mogen daar ook niet belanden. Bovendien zou je meer mensen moeten kunnen helpen met evenveel, of zelfs minder personeel. Niet door iedereen harder te laten werken, wel door op zoek te gaan naar efficiëntie. België heeft bijvoorbeeld relatief veel huisartsen, en toch kunnen veel mensen geen huisarts vinden. Hervormingen die we internationaal zien, zijn bijvoorbeeld multidisciplinaire centra, waar huisartsen samenwerken met verpleegkundigen en andere zorgprofessionals.



In België zie je meer opnames door astma en COPD dan het Europese gemiddelde: dat zijn aandoeningen waarvoor je niet in het ziekenhuis zou hoeven te belanden, als je goed wordt geholpen in de eerste lijn

Om de werkdruk in de ziekenhuizen op te vangen, zou België ook kunnen kijken naar Nederland en sommige Scandinavische landen, die veel minder ziekenhuisbedden hebben en ook veel minder opnames. Dat hangt vaak samen met aanbodgestuurde vraag, maar ook met een sterke eerste lijn, met een strenge poortwachtersfunctie. Dat is voor de bevolking vaak frustrerend: zonder doorverwijzing van de huisarts kunnen ze niet naar een gespecialiseerd arts. En als dat op slag wordt ingevoerd, kan het weer tot capaciteitsproblemen in de eerste lijn zorgen. Maar als je mensen gerichter stuurt, kun je er wel voor zorgen dat ze sneller op de juiste plek terechtkomen."

Hoe goed scoort België op het vlak van digitalisering binnen de zorgsector?

"Verrassend goed. Na covid zag je in heel Europa een trend om daarin te investeren, maar in heel wat landen zijn die inspanningen nadien weer afgenomen. België daarentegen blijft daar zwaar in investeren. Dat is belangrijk, zeker om in de toekomst meer met artificiële intelligentie aan de slag te kunnen.

Daarover hebben we net een heel verhelderend, praktisch boek uitgebracht: *Demystifying artifical intelligence in health*. Dat gaat niet over robotdokters die onafhankelijk werken - daar geloven wij eigenlijk niet in. Voor goede geneeskunde blijft menselijke sturing cruciaal. Maar je kunt AI wel benutten om efficiënter te werken: het kan een deel van de administratie overnemen, en slim gebruik maken van data. Maar om daarmee aan de slag te gaan, is er nood aan een goede, gestandaardiseerde infrastructuur van *health information systems*. In België is het systeem – net als in veel andere landen - nog vrij gefragmenteerd. Maar dat er zwaar in wordt geïnvesteerd, kunnen we alleen maar toejuichen.

De technologische innovaties gaan natuurlijk razendsnel, dus we moeten goed monitoren wat er in de verschillende Europese landen gebeurt. Vanuit onze organisatie houden we dat scherp in de gaten."



“In heel West-Europa wordt nu meer nagedacht over waardegedreven financiering: men kijkt eerder naar de waarde van bepaalde interventies voor de gezondheid, in plaats van naar elke verrichting apart”

Ewout van Ginneken

Hoe positioneert het Belgische ziekenhuismodel zich in een Europese context?

“België heeft traditioneel een model met zeer veel ziekenhuisbedden, maar net als in heel wat andere landen, zoals Duitsland, is er een trend bezig om de ziekenhuiszorg te concentreren. Denemarken is daarin al sterk geëvolueerd, en in Nederland werd 20 jaar geleden al begonnen met de ‘Zinnige Zorg’. Die draait om rationele afweging: hoe kunnen we de zorg beter en efficiënter maken. Heeft een klein land twee gespecialiseerde centra voor pediatrische hartchirurgie nodig, of slechts één? Al spelen er naast rationele motieven natuurlijk ook altijd politieke kwesties mee. En je moet ook de bevolking mee krijgen in je verhaal. Toen ik nog in de Berlijnse hub van de European Observatory on Health Systems and Policies werkte, werd er daar onderzoek naar gevoerd. Duitsland stond toen aan het begin van een grote hervorming van de zorgsector, en men probeerde te leren van good practices uit Denemarken, specifiek rond promotie bij het publiek. Net als in Duitsland, zijn mensen het in België gewend om altijd een ziekenhuis in de buurt te hebben. Je moet hen dus overtuigen dat het soms beter is om iets verder te reizen, in ruil voor hogere kwaliteit.”

Ook op het vlak van ziekenhuisfinanciering staan er hervormingen op stapel.

"Ook daar zie je parallellen met de rest van Europa. In België is de financiering van de gezondheidszorg prestatiegericht, net als in heel wat andere landen. Toen dat systeem werd ingevoerd, was dat een logische keuze. Men kampte met krapte, wachtlijsten en inefficiëntie. Maar nu zie je een tegenbeweging, waarbij meer wordt nagedacht over waardegedreven financiering: men kijkt eerder naar de waarde van bepaalde interventies voor de gezondheid, in plaats van naar elke verrichting apart. Diezelfde beweging zie je in heel West-Europa, België is daarin zeker geen uitzondering. Al is het wel belangrijk om die hervorming van de ziekenhuissector meteen te combineren met een hervorming van de eerste lijn: de ene kan niet zonder de andere."

De vergrijzing zal een grote impact hebben op de betaalbaarheid van het zorgsysteem. Wat kunnen we leren van de rest van Europa?

"Ook dat is een probleem waar de meeste Europese landen mee te maken krijgen. Hierover hebben we vrij recent een boeiend boek uitgebracht: *The Care Dividend*. Over het belang van investeringen in langdurige zorg. Het narratief daaromtrent moet worden omgedraaid. Nu beschouwen beleidsmakers dit vaak als een extra kostenpost, maar het is eigenlijk een noodzakelijke investering. Binnen het institutionele model, dat in België heel sterk verankerd is, worden ouderen op een bepaald moment doorverwezen naar woonzorgcentra. Maar de nieuwe generatie ouderen wil dat niet meer, ze willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Zo komt de ondersteuning voor die ouderen vaak op de schouders van informele zorgverstrekkers terecht, mantelzorgers. Maar het gevolg daarvan is dat heel wat mensen niet meer (voltijds) kunnen werken, omdat ze voor hun familieleden moeten zorgen. Het is dus absoluut de moeite waard om te investeren in een nieuw systeem, dat ingebed is in de gemeenschap. Daarbij is samenwerking tussen sociale zorg en gezondheidszorg cruciaal. Zo hou je mensen langer actief en gezond thuis, waardoor ze gemiddeld genomen minder zorgbehoevend zullen worden. In ieder geval moet er dringend worden nagedacht over langdurige zorg. In Nederland en de Scandinavische landen wordt daar al lange tijd in geïnvesteerd, terwijl het in België nu vrij versnipperd is."

Tot slot: welk Europees land biedt de beste gezondheidszorg, volgens u?

"Die vraag krijg ik heel vaak. *(lacht)* Maar ik moet u teleurstellen: er is niet één antwoord. Het hangt er maar vanaf waarnaar u op zoek bent. Lage kosten? Hoge kwaliteit? Goede toegankelijkheid? Zo kan ik nog wel een tijdje doorgaan. Soms kunnen er zelfs binnen een land grote verschillen zijn. België behoort tot de betere leerlingen van de klas, maar kan absoluut nog inspiratie vinden om te verbeteren."





HOE KAN KUNST ZORG VERSTERKEN?

“Kunst biedt ruimte om te landen en te voelen”

TEKST: KIM MARLIER
BEELD: DIETER DEWULF

Live klassieke muziek in de ziekenhuisgangen, een brief vol mooie woorden geschreven door een onbekende, een beeld gecreëerd door vele handen. Kunst ontroert en biedt een plaats om even stil te vallen. In de drukke realiteit van een zorgomgeving kan het voelen als een lange, diepe ademteug. Broodnodig.

In april vond in AZ Oostende op campus Damiaan de tweede inspiratiedag Kunst & Zorg plaats. Tijdens die bijeenkomst brachten zorg- en cultuurprofessionals praktijkvoorbeelden, workshops en gesprekken samen rond de impact van kunst op welzijn en herstel.
“Er bestaat zo’n mooi aanbod rond kunst & cultuur. Met deze groep wilden we samen bekijken hoe we dat meer kunnen integreren in zorgomgevingen, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten”, vertelt Charlotte Deboosere, coördinator patiëntenbegeleiding in AZ Oostende. “De fundamenten hiervoor werden gelegd door mijn voormalig collega Annelore Maessen, hoofdverpleegkundige psychogeriatrie en enorm geboeid door dit onderwerp. Annelore had al verschillende partners samengebracht in een grote werkgroep om te onderzoeken wat mogelijk was.

> *Kunst voegt een extra laag toe aan de zorg. Ze biedt ruimte voor emoties die moeilijk onder woorden te brengen zijn*
>
> Charlotte Deboosere

In samenwerking met CC De Grote Post nodigden we auteur Sarah Vanhee uit die postvatte bij ons onthaal. Zij was er om woorden te geven aan mensen die deze even niet vonden. Dat werd heel goed ontvangen, niet alleen door patiënten, maar vooral door hun naasten en veel medewerkers van het ziekenhuis."

Inspireren

"Omdat het naar meer smaakte, werd vanuit de brede werkgroep een kleinere groep gevormd met partners zoals CC De Grote Post, Stad Oostende, vzw Klein Verhaal en palliatieve thuiszorg. Daar ontstond het idee om een inspiratiedag te organiseren. Het doel was om zorgverleners bewust te maken en te inspireren van wat er mogelijk is met kunst in de zorg. Op welke manier kan kunst helend zijn? Uiteraard bestaat er al veel, maar hoe kunnen we het breder trekken? Naar ouderen of naar doelgroepen die soms worden vergeten zoals chronisch pijnpatiënten of dialysepatiënten. En hoe kunnen de verschillende zorgpartners dit aanbod leren kennen?"

"De eerste editie vond plaats in 2025 en kende een warm onthaal. De tweede editie had nog meer deelnemers. We bieden workshops en sessies aan rond verschillende kunstvormen, zoals een sessie 'Brieven onder de riem' met psychologe Valérie Du Pré, getuigenissen van muzikante en verpleegkundige Farnoosh Khodadadeh en accordeonist Sara Salvérius, een toelichting van KAOS vzw over kunstprojecten binnen de geestelijke gezondheidszorg en beeldende kunst met een workshop rond het Stadsjuweel van SOS Kinderdorpen."

Nieuwe dimensie

"Kunst voegt een extra laag toe aan de zorg. Ze biedt ruimte voor emoties die moeilijk onder woorden te brengen zijn. In een zorgcontext ligt de focus vaak op het medische en het meetbare. Kunst brengt een extra psychosociale dimensie binnen. We merken dat kunst helend kan werken. Het biedt zonder woorden troost, creeërt verbinding en helpt mensen hun gevoelens te uiten. Soms zorgt kunst voor erkenning of opluchting."

"Elke zorgorganisatie moet voor zichzelf bepalen wat er geschikt is, want elke situatie vraagt zijn eigen nuances. Een palliatieve context is anders dan een dagziekenhuis. Een woonzorgcentrum vraagt andere accenten dan een materniteit. Maar dat is het voordeel van kunst. Het kan heel breed gaan: van muziek tot een luisterwandeling. Of waarom zetten we het niet in als sensibilisering? Ik zag ooit theater door ouderen voor ouderen om valpreventie onder de aandacht te brengen. Er is zoveel mogelijk."

Verhalen die spreken

"Essentieel is dat kunst in de zorg een verhaal nodig heeft. Je komt er niet met enkel een beeld aan je onthaal te zetten. Kunst heeft impact wanneer het verhaal erachter spreekt en raakt. Ik denk aan het project 'Stadsjuweel' van SOS Kinderdorpen. Dat kunstwerk bestaat uit meer dan 300 kralen die pijnlijke ervaringen uit de kindertijd, steunbronnen en innerlijke kracht symboliseren. Meer dan 130 kinderen en volwassenen maakten een kraal, waarmee ze een stukje van hun persoonlijke verhaal delen. Samen vormen die individuele kralen het Stadsjuweel, een collectief kunstwerk dat jeugdtrauma en veerkracht symboliseert. Dat participatief kunstwerk werkt verbindend en geeft mensen erkenning. Een ander mooi voorbeeld is het project 'Brieven onder de riem'. Mensen schrijven een brief aan een onbekende patiënt die verblijft in het ziekenhuis. Die brieven worden vervolgens verspreid. Patiënten reageren daar vaak heel emotioneel op, omdat ze zich aangesproken voelen en erkenning ervaren."

Aandacht voor de tussenruimte

"Zorgverleners doen hun uiterste best, maar door personeelstekort is er vaak tijdsdruk. Kunst vult een tussenruimte. Het biedt ruimte om te landen, te voelen, te zoeken en te ontroeren. Dat is een waardevolle aanvulling op de zorg. Het haalt mensen even uit de medische context. Op de inspiratiedag was de vrouw van een patiënt aan het rondwandelen in de gangen om even haar gedachten te verzetten. Ik nodigde haar uit om te luisteren naar de livestream van het Brussels Philharmonic Orchestra. Het was zo mooi om te zien hoe de muziek haar een moment van rust en ontspanning gaf. Dat is wat kunst doet. Het werkt ontwapenend, vertragend en brengt rust. Het helpt je om emoties los te weken. Zeker bij mensen die moeilijk over gevoelens praten, kan kunst een ingang zijn."

"Er zijn mensen die kunst bewust opzoeken, net om zichzelf die ruimte te geven om te voelen en te landen, maar niet iedereen zet die stap. Daarom is het belangrijk om iets te doen op de hotspots in je organisatie. Denk aan initiatieven in de cafetaria, het onthaal of andere drukbezochte plekken. Breng de kunst naar mensen toe. Vergelijk het met straatmuzikanten: je zoekt het niet op, je verwacht niets, maar toch word je geraakt. Maak kunst zichtbaar en toegankelijk, zonder verplichting. Maar hou zeker rekening met het ritme van de plek. In een onthaal van een ziekenhuis wandelen er mensen die gehaast naar hun consultatie gaan, mensen die slecht of goed nieuws kregen, mensen die herstellend zijn en even uit de kamer komen. Kunst in de zorg is ook die verschillende ritmes leren kennen van plekken en het aanbod daarop afstemmen."

Drempels en uitdagingen

“De praktische uitdagingen zoals tijdsgebrek en de nood aan afstemming binnen de organisatie kunnen een drempel vormen. Maar de grootste uitdaging is de onbekendheid. Veel zorginstellingen weten niet wat er mogelijk is. Een tussenpartner zoals een cultuurcentrum helpt om vertrouwen op te bouwen en de samenwerking te faciliteren. Ook houden kunstenaars best rekening met de cultuur en de gevoeligheden van de zorgcontext. Wat kan wel en wat kan niet? Heldere communicatie is essentieel. Op die manier creëer je de juiste verwachtingen bij beide partijen.”

Blijven prikkelen en vernieuwen

“De inspiratiedagen leerden me dat je altijd moet blijven prikkelen en vernieuwen. Zorg dat mensen blijven beleven en ontdekken. Het is belangrijk om flexibel te blijven en bij te sturen waar nodig. Blijf zaadjes planten en blijf het onderwerp onder de aandacht brengen. Vergeet niet dat er heel veel mogelijk is in kunst in de zorg en dat er veel bereidwilligheid en goesting is om ermee aan de slag te gaan.”

Start klein

“Organisaties die hiermee aan de slag gaan wil ik twee tips meegeven. Eerst en vooral: werk samen met lokale partners zoals gemeenten en cultuurcentra. Ik was enorm verrast over de brugfunctie die ze vervullen. Hier in Oostende doen de partners enorm veel moeite om de buurt in de ruime betekenis van het woord te betrekken bij kunst en cultuur en dat is bijzonder waardevol. Zij kennen ook de kunstenaars en weten wat die kunnen betekenen of doen voor je organisatie. Daarnaast raad ik organisaties aan om klein te beginnen en te experimenteren. Ga in gesprek, brainstorm en bouw van daaruit verder. Veel ontstaat organisch, maar een initiatief moet lang genoeg tijd krijgen om gedragen te worden.”



“Een tussenpartner zoals een cultuurcentrum helpt om vertrouwen op te bouwen en de samenwerking te faciliteren”

Charlotte Deboosere

Op de agenda bij Zorgnet-Icuro dit najaar

Exclusief voor leden van Zorgnet-Icuro

Netwerkdag voor CFO's van algemene ziekenhuizen

25 september 2026, Brussel

Tijdens deze jaarlijkse netwerkdag brengen we CFO's van de Vlaamse ziekenhuizen samen om inzichten te delen, actuele ontwikkelingen te bespreken en ervaringen uit te wisselen met collega's uit het werkveld.

Exclusief voor leden van Zorgnet-Icuro

Masterclass voor Bestuurders Woonzorg

16 & 17 oktober 2026, Gent

In de zorg van morgen zullen ouderen centraal staan. De kracht van een bestuurder is dat zij een voorziening helpen te navigeren in deze nieuwe tijden. Om bestuurders hierin maximaal te ondersteunen, organiseert Zorgnet-Icuro voor hen een tweedaagse Masterclass.

Basiscursus Crisisbeheer in de Zorg

25 november 2026, Brussel

Deze basiscursus is hét vertrekpunt voor iedereen die op een of andere manier te maken heeft met het crisisbeheer in een zorgorganisatie. Je leert praktische werkmethodes voor het aanpakken van crisissituaties op het vlak van operationeel crisisbeheer, strategisch crisismanagement en crisiscommunicatie.

Samen op weg naar toekomstbestendig wonen: studiedag wonen en zorg voor ouderen

26 november 2026, Gent (OV)

Hoe zorgen we ervoor dat ouderen ook morgen kwaliteitsvol kunnen wonen in een omgeving die aansluit bij hun wensen en noden? Welke oplossingen zijn nodig om wonen en zorg beter op elkaar af te stemmen? Een studiedag van Zorgnet-Icuro, VLOZO, VVSG, de Koning Boudewijnstichting en de Vlaamse Ouderenraad.

Symposium over zorg aan het einde van het leven

30 november 2026, Brussel

Ervoor zorgen dat mensen in de laatste fase van het leven kunnen rekenen op de juiste ondersteuning. Ruimte maken voor gesprekken over wat belangrijk is. Op dit symposium bundelen we onze inzichten met Domus Medica, Familiehulp, i-mens, de netwerken palliatieve zorg, Wit-Gele Kruis Vlaanderen en Zorgnet-Icuro.

Symposium 'Toekomstbestendige zorglandschappen'

8 december 2026, Brussel

Dit symposium vormt het sluitstuk van het project rond de transitie van het zorgsysteem en de governance van zorg onder leiding van Filip De Rynck en Lieven Janssens.

Ontdek al onze activiteiten

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet-Icuro.

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

Vormgeving:
www.engarde.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 128, juni 2026, 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



JG. 17, NR. 128 • JUNI 2026 • ISSN 2034 – 211 X • ZORGNET-ICURO, GUIMARDSTRAAT 1, 1040 BRUSSEL • AFGIFTEKANTOOR LEUVEN MASS POST • P902010