

Health Forum

September 2017 · Nr. 31

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Gezondheidsongelijkheden, een leven lang...

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, met meer dan 2.000.000 leden, de op 2 na grootste verzekeringsinstelling van het land.

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 5 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Korte metten maken met de 'gemiddelde' correctheid

Door onze hele culturele, sociale en ideologische voorgeschiedenis hebben we vaak een vervormd beeld van de wereld. Maar naast de verschillen die ons kenmerken, hebben we allemaal de neiging om de zaken te bekijken vanuit het 'gemiddelde'. Gemiddeld zijn de Belgen gelukkig, in goede gezondheid, welvarend, geschoold, ... Maar ze zijn daarom nog lang niet allemaal gelijk. Sommigen zijn in elk geval gelijkjer dan anderen!

Hoewel wij een van 's werelds meest egalitaire maatschappijen hebben, kampt ook ons land met deze ongelijkheden, ondanks de corrigerende maatregelen van ons sociale vangnet. Alle onderzoeken tonen aan dat ongelijkheid heerst voor alle gezondheidsaspecten: de gezondheidstoestand, levensstijl, toegang tot verzorging, deelname aan preventieprogramma's, gezondheidswijsheid en meer algemeen de blootstelling aan gezondheidsbepalende factoren.

Al deze elementen hangen nauw samen met het opleidingsniveau en de inkomsten. Zelfs in een behoorlijk egalitaire maatschappij zoals de onze, zijn de verschillen frappant als we de meest bevoorrechte groep vergelijken met de meest kansarme groep. Niet minder dan 7,5 jaar levensverwachting scheidt deze twee populaties. Een verschil dat zelfs oploopt op tot 18 jaar als we alleen naar de gezonde levensjaren kijken! Het is dan ook geen verrassing dat 19% van de meest kansarme groep medische verzorging uitstelt om financiële redenen,

* Inequalities in Healthcare services utilisation in OECD countries, Marion Devaux, 2014.

tegenover 3% bij de andere groep. De OESO toonde in een vergelijkende studie* wel aan dat de ongelijke toegang tot verzorging in België niet zozeer geldt voor de eerste lijn, maar wel voor de gespecialiseerde

verzorging, tandzorg en preventieve verzorging. Stof tot nadenken dus voor diegenen die er in bepaalde politieke of ziekenfondskringen op hameren dat uitgerekend de eerstelijnszorg gratis zou moeten zijn ...

Dit toont nogmaals aan dat we voorzichtig moeten zijn en niet meteen naar de makkelijkste oplossing mogen grijpen. De ongelijkheden reiken veel verder dan de terugbetaling van geneeskundige verzorging. Uit een analyse van de tandverzorging bij jongeren onder de 18 jaar (voor wie die nochtans gratis is), blijkt dat er nood is aan andere instrumenten en beleidslijnen. Preventie, opleiding en vulgarisering worden stiefmoederlijk behandeld in ons verbrokkelde

institutionele systeem. Een betere coördinatie van de beleidslijnen rond prioritaire gezondheidsdoelstellingen, zou actiever bijdragen tot het dichten van de sociale kloof. Een absolute noodzaak die, zoals talrijke economen aantonen, bijdraagt tot de welvaart van een natie, voorbij alle morele overwegingen.

Xavier Brenez

Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Gemiddeld zijn de Belgen gelukkig, in goede gezondheid, welvarend, geschoold, ... Maar ze zijn daarom nog lang niet allemaal gelijk.

Hoofredactrice

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

Coördinatie

Steven Vervaeke · steven.vervaeke@mloz.be

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Lies Dobbelaere · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Murielle Lona · Evelyn Macken · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Shutterstock

Vertaling

Annamie Mathues · Gisèle Henrotte · Julie Van Nieuwenhove · Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen of uw collega's te abonneren?

Contacteer ons!
Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen
Health Forum
Sint-Huibrechtsstraat 19
1150 Brussel · T 02 778 92 11
Of stuur een e-mail naar
health-forum@mloz.be



Volg ons op Twitter!
[@Onafh_Zf](https://twitter.com/Onafh_Zf)

Inhoud

Nr. 31 september 2017

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Gezondheidsongelijkheden, een leven lang...

18 Forum zorgverstrekkers

Mobiele psychiatrische teams: zo dicht mogelijk bij de patiënt

"Zora en Pepper zijn handige hulpmiddelen"

"Dankzij Bednet kon ik les volgen en was ik niet te vermoeid"

24 Events

Geestelijke gezondheid: toegankelijkheid, preventie en samenwerking bevorderen

26 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Gezondheidsongelijkheden, een leven lang...

Van baby's met een te laag geboortegewicht tot ouderen in sociaal isolement: ook ons land ontsnapt niet aan de sociale gezondheidskloof. De positie op de sociale ladder is recht evenredig met het aantal levensjaren in goede gezondheid, de levensverwachting en de toegang tot gezondheidszorg. Hoe ontstaat die sociale gezondheidskloof en hoe kunnen we ze dichtten? Een overzicht per leeftijdscategorie.



6

Forum zorgverstrekkers

"Zora en Pepper zijn handige hulpmiddelen"

Wie zich aan de balie van het ziekenhuis aanmeldt, kan zich een hoedje schrikken: plots staat een vriendelijke robot je te woord. Steeds meer zorginstellingen maken gebruik van sociale robots om een deel van het werk te doen. Bij het UZ Brussel en in de centra van Armonea zijn de medewerkers én de patiënten alvast enthousiast.



20

Events

Geestelijke gezondheid: toegankelijkheid, preventie en samenwerking bevorderen

Ook de 3e editie van onze debattenreeks 'Zorgverleners aan het woord' was een platform voor interessante uitwisselingen en verhelderende standpunten. Dit keer gingen de psychologen de discussie aan over geestelijke gezondheid, een zorgenkind binnen het Belgische gezondheidssysteem. Een korte terugblik!



24

'LEIFplan' beschikbaar in Vlaamse en Brusselse apotheken



Niemand kan z'n lot voor 100% bepalen, maar met de juiste documenten kunnen we wel in bepaalde situaties zelf beslissen over ons levenseinde. Alle voorafgaande wilsverklaringen en verdere informatie daarover staan

in het 'LEIFplan'. Die brochure is nu gratis beschikbaar in alle Vlaamse en Brusselse apotheken. Dat is geen toeval, want de **apotheker is een laagdrempelige zorgverlener met een belangrijke adviesfunctie én bovendien een vertrouwenspersoon van de patiënt**. Kortom, een actie die helemaal past in het meerjarenkader dat minister van Volksgezondheid Maggie De Block samen met de apothekers heeft ondertekend.

www.leif.be

40,7 miljard euro...

België exporteerde in 2016 voor maar liefst 40,7 miljard euro aan geneesmiddelen en vaccins. Dat hoge cijfer valt onder meer te verklaren door de **unieke ligging van ons land en de vlotte toegang tot buitenlandse markten**. Daarnaast telt België ook 32 productiesites voor innovatieve geneesmiddelen en 10 wereldwijde of Europese distributiecentra specifiek voor de geneesmiddelensector. Een vijfde van de export ging dan ook naar de VS en een achtste naar de Aziatische markt. Bijna de helft bleef binnen de Europese Unie.

www.pharma.be

1 op de 3 kinderen in Brussel...

... leeft in relatieve inkomensarmoede. In de geïndustrialiseerde landen in het algemeen gaat het om 1 op de 5 kinderen. Dat blijkt uit een rapport van de VN-kinderrechtenorganisatie Unicef dat 41 geïndustrialiseerde landen rangschikt op basis van het welzijn van kinderen naar aanleiding van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen. **België staat op de 26ste plaats en doet het dus niet goed**. Unicef vraagt aan de politici om hun ranglijst te gebruiken bij het uitwerken van nationale beleidsmaatregelen.

www.unicef.be

Bedienden zitten 70% van hun werktijd stil



Slechtere nachtrust, groter risico op darm- en longkanker, rugklachten, zwakkere spieren en gewrichten, ...: langer dan een halfuur aan een stuk stilzitten is slecht voor de gezondheid, zelfs als je vaak sport. Jammer genoeg zitten Vlaamse bedienden ongeveer 70% van hun werktijd stil. Daarom pakt Partena Ziekenfonds uit met de campagne 'Ik zie je wel zitten'. Zorgverleners kunnen hun patiënten die te lang stilzitten doorverwijzen naar www.ikziejewelzitten.be. Daar ontdekken ze onder meer een **online zittest om hun beweegprofiel te leren kennen, een gratis begeleidingsplan via mail, een karrenvracht info en tips en gratis coaching via sms**. Ook bedrijven kunnen hun werknemers meer aan het bewegen krijgen met een gepersonaliseerde zittest en beweegpakket. Het doel: de Vlaming op 4 weken tijd uit zijn stoel helpen.

www.ikziejewelzitten.be



Gezondheidsongelijkheden, een leven lang...

Hoe de sociale gezondheidskloof dichten?

p.7

“Kinderarmoede bestrijden = ook armoede van de ouders bekampen”

p.10

En hoe gaat het met onze tieners?

p.12

“Benader migranten of vluchtelingen als elke andere patiënt”

p.14

Is arm en oud ook out?

p.16



Hoe de sociale gezondheidskloof dichten?

Volgens de recentste index van Health Consumer Powerhouse is de Belgische gezondheidszorg de op drie na beste van Europa. Toch ontsnappen we niet aan een fenomeen waar ook vele andere landen mee kampen: de sociale gezondheidskloof. Ook in ons land is de positie op de sociale ladder recht evenredig met het aantal levensjaren in goede gezondheid, de levensverwachting en de toegang tot gezondheidszorg. Hoe ontstaat die sociale gezondheidskloof en hoe kunnen we ze dichten?

Hooggeschoolde mannen hebben op 50-jarige leeftijd 8,3 extra gezonde levensjaren voor zich dan mannen met een diploma lager onderwijs of minder, 23% van de hoger opgeleiden kampt met één of meer langdurige ziekten, ten opzichte van 36% bij lager opgeleiden*, ... Tel daarbij nog het stijgende aantal landgenoten uit de lagere sociale klassen dat gezondheidszorg uitstelt om financiële redenen en je weet dat het bekende adagium nog altijd een harde waarheid is: **arm maakt ziek en ziek maakt arm**. "België doet het niet zo slecht in vergelijking met andere Europese landen op vlak van gezondheidsongelijkheden, maar toch is er werk aan de winkel", zegt **Pol Gerits, coördinator van een voormalige werkgroep rond gezondheidsongelijkheden bij de Interdepartementale Commissie voor Duurzame Ontwikkeling (ICDO)**. "Het gaat om verschillen op vlak van gezondheid die verklaard worden door de socio-economische status. Vooral opleiding, tewerkstelling en inkomen zijn daarbij bepalende factoren. Het is een erg complexe problematiek, maar met een **integrale aanpak vanuit verschillende sectoren** valt er wel degelijk iets aan te doen. Dus niet enkel met acties vanuit de gezondheidssector zelf, want die beïnvloedt de gezondheidsongelijkheden slechts voor maximaal 20%. De andere 80% heeft te maken met sectoren als onderwijs, huisvesting, tewerkstelling, enz."

Absolute en relatieve ongelijkheden

Beleidsmaatregelen kunnen gezondheidsongelijkheden dus wel indijken, maar werpen de acties in ons land hun vruchten af? "Dat is moeilijk in te schatten, want je moet altijd op lange termijn kijken. De resultaten van de volgende Gezondheidsenquête zullen bekend zijn in 2019, dan zullen we meer weten", vertelt Gerits. "Het is ook belangrijk om een onderscheid te maken tussen de absolute en de relatieve cijfers. Uit de absolute cijfers blijkt dat de levensverwachting van de algemene bevolking blijft stijgen. Dat lijkt positief, maar de relatieve cijfers leggen een ander verhaal bloot. **De laatste twee Gezondheidsenquêtes tonen aan dat de relatieve gezondheidsongelijkheden in ons land enkel toenemen**. Dat zijn natuurlijk wel cijfers tussen 2008 en 2012, een periode van volle economische crisis."

Algemene én specifieke strategieën

Hoe kunnen we die tendens van stijgende gezondheidsongelijkheden dan omkeren? Algemene campagnes voor de hele bevolking halen alvast weinig uit. "Wel integendeel, **enkel inzetten op zo'n algemene strategie doet de gezondheidsongelijkheden zelfs nog toenemen**. Je moet die algemene promotiecampagnes

combineren met specifieke maatregelen, op maat van bepaalde doelgroepen. Ten slotte zullen uiteraard ook alle maatregelen rond een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg een positieve impact hebben op de gezondheidsongelijkheden.” Dat bleek ook uit de resultaten van de werkgroep rond gezondheidsongelijkheden die Pol Gerits coördineerde. “Die is opgestart naar aanleiding van een gemeenschappelijke actie van de Europese Commissie, waar zowel de federale overheid als de 3 gewesten aan meewerkten. We gingen van start in 2013 en hielden ons vooral bezig met twee dingen: **gezondheidsongelijkheden op de politieke agenda krijgen** en mensen uit de verschillende sectoren transversaal laten samenwerken om tot duurzame oplossingen te komen.”

Beleid rond vijf pijlers

De activiteiten van de werkgroep resulteerden dan in een voorstel van actieplan dat werd voorgelegd op de Interministeriële conferentie Volksgezondheid. “Ongeveer de helft van onze voorstellen is momenteel al geïmplementeerd, voor de andere helft was er geen budget”, verduidelijkt Gerits. “De ingevoerde maatregelen draaien rond vijf pijlers: kiezen voor een inclusief beleid, universele toegang tot gezondheidszorg versterken, meer investeren in preventie, zorg op maat en een betere informatieverstrekking aan de patiënt. Enkele concrete voorbeelden zijn personen met een uitkering van het OCMW en gevangenen integreren binnen de klassieke ziekteverzekering, de preventie en begeleiding van risicozwangerschappen in samenwerking met Kind & Gezin en ONE, zorg op maat voor bepaalde doelgroepen als daklozen en sekswerkers, interculturele bemiddelaars die huisartsen bijstaan in hun praktijk via videoconferentie, ...”

En welke maatregelen zijn dan dode letter gebleven? “Dat gaat vooral over de sensibilisering van de zorgprofessionals over deze problematiek. Daar hebben we nog werk voor de boeg. Ook andere sectoren als tewerkstelling, onderwijs, huisvesting, ... moeten we nog meer duidelijk maken hoe hun beleid de gezondheidsongelijkheden kan helpen terugdringen. Een mooi voorbeeld is het inperken van het aantal vroegtijdige schoolverlaters. Of meer acties rond welzijn op het werk op maat van lager opgeleiden.”

Universeel proportionalisme

Om gezondheidsongelijkheden efficiënt aan te pakken, is het ook belangrijk om niet enkel te focussen op de groepen met de laagste socio-economische status. “Je moet rekening houden met de sociale gradiënt. Het hele spectrum dus, van de mensen met de laagste status tot en met de mensen met de hoogste status. Anders schuiven de ongelijkheden gewoon lichtjes op, maar blijven ze wel bestaan”, vertelt Gerits. “Je moet uitgaan van het zogenaamde principe van het universeel proportionalisme. **Het is belangrijk om ook universele maatregelen te nemen die qua schaal en intensiteit in verhouding staan tot de zorgnood.** Vergelijk het met

een loopwedstrijd: niet iedereen staat momenteel op dezelfde hoogte aan de startlijn. Bepaalde doelgroepen hebben nog een of meerdere extra duwtjes nodig. Zonder die bijkomende specifieke maatregelen op hun maat zullen ze de rest nooit bijbenen. Daarom moeten we zo vroeg mogelijk optreden, dat is de goedkoopste investering op lange termijn.”

Niet evident in de praktijk

Die verschillende kwetsbare groepen zijn ondertussen wel geanalyseerd, maar het ontbreekt nog aan voldoende maatregelen op hun maat. Hoe komt dat dan? “Je mag niet vergeten hoe complex die oefening is”, dixit Gerits. “Neem nu communicatie

op maat: **in feite heb je verschillende versies van een informatiecampaagne nodig die afgestemd zijn op verschillende doelgroepen. Zo ben je zeker dat iedereen de boodschap begrepen heeft.** Maar hoe doe je dat? Je kan toch moeilijk vier versies van de website rond borstkankerscreening maken? Of verschillende informatiebrieven rond stoppen met roken in functie van het inkomen of de opleidingsgraad? En dan hebben we het nog niet gehad over bijsluiters van geneesmiddelen. Die begrijpen hoogopgeleiden zelfs vaak niet. Pas als je heel concreet en praktisch begint na te denken over de problematiek van de gezondheidsongelijkheden, besef je hoe ingewikkeld het allemaal is. **Er is voorlopig nog te weinig wetenschappelijk bewijs over wat werkt in de praktijk en wat niet.** Het Verenigd Koninkrijk is al het langste bezig met actieplannen om de sociale gezondheidskloof te dichten, maar nergens zijn de ongelijkheden zo groot als daar.”

Je moet algemene promotiecampagnes combineren met specifieke maatregelen, op maat van bepaalde doelgroepen. Ook alle maatregelen rond een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg zullen een positieve impact hebben op de gezondheidsongelijkheden.



"Het is belangrijk om universele maatregelen te nemen die in verhouding staan tot de zorgnood. Vergelijk het met een loopwedstrijd: niet iedereen staat momenteel op dezelfde hoogte aan de startlijn. Bepaalde doelgroepen hebben nog een of meerdere extra duwtjes nodig."

Op naar de gezondheidsobjectieven

In de strijd tegen de sociale gezondheidskloof wijst Gerits ook op het belang van de gezondheidsobjectieven. "Op Vlaams niveau bestaan die al, maar op federaal niveau niet. Het **KCE is daarom bezig met de uitwerking van een methodiek voor dergelijke nationale objectieven**. Als die eenmaal bepaald zijn, zouden ze een goede hefboom kunnen zijn om de gezondheidsongelijkheden in ons land te verkleinen." Daarnaast zijn er nog een paar signalen die Gerits toch hoopvol stemmen over de toekomst. "De Europese Commissie heeft een nieuwe oproep gedaan om aan gezondheidsongelijkheden te werken en vanaf begin 2018 zal een nieuwe werkgroep aan de slag gaan. We zijn nu volop bezig met de voorbereidingen. De vorige werkgroep moest vooral een draagvlak creëren en instrumenten ontwikkelen, maar nu willen we de nadruk leggen op het invoeren van concrete acties. Bovendien staan de gezondheidsongelijkheden ook expliciet in de beleidsnota van Minister De Block en dat is een primeur. Nu moeten we ervoor zorgen dat dit thema op de politieke agenda blijft staan."

Wie zijn de kwetsbare groepen?

Gezondheidsongelijkheden treffen alle mensen die zich niet in de hoogste groep op de sociale ladder bevinden. Vooral het inkomen en het opleidingsniveau zijn daarbij twee belangrijke factoren. Volgens een studie van EuroHealthNet verdienen onder meer de volgende kwetsbare groepen extra aandacht:

- Eenoudergezinnen
- Etnisch-culturele minderheden
- Ouderen
- Kinderen in armoede
- Kinderen van kwetsbare ouders (financieel, psychisch, ...)
- Gevangenen
- Daklozen

www.health-inequalities.eu

* Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014



“Kinderarmoede bestrijden = ook armoede van de ouders bekampen”

Ter wereld komen in een precair milieu is nefast voor de gezondheid van kinderen. Een studie van de school voor volksgezondheid van de ULB, ondersteund door de Koning Boudewijnstichting, becijferde deze vaststelling onlangs en schetste er een duidelijker beeld van. Volgens Prof. Myriam De Spiegelaere, die het onderzoek leidde, zal de ongelijkheid wellicht enkel toenemen in de loop der jaren.

Uw studie belicht niet alleen de impact van armoede op geboorte, maar ook de invloed van het migratietraject. Wat zijn de resultaten?

M. D. S.: Dat armoede een impact heeft op de gezondheid van kleine kinderen, spreekt voor zich. Dat is vroeger al bewezen. Wij toonden echter ook aan dat de invloed van economisch moeilijke situaties op de gezondheid van zuigelingen verschilt volgens het migratietraject van de ouders. Sommige bevolkingsgroepen, vooral moeders uit de Maghreb, zijn redelijk beschermd tegen een laag geboortegewicht, prematuriteit of achterstand in de baarmoeder. Als je kinderen uit een gezin zonder inkomen met elkaar vergelijkt, zie je dat alle kinderen van wie de mama een migratieachtergrond heeft, of

ze nu genaturaliseerd is of niet, beter beschermd zijn dan Belgische kinderen. **Bij arme mensen zijn moeders van Belgische oorsprong dus het kwetsbaarst.**

Van waar komt die ‘bescherming’?

M. D. S.: Cijfers vertellen nooit exact waarom ... We kunnen wel een aantal hypothesen formuleren, bv. op basis van gegevens over tabaksgebruik die aantonen dat Marokkaanse of sub-Saharaanse vrouwen minder roken. En we weten allemaal dat roken een invloed heeft op het geboortegewicht. Andere hypothesen betreffen de omgeving van de zwangere vrouw, haar leefmilieu, haar gemeenschap en familie. Tot slot zijn er in die groep ook minder werkende vrouwen.

Heeft het opleidingsniveau van de moeder een invloed?

M. D. S.: Het opleidingsniveau van de moeder heeft een duidelijke impact voor Belgen, net zoals voor alle moeders uit Europese landen. Dus uit landen waar het schoolbezoek nauw samenhangt met sociale status, en waar sociale hiërarchie opgebouwd wordt op basis van het diploma. Vrouwen uit bv. Marokko of Turkije zijn minder geschoold. Een derde van de Turkse moeders heeft hoogstens een lagereschool-diploma. Maar op sociaal vlak heeft dat een andere betekenis. Een laaggeschoolde vrouw kan er een hoge sociale status hebben (meerdere eigendommen, huizen, ...). Bij ons, waar onderwijs verplicht is tot 18 jaar, duidt een lagereschooldiploma als hoogste studieniveau op een zeer precare situatie, een

handicap of andere grote moeilijkheden. En dat is nefast voor de gezondheid van het kind. In cijfers gaat het hier over een zeer kleine, maar uiterst kwetsbare bevolkingsgroep. **Hoewel sub-Saharaanse vrouwen hoger opgeleid zijn en langer naar school gegaan zijn dan de Maghrebijnse of Turkse moeders, leven ze vaker in armoede. Hun kinderen lopen hoge gezondheidsrisico's.** Bijna 39% van deze moeders leeft alleen met haar kind(eren). Ze vinden maar moeilijk werk en worden heel vaak geconfronteerd met discriminatie. Daarom is het zo belangrijk om, als je met een zwangere sub-Saharaanse vrouw praat, ook na te gaan of ze een dak boven haar hoofd heeft, werk heeft, ... Deze vrouwen lopen een verhoogd risico door hun levensomstandigheden.

Wat kunnen we doen om de gezondheid te bevorderen van kinderen met risico's vanaf hun geboorte?

M. D. S.: Om de gezondheid van zuigelingen te verbeteren, moeten we de sociale ongelijkheden in het algemeen aanpakken, vooral in Brussel. Kinderarmoede bestrijden betekent ook de armoede van de ouders bekampen. Neem nu de kinderbijslag: voor veel gezinnen een onmisbare steun, maar ze krijgen dat pas uitgekeerd na de geboorte. Moeders in een precare situatie krijgen geen enkele specifieke hulp tijdens de zwangerschap. Onze gegevens tonen nochtans aan dat de zwangerschap net een belangrijke factor is waardoor vrouwen in zo'n precare situatie terechtkomen. **Bijna de helft van de vrouwen werkt vóór de zwangerschap, maar stap voor stap vermindert dat aantal tot aan de eerste verjaardag van het kindje. Wat gebeurt er met die**

vrouwen? Een deel van hen wordt werkzoekende, een ander deel gaat naar het OCMW. De zwangerschaps- en geboorteperiode zijn periodes waarin vrouwen in sociale armoede terechtkomen. Er zijn dus beleidslijnen nodig die de toekomstige moeders onderaan de sociale ladder beter beschermen.

Moeders in een precare situatie krijgen geen enkele specifieke hulp tijdens de zwangerschap. Onze gegevens tonen nochtans aan dat de zwangerschap net een belangrijke factor is waardoor vrouwen in zo'n situatie terechtkomen.

En meer specifiek voor de kindjes?

M. D. S.: We hameren op de nood aan onthaal- en begeleidingsstructuren voor héél jonge kinderen. De impact op kinderen met een laag geboortegewicht of op vlak van kindersterfte, is slechts het topje van de ijsberg. Andere gevolgen voor de gezondheid die we niet meten en verband houden met het leefmilieu, zullen ook een invloed hebben op de leercurve. In Brussel wordt meer dan 40% van de kinderen in armoede geboren. Voor die kinderen is er dus absoluut een zeer goede opvang nodig.

Maar gaan die kinderen wel naar de opvang?

M. D. S.: Daar wringt het schoentje nu net: nee, want er is geen plaats. En de weinige beschikbare plaatsen zijn 'gereserveerd' voor mensen met werk. Wie werkt maar een laag inkomen heeft, vindt bovendien geen opvang op basis van zijn inkomen.

U had het over kindersterfte. Lopen kinderen die geboren worden in armoede een hoger risico?

M. D. S.: Gelukkig sterven er in België zelden kinderen vlak voor of na de geboorte: 7 op de 1.000 in de hele perinatale periode. Maar de cijfers verklappen toch dat het risico op een overlijden vóór de eerste verjaardag dubbel zo groot is voor een kind uit een gezin met werkloze ouders, dan voor een kind uit een gezin van tweeverdieners. Het komt dus zelden voor, maar daarom is het niet minder tragisch. **Twee keer zoveel risico lopen om je kind te verliezen vóór het een jaar oud is, dat is toch een enorme ongelijkheid.** We hebben voor onze studie rekening gehouden met deze indicator, omdat achter dit fenomeen andere gezondheidsproblemen schuilgaan. Die leiden dan wel niet tot de dood, maar maken het kind wel kwetsbaarder: aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, ... Deze kinderen komen aan de start van hun leven met een ontwikkelingshandicap die alleen maar zal toenemen en versterkt wordt door andere factoren als voeding, stress, vervuiling, ... En zo groeit de ongelijkheid.



Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be

En hoe gaat het met onze tieners?

Dankzij de internationale studie 'Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is dit geen retorische vraag. Vlaanderen en de Franse Gemeenschap horen namelijk bij de 44 streken of landen die deelnamen aan dit onderzoek. En de resultaten zorgen niet enkel voor onaangename verrassingen.



Katia Castetbon

Meer dan 8 op de 10 tieners, zowel in Vlaanderen (86,8%) als in de Franse Gemeenschap (85%), zijn tevreden met hun leven, ook al geven ze toe dat hun schoolwerk en de sfeer op school in het algemeen wel voor stress zorgen.

Ook meer dan 8 op de 10 van hen vindt dat ze in goede tot zelfs uitstekende conditie verkeren. Meisjes zijn hierover evenwel minder enthousiast dan jongens: in Vlaanderen heeft slechts 16,8% van de jongens een negatieve kijk op zijn gezondheid, tegenover 24,3% van de meisjes. Deze cijfers lopen gelijk met die in de Franse Gemeenschap (17,4% van de jongens tegenover 26,7% van de meisjes).

Paradox

Voor **Katia Castetbon, doctor Volksgezondheid aan de ULB**, is dit een van de tegenstrijdigheden van de puberteit. "In deze overgangperiode waarin ze afstand nemen van hun gezin, geven jongeren graag blijk van ongelukkige gevoelens die niet overeenstemmen met hun werkelijke perceptie. Het verschil tussen jongens en meisjes is dat meisjes over het algemeen meer aandacht besteden aan hun gezondheid dan jongens, en - met uitzondering van sport - meer geneigd zijn

om gezondheidsbevorderend gedrag te vertonen. Het logische gevolg van die aandacht is dat er een zekere angst ontstaat."

Kleine pijntjes

Ook al zijn ze in vorm, tieners houden de vinger aan de pols over hun eigen gezondheid. Zowel in Vlaanderen als in de Franse Gemeenschap zijn moeilijkheden om in slaap te vallen het meest genoemde symptoom (in Vlaanderen 26,4% van de meisjes en 20,5% van de jongens, aan Franstalige kant 31% van de jongeren, zowel jongens als meisjes). Daarna volgen zenuwachtigheid, slechtgezinndheid, hoofd-, rug- en buikpijn, duizeligheid en futloosheid. In verhouding vertonen meer meisjes minstens twee van deze symptomen meermaals per week, maar de 'meervoudige frequente symptomen' zijn ook gelinkt aan de welstand van de jongeren: hoe lager de welstand, hoe vaker de symptomen optreden.

Risicogroep

"Eigenlijk, en dat is een van de voornaamste lessen uit deze studie, vormen kinderen uit armere gezinnen een risicogroep", onderstreept Katia Castetbon. "Zo is het percentage van kinderen met overgewicht in

armere gezinnen dubbel zo groot: 25%, tegenover gemiddeld 12,5% in gezinnen die er warmpjes bij zitten. Uiteraard liggen meerdere factoren aan de basis van dit fenomeen, dat ook in de andere Europese landen voorkomt: de prijs van voedszaam eten, de aantrekkelijkheid van comfort food dat helaas zelden gezond is, maar ook de moeilijke toegang tot sportactiviteiten. Heel wat scholen stoppen sport in het verdomhoekje, of beschikken niet over de nodige infrastructuur om jongeren verschillende sporten te laten beoefenen die hen energie geven. Voor sommige gezinnen is het jaarlijkse lidgeld van bepaalde sportclubs ook onbetaalbaar.”

Schermtijd

Hoe dan ook, slechts 15% van zowel Vlaamse als Franstalige tieners volgt een van de hoofdaanbevelingen van de WHO: minstens een uur per dag aan sport doen om gezond te blijven. Schermen daarentegen slokken bijna alle tijd op: bijna 6 op de 10 jongeren kijken minstens 2 uur per dag tv, 52% van de tieners surft minstens 2 uur per dag op het internet, en 42% van de Vlaamse jongeren (43,8% in de Franse Gemeenschap) speelt minstens 2 uur per dag computerspelletjes. **“Ook hier hetzelfde fenomeen: tieners uit armere gezinnen zitten veel meer voor een scherm,”** aldus Katia Castetbon. “Het is een kwestie van hobby’s organiseren: hoe minder welstand in een gezin, hoe meer moeilijkheden met werk, onderdak, enz. zich opstapelen, en hoe moeilijker ouders het hebben om aan hun kinderen activiteiten voor te stellen die hen weghouden van het scherm, zeker als ze meerdere kinderen hebben.”

Informeren is niet genoeg

Wat kunnen we doen aan die socio-economische verschillen die de gezondheid van onze tieners beïnvloeden? “Informatiecampagnes, bv. over de consumptie van fruit en groenten, volstaan niet”, verduidelijkt Katia Castetbon. “We merken wel dat die sensibilisering de kennis over het onderwerp vergroot bij de bevolking in het algemeen, maar nog meer bij matig tot erg welgestelde groepen dan in armere milieus. **Hoe contradictorisch ook, informatie alleen zorgt juist voor meer ongelijkheid.** Daarom moet die communicatie aangevuld worden met een reeks acties

die de rol van de supermarkten en kleinhandelaars stimuleert bij de promotie van gezondheidsbevorderend gedrag. Ze zouden seizoensfruit en -groenten beter en aantrekkelijker kunnen uitstallen, of aan hun klanten tips geven over waar ze het goedkoopst aan fruit en groenten kunnen geraken, hoe ze het eten het best bewaren of correct klaarmaken, ... Met andere woorden: er is actie op verschillende niveaus nodig.”

Chips, cola & co

Positief: zowel in het noorden als het zuiden van het land daalt het verbruik van tabak en alcohol bij jongeren, ook al blijft binge drinking een probleem. Andere slechte gewoontes blijven echter schering en inslag, vooral bij jongeren uit minder gegoede milieus: de consumptie van gesuikerde dranken (meer dan 1 op de 3 jongeren drinkt ze elke dag) of frietjes en chips (15% van de tieners). “Op dat vlak zou België beter een goed voorbeeld nemen aan een paar buurlanden, waar de belastingen op gesuikerde drank zo hoog zijn dat water financieel interessanter is. Of waar reclame voor vette, gesuikerde of zoute voedingswaren verboden is in programma’s voor kinderen en tieners”, merkt Katia

Castetbon op. “Ook hier zorgt informeren alleen er niet voor dat mensen hun gedrag veranderen.”

En trappen maar!

Om tieners in beweging te krijgen, ongeacht hun sociale achtergrond, zouden we in de eerste plaats moeten mikken op actieve vervoermiddelen. Kortom, ervoor zorgen dat ze op de fiets, de step, hun rollerblades, ... naar school kunnen. “Dat houdt natuurlijk in dat straten en kruispunten veiliger moeten worden en jongeren een goede verkeersopvoeding moeten krijgen. Maar het is ook belangrijk om automobilisten te sensibiliseren en eventueel wandel- of fietsgroepen met begeleiding te organiseren. En uiteraard moet er op school plaats zijn om actieve vervoermiddelen te stallen tijdens de lessen. Als we hier een reflex van willen maken en zo een goede daad willen stellen voor gezondheid en milieu, is dat absoluut noodzakelijk.”



Marie-Françoise Dispa



“Benader migranten of vluchtelingen als elke andere patiënt”

Schrik van patiënten met een andere culturele achtergrond? Geen nood, u bent niet de enige zorgverlener die met een klein hartje een migrant of vluchteling onderzoekt. Het Steunpunt Cultuursensitieve Zorg (CSZ) krijgt regelmatig vragen van hulpverleners over hoe ze best zulke patiënten aanspreken. “Zelfs hele goeie gezondheidsprofessionals klappen plots dicht als ze merken dat er een patiënt met een migratieverhaal voor hen zit.”

“Eigelijk is het simpel: je moet als hulpverlener al je patiënten op dezelfde manier benaderen”, zegt **Stefaan Plysier, psycholoog bij het Steunpunt Cultuursensitieve Zorg (CSZ)**. Samen met zijn collega Redouane Ben Driss krijgt hij regelmatig vragen van hulpverleners die in contact komen met etnische minderheden. “Hele goeie gezondheidsprofessionals klappen plots dicht als ze merken dat er een patiënt met een migratieverhaal voor hen zit. Ze twijfelen ineens of ze hun werk nog wel kunnen doen. Dan nemen ze contact op met ons en vragen ze hoe ze zulke situaties best aanpakken.” Het antwoord van Plysier is duidelijk: doe net zoals je anders zou doen. “Het is niet zo dat je eerst iets over een bepaalde cultuur moet weten om een goede zorgverlener te zijn. We moeten afstappen van de redenering dat ‘een specialist in een bepaalde cultuur’ ons kan helpen om beter met andere culturen om te gaan. Neen! Communiceer met je patiënt. Als hulpverlener weet je best al voldoende om te werken met patiënten met een andere culturele achtergrond. Bij CSZ proberen we hulpverleners te leren hoe ze dat het beste doen.”

Rekening houden met migratieverleden

Door de vluchtelingencrisis zoeken steeds meer migranten hun plek in onze samenleving. En dat betekent dat er ook steeds meer zorgverleners om hulp vragen. “Vaak zien zij geneeskunde als iets ‘cultuurneutraal’: het is wetenschappelijk, dus niet onderhevig aan een cultuur. Maar dat klopt niet.

Waarom beslissen we om een scan te nemen van iemand zijn hoofd en niet om met de hele familie rond de tafel te zitten en te spreken over die persoon zijn hoofd? Dat is cultureel beslist.” De vluchtelingencrisis legt dat cultuurverschil open en bloot op tafel. “En dat is ook de reden waarom er nu meer hulpverleners de vraag stellen. Als er iemand een andere kleur heeft, denkt men sneller aan een cultuurverschil. **Vandaag is het belangrijk dat je als hulpverlener niet vergeet rekening te houden met een potentieel migratieverhaal of -verleden.** Of je patiënt nu een eerste, tweede of derde generatie migrant is, het blijft mogelijk dat een migratietrauma aanwezig is. Vluchtelingen en asielzoekers moeten verwerken dat ze een andere positie in de maatschappij hebben gekregen.”

Cultural interviews

CSZ organiseert verschillende vormen voor hulpverleners. “Momenteel geven we een soort introductie tot cultuursensitieve zorg. Vooral voor mensen die werken binnen de welzijns- en geestelijke gezondheidszorg, maar we hebben dit ook al gedaan voor vroedvrouwen”, legt Plysier uit. Daarnaast werkt CSZ samen met de Koning Boudewijnstichting rond een vierdaagse vorming over ‘Trauma in de asielcontext’. Plysier benadrukt dat hulpverleners na zo’n vorming verre van alles weten over etnische en culturele verschillen. “Het is ons doel dat ze na zo’n dag in staat zijn om te snappen welke stappen ze moeten zetten

als ze een patiënt met een andere cultuur voor zich krijgen. Zo spreken we bv. over 'cultural interviews'. Dat zijn vragen die je kan stellen aan de patiënt, waarbij je rekening houdt met zijn of haar cultuur. Die vragen gaan verder dan het probleem alleen. Stel dat je een depressieve patiënt voor je hebt. In plaats van enkel te focussen op de ziekte, vraag je ook best aan de patiënt hoe hij die depressie ziet.

Ziet hij het als een straf van zijn God? Wil hij medicatie of gelooft hij dat er in zijn huis een geest zit die hem depressief maakt? Die vragen gaan verder dan enkel de symptomen van depressie."

Online tolken

Het meest opvallende culturele verschil is de taal. Om patiënten goed te helpen, moet je als hulpverlener met je patiënt kunnen communiceren. Medische tolken worden dan ook steeds vaker geraadpleegd. "De ene hulpverlener kan hier beter mee overweg dan de andere. **Vooraf het idee dat er een derde persoon tijdens de consultatie aanwezig is, vinden sommigen vreemd**", vertelt Plysier. "Een hulpverlener is het gewoon dat hij de persoon is waartegen de patiënt praat. Het gaat om een een-op-eenrelatie. Online tolken werkt daarom soms beter: **een gezicht op een scherm is minder storend dan een extra persoon die fysiek aanwezig is**. En online tolken is minder duur omdat de tolk zich niet steeds moet verplaatsen. Daarom hopen we dat de overheid hier middelen voor uittrekt."

Plysier vindt het belangrijk dat hulpverlener en patiënt proberen om een gemeenschappelijke taal te vinden. "Dat kan zowel met als zonder tolk. Als er geen tolk beschikbaar is, moeten hulpverleners toch proberen om een taal te vinden waarbij ze hun patiënt verstaan. Het is niet omdat je geen Urdu spreekt, dat je er misschien niet kan geraken met een gemeenschappelijke kennis van Frans." Toch kan taal een hindernis lijken voor sommige hulpverleners. "Koudwatervrees is normaal, maar een hulpverlener mag taal nooit als excuus gebruiken om een patiënt niet te helpen."

Tips en ervaringen uitwisselen

De vluchtelingencrisis is nog niet voorbij en het aantal andere culturen zal alleen maar toenemen. "Maar dat is niet negatief!", benadrukt Plysier. "We moeten die evolutie als een kans zien. Die culturele diversiteit kan ons helpen om betere hulpverleners te worden. Het is belangrijk dat we best practices

met elkaar uitwisselen, zodat we al doende leren hoe we dit goed kunnen aanpakken. Zo hebben wij na één van onze vormingen een facebookgroep opgericht met de deelnemers. Zo kunnen zij onderling contact houden met elkaar en ervaringen uitwisselen. We moeten vermijden dat we 'aparteheid' stimuleren. We mogen niet denken dat er aparte circuits nodig zijn voor de verschillende culturen of talen. Op die manier ga je net mensen met een andere culturele

achtergrond stigmatiseren. Laat ze gewoon meegaan in onze bestaande manier van werken. Heb je een patiënt met een migrantieachtergrond voor je? Benader die persoon net op dezelfde manier als elke andere patiënt en gebruik je kennis en ervaring, maar tracht steeds te begrijpen hoe de hulpvrager naar zijn eigen situatie kijkt."

Koudwatervrees is normaal, maar een hulpverlener mag taal nooit als excuus gebruiken om een patiënt niet te helpen.

Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mlaz.be

Wat doet Het Steunpunt Cultuursensitieve Zorg (CSZ)?

Het Steunpunt Cultuursensitieve Zorg (CSZ) wil de hulpverlening aan Etnisch Culturele Minderheden (ECM) optimaliseren. Het Steunpunt is een aanspreekpunt voor hulpverleners die met zulke mensen in contact komen. CSZ valt onder het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg en kan een beroep doen op middelen van de Vlaamse Gemeenschap.

Meer info: www.cultuursensitievezorg.com

Is arm en oud ook out?

Het bezoek van een familielid, een babbeltje met de thuisverpleegster, hulp krijgen van de burens, ... Het is voor vele ouderen niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. Maar liefst 1 op de 5 is sociaal kwetsbaar, een risico dat nog hoger ligt bij ouderen in armoede. Wat zijn de gevolgen voor hun gezondheid en levenskwaliteit? Hoe kunnen we sociale uitsluiting en isolement bij hen voorkomen? D-SCOPE, een internationale onderzoeksgroep die kwetsbaarheid bij ouderen analyseert, reikt enkele pistes aan!



Liesbeth De Donder

Eerst het positieve nieuws: door de stijging van de minimumpensioenen en het hogere aantal werkende vrouwen is het armoederisico bij 65-plussers aan het dalen, van 23% in 2006 naar 15% in 2016*.

Niettemin is er extra aandacht nodig voor deze groep, want zij lopen een groter risico op kwetsbaarheid. En dat begrip dekt een brede lading. "Als het over kwetsbare ouderen gaat, denken we al te vaak aan fysieke kwalen. Kwetsbaarheid omvat echter veel meer dan dat", zegt Liesbeth De Donder, Prof. Agogische Wetenschappen aan de VUB en co-coördinator van D-SCOPE. "Ons onderzoek wees uit dat 1 op de 5 ouderen in Vlaanderen en Brussel sociaal kwetsbaar is. Zij zijn eenzaam, geïsoleerd en hebben geen kwalitatief sociaal netwerk. Dat risico is zelfs nog groter bij ouderen in armoede, bij hen gaat het om 1 op de 3 als het maandelijkse gezinsinkomen onder de 1.000 euro ligt.

Daarnaast bestaat er ook psychische kwetsbaarheid, cognitieve kwetsbaarheid en kwetsbaarheid op vlak

van omgeving. Dat laatste slaat dan op ouderen die in onaangepaste woningen leven."

Te grote klemtoon op het fysieke

Verschillende meetinstrumenten in zowel het buitenland als België houden vooral rekening met fysieke kwetsbaarheid, maar het onderzoek van D-SCOPE focust zich ook op die andere domeinen. "Als je sommige vragenlijsten bekijkt, zie je tien fysieke vragen, één sociale en één psychische. Het fysieke en functionele aspect is inderdaad belangrijk, maar die andere elementen zijn dat ook", benadrukt De Donder. "Enerzijds omdat die verschillende aspecten elkaar kunnen versterken, anderzijds omdat ze elkaar ook kunnen compenseren. Bij de opsporing van kwetsbare ouderen moet je daarom **naar het volledige plaatje kijken en nagaan wat ze wel nog kunnen**. Zo kan je kwetsbare ouderen gericht ondersteunen

om ze zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis te laten wonen."

Kwetsbare ouderen verwijst je niet door naar gepaste hulpverlening door een foldertje achter te laten. Je moet eerst hun vertrouwen winnen zodat ze eerlijk hun verhaal doen en daarna samen naar de gepaste oplossing zoeken.

Onder de radar

Dan blijft wel nog de vraag hoe je kwetsbare ouderen in armoede efficiënt kan opsporen. Want zij hebben nu eenmaal minder sociale contacten, geen geld voor thuiszorg, ... "Dat is een groep die inderdaad vaak onder de radar blijft", vertelt De Donder. **"Preventieve huisbezoeken door OCMW's, ziekenfondsen, gemeentelijke diensten, enz. zijn belangrijk, maar die moeten wel gericht gebeuren.** We willen dat systeem verbeteren en daarom hebben we risico-profielen opgesteld van ouderen die zo'n bezoek nodig hebben. In Tienen, Knokke-Heist en Gent lopen momenteel proefprojecten om op basis van bepaalde criteria langs te gaan bij ouderen. We vertrekken daarbij vanuit de gegevens uit het bevolkingsregister. Met die efficiëntere opsporingsmethode moet het mogelijk zijn om sneller preventief in te grijpen en ouderen in armoede niet door de mazen van het net te laten glippen."

Rol van de bakker, kruidenier, ...

Ook mensen die niet rechtstreeks aan zorgdetectie doen, kunnen een belangrijke rol spelen. "Bakkers, beenhouwers en andere mensen uit de buurt zien vaak alarmsignalen. Momenteel doen we interviews in bepaalde gemeentes met die mensen om te kijken welke rol ze willen spelen en wat ze nodig hebben om die rol te vervullen. **We willen zeker geen kliklijn creëren, maar hun input kan heel waardevol zijn om kwetsbare ouderen in armoede op te sporen en gericht te ondersteunen**", dixit De Donder. "Ook apothekers zijn daar vragende partij voor. Ook zij zien vaak problemen, onder meer op financieel vlak."

Ondersteunen = werk van lange adem

Kwetsbare ouderen in armoede opsporen is één ding, maar ze ondersteunen en begeleiden is nog iets anders. "Die mensen verwijst je niet door naar gepaste hulpverlening door een foldertje achter te laten", onderstreept De Donder. "Je moet eerst hun vertrouwen winnen zodat ze eerlijk hun verhaal doen en daarna samen naar de gepaste oplossing zoeken. Daarvoor heb je een **soort case manager nodig die niet achter z'n bureau blijft zitten en echt met die mensen aan de slag gaat om hen gericht verder te helpen.** Ook een zorgzame buurt en initiatieven vanuit de gemeente zijn van belang. Ik juich bv. projecten toe die ouderen uitnodigen om deel te nemen aan het maatschappelijke leven, maar daar komen uiteindelijk toch vooral de sterkeren op af. Gemeentes moeten nog meer gesensibiliseerd worden om aandacht te hebben voor de zwakkere ouderen die wegblijven van dergelijke participatieve activiteiten. Er is dus nog werk aan de vermaatschappelijking van de zorg."

En in de woonzorgcentra?

Weinig bezoeken, minder comfort op de kamer, afwezig zijn op betalende activiteiten, ...: armoede in woonzorgcentra uit zich vaak subtiel. Om deze voorzieningen te ondersteunen en begeleiden, stelde Caritas Vlaanderen een charter op met drie hoofdthema's:

- **Financiële toegankelijkheid voor de bewoners garanderen:** dagprijzen hanteren waarin alle basiszorg- en dienstverlening inbegrepen is, eerlijke en transparante communicatie over die prijzen, samen zoeken naar een realistisch afbetalingsplan, ...
- **Sociale uitsluiting van de bewoners tegengaan:** sensibilisering van personeel om armoede en sociale uitsluiting sneller op te merken, hulpmiddelenbeleid om bewoners maximaal te laten participeren aan dagelijkse activiteiten, bewoners informeren en helpen om hun rechten op te nemen en uit te oefenen, ...
- **Werknemers van woonzorgcentra ondersteunen:** jobzekerheid op lange termijn proberen te bieden, transparante communicatie en feedbackmomenten, vorming van medewerkers rond problematiek van armoede en sociale uitsluiting, ...

www.charterarmoedewzc.be

Deelnemen aan de samenleving

Dat die aandacht nodig is, bewijzen de onderzoeksgegevens van het Actief Zorgzame Buurt-project. "We vroegen aan ouderen in armoede wat ze zouden doen als ze meer geld hadden. Een kwart ging meer eten kopen, maar 4 op de 10 wou vooral meer deelnemen aan sociale activiteiten. **Sommigen hadden bv. maar genoeg geld om eenmaal per week naar het sociale restaurant te gaan. Dat verhoogt zowel hun psychische als sociale kwetsbaarheid**", zegt De Donder. "En op fysiek vlak kampt die doelgroep sneller met functionele problemen en chronische ziektes. Maar nogmaals, we mogen ons niet enkel op het fysieke aspect concentreren. We moeten ook oog hebben voor de sterktes van die kwetsbare ouderen en hoe we die nog verder kunnen versterken. Dat is essentieel om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk ouderen kwaliteitsvol kunnen leven in hun eigen thuisomgeving."



Steven Vervae

steven.vervae@amloz.be

Mobiele psychiatrische teams: zo dicht mogelijk bij de patiënt

Net als bij de meeste verzorgingsdiensten heerst ook in de psychiatrie de trend om het aantal ziekenhuisopnames en -verblijven terug te schroeven. In 2010 werden de eerste stappen gezet om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen. Nu, jaren na de invoering van die 'hervorming 107', zijn de mobiele psychiatrische teams volop aan de slag en hebben ze hun meerwaarde bij de opvolging van de patiënten al bewezen.

Het aantal geestelijke gezondheidsproblemen blijft maar stijgen in ons land. Volgens de laatste nationale Gezondheidsenquête van 2013 heeft 1 op de 3 mensen ouder dan 15 jaar psychologische problemen. In 2008 was dat nog 1 op de 4. In vergelijking met andere landen was ook het aantal psychiatrische bedden vrij groot: 152 psychiatrische bedden per 100.000 inwoners. Van alle Europese landen scoorde alleen Malta nog hoger, met meer dan 180 bedden per 100.000 inwoners. Datzelfde jaar stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in een studie vast dat 4.730 volwassen psychiatrische patiënten meer dan een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven (in een 'T-dienst') om hun sociale revalidatie te kunnen garanderen. Een derde van hen verbleef zelfs al

meer dan 6 jaar in een gelijkaardige dienst. De conclusie van de studie was dan ook dat de psychiatrische ziekenhuizen onvoldoende

Vóór de oprichting van de mobiele teams was het voor bepaalde patiënten na een ontslag uit de psychiatrische instelling vaak moeilijk of zelfs onmogelijk om hun dagelijkse leven weer op te pikken. In dergelijke situaties kunnen de mobiele teams de nodige ondersteuning bieden.

inspanningen leverden om deze patiënten opnieuw in de maatschappij te integreren.

Een nieuwe werkcultuur

Binnen deze context zag de hervorming 107 (zie kader) het licht, die vandaag in heel het land de organisatie van de psychiatrische verzorging regelt. "We hebben de werkcultuur volledig veranderd", vertelt **Bernard Jacob, federaal coördinator van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid**. "In plaats van te vertrekken vanuit de instelling, zoals dat vroeger het geval was, **zijn we nu vertrokken vanuit de behoeften van de persoon en zijn omgeving**. We kozen ervoor om te werken met netwerken, onder begeleiding van een coördinator die, samen met zijn medewerkers, het aanbod rond geestelijke gezondheidszorg moet heropbouwen en coördineren. **We streven vooral**

naar samenwerking tussen verschillende partijen die elkaar aanvullen in plaats van te werken met afzonderlijke zuilen.”

De mobiele teams passen perfect binnen deze filosofie. Er bestaan twee soorten teams: de mobiele crisisteams die thuis langsgaan bij mensen met acute psychiatrische problemen en de mobiele teams voor langdurige zorg die zich richten tot personen met chronische psychiatrische problemen van wie de klinische situatie vraagt om de hulp van een team. Elk team heeft zijn specifieke kenmerken en actiegebied. Deze teams, die gefinancierd worden door de FOD Volksgezondheid, zijn meestal verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen of algemene ziekenhuizen.

Verblijf in instellingen zoveel mogelijk beperken

De mobiele teams voor langdurige zorg volgen de patiënt op in zijn eigen omgeving, waardoor ziekenhuisopnames en stigmatisering zoveel mogelijk vermeden worden. “We willen uiteraard niet zomaar de verblijven in een instelling doen verdwijnen. **Het is veeleer de bedoeling dat de residentiële structuren voorbehouden blijven voor mensen die er echt nood aan hebben**”, gaat Bernard Jacob verder. “We streven een dubbele doelstelling na: we willen er enerzijds voor zorgen dat degenen die uit een instelling ontslagen willen worden en daartoe in staat zijn, dat ook effectief kunnen doen. Anderzijds willen we door snelle acties van de mobiele teams in de leefomgeving van de patiënten vermijden dat ze een beroep moeten doen op gespecialiseerde verzorging.”

Wie een beroep doet op de mobiele teams voor langdurige zorg, lijdt meestal aan vrij zware aandoeningen. Het gevaar om te hervallen loert altijd om de hoek. Vóór de invoering van de hervorming en de oprichting van de

De hervorming 107 in een notendop

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, ook wel de ‘hervorming 107’ genoemd naar het wetsartikel dat de financiële kant van de gezondheidsnetwerken regelt, trad in werking in 2011. De bedoeling van deze hervorming is om, vanuit een globale visie, de ziekenhuisinstellingen en de ontwikkelde diensten binnen de netwerken met elkaar te verbinden. “Het idee was niet om iets nieuws te creëren of om een extra laag toe te voegen aan alles wat al bestond, maar om het bestaande aan te vullen met een aanbod dat bij ons niet echt ontwikkeld was, namelijk de mobiele teams”, verduidelijkt Bernard Jacob. “Die teams zijn het resultaat van een bevrozing van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen en in de psychiatrische eenheden van de algemene ziekenhuizen. **De aanpak gebeurt via netwerken en de focus ligt op de behoeften van de patiënten en hun familie.** Elk netwerk spitst zich toe op een bepaald grondgebied en moet de volgende vijf functies of activiteitsdomeinen (de eerste vier functies bestonden al vóór de hervorming) omvatten:

- **de eerstelijnsverzorging:** preventie, opsporing, promotie van geestelijke gezondheidszorg en screening. Het gaat om de geestelijke gezondheidscentra, de wijkgezondheidscentra, de huisartsen, enz.
- **psychosociale rehabilitatie:** socio-professionele re-integratie, maar ook sociale inclusie
- **de ziekenhuizen**
- **woonvormen:** aangepast logement, beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, enz.
- **de mobiele crisisteams en mobiele teams voor langdurige zorg**

mobiele teams, was het voor bepaalde patiënten na een ontslag uit de psychiatrische instelling vaak moeilijk of zelfs onmogelijk om hun dagelijkse leven weer op te pikken. De schok van plots weer op zichzelf aangewezen te zijn, was te groot. In dergelijke situaties kunnen de mobiele teams de nodige ondersteuning bieden op vraag van de patiënt, zijn omgeving of de behandelende arts.

Een werk van lange adem...

In enkele jaren tijd heeft de dienst zijn nut bewezen en zijn sporen verdiend bij de eerstelijnsverzorging. “In 2014 gebeurde 32,5% van de interventies van de mobiele crisisteams op vraag van de huisarts”, verduidelijkt Bernard Jacob. “In 2015 was dat

meer dan 35%. Voor de mobiele teams voor langdurige zorg stellen we ook een stijging vast. In 2014 werd 8,3% van de patiënten doorverwezen door de huisarts, in 2015 was dat 14,45%.”

Uit de eerste evaluatieresultaten van deze nieuwe werkwijze blijkt duidelijk de meerwaarde van de mobiele teams, zowel voor de gebruikers en hun naaste omgeving als voor het team zelf. “Het is een werk van lange adem...”, besluit Bernard Jacob. “Alle actoren rond de tafel verzamelen, zorgen dat we allemaal dezelfde taal spreken en tot een gemeenschappelijke visie komen. In het begin vraagt dat wat tijd, maar we kunnen nu veel efficiënter werken.”



Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be



Wie zich aan de balie van het ziekenhuis aanmeldt, kan zich een hoedje schrikken: plots staat een vriendelijke robot je te woord. Steeds meer zorginstellingen maken gebruik van sociale robots om een deel van het werk te doen. Bij het UZ Brussel en in de centra van Armonia zijn de medewerkers én de patiënten alvast enthousiast.

De eerste robots maakten in de jaren '90 al hun intrede in de zorgsector. Vooral chirurgen deden graag een beroep op mechanische hulpstukken om met uiterste precisie te opereren. Intussen staat de wetenschap weer een stap verder en worden de robots stilaan menselijker. De humanoïde robot doet momenteel zijn intrede in de zorgsector. Denk maar aan Zora en Pepper, twee zorgrobots van het bedrijf Zora Robotics. Anders dan de bekende robots in de chirurgie vertonen ze menselijke trekken, waardoor ze op een toegankelijke manier kunnen worden ingezet. Verschillende ziekenhuizen en woonzorgcentra doen momenteel al een beroep op Zora en Pepper.

Ook Armonia, een van de grootste onafhankelijke aanbieders van ouderenzorg in België, experimenteert met deze robots. Zo beschikt de groep over een Zora die in alle woonzorgcentra langs komt. In woonzorgcentrum Pagode in het Brusselse Neder-Over-Heembeek zijn de bewoners alvast enthousiast over de vriendelijke robot. Zij maakten kennis met Zora tijdens het wekelijkse gymnastiek-uurtje. **De robot hielp de kinesiste om oefeningen voor te tonen en de bewoners deden duchtig mee.**

Mensen bloeien open

"Aanvankelijk had ik mijn twijfels over het nut van de robot, maar na enkele minuten werd al duidelijk dat onze bewoners positief reageerden op de dansende Zora", zegt **kinesiste Charlotte Guilmot van Pagode**. "De mensen deden enthousiast mee. Vooral voor de animatie tijdens de oefeningen is de robot de perfecte ijsbreker. Zora lijkt me ook ideaal om in kleine groepjes te werken met mensen die cognitief wat minder sterk zijn. In dat opzicht kan de robot een extra hulp bieden", aldus Guilmot.

Ook **Solange Legon, Head Care van Pagode**, staat positief tegenover Zora. **"De robot zal het personeel nooit vervangen, maar het is wel een nuttige extra. Toen Zora hier aankwam, zagen we meteen hoe enkele bewoners open bloeiden.** Zo wonen hier enkele mensen met dementie, en met één van hen kunnen we echt moeilijk contact leggen. Maar toen ze Zora bij een eerste kennismaking zag dansen, stond ze meteen op en deed ze vrolijk mee. Zo zie je toch hoe een robot als Zora hulp kan bieden in de zorg", zegt Legon.

Onderzoek bij diabetespatiëntjes

Ook de revalidatie-afdelingen in ziekenhuizen maken steeds meer gebruik van robots als Zora en Pepper. Vooral bij kinderen zijn ze erg populair. Het kinderziekenhuis van het UZ Brussel gaat zelfs een stapje verder: het werkt mee aan een onderzoek naar de hulp die robots kunnen bieden bij het behandelen van jonge diabetespatiëntjes.

In april startte het 2 jaar durende onderzoeksproject ROBO-CURE, een samenwerking tussen BruBotics, Zora Robotics, Medtronic, Cronos en UGent, onder leiding van de diabetesconventie voor kinderen en jongeren van het UZ Brussel. **ROBO-CURE onderzoekt hoe de zorgrobot Pepper zou kunnen helpen bij de verzorging en opvolging van kinderen tussen 4 en 12 jaar met diabetes type 1.**

“Op het moment dat we bij een kind diabetes type 1 vaststellen, verblijft het enkele dagen in het ziekenhuis”, vertelt **Inge Gies, pediatrisch endocrinoloog-diabetoloog in het kinderziekenhuis van het UZ Brussel**. “Het patiëntje en de ouders krijgen de eerste dagen na de diagnose heel veel info te verwerken. Ze leren hoe ze met de ziekte moeten omgaan, wat de verwachtingen zijn, hoe ze hun levensstijl moeten aanpassen, ... Dat is niet makkelijk, gezien de emoties na zo’n diagnose. En op dat moment kan een robot als Pepper helpen. Die draagt een tablet op zijn borst, waarmee hij boodschappen en filmpjes kan afspelen.”

Situatie herkennen en melden

Het UZ Brussel wil uitzoeken hoe Pepper de juiste intelligentie kan krijgen om op een persoonlijke manier met kinderen en hun ouders te communiceren. “Zo kunnen we de robot inzetten voor de educatie van de patiëntjes en de ouders. **We willen onderzoeken hoe we de robots kunnen gebruiken om kinderen te leren hoe ze met hun ziekte moeten omgaan.** En dat op maat van de patiënt, want elke patiënt is verschillend”, zegt dr. Gies. “Een idee is om in de toekomst de robot enkele dagen mee naar huis te geven, zodat er ook thuis begeleiding is als verlenging van de medische begeleiding in het ziekenhuis.”

In een volgende fase hopen de onderzoekers Pepper met de nodige intelligentie uit te rusten om situaties

te herkennen. “Zo zou Pepper data van de patiëntjes kunnen opmeten en aan de hand van die data meedelen wat er moet gebeuren en uitleggen waarom een aanpassing nodig is, zodat de patiënt beter zijn specifieke therapie begrijpt”, zegt dr. Gies. “Momenteel werken we al mee aan het Mobile Health project van minister Maggie De Block, waarbij we kinderen met diabetes type 1 met sensoren vanop afstand opvolgen. Via teleconsulting kunnen we veel sneller de therapie aanpassen en de patiënten beter begeleiden. Bij afwijkingen of problemen gaat er in het ziekenhuis een belletje rinkelen, zodat wij de patiëntjes kunnen contacteren en vanop afstand richtlijnen geven om de situatie op te lossen. Zo verbetert de opvolging van de patiënten, maar zij leren zelf ook om op de juiste manier met hun situatie om te gaan. Als we die werking kunnen verbeteren met een robot, zijn we nog een stap verder.”

“Als de robot technische taken kan opnemen als het opslaan van gegevens, hebben artsen plots meer tijd om hun sociale functie te vervullen.”

Als een vaatwasmachine

Het is vooral belangrijk dat de robots spontaan en persoonlijk communiceren. “Een filmpje dat de robot op de tablet toont, werkt in het begin wel, maar de ervaring leert ons dat dat niet blijft duren”, zegt dr. Gies. De robot houdt bv. rekening met de huidige glucosetrend en activiteit van de patiënt en met meerdere parameters als leeftijd, geslacht en taal om het juiste verhaal op het juiste moment op een overtuigende manier te brengen.

Of de robots op lange termijn niet het werk van verpleegkundigen zullen overnemen? “Ik zie het als een nuttig hulpmiddel”, zegt dr. Gies. **“De robots kunnen patiënten observeren en entertainen, data verwerken en hen wegwijs maken in een complexe therapie. Artsen en verplegers kunnen zich dan toeleggen op de punten waar extra uitleg nodig is.** Ik bekijk het als een vaatwasmachine. Veertig jaar geleden vonden mensen dat een overbodige luxe. Maar eens ze kennis maakten met het gemak ervan, beseften ze plots dat er tijd overbleef voor de aangename dingen des levens. Met de robots is dat hetzelfde verhaal: als de machine technische taken kan opnemen als het opslaan van gegevens, hebben artsen plots meer tijd om hun sociale functie te vervullen.”



Dieter Hautman

“Dankzij Bednet kon ik les volgen en was ik niet te vermoeid”

Foto: Reporters

Jongeren zitten vaak voor de buis, maar in het geval van Romy Verschuren is dat schermgebruik ook medisch verantwoord. Het voorbije schooljaar volgde zij dankzij Bednet haar lessen via een laptop vanuit haar bed. “Zo hoefde ik geen les te missen, was ik niet te vermoeid en kon ik ook mijn vrienden blijven zien.”

Een laptop met het programma van Bednet, een headset met bijhorende microfoon, een printer met ingebouwde scanner en kopieermachine en een goede internetaansluiting. Dat was het schoolmateriaal van Romy Verschuren uit Moerbeke-Waas. Romy is 19 en studeerde het voorbije schooljaar af in de richting Gezondheids- en welzijnswetenschappen aan het Koninklijk Atheneum in Zelzate. “Nee, ik ben geen jaar blijven zitten. Ik heb mijn 3e graad, dus het 5e en 6e middelbaar, over 3 jaar gevolgd”, vertelt ze. Ze kon niet anders, want voltijds les volgen was veel te vermoeiend voor haar. “Sinds mijn 9e lijd ik aan sclerodermie, een auto-immuunziekte die de huid, organen en gewrichten aantast. Vooral mijn spieren en gewrichten doen pijn. En ik ben heel snel vermoeid.”

Halve dagen les

Elke dag naar school gaan, was dus niet haalbaar voor Romy. “Toch heb ik dat lang gedaan”, getuigt

ze. “Pas de laatste 3 jaar van mijn schoolloopbaan wisselde ik lessen op school af met lessen via Bednet. Ik volgde in totaal 14u les per week, dus halve dagen.” Romy was zelf

“Ik wil graag in het buitengewoon onderwijs werken. Als er in bepaalde situaties over synchroon thuisonderwijs wordt nagedacht, hoop ik als ervaringsdeskundige sceptische kinderen en leerkrachten te overtuigen.”

vragende partij om Bednet te gebruiken. “Mijn vorige school stond

niet te springen om dit systeem toe te laten. Op dat moment was synchroon internetonderwijs nog geen recht van elk kind.” In september 2015 werd het dat wel en toen veranderde Romy van school en van studierichting. “In het Koninklijk Atheneum stelden ze zelf voor om met Bednet te werken. Ze hadden dit al gedaan met een leerling, voor een periode van enkele maanden.”

Niezen

Bij Romy ging het niet om maanden, maar om jaren. “Samen met de school maakte ik een planning op. Ik kreeg mijn eigen lessenrooster waarin ik lessen op school kon afwisselen met Bednet. Zo ging ik bv. 's ochtends 2u naar school, kwam ik tegen de middag naar huis en volgde ik in de namiddag nog les via Bednet.” Omdat Romy regelmatig therapie moest volgen en ook af en toe een dag in het ziekenhuis verbleef, gebruikte ze Bednet om dat op te vangen. “Met synchroon thuisonderwijs hoefde ik geen les



te missen, was ik niet te vermoeid en ik kon mijn vrienden blijven zien. Na de les kon ik nog even napraten via een chatbox met mijn vriendinnen of de leerkracht. Als ik me 's ochtends te zwak voelde om naar school te gaan, kon ik laten weten dat ik via Bednet les ging volgen. Bovendien kon ik de camera en de microfoon uitzetten, zodat ik wel de klas kon horen en zien, maar zij mij niet meer." In het begin was het even wennen, geeft Romy toe. "Zodra ik een geluid maakte, draaide iedereen zich om naar mijn scherm. Als ik moest niezen, probeerde ik de microfoon uit te zetten, maar natuurlijk ging dat niet altijd. Het was even schrikken als 25 hoofden zich omdraaiden en naar me keken gewoon omdat ik had geniesd." (lacht)

Goede afspraken maken...

Staat elke leerkracht wel te springen om met een Bednetleerling te werken? "Natuurlijk is dat een extra inspanning. Ik merkte dat bepaalde leerkrachten in het begin wat schrik hadden", vertelt Romy. "Elke Bednetleerling heeft een consulent. Die komt zowel bij de leerling thuis, als op school, uitleggen hoe het programma werkt. Je moet nu eenmaal weten hoe je documenten moet scannen, kopiëren of doorsturen." In de klas van Romy was ook daar een planning voor opgesteld. "Meestal was er een leerling verantwoordelijk voor Bednet", zegt Oshin Ghiotto, een vriendin en ex-klasgenote van Romy. "De klasleerkracht had een lijst gemaakt met wie wanneer Bednet opstart en afsluit. Diezelfde leerling moest ook de documenten inscannen of kopiëren. En Bednet

Wat is Bednet precies?

Synchroon internetonderwijs is sinds september 2015 een recht voor elk ziek kind in Vlaanderen en Brussel. Het voorbije schooljaar volgden 511 leerlingen les via **Bednet**. Concreet wil dit zeggen dat kinderen vanaf 5 jaar, die minstens 4 weken gebruik zullen maken van Bednet door ziekte of een ongeval, les kunnen volgen van thuis uit. Het materiaal en de begeleiding zijn volledig gratis voor de school en het gezin. 9 op de 10 kinderen die zo les volgen, slagen in hun examens en kunnen dus zonder probleem over naar het volgende leerjaar.

<https://bednet.be>

In Wallonië doet **vzw Take Off** net hetzelfde. "We krijgen vooral hulp van de ziekenhuizen", vertelt Sabine Verhelst, directrice van Take Off. "Zij brengen ons in contact met zieke kinderen, vooral kankerpatiëntjes. Momenteel volgen een honderdtal kinderen les via ons systeem." Het doel van Take Off is even nobel als dat van Bednet: zieke kinderen uit hun isolement halen en ervoor zorgen dat ze geen leerachterstand krijgen. "Wij gebruiken Skype om te communiceren en gebruiken het materiaal dat al ter plaatse is op de school of bij de kinderen thuis." Take Off krijgt voorlopig nog geen subsidies van de Waalse Overheid en werkt dus voornamelijk met de hulp van hun sponsors en dankzij giften.

www.takeoff-asbl.be

heeft een helpdesk waar we naar konden bellen in uiterste nood." "Het lijkt een hele organisatie en planning, maar met goede afspraken is er echt geen probleem", vult Romy aan.

"Via Bednet kon Romy ook deelnemen aan groepsopdrachten", zegt Oshin. "Dan gingen wij rond de laptop zitten met een headset op en communiceerden we zo met haar. Ze hoefde echt niets te missen." "Zelfs toetsen kon ik via Bednet maken, al vertrouwde de ene leerkracht mij meer dan de andere", lacht Romy.

"Ook voor de allerkleinsten is Bednet gemakkelijk te gebruiken", bevestigt Sophie Reyntens van Bednet. "**Het kan voor kinderen vanaf 5 jaar. Voor die kleuters bestaan er laptops met touchscreen en een kleine hoofdtelefoon.** Vaak helpen mama en papa hen in het begin, maar de kinderen hebben snel door hoe alles werkt en kunnen na een tijdje vlot alleen met de computer werken."

Verder studeren

Romy kan Bednet alleen maar aanraden. "Ik wil graag ooit in het buitengewoon onderwijs werken, als maatschappelijk assistent. Als er in bepaalde situaties over synchroon thuisonderwijs wordt nagedacht, hoop ik als ervaringsdeskundige sceptische kinderen en leerkrachten te overtuigen." Dit betekent ook dat Romy van plan is om verder te studeren. "Ik wil graag de richting Maatschappelijk Assistent volgen en ik ben volop bezig met het opstellen van een aangepaste planning. Alleen zal dat zonder Bednet moeten gebeuren. Gelukkig zijn de lessenroosters in het hoger onderwijs flexibeler en kan ik ze aanpassen zodat het niet te vermoeiend is voor mij. Dat wil zeggen dat ik die opleiding van 3 jaar, over 4 of misschien zelfs 5 jaar zal moeten volgen."



Lies Dobbelaere

lies.dobbelaere@mloz.be



DEBAT 'PSYCHOLOGEN AAN HET WOORD'

Geestelijke gezondheid: toegankelijkheid, preventie en samenwerking bevorderen



Een korte terugblik op ons debat met de psychologen. Ook deze 3e editie van 'Zorgverleners aan het woord' was een platform voor zeer interessante uitwisselingen. Dit keer over de geestelijke gezondheid, een zorgenkind binnen het Belgische gezondheidssysteem. Welke standpunten kwamen aan bod?

Voor **Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen**, blijft de aanpak van de geestelijke gezondheidszorg een open debat. "Hoe kan multidisciplinariteit haar plaats vinden in het domein van de geestelijke gezondheid?", werpt hij op. België scoort slecht op vlak van geestelijke gezondheid: 1 op de 4 Belgen kampt met psychische problemen, ons land kent een erg hoog zelfdodingscijfer, 1 op de 3 arbeidsongeschiktheden heeft te maken met een psychologisch probleem en we slikken heel veel antidepressiva. "Er is nood aan vroegtijdige opsporing en initiatieven rond preventie in alle omgevingen: op school, op het werk, in de gezondheidssector, ...", voegt Brenez eraan toe.



Xavier Brenez

Op zoek naar de juiste begeleiding

De getuigenis van Geert Ramaut illustreert deze problematiek goed. "Ik ben al mijn hele leven depressief." 7 jaar lang zocht Geert naar hulp alvorens hij zijn toestand kon stabiliseren. "Mijn depressie wortelt in mijn kindertijd." Geert heeft een lange weg afgelegd. Eerst zocht hij kwalitatieve psychoanalytische hulp, zonder succes. Dan werd hij doorgestuurd naar een psychiater. "Toen ik dan eindelijk op consultatie mocht komen, bleek dat deze dokter maar een kwartiertje per patiënt uittrok ..." Daarop besliste Geert naar een andere psychiater te gaan die raadplegingen van 45 minuten hanteerde, maar die schreef dan weer te veel medicatie voor. Vervolgens ging hij een jaar lang naar een psychiatrisch dagcentrum. "Dat heeft me echt geholpen, vooral de groepstherapie." Tot slot begon Geert een tweewekelijkse psychoanalyse. "**Door te praten heb ik mezelf teruggevonden. Maar deze opvolging kost een behoorlijke duik.**", vertelt Geert Ramaut.



Geert Ramaut

Toegankelijkheid in eerste lijn

Na deze getuigenis was het de beurt aan **dr. Olivier Mariage, huisarts in een wijkgezondheidscentrum**. Volgens hem is de huisarts slecht opgeleid in geestelijke gezondheidszorg. Dr. Mariage wijt dit aan een gezondheidssysteem dat te verzuild is en waarin de zorgprofessionals elkaar niet kennen. Behalve in de wijkgezondheidscentra, waar de teams volgens een multidisciplinaire logica werken: er zijn zowel dokters, psychologen als sociaal werkers aan de slag. "Dat is de logica van de gemeenschapsgezondheid. Zo krijgt de patiënt toegang tot verzor-



Martine Vermeylen

ging in zijn eigen omgeving en in de eerste lijn, wat erg belangrijk is.”

Wettelijk kader en onderwijs

Sinds 2016 heeft de geestelijke gezondheidszorg een nieuw wettelijk kader. “Deze wetgeving moet de toegang tot geestelijke gezondheidszorg verbeteren”, verklaart **Koen Lowet, gedelegeerd bestuurder van de Belgische Federatie van Psychologen**. “Er is een algemeen kader vastgelegd, maar we weten nog niet hoe dat gefinancierd zal worden, en op welke terugbetalingen de patiënt kan rekenen.” “Deze wet gaat niet ver genoeg!”, beklemtoont **Thierry Lottin, voorzitter van de unie van Franstalige klinische psychologen**.

Volgens Martine Vermeylen, psycholoog en lid van de professionele unie van psychologen, is het probleem dat deze wet geen rekening houdt met de bestaande best practices. “Het is verkeerd om een verstrekking alleen terug te betalen als ze toegediend werd door een universitair. Het is niet omdat je een universitair diploma hebt, dat je een goede psycholoog bent. Pas afgestudeerden hebben nog geen ervaring en dan zou de patiënt wel eens het gelag kunnen betalen.” **Tine Dae-seleire, klinisch psycholoog,**

gedragstherapeut en professor aan de KU Leuven, treedt haar collega bij. “Er moet ruimte komen voor andere soorten onderwijs over geestelijke gezondheid. Studenten hebben een theoretisch en professioneel kader nodig, maar ook ervaring. We moeten ze begeleiden en durven zeggen dat hun houding in de zorgrelatie niet gepast is”, bevestigt ze.

Toegankelijkheid en kwaliteit

De toegang tot kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg is een cruciale kwestie. “Dit is een maatschappelijk probleem”, legt Koen Lowet uit. “We moeten dat op een collectieve manier aanpakken. Er bestaan verschillende opties en als professional moet je die overwegen zodra dat noodzakelijk is. Er zijn hierover heel wat aanbevelingen, maar die worden in het veld niet altijd opgevolgd.” Zijn er, in afwachting van een optimale toegankelijkheid, bepaalde prioritaire doelgroepen voor de terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg? Voor Tine Dae-seleire is er toch wat nuancering nodig. “Er bestaan in België verschillende modellen voor psychologische opvolging. In plaats

van naar die zorgsystemen te kijken, moeten we ons buigen over de personen die ze gebruiken. En niet alleen de eerstelijnszorg terugbetalen, maar ook de tweedelijnszorg”, legt ze uit. “We moeten ook stoppen met alleen individuele begeleiding in overweging te nemen. Groepstherapieën werken ook heel goed.”

Investeren in preventie!

Koen Lowet hamert op de noodzaak om preventie beter te financieren. “Preventie betekent ook interesse in de omgeving van de patiënt, vooral het gezin”,



Tine Dae-seleire

merkt Martine Vermeylen op. “Ik denk dat preventie heel ver kan gaan”, aldus Tine Dae-seleire. “Om het probleem sneller te herkennen en de mensen dus bewuster te maken. Het is ook hoog tijd om de mentaliteit aan te pakken. We moeten het durven zeggen als het niet meer gaat. Het moet al mogelijk zijn om te praten over geestelijke gezondheid vanop de schoolbanken en ook hulp te zoeken, zonder taboe.”



Koen Lowet

Boeken

Medische verzorging in de taal van Shakespeare

Als arts kan je ook maar beter een polyglot zijn. Door de stijgende migratie en diversiteit is de kans groter dat huisartsen Engelstalige patiënten over de vloer krijgen. Wie niet over z'n woorden wil struikelen in de taal van Shakespeare, kan een beroep doen op dit boek. Een medische basiswoordenschat, een anamnese in praktische vragenlijsten, een tweetalige lijst van anatomische termen, een kort grammaticaal overzicht: 'Medisch Engels voor artsen' reikt artsen alle hulpmiddelen aan om Engelstalige patiënten vlot te kunnen helpen.



Medisch Engels voor artsen, Herlinda Vekemans en Stéphane Ostyn, Acco, 2017, 176 blz., ISBN 978-94-634-4113-1

Gedrags- en emotionele problemen onder de loep

Een goede verzorging van kinderen, jongeren en gezinnen begint bij een correcte diagnostiek. Deze boekenreeks wil zorgverleners de nodige handvatten bieden om klachten en symptomen goed in te schatten. In dit vierde deel staan de meest recente inzichten in gedrags- en emotionele problemen centraal. Van angst, depressie en eetstoornissen over hechtingsstoornissen of overmatig gamen tot ADHD en autisme. De auteurs schetsen eerst de theoretische achtergrond van deze klachten en dan reiken ze instrumenten en strategieën aan voor een handelingsgerichte diagnostiek.



Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen (deel 4), Guy Bosmans, Patricia Bijttebier, e.a., Acco, 2017, 208 blz., ISBN 978-94-634-4151-3

Eens een moeilijke eter, altijd een moeilijke eter?

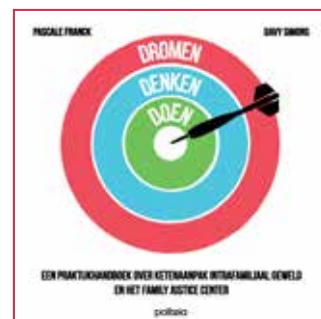
Kindjes die hun bord niet leegeten, het zal vele ouders bekend in de oren klinken. Maar wat als een kind met een echt eetprobleem kampt? Er bestaan nog altijd veel misvattingen over deze problematiek, zowel bij de betrokken gezinnen als de hulpverleners. Daarom schetsen Lien Goossens en Ellen Moens in dit boek de meest recente wetenschappelijke bevindingen over eetproblemen en reiken ze enkele praktijkgerichte handvatten aan. Onder meer de richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van eetproblemen komen aan bod, zowel bij kleuters, lagere schoolkinderen als jongvolwassenen. Een uitstekende leidraad voor zowel zorgverleners als gezinnen.



Eetproblemen bij kinderen en adolescenten, Lien Goossens en Ellen Moens, Acco, 2017, 130 blz., ISBN 978-94-634-4015-8

Hoe intrafamiliaal geweld aanpakken?

Elke dag krijgen mensen te maken met intrafamiliaal geweld. Bovendien is elk conflict en elke familie anders. Combineer dat met een versnipperde hulpverlening in Vlaanderen en je krijgt een complexe problematiek die momenteel niet wordt aangepakt zoals het hoort. Daarom introduceren de criminologen Pascale Franck en Davy Simons in dit boek de ketenaanpak, een manier van werken die de cliënt centraal stelt. Hoe werkt het precies? Wat zijn de voordelen? Je komt het te weten aan de hand van professionele getuigenissen, succesverhalen en een karrenvracht tips en inspiratie van de auteurs.



Dromen, denken, doen, Pascale Frank en Davy Simons, Politeia, 2017, 223 blz., ISBN 978-2-509-02957-7

Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals



Volg ons ook via
onze twitteraccount

 @Onafh_Zf

Wilt u de vinger aan de pols houden van de laatste debatten die voor deining zorgen in de wereld van de gezondheidszorg? Heeft u een onverzadigbare honger naar thematische dossiers, studies en brandend actuele nieuwsberichten uit de wereld van de zorgprofessionals?

**Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!
Surf naar www.mloz.be/abonnement**

*Health Forum is een publicatie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Een klacht?

Doe een beroep op onze ombudsman!

Bent u een zorgverlener, een zorginstelling, een verzekerde of een gewone burger? En bent u niet tevreden met een handeling, een verstrekking of een dienst van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen of een van zijn ziekenfondsen? Doe dan een beroep op onze ombudsman.

Wie kan een beroep doen op de ombudsman?

Iedereen! Of u nu lid bent van een Onafhankelijk Ziekenfonds of niet.

Wanneer kan de ombudsman u helpen?

Als u niet tevreden bent met een handeling, een verstrekking of een dienst van de Landsbond of een van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Belangrijk: klop eerst aan bij uw eigen ziekenfonds

Voor u een klacht indient, richt u zich in eerste instantie tot de dienst of de beheerder die belast is met uw dossier. In de meeste gevallen kan hier al een oplossing gevonden worden voor uw probleem, zonder dat u de klachtenprocedure moet activeren. Bent u nog altijd niet tevreden over de verleende dienst? Dien dan een schriftelijke klacht in bij de ombudsman.

Hoe kunt u een klacht indienen?

Alle details over de te volgen procedure en een elektronisch formulier vindt u op de site www.mloz.be/ombudsman

Meer info!

U kunt ons altijd bereiken op het nummer 02 778 92 11!

