APRIL-MEI 2018
NR.138

Weliswaar.be

WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSMAGAZINE VOOR VLAANDEREN

DE ZORG VAN MORGEN
geen zorg voor morgen

HOE LEREN WE NORMAAL OMGAAN MET AUTISME? "Toen ik een documentaire zag over autisme wist ik wat mij zo anders maakte."

ZORGEN VOOR MORGEN?

Als het gaat over de toekomst van de zorg, moeten we niet enkel denken aan technologie, maar ook aan duurzame waarden, patiëntencontact en zorgsystemen. Weten we wat zorgvragers denken over de zorg? Hoe organiseer je een ziekenhuis op een efficiënte, maar tegelijk menselijke manier? Op welke manier verbeteren we het contact tussen arts en patiënt? En welke rol speelt architectuur in de zorg?

Een alleswetende arts en een onwetende patiënt: dat beeld klopt niet meer. Patiënte Inge getuigt over hoe haar chronische darmontsteking behandeld werd. Ze kreeg medicatie voorgeschreven, maar besliste daarna zelf 'wat goed of slecht voor haar was'. Zo belandde ze op een bepaald moment in een diep dal. Dat leidde tot een goed gesprek met de arts, waarin zij ook haar visie en beleving van de ziekte kon delen. Vandaag bepaalt de dokter haar behandeling op basis van zijn professionele kennis, maar wordt er ook rekening gehouden met haar voorkeuren en wensen. Mensenkennis en patiënteducatie zijn van cruciaal belang. Sinds de dokter het belang van de behandeling uitlegde, komt Inge haar afspraken trouw na.

> "Het beeld van een alwetende arts en een onwetende patiënt klopt niet meer."

"De zorg van morgen moet de maatschappij zo gezond mogelijk maken en houden", vindt Marc Noppen (CEO van UZ Brussel). Dat kan volgens hem enkel als er

OMGAAN MET AUTISME

Educatief medewerker Peter Vermeulen vindt de tijd rijp voor meer begrip: "Personen met autisme zijn ook mensen."

TOEKOMST VAN DE ZORG

De technologie is voortdurend in verandering. Kan de zorgsector daar op een duurzame manier mee omspringen?

op vlak van cultuur, organisatie en beleid heel wat verandert. Een ziekenhuis is vaak ontzettend klinisch en kil. De verschillende afdelingen zijn meestal erg verticaal georganiseerd, los van elkaar, terwijl een patiënt meestal horizontaal met verschillende afdelingen in contact komt. En we focussen te weinig op preventie, waarschijnlijk mede doordat subsidies worden bepaald op basis van het aantal behandelde zieken. Noppen ziet in de toekomst van de zorg – uiteraard – een belangrijke rol weggelegd voor technologie, maar ook de invloed van architectuur op welzijn is niet te onderschatten.

Inrichting en architectuur hebben volgens architect Stéphane Vermeulen een fundamentele impact: gebruikte materialen, kleur van de kamers, het uitzicht, de lichtinval ... Hij pleit ervoor om bij de ontwikkeling van zorginfrastructuur niet enkel te overleggen met directies, maar ook met personeel én met de patiënten. Die laatsten zitten zelden mee aan tafel, terwijl het toch over hun gezondheid gaat. Tot slot: geen zorg zonder opleiding. Wie wil werken aan de toekomst van de zorg, moet ook werken aan de zorgopleidingen. Zorgambassadeur Lon Holtzer is blij dat er al meer aandacht gaat naar *soft skills* en het contact met de patiënt. Ze pleit zelfs voor een gemeenschappelijk eerste jaar voor alle zorgprofessionals dat ook daarop focust, en op het nut van multidisciplinaire samenwerking.

Hoe dan ook: de zorg van morgen is geen zorg voor morgen. Als we de zorg in de toekomst duurzaam vorm willen geven, moeten we daar vandaag mee beginnen.

Liesbeth Van Braeckel,
Hoofdredacteur *Weliswaar*

NIEUW WERK- EN ZORGDECREET

Goed nieuws voor mensen die tijdelijk geen betaald werk aankunnen. Vanaf 1 juli kunnen zij zich via activeringstrajecten rustig voorbereiden om de arbeidsmarkt weer te betreden.

OP ZOEK NAAR VERBONDENHEID IN DE ZORG

Filosoof Sylvain De Bleeckere probeert ethiek en zorg weer met elkaar te verzoenen.

EENVOUDIGE GEBAREN MET EEN GROTE IMPACT

Volgens Chris Lomme zit de essentie nog steeds in een klein hoekje: “Een goeie knuffel, dat kan een mens opbeuren.”

Omslagillustratie Pieter Van Eenoge

Het zijn ook maar mensen

HOE LEREN WE NORMAAL OMGAAN MET AUTISME?

Tekst Liesbeth Van Houdt en Liesbeth Van Braeckel | Foto's Jan Locus

"Ik was bijna twintig toen ik de diagnose autisme kreeg, maar ik wist altijd al dat ik anders was." Aan het woord is **Ibrich Gees**, een jonge vrouw van 34 die het goed kan uitleggen en graag lacht. Zo doorbreekt ze onmiddellijk een aantal vooroordelen over mensen met autisme. "Op mijn negentiende zag ik een documentaire over autisme en wist ik eindelijk wat mij zo anders maakte."

"Op school ging het moeilijk. Ik was trager dan anderen en heel snel afgeleid. Hoe ouder ik werd, hoe moeilijker het ging. Als we voor een examen iets uit het hoofd moesten leren, dan onthield ik alles. Elk detail leek voor mij even belangrijk. Ik was extreem gevoelig, nam alles letterlijk en begon te huilen als mensen op een boze toon tegen mij spraken. Daardoor werd ik het mikpunt van spot."

"Eten op school was een hel. Andere leerlingen namen soms mijn plaats af. Elke dag ging ik misselijk van de stress naar school. Het heeft jaren geduurd voor ik weer kon eten in het bijzijn van anderen. Nu nog kan ik niet eten op restaurant, tenzij met mijn ouders. Ik word er misselijk, ben bang om over te geven en ben alert voor elk geluid. Dat vraagt veel energie."

"Tot overmaat van ramp belandde ik in de richting 'verzorging', wat natuurlijk een grote flop werd. In zo'n richting moet je sociaal en vlot zijn. Dat lukte mij niet. Ik wist dat ik er niet thuishoorde, maar had geen idee waarnaartoe. Uiteindelijk mocht ik mijn laatste jaar niet afmaken en mocht ik ook niet in de sector gaan werken. "

> "Ik kreeg te horen dat ik het imago van de school zou schaden. Dat doet iets met je op je achttiende."

"Ik had enorm veel faalangst en werd depressief. Ik was net volwassen en zat thuis met een burn-out. Al die jaren vroeg ik me af wat er mis met mij was."

"Uiteindelijk stapte ik over naar het kunstonderwijs en kwam ik terecht op een school die veel moeite deed om me te laten zijn wie ik was. Ik volgde er enkel praktijkvakken en bloeide open. Ik kreeg weer vertrouwen, werd socialer."

"Nu gaat het goed met me, al is het nog altijd niet makkelijk om mezelf te zijn. Ik heb in de loop van de jaren geleerd mezelf te camoufleren. Afspreken met anderen vind ik vooral vermoeiend. Ik ben sociaal, maar doe veel te hard mijn best. Ik maak me voortdurend zorgen of anderen wel oké zijn, ik trek me alles van hen aan. Ook als tiener ging ik niet uit, daar had ik de energie niet voor. Voor mij was dat pure stress."

"Sinds een half jaar woon ik op mezelf, in een woonproject met acht andere mensen met autisme. Dat gaat heel goed. Ik vond ook een atelier in de buurt, waar ik twee keer per week abstract schilder. Binnenkort stel ik mijn werk tentoon. Daarnaast ben ik ook vrijwilliger voor Autisme Centraal."

"Buiten mijn werk ben ik het liefst thuis. Het huishouden is best een hele klus. Ik zie wat er allemaal moet gebeuren. Veel te goed volgens mijn medebewoners *(lacht)*."

IBRICH GEES OVER LEVEN MET AUTISME:

"Nu gaat het goed met me, al is het nog altijd niet makkelijk om mezelf te zijn. Ik heb doorheen de jaren geleerd mezelf te camoufleren."

Dreadlocks
Volgens cijfers van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) heeft 9% van de mensen die erkend zijn als persoon met een handicap autisme. Vier op de tien hebben daarbij nog een andere handicap of stoornis.

Peter Vermeulen, educatief medewerker bij Autisme Centraal, vertelt dat er veel meer diagnoses zijn dan vroeger. "Omdat er veel meer over autisme bekend is. Daarnaast is het leven onvoorspelbaarder geworden. Vroeger volgde een slagerszoon zijn vader op, was een job of een partner voor het leven. Die tijden zijn voorbij. Mensen hebben nu veel meer keuzes. Dat is niet voor iedereen eenvoudig."

"De misverstanden over mensen met autisme zijn nog altijd even groot", gaat Peter verder. "Mensen met autisme worden gezien als mini-Einsteins die geen vrienden kunnen hebben. Dat klopt absoluut niet."

Ibrich valt hem bij: "Mensen denken bij autisme direct aan de film *Rain Man*. Ik had 13 jaar lang dreadlocks. Mensen begrepen niet dat een autist ook voor zo'n kapsel kan kiezen *(lacht)*. Er wordt ook nog vaak gedacht dat autisme enkel voorkomt bij mannen, dat er geen vrouwen met autisme bestaan."

"Mensen geloofden niet dat ik een autist was omdat ik dreadlocks had."

"Leven met een autistisch brein is niet gemakkelijk", zegt Peter. "Zo'n brein denkt heel anders dan de wereld in elkaar zit. Er bestaat geen regel die bepaalt op welke stoel je moet zitten als je een vergaderzaal binnenkomt. Je moet de keuze van je stoel uit de context afleiden. Iemand met autisme heeft het daar moeilijk mee."

"Als je als persoon met autisme leert dat tranen verdriet betekenen en je plots iemand ziet huilen van geluk, lijkt het alsof je op niks kan vertrouwen in de wereld, alsof er geen zekerheden bestaan. Ik zie mensen met autisme als absolute denkers in een relatieve wereld. Ze houden van regels, omdat die hen houvast bieden."

Autismevriendelijker Vlaanderen
De wereld is chaotisch voor mensen met autisme. Onze samenleving kan meer inspanningen leveren om het mensen met autisme makkelijker te maken. Dat beseft ook Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Hij richtte in 2015 een speciale *taskforce autisme* op, een team van experts dat onderzocht hoe Vlaanderen autismevriendelijker kan worden. De aanbevelingen van de taskforce werden voorgelegd aan een NOOZO-groep ('Niets Over Ons Zonder Ons'), samengesteld uit mensen met autisme en betrokkenen. Dat alles leidde afgelopen jaar tot een actieplan van de Vlaamse regering.

"We willen met het actieplan en alle betrokken partners inzetten op een autismevriendelijke samenleving", zegt Vandeurzen. "Ons doel is om ervoor te zorgen dat mensen met autisme zoveel mogelijk ondersteuning op maat krijgen. Naar schatting (en afhankelijk van de gehanteerde definitie) wordt een persoon op de 161 geboren met autisme. Met het actieplan bieden we een antwoord op de knelpunten en noden die ouders, gebruikersorganisaties, experten en het werkveld op tafel legden."

"Naar schatting 1 persoon op 161 wordt geboren met autisme."

"Het actieplan is gericht op toegankelijkheid," zegt Vandeurzen, "op vroeger kunnen inspelen op noden door vroegdetectie, op een versterking van de kwaliteit van de aanpak en op participatie aan onze samenleving. We beseffen maar al te goed dat er nog veel uitdagingen voor ons liggen, met dit plan worden onze acties en prioriteiten tastbaar en duidelijk."

800.000 euro extra
Het actieplan, dat in 2018 en 2019 wordt uitgerold, wil mensen met autisme meer kansen geven in het dagelijks leven en wil hun ondersteuning verbeteren. De Vlaamse regering maakt er jaarlijks 800.000 euro extra voor vrij.

Een deel van het geld gaat naar het vergroten van de kennis over autisme. Zo krijgt de Vlaamse Vereniging Autisme (VVA) een subsidie van 52.000 euro om meer inleefsessies te organiseren. Daarbij worden scholen, bedrijven of organisaties ondergedompeld in het autistisch denken en voelen. Die sessies worden gegeven door een duo: iemand met autisme die uit eigen ervaring vertelt en iemand uit de omgeving, zoals een partner of ouder van iemand met autisme.

Daarnaast krijgt **participate-autisme.be** 130.000 euro om mensen met autisme en hun omgeving beter te informeren. De website vormt de referentie voor iedereen die op zoek is naar duidelijke en betrouwbare informatie.

Er is ook nood aan vernieuwend wetenschappelijk onderzoek en onderzoek naar praktische handvatten voor professionals. De Vlaamse overheid investeert daarom 140.000 euro in praktijkgericht onderzoek: academici en professionals zullen samen bestaande interventies en werkwijzen evalueren, verbeteren en bekendmaken. Daarnaast zal het werkveld heel gericht bijkomend ondersteund worden (375.000 euro) op basis van resultaten van onderzoek naar regionale samenwerking en noden in het werkveld.

De vier huidige centra voor ontwikkelingsstoornissen krijgen 900.000 euro extra budget om hun capaciteit uit te breiden. Dat is nodig, omdat de wachttijd voor een diagnose momenteel kan oplopen tot een jaar.

Ook maar mensen
"We kunnen allemaal inspanningen leveren om het mensen met autisme makkelijker te maken", zegt Peter Vermeulen. "Je kan mensen met autisme helpen door hen uit te leggen wat er te gebeuren staat. Je kan hun onzekerheid wegnemen door duidelijk te zijn, door voorspelbaarheid te creëren. Dat betekent natuurlijk niet dat je hen moet toespreken als een kind, want veel mensen met autisme zijn normaal begaafd."

> "Autisten worden vaak gereduceerd tot hun autisme, ze worden gezien als buitenaardse wezens."

"Nog een hardnekkig vooroordeel is dat er voor iemand met autisme niets mag veranderen", zegt Peter. "Bij Autisme Centraal plannen we voortdurend nieuwe dingen met onze mensen. En daar genieten ze ook van. We leggen hen wel altijd duidelijk uit wat we gaan doen, zodat ze goed weten wat te verwachten. Iemand met autisme wordt vaak gereduceerd tot dat autisme, ze worden gezien als buitenaardse wezens. Uiteindelijk zijn het ook maar mensen."

"Er wordt vaak beweerd dat er verschillende vormen van autisme bestaan, maar dat klopt niet", vervolgt Peter. "Autisme vormt slechts één kenmerk van een persoon en iedereen is anders. We stoppen mensen zo graag in vakjes. Laat ons daarmee ophouden. We denken heel autistisch over mensen met autisme."

Ook Ibrich gelooft dat de wereld een betere plek zou zijn als mensen meer begrip voor elkaar zouden tonen. "Ik bezocht al heel wat ziekenhuizen en dokters. Het is heel belangrijk dat zij begrip tonen en vooral ook de tijd nemen om te luisteren. Alles moet altijd zo snel gaan. In tien minuten tijd word je geholpen. Artsen moeten genoeg tijd uittrekken voor hun patiënten. Niet alleen voor hun patiënten met autisme, voor ál hun patiënten *(lacht)*."

PETER VERMEULEN, EDUCATIEF MEDEWERKER BIJ AUTISME CENTRAAL:
"Mensen met autisme worden gezien als mini-Einsteins die geen vrienden kunnen hebben. Dat klopt absoluut niet."

ASS aanvoelen

Omdat lezen en leren over autisme nog iets anders is dan echt voelen hoe het is om autisme te hebben, organiseert VVA inleefsessies autisme. Door verschillende methodieken word je ondergedompeld in het autistisch denken en voelen. Dieter Baeyens, hoofddocent Gezins- en Orthopedagogiek aan de KU Leuven, volgde jaren geleden zelf zo'n inleefsessie. Hij was er zo enthousiast over dat hij het meteen toevoegde aan het curriculum van alle studenten in de pedagogische richtingen. "Voor mij als docent is dat interessant, omdat ik zo in mijn lessen de theorie aan de praktijk kan koppelen. Je leert immers het beste door een combinatie van informatieverwerking in de lessen, vaardigheden opdoen tijdens een stage én een affectieve component: zelf meemaken wat het is om ASS te hebben. Een extra troef is dat deze sessies begeleid worden door ervaringsdeskundigen: mensen die zelf ASS hebben of er ervaring mee hebben in hun naaste omgeving. Zij zijn prima geplaatst om duiding te geven bij wat deelnemers beleven tijdens zo'n inleefsessie."

Baeyens wil niet te veel prijsgeven over hoe zo'n sessie precies in zijn werk gaat, maar verzekert dat de methodiek je echt onderdompelt in ervaringen en dat er bij de meeste deelnemers heel wat emoties aan te pas komen.

›› Wil je ook een inleefsessie volgen? VVA werkt een aanbod uit op maat van jouw organisatie of doelgroep: **www.mezelfzijn.be**

De autismetelefoon (de lijn voor iedereen met vragen over autisme) ontving in 2016 meer dan 3.533 oproepen en mails. Dat zijn er bijna tien per dag. "Elk jaar krijgen we meer vragen", zegt Ruth Raymaekers, communicatieverantwoordelijke van VVA. Ruim de helft van de bellers komt uit een gezin van een persoon met autisme, in 37% van de gevallen belt de moeder. Een derde van de gesprekken gaan over autisme in het algemeen of de diagnose.

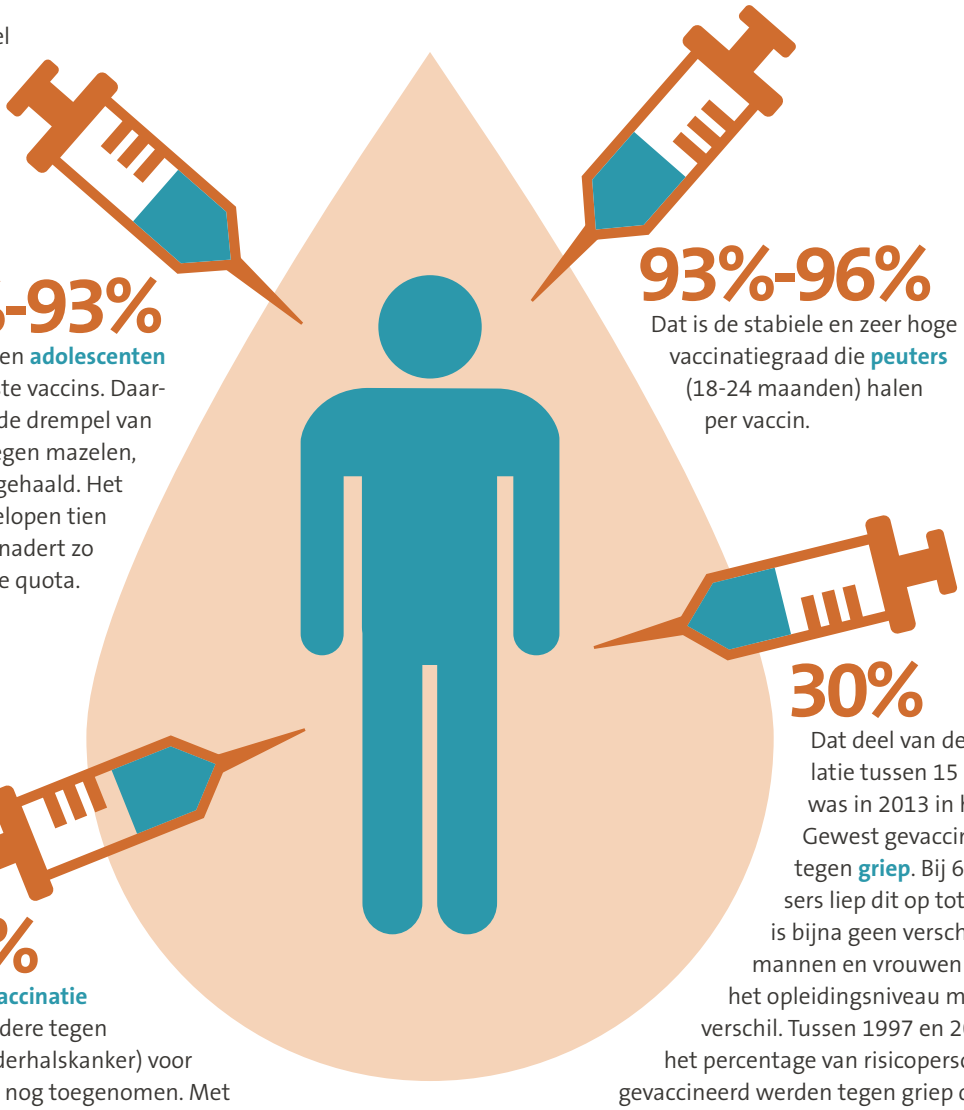
Autismetelefoon: 078 152 252

›› Autisme Centraal heeft een info- en documentatiecentrum en geeft advies, per telefoon, per mail en aan bezoekers: **www.autismecentraal.be**

VACCINATIES

Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen de bevolking hun hele leven lang doeltreffend beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten met ernstige impact op de levenskwaliteit. Zo luidt de gezondheidsdoelstelling. Bij kinderen en jongeren moet tegen dan een vaccinatiegraad gehaald worden die groepsimmuniteit verzekert. Binnen twee jaar zou de helft van de risicogroepen jonger dan 65 (ziekenhuispersoneel bijvoorbeeld) en minstens 75% van de 65+'ers gevaccineerd moeten worden tegen seizoensgriep.

Tekst Liesbeth Van Braeckel



91%-93%

Die vaccinatiegraad halen **adolescenten** van 16 jaar voor de meeste vaccins. Daarmee werd de voorgestelde drempel van 95% voor de vaccinatie tegen mazelen, bof en rode hond niet gehaald. Het percentage steeg de afgelopen tien jaar wel met 10% en benadert zo voor het eerst de beoogde quota.

93%-96%

Dat is de stabiele en zeer hoge vaccinatiegraad die **peuters** (18-24 maanden) halen per vaccin.

30%

Dat deel van de doelpopulatie tussen 15 en 64 jaar was in 2013 in het Vlaams Gewest gevaccineerd tegen **griep**. Bij 65-plussers liep dit op tot 62%. Er is bijna geen verschil tussen mannen en vrouwen en ook het opleidingsniveau maakt geen verschil. Tussen 1997 en 2004 nam het percentage van risicopersonen die gevaccineerd werden tegen griep duidelijk toe. Daarna stabiliseerde het cijfer.

90%

De **HPV-vaccinatie** (onder andere tegen baarmoederhalskanker) voor meisjes is nog toegenomen. Met een vaccinatiegraad van 90% kunnen we van een succes spreken.

» De vaccinatieweek start vanaf 23 april: **www.vaccinatieweek.be**

(Bron: VRIND 2017)

Stop it Now!: hulplijn voor mensen met pedofiele gevoelens”

“NIET ELKE PEDOFIEL IS EEN DADER”

Liesbeth Van Houdt | Foto Bob Van Mol

Stop it Now!, de Vlaamse hulplijn voor mensen met pedofiele gevoelens, kreeg vorig jaar 310 telefoons en e-mails. De hulplijn wordt het vaakst gecontacteerd door mensen die zich zorgen maken over hun seksuele gevoelens. Maar ook heel wat partners, familie of vrienden nemen contact op. *Weliswaar* maakt na een jaar de balans op met Minne De Boeck, criminologe en projectverantwoordelijke van *Stop it Now!*

Uit internationaal onderzoek blijkt dat ongeveer 1% van de mannelijke bevolking zich aangetrokken voelt tot kinderen. Dat betekent dat ongeveer 44.000 Belgische volwassen mannen pedofiele gevoelens zouden ervaren. “Het merendeel van die mannen wil echter nooit overgaan tot misbruik”, zegt **Minne De Boeck** van het Universitair Forensisch Centrum. “Die mensen worstelen met hun gevoelens en beseffen vaak dat ze hun seksuele interesse op geen enkele manier mogen en kunnen beleven. Wij willen hen helpen door te luisteren. Eventueel verwijzen we hen door naar gespecialiseerde hulp. Met *Stop it Now!* zetten we in op preventie. We willen seksueel misbruik voorkomen.”

Meer dan één oproep per dag

De hulplijn bestaat in ons land sinds 19 mei 2017. “Van mei tot december 2017 werd *Stop it Now!* 310 keer gecontacteerd”, zegt Minne. “Dat is gemiddeld meer dan één keer per dag. Mensen contacteren ons het vaakst via e-mail, in 40% van de gevallen worden we gebeld. *Stop it Now!* garandeert anonimiteit, maar niet iedereen wil altijd anoniem blijven. Soms mailen mensen ons met naam en toenaam. Het is vooral belangrijk dat mensen vertrouwen krijgen in de hulp die *Stop it Now!* biedt.”

> “*Stop it Now!* garandeert anonimiteit, maar soms mailen mensen ons met naam en toenaam.”

“Ongeveer 60% van de mensen die ons contacteren, maakt zich zorgen over zichzelf”, gaat Minne verder. “Ze willen praten over hun gevoelens of zoeken hulp. In 20% van de gevallen worden we gecontacteerd door professionals, of door vrienden of familie die zich zorgen maken over iemand in hun omgeving. We krijgen ook veel algemene vragen over pedofilie en kindermisbruik.”

“Vorig jaar werden we door zes vrouwen gecontacteerd die zich zorgen maakten om hun eigen seksuele gevoelens”, zegt Minne. “Volgens wetenschappelijke cijfers wordt kindermisbruik in 1 op de 20 gevallen gepleegd door vrouwen. Toch blijft dat misbruik vaak onder de radar. We weten ook niet veel over pedofilie bij vrouwen. Het is dus opmerkelijk dat er toch een aantal vrouwen de weg vindt naar de hulplijn.”

39 mensen doorverwezen voor hulp

"In 2017 verwezen we 39 personen door naar behandelcentra voor seksueel afwijkend gedrag. *Stop it Now!* verwijst enkel door: mensen kiezen zelf of ze effectief de stap naar therapie of begeleiding zetten. Lang niet elke pedofiel moet doorverwezen worden", zegt Minne. "Voor een aantal mensen is het perfect mogelijk om met pedofiele gevoelens te leven zonder over te gaan tot seksueel misbruik. Soms hebben ze ook iemand in hun eigen omgeving waarmee ze erover kunnen praten. Een sociaal netwerk om op terug te vallen is in zo'n situatie heel belangrijk."

> "Niet elke pedofiel is een dader. Voor een aantal mensen is het perfect mogelijk om met pedofiele gevoelens te leven zonder over te gaan tot kindermisbruik."

"Onze medewerkers zijn gebonden aan het beroepsgeheim, net zoals elke andere hulpverlener", zegt Minne. "Dat betekent dat we enkel misdrijven kunnen melden aan het parket als er ernstige vermoedens zijn dat er een kind in gevaar is. Afgelopen jaar hebben we één noodsituatie gemeld aan het parket."

> "Vaak is de stap naar hulpverlening groot. Wij willen de stap naar gepaste hulp verkleinen."

Kleinere stap naar hulp

De drie hulpverleners die de telefoonlijn van *Stop it Now!* bemannen hebben expertise in het bespreken van pedofilie en seksueel misbruik. Ze zijn ook opgeleid voor laagdrempelige hulpverlening via telefoon en e-mail en ze volgden een opleiding suïcidepreventie. "Mensen met pedofiele gevoelens ervaren vaak depressieve klachten", zegt Minne. "Ze lijden onder hun gevoelens, schamen zich, zijn angstig dat hun verlangens zouden uitkomen en voelen zich geïsoleerd. Een gevoel van hopeloosheid vergroot de kans op risicogedrag, dus preventie is bij deze mensen heel zinvol. Vaak is de stap naar hulpverleninggroot. Wij willen die drempel verlagen."

Minne De Boeck evalueert het eerste jaar van *Stop it Now!* alvast positief. "Bij de start hadden we geen idee of onze doelgroep, die heel moeilijk te bereiken is, de weg naar ons zou vinden. De cijfers van vorig jaar liggen boven de verwachtingen. Elke stap naar hulp vermindert het risico op kindermisbruik. Dat maakt *Stop it Now!* de moeite waard."

Getuigenis
Frederik* nam contact op met *Stop It Now!* en vond op die manier professionele hulp. Voor *Weliswaar* wil hij anoniem getuigen:

"Toen ik voor het eerst over *Stop It Now!* hoorde in de media, wist ik al dat ik vroeg of laat contact zou opnemen. Ik besefte heel goed dat ik hulp nodig had, maar het is niet evident om naar buiten te stappen met iets waar een enorm taboe op rust. De stap naar hulp maakt alles heel concreet en echt, terwijl ik mijn probleem het liefst ver wegstopte."

"Rond mijn zestiende merkte ik dat de leeftijd van de jongens waar ik op viel niet mee opschoof met mijn eigen leeftijd. Ik was me bewust van wat er aan de hand was en ik lag daar 's nachts ook echt van wakker. Geen haar op mijn hoofd dat eraan dacht om er met iemand over te praten. Ik hield mijn gevoelens goed verborgen. Maar dat was ontzettend zwaar. Nu weet ik dat ik erover moet praten om de last te verlichten. Het werd steeds minder leefbaar."

"Ik schaam me dood voor een deel van mezelf waar ik niet voor heb gekozen. De maatschappij ziet me als een zieke paria. En ik blijf me eenzaam voelen, ook al zijn er nu verschillende mensen waarbij ik terechtkan. Ik dacht altijd dat mensen me zouden laten vallen als ze ook dat stukje van mij zouden kennen. Dat wantrouwen dooft maar heel langzaam uit."

"De eerste die ik in vertrouwen nam, was mijn partner. Ik vertelde het hem met een heel klein hartje. Dat zorgde zeker in het begin voor spanningen, en het is nog steeds niet gemakkelijk, maar hij probeert me te steunen waar hij kan."

"Onlangs vertelde ik het ook aan mijn ouders, de ouders van mijn partner en enkele vrienden. Dat was voor mij een grote, maar noodzakelijke stap. De reacties waren begripvoller dan ik verwachtte. Het valt me op dat vooral ikzelf nog moet wennen aan het idee dat 'mijn geheim' geen geheim meer is. Ik krijg nu professionele ondersteuning en heb daarbuiten geen nood om erover te praten. Het feit dat bepaalde mensen rondom mij op de hoogte zijn, maakt het al veel draaglijker."

"Ik schaam me dood voor een deel van mezelf waar ik niet voor heb gekozen. De maatschappij ziet me als een zieke paria."

"*Stop It Now!* heeft mij enorm geholpen. Het was de beste beslissing die ik kon nemen. Ik raad iedereen die met kleine of grote vragen zit aan om contact op te nemen. Ik maakte me eerst grote zorgen over mijn anonimiteit, ook al wist ik dat de medewerkers van de hulplijn gebonden zijn aan beroepsgeheim. Na een paar mails voelde ik me zeker genoeg om mijn verhaal te doen."

"De medewerker met wie ik een vast contact had, oordeelde niet. Hij probeerde raad te geven en zelfs na tientallen lange mails van mijn kant bleef hij geduldig en professioneel. Het maakte heel wat los bij mij, maar hij gaf me voldoende ruimte. Ik voelde me veilig. Uiteindelijk kreeg ik gegevens van mensen die me professionele hulp konden bieden. Opnieuw een grote stap, deze keer niet langer anoniem en vanop afstand, maar ik ben blij dat ik de stap heb gezet."

**Frederik is een schuilnaam*

Stop it Now! ontstond 25 jaar geleden in de VS. Ook in Duitsland, Ierland, Groot-Brittannië en Nederland bestaat er al langer een preventieve hulplijn. De Nederlandse hulplijn wordt ongeveer 60 keer per maand gecontacteerd.

Stop it Now! ontvangt subsidies van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen. Ook het fonds Gerald Futter, beheerd door de Koning Boudewijnstichting, financiert het project in Vlaanderen. *Stop it Now!* Vlaanderen is een initiatief van het Universitair Forensisch Centrum (UFC) en I.T.E.R., een ambulant behandelcentrum voor preventie, begeleiding en behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Je kan *Stop it Now!* contacteren via vragen@stopitnow.be of 0800 200 50. De hulplijn is vertrouwelijk, anoniem en gratis.

DOSSIER: DE TOEKOMST VAN DE ZORG

Als het gaat over de toekomst van de zorg, moeten we niet enkel denken aan technologie, maar ook aan duurzame waarden, patiëntencontact, efficiënte zorgorganisaties en opleidingen. Ook die moeten mee zijn met hun tijd. Wat weten we over de wensen en noden van patiënten? Hoe organiseer je een ziekenhuis op een manier die tegelijk efficiënt en menselijk is? Hoe zorg je ervoor dat de communicatie tussen arts en patiënt tweerichtingsverkeer is? En wat is het belang van goede architectuur in de zorg?

Hoe moet de zorg er uitzien in 2030?

WEG MET HET HOKJESDENKEN

Tekst Goele Geeraert | Foto Jan Locus

Het UZ Brussel lanceerde de vraag naar de toekomst van de zorg eind vorig jaar onder alle mogelijke belanghebbenden: van chirurgen en artsen, over ICT'-ers en architecten, tot patiënten. *Weliswaar* laat twee trekkers van het project aan het woord: Marc Noppen (CEO UZ Brussel) en Edgard Eeckman (communicatiemanager UZ Brussel).

In het oude China werden artsen betaald zolang de dorpelingen gezond waren. Zodra je ziek werd, moest je geen geld meer geven. De Chinezen zetten destijds in op een staat die haar burgers gezond houdt en begeleidt om niet ziek te worden. Dat is ook ruwweg de toekomstvisie van **Edgard Eeckman** en **Marc Noppen** (UZ Brussel). "Je kan die visie alleen verwezenlijken als er op vlak van organisatie, cultuur en beleid een aantal zaken fundamenteel wijzigen."

Verkeerd design

Als CEO van het UZ Brussel weet Marc Noppen waarover hij spreekt. Het design van de gezondheidszorg – die in feite een ziekenzorg is – kan in de toekomst niet overleven. "We focussen veel te weinig op preventie en de omgeving zet ook niet echt aan tot genezing."

Volgens de pneumoloog annex CEO kampen onze hospitalen met structuren uit de vorige eeuw. Ze beschikken over gespecialiseerde afdelingen – het operatiekwartier, de labo's, de revalidatie – die losstaan van elkaar, terwijl het zorgpad van een patiënt vaak door al die departementen heen loopt. Marc Noppen: "Iemand met een hartinfarct moet zowel op het operatiekwartier, in het labo en op de revalidatie zijn. Vandaag zijn al die departementen gescheiden. Dat kost zowel de patiënt als de maatschappij overbodig veel geld en tijd. Bovendien gaat er heel wat info verloren. Om dat te vermijden, hebben we een meer horizontale organisatie nodig. Maar de weerstand tegen verandering is groot."

Anders belonen

Een betere organisatie is niet de enige vereiste om de zorg van de toekomst een kans te geven. Volgens Noppen – en met hem vele anderen – kampt de sector met een fout beloningssysteem. Ziekenhuizen worden betaald op basis van het aantal verantwoorde bedden. Hoe meer zieken je zo snel mogelijk behandelt, hoe meer overheidsgeld je incasseert. "Waarom zou je dan op preventie focussen? Voor een overstap van zieken- naar gezondheidszorg hebben we een ander beloningsbeleid nodig. Slechts 20 tot 30% van de zieken is genetisch bepaald, 70% is gedrags- en omgevingsafhankelijk en dus vermijdbaar met een preventieve aanpak."

De CEO kijkt daarbij naar de technologie als een belangrijk hulpmiddel. "Slimme preventie, predictie, big data, kunstmatige intelligentie: ze bieden ons de mogelijkheid om sneller en gerichter in te grijpen en zo een ziekenhuisopname te vermij-

den. Maar ook op dat vlak lopen we nog wat achter, deels door onze 'luxesituatie'. Landen zoals Bangladesh of India hebben veel minder verpleegkundigen en artsen. Zij moeten wel met mobiele gezondheidszorg en telegeneeskunde aan de slag, waardoor ze op dat vlak al een pak verder staan."

De stem van de patiënt

Een gezondheidszorg die meer focust op preventie en algemeen welzijn herverdeelt de verantwoordelijkheid tussen de patiënt en de medische professional. Edgard Eeckman deed er onderzoek naar. Zijn conclusie? "Het gros van de patiënten wil meer verantwoordelijkheid nemen, op voorwaarde dat ze ook wat te zeggen hebben. Vandaag wordt er nog te veel boven hun hoofd beslist. Hun stem moet niet enkel in tevredenheidspolls weerklinken, maar ook in raden van bestuur en werkgroepen rond een toekomstvisie. Negeer je hen in dat beleidsverhaal, dan mis je niet enkel draagvlak, maar ook cruciale informatie."

EDGARD EECKMAN, COMMUNICATIEMANAGER UZ BRUSSEL:

"Een coherente langetermijnvisie is nodig om de dingen in beweging te brengen."

Hoe moet de zorg er in 2030 uitzien? Edgard Eeckman: "Momenteel lopen de meningen daarover uiteen, dus moeten we het debat voeren met iedereen die er belang bij heeft. Vandaar ons project *Zorg 2030*." Met het initiatief wil het UZ Brussel ook bijdragen tot een visie op Vlaams en federaal niveau. Die is er, dixit Edgard Eeckman, momenteel niet: "De beleidsmakers hebben misschien wel ideeën over de zorg van de toekomst, maar ik heb het gevoel dat een gedragen, coherente langetermijnvisie ontbreekt. Nochtans is die nodig om de bakens uit te zetten. Zonder duidelijk zicht op hoe je de toekomst ziet, verander je fundamenteel niets."

Architectuur als heilzame therapie

"KIES VOOR EEN OMGEVING DIE HELPT GENEZEN"

Tekst Goele Geeraert | Foto Jan Locus

"Een uitgekiende zorgarchitectuur en -omgeving kunnen het welzijn van de patiënt verbeteren. Bovendien biedt een modernere infrastructuur de kans om kostenbesparend te werken." Architect Stéphane Vermeulen (director healthcare design – VK Architects and Engineers) is vast overtuigd van wat hij beweert. Maar zijn de zorgsector en de overheid mee met zijn ideeën?

"Tal van internationale studies tonen aan dat de inrichting van een ziekenhuis het welzijn van de patiënt en zijn verbeteringsproces kan bevorderen of afremmen", zegt **Stéphane Vermeulen**. De gebruikte materialen, de lichtinval, het uitzicht, de geur en de kleur van de kamers en van andere sociale ruimtes zoals de wachtzaal, de inkomhal of de gangen: het heeft allemaal een impact op het welbevinden van mensen.

Het wetenschappelijke bewijs is voorhanden. Hoe komt het dan dat er maar mondjesmaat iets aan de zorginfrastructuur verandert?

Stéphane Vermeulen: "Nog niet iedereen is zich bewust van de positieve en negatieve effecten van bepaalde ontwerpen. Je zou dat probleem al een stuk kunnen verhelpen door alle stakeholders bij de ontwikkeling van de zorginfrastructuur te betrekken. De raad van bestuur, de directies, de dokters en het personeel hebben hun mening, maar ook de patiënten hebben wat te vertellen. Toch zitten zij zelden mee rond de tafel, terwijl het om hun gezondheid gaat. Hoe meer mensen mee nadenken over een ontwerp, hoe beter we de verschillende noden leren kennen en ons voorstel erop kunnen afstemmen."

Is gebrekkige kennis de hoofdreden van de trage modernisering van onze zorginfrastructuur?

"Er spelen nog andere elementen. Veel Vlaamse ziekenhuizen dateren uit de jaren '70. Sindsdien werd er wel in het interieur geïnvesteerd, maar de oude gebouwen staan er nog steeds. Waarom? De overtuiging leeft dat een grondige vernieuwing van het zorgpatrimonium meer kost dan dat ze zou opleveren. Nochtans zal een nieuwbouw de kost van al die 'kleine' renovaties op termijn evenaren, door het terugverdieneffect en de efficiëntiewinst."

"Een weldoordachte nieuwbouw rendeert op termijn altijd."

Waarin schuilt de winst van een nieuw gebouw?

"In tal van facetten. Ik denk bijvoorbeeld aan flexibiliteit, in- en uitbreidbaarheid, de juiste grids en hoogtes per deelgebouw, een duidelijke scheiding van de *flows*, het samenbrengen van de juiste afdelingen en de beperking van loopafstanden. In Wallonië werken we momenteel aan een health campus van de nieuwe generatie: het Grand Hôpital de Charleroi (GHdC). Dat project ligt verspreid over vijf sites in de stad, met daarop vijf oude ziekenhuisgebouwen. Elk gebouw had quasi alle diensten voorhanden. Die aanpak werkte wel, maar was bijzonder inefficiënt. Daarom voerden we in vier van die gebouwen een centralisatie van diensten door. Alle medisch-technische, logistieke en administratieve diensten werden tot een strikt noodzakelijke vorm herleid. Zo optimaliseerden we niet enkel het aantal vierkante meters, maar werden het aantal consultaties en het aantal bedden met 30% gereduceerd."

ARCHITECT STÉPHANE VERMEULEN OVER DE POLIKLINIEK:

"De zorgsector, de overheid en de architectuur opereren vandaag nog te veel naast elkaar."

Je zegt dat de diensten werden gecentraliseerd. Wat bedoel je daar precies mee?

"We pasten de zogenaamde 'schillenmethode' toe. Het idee is dat je niet, zoals vroeger, alle activiteiten in één gebouw concentreert, maar dat je het zorgproces duidelijk over verschillende plekken verdeelt. In de polikliniek vinden consultaties en administratie plaats. De 'hotfloor' is er voor alle kritieke diensten en logistiek. Het 'hotelgedeelte' legt een duidelijk accent op de dagkliniek. In de klassieke hospitalisatie is er een onderscheid tussen de korte- en langeverblijfkamers. Al die processen krijgen dus elk hun eigen locatie. De architectuur en infrastructuur van het gebouw worden op de specifieke noden afgestemd. Tegelijk zijn ze afzonderlijk aanpasbaar, waardoor je op middellange en lange termijn aanzienlijke kosten bespaart. De technische eisen voor het kantoorgedeelte of zelfs het hospitalisatiegedeelte liggen immers veel lager dan voor, bijvoorbeeld, het operatiekwartier. Bovendien kan je bepaalde ondersteunende diensten outsourcen. Dat zijn maar enkele voorbeelden die tonen dat het rendeert om in nieuwe zorginfrastructuur te investeren."

In Charleroi kregen jullie ook een nieuwe site ter beschikking, die jullie met het oog op de toekomst inrichtten.

"Klopt. We kregen een nieuw terrein van maar liefst 17 hectare. Bij de ontwikkeling daarvan stonden het welzijn en de genezing van de patiënt centraal. Het ziekenhuis neemt zelf maar 4 hectare in beslag en amper 2 hectare gaat naar parking. Op de overige 11 hectare komt een park met wandelpaden, want de nabijheid van zoveel groen draagt volgens ons substantieel bij tot het welbevinden van personeel, bezoekers en patiënten."

Als architect heb je jouw ideeën, maar er is nog een verschil tussen droom en daad. Hebben de overheid en de zorgsector oren naar je verhaal?

"Ik geloof dat we nog veel beter kunnen samenwerken. Vandaag opereren we eerder naast elkaar. De zorgsector en de overheid focussen vooral op een verbeterde kwaliteit van de zorgprocessen zelf en op netwerking tussen verschillende ziekenhuizen. Ze zijn veel minder bezig met architectuur en een groene omgeving. Nochtans is de impact daarvan op het zorgproces volgens mij essentieel."

Pleidooi voor tweerichtingsverkeer

ARTSEN EN PATIËNTEN MOETEN BETER NAAR ELKAAR LUISTEREN

Tekst Goele Geeraert | Foto Jan Locus

De toekomst van de zorg is er een van samenwerking. Niet enkel tussen zorgprofessionals onderling, maar ook tussen zorgverleners en patiënten. Inge Vandelannoote (patiënt) en Liesbeth Moortgat (gespecialiseerd verpleegkundige, AZ-delta) denken na over een concrete vormgeving.

"Dat de huisarts alles weet en de patiënt niets, klopt niet meer." Die krantenkop is oud nieuws. De arts mag expert zijn in zijn vak, de patiënt weet als geen ander wat hij dagelijks ervaart. Bovendien biedt technologie patiënten alle kansen om zich te informeren en hun ziekte zelf te monitoren. De toekomst van de zorg vraagt om meer inspraak voor de patiënt. Dat spreekt voor zich, maar waar leg je de grens?

Tweerichtingsverkeer

Inge Vandelannoote is een levenslustige West-Vlaamse met ondernemersbloed. Stilzitten staat niet in haar woordenboek: doorgaan is haar motto. In 2000, Inge was toen 20 jaar, werd bij haar *colitis ulcerosa* – een chronische ontsteking van de dikke darm – vastgesteld. "Ik kreeg medicatie voorgeschreven en werd verondersteld die in te nemen. De arts bepaalde en ik stemde in, of toch in theorie. Thuis besliste ik immers zelf wat goed of slecht voor me was. Tot ik twee jaar geleden in een serieus dal belandde en de dokter vroeg waarom ik mezelf zolang verwaarloosd had." Dat was de ommekeer. Inge kwam bij een andere arts terecht. "Hij geloofde duidelijk in tweerichtingsverkeer, waardoor ik met mondjesmaat mijn visie en beleving kon weergeven." Vandaag baseert de arts zijn beslissingen rond Inge haar ziekte op professionele kennis én op haar voorkeuren en wensen.

Sinds 2017 geeft Inge samen met haar verpleegkundig IBD-consulent, **Liesbeth Moortgat**, lezingen. Daarmee willen beide dames zowel professionals als patiënten tot meer samenwerking bewegen en hen van de voordelen overtuigen. Inge: "Het aantal chronische aandoeningen neemt toe. Het gaat om ziekten die medisch behandelbaar zijn, maar vooral ook een aangepaste levensstijl van de patiënt vergen. Die aanpassing zal voor elke persoon verschillen. Overleg wordt dan essentieel, waarbij de patiënt zijn ziekte-ervaring deelt en de professional als adviseur en coach optreedt."

Een patiënt = een mens

Liesbeth knikt: "Als verpleegkundige vervul je verschillende rollen. De consulterende en de coachende rol zijn elkaars grootste tegenpolen. In de eerste rol beschouwen de mensen je als expert en raadplegen ze je om je kennis. In een coachende rol luister je naar de patiënt en moet je net alles doen om hem in zijn kracht te zetten. Als zorgverleners gaan we er vaak van uit dat wij weten wat goed is voor onze patiënten. Maar om je daarin niet te vergissen moet je in gesprek gaan en vragen stellen, zodat je je patiënt als mens kan leren kennen. Bij iemand met een stoma kan je bijvoorbeeld denken dat die vooral zijn stoma kwijt wil, maar vaak is weer deelnemen aan het sociaal leven – met of zonder stoma – zijn belangrijkste doel."

Om patiënten richting te kunnen geven, heeft de zorgsector volgens Inge nood aan mensenkennis en empathie. "Ik las ooit in mijn eigen dossier: 'depressieve neigingen'. Ik schrok me een bult. Ik ben van nature een evenwichtig persoon, maar ik zocht al maanden naar een werkende behandeling, wat eindigde met een ziekenhuisopname. We hebben een zaak te runnen, het was druk, en ik moest de zorg voor de kinderen regelen. Ik voelde me gewoon vermoeid en ellendig. Ik had dus geen depressieve neigingen, maar gewoon een zwak moment. Enkel wanneer je als medische professional tijd en moeite neemt om de persoon achter de patiënt te leren kennen kan je een correct oordeel over de situatie vellen. Die informatie van de patiënt, als aanvulling op de kennis van de zorgverleners, is een absolute meerwaarde. De opvolging van je ziekte is een gedeelde verantwoordelijkheid."

Maatwerk

Het grote v-woord is eruit. De professional moet meer inspraak van de patiënt accepteren. Maar kan daarbij ook een stuk van de verantwoordelijkheid worden verlegd? Kan de patiënt worden aangesproken op het delen van informatie, op (zelf)zorg en monitoring van zijn ziekte? "De concrete invulling van die verantwoordelijkheidsverdeling is een heel moeilijk thema", geeft Inge toe. "Niet iedereen kan of wil verantwoordelijkheid nemen. Bovendien kan je dat pas als je goed bent geïnformeerd. Patiënteducatie is een cruciale factor. Sinds mijn dokter me het belang van mijn opvolging uitlegde, kom ik mijn afspraken trouw na."

Liesbeth treedt Inge bij: "Binnen AZ Delta ontwikkelden we recent een zorgpad IBD, met specifieke aandacht voor empowerment van de patiënt. Op de patiëntenbrochure staat bijvoorbeeld het traject duidelijk uitgeschreven. Je vindt er ook een schema met de standaardopvolging van medicatie. Hiermee informeren we de patiënt niet alleen, we maken hem ook mede-eigenaar van zijn traject. Educatie en informatie op maat zijn erg belangrijk. Al blijft het uiteindelijk de patiënt die beslist wat hij al dan niet doet voor zijn ziekte."

> "Patiënteducatie is een cruciale factor."

Onlineperspectief

Niet enkel in de spreekkamer maar ook daarbuiten is vorming van patiënten volgens Inge noodzakelijk. "Zeker in het huidige onlinetijdperk. Het vergt een dosis kennis en gezond verstand om een onderscheid te maken tussen correcte en foute informatie. Vaak delen en lezen lotgenoten persoonlijke ervaringen, maar die staan niet garant voor correct onderbouwde en objectieve feiten. Het is een kunst om daar je weg in te vinden." Liesbeth is als zorgverlener zelf heel actief op sociale media. "Vaak vertellen mensen levensechte ervaringen en worden die door lotgenoten als 'standaard' beschouwd. Aan de ervaringen van een patiënt hoef je niet te twijfelen, maar je moet ze wel vanuit het juiste perspectief bekijken."

Het blijft dus een zoektocht naar het juiste evenwicht in de relatie tussen arts en patiënt, een uitdaging waar je anno 2018 je ogen niet voor kan sluiten. De dames knikken en blijven optimistisch: "Met het accent op een gelijkwaardige relatie, van mensen met elk hun eigen kennis, expertise en ervaringen, geraken we ongetwijfeld vele stappen vooruit."

De zorgopleiding van morgen

"JE KAN NIET ENKEL UITVOEREN WAT JE HEBT GELEERD"

Tekst Goele Geeraert | Foto Jan Locus

Werken aan de toekomst van de zorg, betekent werken aan zorgopleidingen. Zijn de curricula van vandaag wel afgestemd op de uitdagingen die studenten op de werkvloer te wachten staan?

Volgens Vlaams Zorgambassadeur **Lon Holtzer** doet het onderwijs erg zijn best om de evoluties in de zorg te volgen. "Dat merk je aan de ontwikkeling van nieuwe opleidingen en aan de veranderingen in bestaande trajecten. Vergelijk de opleiding tot huisarts vandaag bijvoorbeeld met tien jaar geleden. Je zal merken dat er een pak meer aandacht naar het contact met de patiënt en andere *soft skills* gaat."

Een punt waarop volgens de zorgambassadeur nog meer mag worden ingezet, is de interdisciplinaire samenwerking. "Ik ken verschillende initiatieven rond multidisciplinaire vorming: van gezamenlijke lesweken voor bachelors en masters tot simulatieworkshops voor een multidisciplinair publiek. Maar we moeten verder denken."

Basisjaar voor alle studenten

"Ik droom van een gemeenschappelijk eerste jaar voor alle zorgprofessionals. Dat jaar staat los van de richting die de studenten daarna kiezen. Het zou ingaan op het nut van multidisciplinaire samenwerking, op het belang van goed contact met en de versterking van de patiënt." Waarom zo'n jaar volgens Holtzer nodig is? "Ik geloof dat iedere zorgverstrekker een sterke professionele relatie met de zorgvrager moet opbouwen. Het fundament daarvan vormt de interactie met elkaar en het leren 'lezen' van de zorgvrager. Verder vind ik dat de basis voor respect, zowel van professionals voor elkaar als voor de eigenheid van de zorgvrager, aan het begin van elke opleiding moet worden gelegd. Daarop kan dan verder worden gebouwd."

> "Ik droom van een gemeenschappelijk basisjaar voor alle zorgprofessionals."

Dat verder bouwen stopt trouwens niet na je opleiding. "Omdat onze gezondheidszorg zo snel evolueert, moet je als zorgverleners levenslang blijven leren. Vandaag zijn daartoe al een hoop mogelijkheden voorhanden, van *blended learning* tot *massive open online courses* (MOOCS)." Toch hoort daar een belangrijke noot bij. "Levenslang leren mag geen alibi zijn om bepaalde onderwerpen niet of nog niet in het curriculum op te nemen. Thema's zoals *eHealth* en *mHealth* bijvoorbeeld komen in de opleidingen weinig aan bod, terwijl zij onmiskenbaar de toekomst van de zorg mee zullen bepalen."

Nood aan ondernemerschap

Verder wil de zorgambassadeur ook meer aandacht in opleidingen voor preventie, innovatie, creativiteit en ondernemerschap. "De zorg zoals we ze vandaag kennen, blijft niet bestaan. Daarvoor zijn te weinig middelen en mensen voorhanden. Bovendien willen we van ziektebehandeling meer naar preventie evolueren. Die ambities bereik je niet door enkel uit te voeren wat je hebt geleerd. We hebben nood aan zorgende krachten die oplossingen zoeken voor problemen, die niet bang zijn om daarbij buiten de lijntjes te denken, die durven ondernemen, experimenteren en vernieuwen. Op dat vlak heeft het onderwijs nog een hele weg af te leggen."

DE OPMARS VAN STRAFFE PIJNSTILLERS

"Ik neem 's avonds een sterke pijnstiller voor mijn rugpijn", vertelt mijn schoonzus, "en dat werkt heel goed." Welke pillen dat zijn, wil ik graag weten. De naam weet ze niet precies, maar het blijken pillen te zijn die haar helemaal ontspannen en in een roes brengen. Ze glimlacht terwijl ze het vertelt. Bij mij gaat een alarmbel rinkelen. Ik weet meteen wat haar arts voorschrijft: een opioïde pijnstiller, eentje van het soort waar Prince en Michael Jackson zich aan te buiten gingen en het leven door lieten.

In de Verenigde Staten is verslaving aan die morfine-analogen een enorm probleem: misbruik ervan komt op de tweede plaats na marihuana. Om nog te zwijgen van de vele doden door een overdosis opioïde pijnstillers. In 15 jaar tijd stierven een half miljoen Amerikanen door misbruik van dergelijke straffe pijnstillers. Trump sprak het voorbije najaar van een nationale ramp.

België is Amerika niet en bij ons loopt het zo'n vaart niet, maar toch meldden Europese instanties dat synthetische morfine-analogen steeds meer zorgen baren. In België verdubbelde het aantal voorgeschreven dosissen in tien jaar tijd, zo blijkt uit cijfers van het Riziv. Tot de jaren '80 werden morfine-achtige pijnstillers enkel voorgeschreven aan mensen met terminale kankerpijn. Uit vrees voor verslaving wachtten artsen soms zelfs te lang om patiënten van hun pijn te verlossen.

Om onnodig lijden te voorkomen, werden de verslavende effecten van morfine-achtige pijnstillers uitvoerig onderzocht. Het verslavingsrisico bleek minimaal (minder dan 1% van de gebruikers) en die boodschap werd uitvoerig verspreid naar artsen en media. De slinger sloeg door naar de andere kant: artsen gingen gul voorschrijven. Niet alleen aan terminale kankerpatiënten, maar voortaan ook aan patiënten met zenuwpijn (neuropathie), postoperatieve pijn, chronische lage rugpijn en andere hardnekkige vormen van pijn.

Langdurig gebruik van opioïde pijnstillers leidt helaas tot tolerantie: je hebt een steeds hogere dosis nodig voor hetzelfde pijnstillend effect. Gevoelige personen ervaren daarnaast ook een aangename roes, wat op zich een reden kan zijn om de pijnstiller te blijven gebruiken. Te hoge doses onderdrukken de ademhaling en bij overdosis kan ze gewoon stilvallen.

> "Vandaag is ongeveer 8% van de chronische gebruikers verslaafd."

Nauwkeurige, onafhankelijke studies stellen vandaag dat ongeveer 8% van de chronische gebruikers verslaafd wordt. Vlaamse drughulpverleners zien ze steeds vaker opduiken: mensen die niet meer zonder hun opioïde pijnstillers kunnen. Toch heeft het geen enkele zin om die straffe pijnstillers langer dan drie maanden te gebruiken. Na die tijdsspanne is je lichaam er helemaal aan gewend en is het pijnstillend effect bij een normale dosis minimaal geworden.

Marleen Finoulst

Marleen Finoulst is hoofdredacteur van Bodytalk en schrijft voor Weliswaar over gezondheidskwesties. Bedenkingen waar we beter van worden.

Werk- en zorgdecreet van start op 1 juli

ORIËNTEREN, ACTIVEREN EN DAN AAN DE SLAG

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto Jan Locus

Het werk- en zorgdecreet komt er voor mensen met medische, mentale, psychische, psychiatrische en/of sociale (MMPPS) problemen die (tijdelijk) geen betaald werk aankunnen. Zowel in het normaal economisch circuit als in de sociale economie. Voor hen zijn er alternatieve trajecten ontwikkeld.

Iemand die nu al ervaring heeft met deze trajecten, is **Alda Verbeek** van de Witte Hoeve, die deel uitmaakt van het Psychiatrisch Centrum Sint-Hiëronymus. De Witte Hoeve is er voor mensen met een psychische kwetsbaarheid: een depressie, burn-out of verslavingsproblematiek. Mensen kunnen aangemeld worden door VDAB, een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, of kunnen gewoon zelf de stap zetten.

Maatschappelijke én persoonlijke winst

Alda vindt het een goede zaak dat het decreet binnenkort in werking treedt: "De regelgeving zal ervoor zorgen dat de sectoren werk en zorg nog beter met elkaar samenwerken. Wij proberen dit al 15 jaar zo goed mogelijk vorm te geven. Het is goed dat deze manier van werken nu vastgelegd wordt in een regelgeving." Alda benadrukt graag het belang van de activeringstrajecten en werkateliers: "Vroeger zeiden ze tegen iemand met een psychisch probleem wel eens: wacht maar tot je volledig hersteld bent voor je weer gaat werken. Maar wij zijn ervan overtuigd dat werken in een activeringstraject altijd een vooruitgang betekent, zowel op persoonlijk als op maatschappelijk vlak. Het is ook tijdswinst, omdat men werkervaring opdoet en sneller herstelt wanneer er weer structuur in de dag van de cliënt zit. Daarom zie ik het decreet als een bevestiging van wat wij al heel lang ervaren." In de Witte Hoeve kunnen cliënten bijvoorbeeld op een aangepast tempo leren brood bakken, fietsen herstellen, metaal bewerken of dieren verzorgen. Op die manier krijgen ze een idee van welke richting ze later eventueel kunnen nemen.

> "Werken in een activeringstraject betekent altijd een vooruitgang, zowel op persoonlijk als op maatschappelijk vlak."

"Vanaf de zomer zullen we een vergoeding ontvangen voor de begeleiding die we geven in het kader van een activeringstraject", zegt Alda. "Daarvoor moesten we tot nu toe rekenen op de goede wil van onze moederorganisatie en op projectsubsidies van de provincie. Elke financiële steun voor die begeleiding is welkom, dus de extra subsidie vanaf de zomer is mooi meegenomen. Iedereen heeft immers recht op arbeid, dat staat zo in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens."

Het werk- en zorgdecreet biedt een basis voor activeringstrajecten, een aanbod van arbeidsmatige activiteiten en trajecten voor maatschappelijke oriëntatie. De eerste twee krijgen vorm in het uitvoeringsbesluit bij het werk- en zorgdecreet. De trajecten voor maatschappelijke oriëntatie worden gekoppeld aan het decreet lokaal sociaal beleid en krijgen voortaan de naam 'onthaaltrajecten voor mensen met een advies niet-toeleidbaar'.

Activeringstrajecten
De activeringstrajecten duren maximum 18 maanden. Mensen met medische, mentale, psychische, psychiatrische en/of sociale (MMPPS) problemen krijgen werk- en zorgbegeleiding aangeboden. De bedoeling is dat ze daarna weer in een betaalde job aan de slag kunnen, al dan niet met ondersteuning. De begeleiding wordt uitgetekend in een trajectplan, door de persoon in kwestie samen met een casemanager Werk en een casemanager Zorg. Een casemanager Zorg kan iemand van het OCMW, een CGG of andere organisatie zijn die opgenomen is in het decreet. Het casemanagement Werk zal opgenomen worden door GTB (gespecialiseerde trajectbegeleiding). De eerste activeringstrajecten starten op 1 juli.

Arbeidsmatige activiteiten
Het uitvoeringsbesluit geeft ook vorm aan een tweede aanbod: arbeidsmatige activiteiten (AMA). Bij arbeidsmatige activiteiten gaat het om niet- betaalde bezigheid voor mensen tussen 18 en 65 jaar met een MMPPS-problematiek die geen betaalde job aankunnen. Die activiteiten starten ook op 1 juli.

Maatschappelijke oriëntatie
De trajecten maatschappelijke oriëntatie worden niet uitgevoerd op basis van het werk- en zorgdecreet. Het doel van deze trajecten is hetzelfde als het doel van het 'geïntegreerd breed onthaal' (samenwerkingsverbanden tussen OCMW, CAW en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen). Daarom worden deze trajecten daaraan gekoppeld en krijgen ze als naam 'onthaaltrajecten voor mensen met een advies niet-toeleidbaar'. Mensen met een MMPPS-problematiek die geen betaald werk kunnen doen, worden in deze trajecten toegeleid naar de gepaste zorg of arbeidsmatige activiteiten.

›› Meer gedetailleerde info over het decreet? Kijk op **www.departementwvg.be/werk-en-zorgdecreet.**

ALDA VERBEEK VAN DE WITTE HOEVE, OVER MENSEN MET EEN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID:

"Iedereen heeft recht op arbeid, dat staat zo in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens."

13:44

Etedal uit Syrië en Yusuf uit Afghanistan – beiden nieuw in België – werken samen in de keuken van Trafiek in Gent, een plek waar vrienden en onbekenden elkaar kunnen ontmoeten. Refu Interim was de bruggenbouwer die de vrijwilligers en Trafiek vzw samenbracht. Refu Interim is geen echt interimkantoor, maar een organisatie die nieuwkomers een duwtje in de rug geeft bij het uitbouwen van een sociaal netwerk, en hen steun biedt in de zoektocht naar werk. Door vrijwilligerswerk leren ze Nederlands, verkleint de afstand tot de arbeidsmarkt en vergroot de diversiteit op de werkvloer. Een win-winsituatie voor alle partijen. En vaak met een knipoog, want de slogan van Refu Interim is niet voor niets 'Zottigheid als hefboom voor integratie'. **www.refuinterim.be**

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto Bob Van Mol

PAS OP

Wat zijn de grootste uitdagingen voor de welzijnszorg? Hoe ziet de toekomst eruit? Denkers uit binnen- en buitenland leggen hun visie voor.

Sylvain De Bleeckere zoekt een toekomst voor de zorg

HOE KAN DE ZORG ZICHZELF HERSTELLEN?

Tekst Harold Polis | Foto Jan Locus

Je hebt de officiële zorg en je hebt de zorg die mensen elkaar geven. Tussen beide vormen van zorg is er niet altijd meer sprake van een band. Die harde vaststelling is voor filosoof Sylvain De Bleeckere een aanleiding om op zoek te gaan naar oorzaken en oplossingen.

"Zorg is uit haar eigen dynamiek ethisch en toch registreren we de nood in de dagelijkse zorggewoonte om over 'ethische zorg' te spreken, alsof er ook een zorg bestaat die onethisch zou kunnen zijn." Filosoof **Sylvain De Bleeckere,** professor emeritus van de faculteit Architectuur en Kunst van de Universiteit Hasselt, laat er geen twijfel over bestaan dat er een onevenwicht bestaat in de manier waarop we zorg vandaag ervaren en organiseren. Op vraag van het zorgethisch lab sTimul schreef hij een essay bij *Duet*, een ontroerende documentaire van Sylvain Biegeleisen over de laatste levensmaanden van diens moeder. Ethiek en zorg, zo stelt De Bleeckere, staan op gespannen voet met elkaar. Hij beschrijft drie niveaus van zorg: het beleidsmatige, het organisatorische en het relationele. Dat laatste niveau, waarop mensen elkaar concreet helpen, is voor De Bleeckere de basis van alles.

Met Jacques Brel in bed

In een van de meest ontroerende scènes uit de documentaire zingt Sylvain Biegeleisen een lied van Jacques Brel voor zijn bedlegerige bejaarde moeder. Ze zijn elkaar nabij. Als die nabijheid zo belangrijk is, hoe komt het dan dat we zorg zo mechanistisch organiseren? En wat zijn daar de gevolgen van? Sylvain De Bleeckere heeft als filosoof een rechtstreekse band met de zorgsector. Bij de opleiding Postgraduaat Referentiepersoon Ethiek aan de UC Leuven-Limburg (UCLL) geeft hij een jaarlijkse sessie. De Bleeckere: "Daar heb ik werkelijk heel veel van geleerd. De studenten hebben vaak al jaren ervaring. Die gesprekken vormen eigenlijk de achtergrond van de tekst. Zorgverleners zijn enorm bewogen door de grote nood aan zorg die ze dagelijks zien. Ze voeren een strijd en stellen aan zichzelf de vraag: hoelang hou ik het vol? Het intense contact met hen heeft me geraakt."

De kern van uw betoog gaat over verbondenheid: we herkennen die niet meer.

"Wel, zorgverleners zitten ingebed in een weefsel. Maar daar zijn ze niet mee bezig. Ze zijn bezig met overleven. Ze zien doorgaans niet het grotere plaatje. De kortsluiting die ik in de zorg vaststel, komt niet uit de lucht gevallen. Die heeft een voorgeschiedenis. Er zitten ideeën achter. Je hebt de relationele zorg, zoals in de documentaire Duet wordt getoond. Maar je hebt ook de organisatie, de structuren, de congressen. Dat botst. Als je de documentaire bekijkt zonder toelichting, dan zadel je zorgverleners op met schuldgevoelens. Want een zorgverlener kan die dagelijkse intense zorg, zoals in de documentaire wordt getoond, niet verlenen. De vraag is: hoe kunnen we zorgverleners weerbaar maken in het volle besef van onze context? Waarbij we met open vizier de problemen bekijken. Dat laatste noem ik levensbeschouwing."

SYLVAIN DE BLEECKERE:
"Voor mij is thuiszorg een absolute prioriteit, maar dan moeten we wel alle consequenties in acht nemen. En dan doen we vandaag nog niet."

Uw punt is dan dat we nog steeds worstelen met een klassiek filosofisch probleem: de scheiding tussen lichaam en ziel.
"Elke keer ik in een ziekenhuis kom, valt me de enorme impact van dat dualisme op. De waterscheiding tussen verpleegkundigen en artsen is indrukwekkend. Via de opleiding wordt dat verschil nog steeds doorgegeven. Ik vind dat hallucinant. Vroeger hield de kerk zich bezig met de zielenzorg – en dat is werk voor de eeuwigheid. In dat verhaal was het lichaam niet zo belangrijk, want dat geraak je toch kwijt. Maar de kerk is machteloos geworden, ze heeft geen personeel meer. Wat blijft er dan over: de zorg voor het lichaam. En die lichaamszorg is uitgegroeid tot een machtige machine. Het ethische model van het ziekenhuis zoals we dat kennen, kan je vergelijken met een garage. We zullen je repareren en dan kan je zo snel mogelijk naar huis. Als het niet lukt, dan heb je pech. Vroeger had je nog de zielenzorg. Maar die is er niet meer. Dus trek je plan maar."

"De waterscheiding tussen verpleegkundigen en artsen is hallucinant. Via de opleiding wordt dat verschil nog steeds doorgegeven."

U ziet het dualisme ook terugkomen in architectuur.
"Architecten moeten rekenen en tekenen, niet filosoferen of met levenskwaliteit bezig zijn. Het wonen en het huis zijn belangrijk in de zorg. In woonzorginstellingen wordt nooit over architectuur gepraat, maar het bepaalt wel alles. Het bepaalt ook de frustraties van het verzorgend personeel. Het is vaak een gevangenisarchitectuur: een strakke gang met kamers. Of als je het vriendelijker wil formuleren: het is een kloosterarchitectuur. Heel efficiënte structuren met kale cellen. Maar lang niet alle mensen kunnen zo'n architectuur aan. Ik heb mensen gekend die vrij goed waren toen ze zo'n instelling binnenkwamen, maar het na een paar maanden opgaven omdat de woonomgeving frustrerend was. Ik heb enige tijd geleden in de jury gezeten van de architectuurprijs van de provincie Vlaams-Brabant. Er was een zorginstelling genomineerd. De presentatie bevatte een foto van een man in een rolstoel die bij zijn raam zat. De man keek naar de overkant, waar allemaal huizen stonden. Enkele collega-juryleden werden kwaad. Daar was ik blij om. Want dat stereotiepe deprimerende beeld van een ideale oude dag in een serviceflat, dat kan toch niet meer."

Het fundamentele thuisgevoel wordt in de zorg niet in rekening gebracht?
"Daar ligt een grote maatschappelijke taak. De huidige discussie in Vlaanderen over onze wooncultuur is zeer relevant voor de zorg en het geestelijk welzijn van de burgers. Voor mij hangt dat samen. Thuiszorg heeft daarbij voor mij de absolute prioriteit."

›› Sylvain De Bleeckere, *Zorg doet leven* (met dvd), sTimul, 2016. Bestellen via **www.stimul.be**

“Eenvoudige zaken kunnen
een mens doen opleven.”

Datgene wat telt, samengebald in enkele antwoorden. Dat is de essentie.

"EEN GOEDE KNUFFEL KAN VEEL ZEGGEN, ZONDER WOORDEN"

Veel mensen kennen Chris Lomme van haar rol als Marieke in Schipper naast Mathilde. Ondertussen is ze bijna 80, maar nog steeds actief als actrice. Misschien minder bekend – maar daarom niet minder belangrijk – is dat ze zich vaak engageert voor goede doelen en als vrijwilliger. "Ik kan niet goed nee zeggen", vertelt ze. "Als het voor een goed doel is, laat ik me met alle plezier voor de kar spannen."

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto Stephan Vanfleteren

Chris Lomme was meter van een project voor holebi's van het Regenbooghuis in Brussel. En eind vorig jaar kroop ze zelfs met twee andere zeventigers in een helikopter, in het kader van het Hartenwensproject van S-Plus. "Met het Hartenwensproject willen we mensen in woonzorgcentra een klein luxemomentje gunnen", steekt Chris van wal. "Vaak gaat het om kleine dingen, zoals een foto maken met de hele familie, uit eten gaan met de kinderen en de kleinkinderen, een dame blanche verorberen op de Grote Markt in Brussel. Eenvoudige zaken die de mensen doen opleven. Maar die helikoptervlucht was ook een leuke belevenis, zowel voor mij als voor de twee andere zeventigers, wiens wens eindelijk in vervulling ging."

Lomme is ook vrijwilliger bij Topaz, het dagcentrum van professor Wim Distelmans (zie 'De Essentie' in *Weliswaar* van februari-maart 2018) waar ongeneeslijk zieke patiënten verzorgd worden in de laatste fase van hun leven. "Dat doe ik ondertussen al twaalf jaar. Ik heb samen met mijn zus lang voor mijn moeder gezorgd toen die kanker kreeg. Op een bepaald moment werd ze terminaal ziek en kwam er dagelijks een verpleegkundige langs die gespecialiseerd was in palliatieve zorgen. Die mensen zorgen op een prachtige manier, daar heb ik echt ongelooflijk veel respect voor. Na de dood van mijn moeder heb ik zelf de stap naar Topaz gezet. Ik ben vrijwilliger geworden om de mensen steun te geven in hun laatste dagen, zowel mentaal als fysiek. Eens een goeie knuffel geven, dat kan een mens opbeuren. Om te laten merken dat je er voor hen bent, heb je niet veel woorden nodig."

Lees verder op **weliswaar.be** over de waardering voor het zorgberoep en over wat Chris als jong meisje wilde worden. (Tip: actrice is niet het juiste antwoord.)

De mening van essayist en uitgever Harold Polis. Je kunt ermee akkoord gaan. Of niet.

KLEINE PERCENTJES, RIJKE VENTJES

Zoals water altijd een weg vindt, komt het grote geld altijd terecht op plekken waar winst te rapen valt. En warempel, vandaag de dag is het rusthuis zo'n plek. Bij het in druk gaan van dit nummer van *Weliswaar* was het nog niet duidelijk of rusthuisgroep Korian het overnamebod van de Amerikaanse private-equitygroep KKR zou aanvaarden. Maar het idee alleen al spreekt op een aantal manieren tot de verbeelding.

Korian is een Frans conglomeraat van rusthuizen in Duitsland, Frankrijk, Italië en België. In ons land zijn ze marktleider, via de dochter Senior Living Group. De groep stelt in heel Europa 49.000 mensen tewerk en baat 740 instellingen uit met een totaal van 75.000 bedden. Dat zijn heel wat yoghurtjes en theebuiltjes elke dag. De afgelopen jaren claimde Korian een gemiddelde groei van 20%. Een nijvere ontwikkeling van die omvang kan je uiteraard niet financieren met de opbrengst van een wafelbak. Daarom staat Korian genoteerd op Euronext Parijs. Beleggen in bejaarden is vandaag een populaire bezigheid. Iedereen kent wel de vreemde hoeraberichten waarmee beleggingen in serviceflats worden aangeprezen. Rendement verzekerd! Die bejaarden betalen toch.

> Beleggen in bejaarden is vandaag een populaire bezigheid. Rendement verzekerd! Die bejaarden betalen toch.

De vrije markt is onleefbaar zonder mild cynisme, ook in de zorg. Op zich hoeft dat geen bezwaar te zijn omdat het leven nu eenmaal compromissen verwacht. Afhankelijk van het standpunt dat je inneemt, zou je zelfs kunnen stellen dat de overheid al heel lang geleden een enorm stuk zorg heeft overgelaten aan privé-initiatief. Hadden we ooit zo'n uitgebreid zorgnetwerk kunnen opbouwen zonder de kerk en de vele middenveldorganisaties? Nu ideologie is verdampt of veranderd in een neutrale efficiëntiecultuur en de kerk in West-Europa eenvoudigweg geen personeel meer heeft, komt een groot deel van het zorgnetwerk onder de hoede van de overheid. Die evolutie is gestaag bezig en bevat fenomenale uitdagingen.

Yoghurtjes en theebuiltjes kan je budgetteren, maar zorg eigenlijk helemaal niet. Je kan uiteraard de randvoorwaarden, de normen, de infrastructuur, de opleidingen en het bedrijfsbeheer van de zorg sturen. En wat doe je dan met aandacht, gesprekken zonder woorden, aanwezigheid of zorgzaamheid? Kunnen die ook 20% per jaar toenemen? Hoe meet je dat? En krijg je dan een bonus? Wegens het halen van de jaardoelstelling 'zorgzaam luisteren', kennen we u als medewerker een variabele beloning van een half bruto maandloon toe. Toegegeven, je zal wel een methodiek vinden waarmee je zelfs stilte kan evalueren. Maar gekker moet het toch niet worden. Dacht ik.

> Yoghurtjes en theebuiltjes kan je budgetteren, maar zorg niet.

Tot KKR dus voorbijkwam. De modus operandi van Kohlberg Kravis Roberts & Co is subliem beschreven in een van de beste bedrijfsgeschiedenissen ooit: *Barbaren aan de poort* van Bryan Burroughs. Verplichte lectuur voor wie wil weten hoe volstrekt amoreel grote bedrijfsverschuivingen in hun werk gaan. *Barbaren aan de poort* ging over de vijandige overname van een tabaksgigant. Maar voor de Theofiel Boemerangs van deze wereld maakt het uiteraard niet uit of het nu over sigaretten of bejaardenhuizen gaat: kleine percentjes, rijke ventjes. KKR gaat echter voor grote klappers. Hoe moet je daar in hemelsnaam mee omspringen nu ouderenzorg een sector is geworden met een strategisch maatschappelijk belang?

Harold Polis

UITGELEZEN

HOE WERKEN ONZE HERSENEN?

Een verrassend boek over ons belangrijkste orgaan. Met zijn enorme expertise inzake bewustzijnsstoornissen als coma en het locked-insyndroom, is Francqui-prijswinnaar Laureys geschikt om de werking van de hersenen en het bewustzijn uit te leggen.

›› Steven Laureys, *Onze hersenen. Gebruiksaanwijzing en onderhoudsboekje,* Lannoo, 2018, 288 p., €22,5. ISBN 9789401450799.

NEGATIEF ZELFBEELD BEHANDELEN

Manja de Neef bespreekt waar zij tegen aanloopt in de behandeling van patiënten met een negatief zelfbeeld. Ze schetst de filosofie achter de behandeling, en geeft antwoord op de vraag: “Hoe dan?”

›› Manja de Neef, *Negatief zelfbeeld behandelen. Tips en tools voor therapeuten,* Boom, 2018, 160 p., €22,95. ISBN 9789024420674.

MANNENKWAALTJES

Guy T’Sjoen staat aan het hoofd van de mannenkliniek in UZ Gent, waar mannen terecht kunnen met een brede waaier aan klachten. Zonder blikken of blozen benoemt hij in dit boek de vaakst voorkomende klachten bij mannen van alle leeftijden.

›› Guy T’Sjoen, *Onder de gordel. Verhalen van de mannendokter,* Van Halewyck, 2018, 224 p., €21,99. ISBN 9789461317711.

WIJSBEGEERTE BIOMEDISCH BELICHT

Een eigenzinnige inleiding tot de wijsbegeerte voor revalidatie- en bewegingswetenschappers en kinesisten, maar ook voor biologen, biomedici en artsen. Het boek behandelt ook hedendaagse thema’s zoals evolutiegeneeskunde, human enhancement en zwaarlijvigheid.

›› Pieter Adriaens, *Denken over lichamen. Wijsbegeerte voor biomedische wetenschappers,* Pelckmans Pro, 2018, 216 p., €20. ISBN 9789463370042.

PSYCHIATRIE ONDER DE LOEP

Moeten we behandelen met pillen of praten? Is een psychische aandoening aanstellerij of een invaliderende ziekte? En gaat het in de psychiatrie nu eigenlijk om lichamelijk of om geestelijk lijden?

›› Frans Zitman, *Knijpen in de ziel,* Boom, 2018, 240 p., €24,95. ISBN 9789024419241.

Weliswaar.be
WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSMAGAZINE VOOR VLAANDEREN

Welzijns- en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen uitgegeven door de Vlaamse overheid – Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Jaargang 24 – nummer 2
Editie april-mei 2018

Redactie: Liesbeth Van Braeckel, Liesbeth Van Houdt

Eindredactie: Harold Polis

Medewerkers: Goele Geeraert, Stefanie Van den Broeck

Tekeningen en cartoons: Pieter Van Eenoge, Nix

Fotografie: Jan Locus, Bob Van Mol, Stephan Vanfleteren

Verantwoordelijke uitgever: Karine Moykens, secretaris-generaal
Koning Albert II-laan 35, bus 30, 1030 Brussel

Redactiebegeleiding en lay-out: Trendhuis

Druk en distributie: Roularta Publishing

Oplage: 15.036 ex

Gratis abonnementen, adreswijzigingen, annuleringen: weliswaar@abonnementen.be of 078 35 33 13. Bij adreswijziging oud én nieuw adres en abonneenummer vermelden.

Redactie: redactie@weliswaar.be
Tel.: 02 553 33 76
Fax: 02 553 31 40
Vlaamse overheid – Departement WVG
Weliswaar
Koning Albert II-laan 35, bus 30, 1030 Brussel

Wil je een kort bericht plaatsen? info@weliswaar.be

Weliswaar kan geen lezersbrieven opnemen. Je reactie is altijd welkom op het redactieadres of info@weliswaar.be en facebook.com/weliswaar

Weliswaar wordt gedrukt op milieuvriendelijk papier.

WIW 138.18 JG 24/nr.2

Lid van de Unie van de Periodieke Pers

ISSN 1371-9092

“Als wij repeteren, voelen de gedetineerden zich niet gevangen”

Mia speelt al 22 jaar met veel trots en liefde theater in Leuven Centraal als vrijwilliger.
Lees het volledige artikel over 50 jaar theater in de gevangenis op
weliswaar.be/theaterindegevangenis

Afgiftekantoor Gent X
Roularta Media Group
Meiboomlaan 33, 8800 Roeselare

TIJDSCHRIFT
Weliswaar, welzijns- en gezondheidsmagazine
verschijnt vijfmaal per jaar
(februari, april, juni, september, november)
Machtigingsnummer 2386570
Erkenningsnummer P3A8091

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

bpost
U.V. | BELGIE