



WAT WETEN WE OVER WELZIJN, ZORG EN GEZONDHEID?

THEMA-
NUMMER
ONDERZOEK
2012

2 OP DE 3 JONGE HUISARTSEN ZIJN VROUW p.4

HOE DE WETENSCHAP HET BELEID ONDERSTEUNT p.10

8 OP DE 10 MENSEN MET EEN DEPRESSIE WORDEN GEDISCRIMINEERD p.14

MENSEN MET DEMENTIE: HOE VERBETER JE HUN LEVENSKWALITEIT? p.18

MIJN BORSTELTJE

BLOG | Hij is net drie geworden en zijn grootste zorgen zijn “waar is mijn tut gebleven” en “wanneer mag ik eindelijk aan tafel om te eten”. En hoewel hij schijnbaar onbekommerd door de dag heen stapt, verbaast het me af en toe hoe gevoelig zo’n kleine spruit toch kan zijn. Midden in zijn spel, in een vechtpartij met zijn zus of een spannende aflevering van Plop, komt hij met bezorgde blik naar me toe en vraagt hij met ontzettend veel medelijden in zijn stemmetje: “Doet jouw borsteltje* nog pijn, moeke?” Dan ben ik tot tranen toe bewogen. En denk ik: misschien heeft miserie ook een mooi kantje.

* *Het zoontje van Liesbet bedoelt met ‘borsteltje’ het knobbeltje in haar borst.*

► *De blog van Liesbet over haar ervaringen met borstkanker kan je volgen op weliswaar.be/liesbet*

LEVEN TOEVOEGEN AAN DE LAATSTE DAGEN

BOEK | “Palliatieve zorgen is meer dan stervensbegeleiding”, zegt Gretel Van den Broek. Ze liep stage op een palliatieve gang van een ziekenhuis en bundelde haar ervaringen. “Er zit schoonheid in sterven als mensen de kans krijgen om sereen afscheid te nemen. Helaas komen de meeste mensen te laat toe op de palliatieve ziekenhuisafdelingen.” Gedurende vier maanden trok Van den Broek naar de palliatieve gang van een katholiek ziekenhuis in Vlaanderen, waar kort voordien haar vader overleden was. Ze wilde de dood in de ogen kijken. *Weliswaar* sprak met de schrijfster over haar drijfveren en bevindingen.



► *Lees het interview van Marleen Teugels met Gretel Van den Broek op weliswaar.be. Weliswaar deelt daar ook vijf exemplaren uit van Een bed voor de dood. Sterfstage op een palliatieve eenheid.*

► weliswaar.be/uitgelezen

GEEF JE LEVEN KLEUR

OPROEP | Genieten van het leven en positief in het leven staan is niet vanzelfsprekend als je kanker hebt. Mensen met kanker hebben vaak negatieve gevoelens, die op termijn tot depressie kunnen leiden. De onlinecursus *Kleur je leven* heeft in het buitenland zijn efficiëntie al bewezen bij een breed publiek. ISW Limits en de K.U.Leuven onderzoeken in hoeverre het programma de mentale veerkracht van kankerpatiënten in Vlaanderen kan versterken.

► *Lees verder op weliswaar.be/onderzoek2012*

► www.iswlimits.be

SAMEN, MAAR DAN ANDERS

UITGELEZEN | Van alle kanten wordt ons gezegd dat de samenleving ons ziek maakt. Maar is het echt zo erg gesteld met ons? En kunnen we er ook wat aan doen?

Al jaren onderzoekt Paul Verhaeghe de invloed van maatschappelijke veranderingen op psychologische en psychiatrische moeilijkheden. In *Identiteit* klaagt hij de meritocratie aan. Het recht van de beste leidt volgens Verhaeghe tot een geïnstitutionaliseerd onrecht. Loon naar werken laat weinig ruimte voor de appreciatie van de niet-materiële kant van het leven. En laten het nu net zachte waarden als empathie en solidariteit zijn die van cruciaal belang zijn bij de vorming van onze identiteit.

Dat is ook het punt waar psychiater Dirk De Wachter in *Borderline Times* op hamert: solidariteit en engagement als tegenwicht van ongebreideld egoïsme. De ziekte van onze tijd krijgt bij De Wachter ook een naam: borderline. Symptomen van borderline, zoals impulsiviteit, gevoelens van leegte en zinloosheid, en relationele instabiliteit, ziet De Wachter zowat overal. Misschien is het niet slecht, zo stelt De Wachter, dat we weer beter leren omgaan met tegenslag en ongeluk.

De samenleving slaat volgens De Wachter en Verhaeghe op hol. En toch is er ook een andere kant van de medaille. Evolutiebiologen hebben bijvoorbeeld de groepsselectie herontdekt: die theorie stelt dat mensen dingen doen voor de groep, zelfs als het hun persoonlijk belang schaadt. Op groepsniveau wordt altruïsme belangrijker dan egoïsme. Die ontwikkeling wordt door bioloog Dirk Draulans beschreven in *Samen voor ons eigen*. Het is niet onlogisch te verwachten dat solidariteit in een netwerksamenleving niet verdwijnt, maar nieuwe vormen aanneemt.

► *Lees de volledige recensie en andere aanraders van Harold Polis op weliswaar.be/uitgelezen*



Lees meer op weliswaar.be >>> *Ouder worden met een verstandelijke beperking*

WEB - Het beste van weliswaar.be	02
Het systeem werkt	03
Mevrouw dokter Steeds minder mannelijke huisartsen: probleem of zegen?	04
Gek op werk Arbeidsparticipatie van mensen met psychische problemen	06
KORT - Iemand vertrouwd Het belang van continuïteit in zorgrelaties	08
De werken van... Frans Lammertyn	09
Zaken in onderzoek Steunpunt WVG gestart met tweede termijn	10
WEB - Het beste van weliswaar.be	12
KORT - Blabla en boemboem voor professionelen Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers	13
Kwetsbaar mag geen taboe zijn Discriminatie van mensen met een depressie	14
WEB - Het beste van weliswaar.be	16
Proust De kille Kempen volgens Fien Fien Troch over <i>Kid</i>	17
De proef op de som Dementie: theorie versus praktijk	18
De kwaliteit van het einde Tools om de palliatieve zorg te verbeteren	20
KORT - Een plus een is vijf Europa 2020: Zorgarbeid op de grens (6)	22
Neem deel aan onze studiedag sociale media	23

HET SYSTEEM WERKT

In *The Wall Street Journal* las ik in het jaar van de beurscrash een analyse over de Belgische sociale zekerheid. Ons systeem was gedoemd om te mislukken en zou ons land tot op de rand van het bankroet leiden. Vijf jaar later staat ons systeem er nog. En vooralsnog brengt onze sociale zekerheid het land niet tot aan de rand van de ondergang, integendeel. Ons systeem vijlt de scherpe kanten van de crisis af. In andere Europese landen leidt de crisis tot drastische ingrepen die de fundamenten van de samenleving raken.

Luiden de crisis en alle besparingsmaatregelen een toename van de armoede in? Is de armoede terug van nooit weggeweest? Ruim 11% van de Europeanen zit zonder werk. In Griekenland en Spanje loopt het werkloosheidscijfer op tot 25%. België zit aan iets meer dan 7%. Voor ons geen reden om victorie te kraaien. Maar het past wel om stil te staan bij de manier waarop we ieders welzijn bevorderen. Ons systeem heeft een prijs, maar biedt ook een bescherming aan mensen die zorg en hulp nodig hebben. We zijn de bescherming van dat welzijn al decennialang aan het bijsturen. En de voorbije crisisjaren bewijzen dat ons systeem tegen een storm van formaat bestand is. Behoedzaam trachten we valkuilen, excessen en dramatische beslissingen te vermijden. Die aanpak leidt nooit tot euforie, maar misschien hebben we onze sociale zekerheid wel wijzer beheerd dan we denken. De armoede in ons land is lichtjes gedaald, ondanks de crisis, al hangt het wat af van de norm die je hanteert. De armoede is in elk geval gestagneerd. Tot nu toe.

Ons beleid heeft er bewust voor gekozen niet met de botte bijl te besparen. Dat het die keuze kon maken, heeft het mede te danken aan een geprofessionaliseerde sector die meer dan ooit vertrouwen inboezemt. Tegelijk levert de wetenschap de bewijzen van het kunnen van de sector. Die wetenschap brengt ook aan het licht waar er moet en kan worden bijgestuurd. Al vijftien jaar publiceert *Weliswaar* een selectie belangrijke onderzoeken op het vlak van welzijn en gezondheid. De tijd is voorbij dat wetenschappers niet met die vulgarisering van hun wetenschappelijk werk konden leven. Wetenschappers en beleidslui springen transparant om met onderzoeken, die vaak ook op vraag van het beleid worden gevoerd. Onderzoek zet het beleid aan tot slimme beslissingen. Die aanpak werpt vruchten af. Het versterkt ons welzijn en onze gezondheid, al zijn die nog altijd niet voor iedereen gelijk. Daarvoor zullen we nog lang aan ons systeem moeten timmeren.

Nico Krols,
Hoofdredacteur *Weliswaar*





Lieve Peremans (Universiteit Antwerpen): "Vandaag zijn de mannen in de opleiding huisartsgeneeskunde witte raven."

STEEDS MINDER MANNELIJKE HUISARTSEN: PROBLEEM OF ZEGEN?

MEVROUW DOKTOOR

HUISARTS Wie in een ziekenhuis rondloopt, kan er niet naast kijken. In al die witte en groene uniformen zitten vooral vrouwen. De feminisering van de zorgsector is een feit. Een goed voorbeeld is de huisartsgeneeskunde, waar je amper nog jonge mannen vindt. Valt die evolutie nog te keren?

TEKST STEFANIE VAN DEN BROECK | FOTO BOB VAN MOL

Van de jonge huisartsen is meer dan 65% vrouw. Een omwenteling, zeker als je het vergelijkt met dertig jaar geleden. Lieve Peremans, docent eerste lijns- en interdisciplinaire zorg aan de Universiteit Antwerpen (UA): "In de opleiding geneeskunde zijn twee op de drie studenten vrouw. Bij huisartsgeneeskunde is het nog extremer. Vroeger waren bijna alle huisartsen mannen. Vandaag zie je in de opleiding nog maar af en toe een man." De belangrijkste oorzaak ligt volgens Peremans bij het imago van huisartsgeneeskunde. "Jonge geneeskundestudenten – vooral mannen – krijgen vaak de boodschap dat ze beter specialist zouden worden. Want dat betaalt beter en is uitdagender. Buitenstaanders denken dat we alleen voorschriften uitreiken en de patiënt naar een specialist doorverwijzen. Terwijl we in 85% van de gevallen onze

patiënten zelf kunnen helpen. Studenten merken tijdens hun opleiding dat die vooroordelen niet kloppen. Soms worden ze zelfs afgeschrikt omdat het werk van huisartsen net zo ingewikkeld is. Ze moeten van alle ziektes op de hoogte zijn om de juiste diagnose te stellen."

MEER GROEPSPRAKTIJEN DAN VROEGER

De vrouwelijking heeft ook positieve gevolgen, benadrukt Peremans. "De werkomstandigheden zijn verbeterd. Vrouwelijke artsen vinden het belangrijk om een goed evenwicht tussen werk en gezin te vinden. Daarom kiezen ze vaker voor groepspraktijken. Dat geldt trouwens ook voor jonge mannelijke dokters. Er zijn nog zelden huisartsen die solo beginnen. Bovendien hebben ze geen zin meer in de 'mastodontpraktijken' van vroeger: dokters met te

veel patiënten en te weinig tijd. Het nadeel is natuurlijk dat er daardoor een tekort aan huisartsen lijkt te zijn. Eigenlijk zijn ze met genoeg, maar voor jonge collega's bestaat het leven uit meer dan werken alleen."

Vrouwelijke huisartsen hebben ook een andere aanpak geïntroduceerd, zegt Peremans. "Ze werken patiëntgericht, met meer empathie. En bovendien focussen vrouwelijke artsen meer op preventie. Al zijn er natuurlijk ook empathische mannelijke artsen!"

DE PATIËNT KAN NIET MEER KIEZEN

Er is ook een nadeel aan de feminisering. Ze gaat ten koste van diversiteit. Als de meeste huisartsen – en bij uitbreiding specialisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers – vrouwen zijn, dan hebben patiënten geen keuze meer. "Meestal maakt het niet uit of hun dokter man of vrouw is. Maar soms wel. Heel wat jonge vrouwen gaan voor een gynaecologisch onderzoek liever naar een vrouw. En bepaalde mannen gaan – bij prostaatproblemen bijvoorbeeld – liever op consultatie bij een mannelijke arts. Ik merk in mijn praktijk dat mannelijke patiënten de consultatie vaak proberen te sturen. Onlangs kwam een man over de vloer voor een griepvaccin. Uit ons gesprek bleek dat een preventief darmonderzoek een goed idee zou zijn. Maar toen ik dat opperde, steigerde hij. Misschien had hij bij een mannelijke arts anders gereageerd."

Om patiënten weer keuzes te geven, zijn er dus meer mannen nodig. Peremans ziet alvast een kleine kentering. "Dit academiejaar is het aandeel mannelijke geneeskundestudenten aan de UA lichtjes toegenomen. Het klinkt misschien cynisch, maar misschien heeft de economische crisis daar iets mee

“DE VERVROUWELIJING HEeft OOK POSITIEVE GEVOLGEN. BIJ JONGE ARTSEN IS ER EEN BETER EVENWICHT TUSSEN WERK EN PRIVÉ.”

te maken. Geneeskunde is nu eenmaal een job die voor werkzekerheid zorgt. (glimlacht)" Eigenlijk maakt Peremans zich weinig zorgen. "Vroeger was dit een mannenwereld, nu is dat helemaal veranderd. Het evenwicht zal zich wel vanzelf herstellen."

► [f weliswaar](#)



“HOE MEER VROUWEN, HOE MINDER PRESTIGE”

Anne Gillet werkt al 30 jaar als huisarts in Schaarbeek. Ze is ondervoorzitter van het Franstalige artsensyndicaat GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens). In die drie decennia heeft ze haar beroep enorm zien veranderen. "Toen ik studeerde, was maar een vijfde van de geneeskundestudenten vrouw, nu is het omgekeerd. Zelf ben ik onmiddellijk gestart in een groepspraktijk, waarin nu twee mannen en twee vrouwen werken. Dat is een uitzondering. Meestal werken er alleen vrouwen. Jammer, want daardoor gaat het evenwicht verloren." Naar de oorzaak van die vrouwelijking is het gissen. "Eigenlijk begint het al op school. Daar zijn meer vrouwelijke leerkrachten en meisjes doen het doorgaans beter. Dat is voor jongens misschien een reden om minder hun best te doen? Ik pleit ervoor om tienerjongens te motiveren om ook aan een studie geneeskunde

te beginnen. Misschien moeten we hen wat meer tijd geven. Vroeger hadden ze de legerdienst om te bezinnen over hun levenskeuzes. Waarom geen 'gemeenschapsdienst' invoeren?"

Er spelen nog andere factoren mee, weet Gillet: "Vroeger had elk dorp een leraar en een dokter: twee mannen met veel prestige. Nu zijn dat een lerares en een dokteres, en hun prestige is stevig gedaald. Het lijkt wel een vicieuze cirkel: hoe meer vrouwen, hoe minder aanzien. Hoe minder aanzien, hoe minder mannen. (zucht) Dat valt trouwens ook op als je naar de verschillende specialisaties kijkt. Mannelijke chirurgen zijn er wel genoeg, terwijl mannelijke huisartsen stilaan verdwijnen. Die chirurgen staan qua prestige en wedde een trapje hoger dan huisartsen."

Gillet pleit ervoor om de status van huisartsen fors te verbeteren, bijvoorbeeld door het advies van huisartsen verplicht te maken.

GEK OP WERK

GEESTELIJKE GEZONDHEID Wie een psychisch probleem heeft, wordt in sollicitatieprocedures vaak niet meer uitgenodigd voor de volgende ronde. Nochtans willen ook mensen met psychische problemen werken. Er zijn basisprincipes die in het buitenland hun nut bewezen hebben. Hoe kunnen we ze in Vlaanderen toepassen? Het onderzoekscentrum LUCAS zocht naar antwoorden.

TEKST LIESBETH VAN BRAECKEL | FOTO JAN LOCUS



Jeroen Knaeps, LUCAS: "Denk in termen van arbeidsgeschiktheid in plaats van arbeidsongeschiktheid. Dat is een stap in de richting van duurzame arbeid voor iedereen."

Wat hebben jullie precies nagegaan?

Jeroen Knaeps, LUCAS: "We zijn naar de organisaties gestapt die bezig zijn met het inschakelen van psychiatrische patiënten op de arbeidsmarkt zoals GTB (Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding) en GOB (Gespecialiseerde Opleidings- en Bemiddelingscentra), maar ook beschutte werkplaatsen en tenderprojecten van de VDAB. We zijn nagegaan in hoeverre ze de principes van IPS (Individual Placement and Support) toepassen. De principes van IPS hebben in het buitenland hun doeltreffendheid immers al ruimschoots bewezen. Daarnaast hebben we gekeken naar de Vlaamse context en hebben we gevraagd aan de begeleiders wat typisch Vlaamse drempels en succesfactoren zijn, zowel op het niveau van de maatschappij, de organisatie als de cliënt."

Hoe scoorden de organisaties in het toepassen van de IPS-principes?

"Over het algemeen vrij laag. Het moeilijkste punt blijkt de integratie met de geestelijke gezondheidszorg. De begeleiding stopt ook te snel eens iemand in een job geplaatst is. De begeleiding of follow-up zou in veel gevallen beter langer duren, afhankelijk van de noden van werknemer én werkgever. We denken in een pakket van zorg. Het is alles of niets. Terwijl het voor veel mensen uit deze doelgroep goed zou zijn mochten ze kunnen in- en uitstappen. Je bent nu vaak of patiënt of werknemer. Een tussenvorm lijkt nog niet te bestaan. Wie zich al slecht voelt en bovendien geen werk heeft, blijft zich een buitenstaander voelen."

Hoe kan de overgang van werkloosheid naar werken vlotter georganiseerd worden?

"De geestelijke gezondheidszorg en de VDAB hebben lange tijd op een gelijkaardige manier aan trajectbegeleiding gedaan, terwijl ze dat soms niet van elkaar wisten. Arbeidstrajectbegeleiding wordt nu georganiseerd door een psychiatrisch ziekenhuis. Het zou beter zijn als de arbeidstrajectbegeleider sneller zou langskomen in het ziekenhuis. In

sommige regio's gebeurt dit al. Uiteindelijk zal hij na het ontslag van de patiënt de begeleiding opnemen. Op die manier moeten ze na het ontslag uit het ziekenhuis niet van nul beginnen, maar is er al een vertrouwensband gecreëerd en kan men sneller aan de slag gaan."

VERTREKKEN BIJ STERKTES, NIET BIJ BEPERKINGEN Zijn er wel voldoende plaatsen waar deze mensen terecht kunnen voor een job?

"Veel van deze jobs situeren zich in de sociale economie of bij kmo's. Het vraagt wat aanpassingen van de werkgever en die komen er niet zomaar. Maar werkgevers moeten inzien dat het een meerwaarde kan betekenen voor hun bedrijf. Er ontstaat een nieuwe dynamiek onder de werknemers. Mensen met autisme kunnen ook sterk zijn in IT-taken en op die manier voor een bedrijf een toegevoegde waarde vormen. Mensen met ADHD kunnen dynamisch overkomen, waardoor ze goed kunnen presenteren en sociale contacten leggen, op voorwaarde dat ze voldoende structuur krijgen. Vertrek bij de sterktes van mensen, niet bij hun beperkingen: dat is dan ook een van de aanbevelingen na ons onderzoek. Iemand heeft een ziekte, maar is geen ziekte. Patiënten kunnen altijd nog iets. Het is belangrijk goede voorbeelden te verspreiden."

Kunnen die goede voorbeelden komen uit proeftuinen waar alternatieve vormen van arbeid worden uitgetest?

"Dat is een van onze aanbevelingen. We zijn nu ook bezig met een project waarbij we mensen een jaar lang begeleiden bij hun opleiding en op het pad naar tewerkstelling. Door ruchtbaarheid te geven aan zulke projecten zullen er meer mensen voor openstaan."

WERKEN OF ZIEK ZIJN: NIET ZWART-WIT

Zou ook de expertise van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg meer benut kunnen worden?

"Zeker. In Nederland staan ze daar al verder mee. In elk IPS-team zit daar een ervaringsdeskundige. Die gaat met de persoon in begeleiding naar de werkgever en praat met de collega's. Altijd volgens de wensen van de persoon die in begeleiding is. Ze gaan altijd uit van de kracht van die persoon."

Chantal Van Audenhove, LUCAS: "Het Sainsbury-instituut uit Groot-Brittannië is een mooi voorbeeld van inschakeling van ervaringsdeskundigen. Zij doen onderzoek naar kwaliteit. De onderzoekers zijn hoogopgeleide ervaringsdeskundigen. Sommigen lijden aan bipolaire stoornissen, stemmingswisselingen en zijn af en toe even uit roulatie, maar toch slagen ze erin onderzoek te doen en artikels te publiceren. Een mooi voorbeeld van hoe het wel kan."



Als je maar zorgt dat er voldoende steun is als er iemand tijdelijk uitvalt. Werk wordt vaak eenzijdig ziekmakend beschouwd. Als je ziek bent, werk je best helemaal niet. Dat kan in sommige situaties wel – tijdelijk – juist zijn, maar het is niet voor iedereen overall waar. Er zijn goede praktijken in kmo's die werknemers niet zomaar laten vallen als ze het even moeilijk hebben. Alleen worden die goede voorbeelden te weinig in de kijker gezet."

"MENSEN HÉBBEN MISSCHIEF PSYCHISCHE PROBLEMEN, MAAR ZIJN GEEN ZIEKTE."

Een andere aanbeveling voor werkgevers is denken in competenties in plaats van in functies.

Knaeps: "Klopt. Door te denken in competenties op teamniveau versterken collega's elkaar. Klassiek verbindt men een aantal taken met een functie, maar die taken kunnen ook door verschillende werknemers opgenomen worden, naargelang van de competenties zij hebben. Iedereen kan altijd nog iets. We raden iedereen – adviserend geneesheren, werkgevers, beleidsmakers en VDAB-medewerkers – dan ook aan om altijd uit te gaan van arbeidsgeschiktheid in plaats van arbeidsongeschiktheid."

► www.kuleuven.be/lucas

► [f weliswaar](#)

IEMAND VERTROUWD

ZORGORGANISATIE De Ethische Commissie van het Vlaams Welzijnsverbond vraagt in haar jongste advies aandacht voor continuïteit in zorgrelaties. “Vooral voor jonge mensen is de huidige zorgverlenings-carrousel nefast”, zegt voorzitter Stefaan Baeten.

TEKST ERIC BRACKE | FOTO BOB VAN MOL

Continuïteit in de zorgrelatie, wat verstaat u daaronder?

Stefaan Baeten, algemeen directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Hiëronymus in Sint-Niklaas: “We moeten een onderscheid maken tussen continuïteit in de zorg en continuïteit van zorgrelaties. Het eerste is streven naar naadloos georganiseerde zorg, door samenwerking en afstemming tussen voorzieningen en zorgtrajecten. Op dat vlak heeft Vlaanderen een lange weg afgelegd. Iedereen is doordrongen van de noodzaak van dit soort continuïteit, al zijn we nog niet aan het einde van onze tocht. In ons advies gaat het echter niet over procedures en processen, maar over relaties tussen mensen. Sommige kinderen hebben op jonge leeftijd al een carrousel hulpverleners zien passeren. Uit de bijzondere jeugdzorg en de pleegzorg kregen we noodsignalen over te snel wisselende hulpverle-

ners. Omdat ze geen hechting met een ouderfiguur ontwikkelen, groeien die kinderen gekwetst op.”

Voor volwassenen speelt het hechtingsargument niet. Wegen overwegingen over kosten en druk op personeel dan niet zwaarder?

“Discontinuïteit in de zorgrelatie is nooit helemaal te vermijden, al was het maar omdat de werkweek maar 38 uren telt en mensen met pensioen gaan. Maar ook oudere cliënten en patiënten hechten belang aan continuïteit. Uit onderzoek blijkt dat mensen bij verpleging aan huis liever altijd dezelfde persoon hebben dan elke dag iemand anders, ook al kan de verpleegkundige tijdens zijn vakantie een tijdlang niet komen. Bij kinderen is continuïteit belangrijker, omdat ze de eerste vijf jaar behoefte hebben aan een referentiefiguur. De figuur moet een veilige basis bieden zodat het kind met een gerust hart de wereld kan verkennen. Het kind weet dat er altijd iemand is naar wie het kan terugkeren.”

UIT DE BIJZONDERE JEUGDZORG EN DE PLEEGZORG KOMEN NOODSIGNALEN OVER TE SNEL WISSELENDE HULPVERLENERS.

TUSSEN AFSTAND EN NABIJHEID

Leren hulpverleners op school dat de zorgrelatie belangrijk is?

“Ik heb de indruk dat het leren te eenzijdig op intellectuele kennis en het procesmatige gericht is. Een theoretische bagage is essentieel, maar daarnaast moeten zorgverleners ook nadenken over de zorgrelatie. De nadruk ligt op wat meetbaar lijkt. Maar als het fout loopt in de zorg heeft het altijd met de zorgrelatie te maken. Hulpverleners die de rol van ouderfiguur voor een kind opnemen, moeten zich ervan bewust zijn dat ze het spanningsveld tussen afstand en nabijheid moeten handhaven. Tegelijk mogen ze de band met de echte ouders niet onderschatten, zelfs in moeilijke settings horen ze de dubbele binding van een kind te respecteren.”



Stefaan Baeten, Vlaams Welzijnsverbond: “We botsen vandaag op een instrumenteel denken dat geen ruimte laat voor de continuïteit van een zorgrelatie.”

► Lees het volledige artikel op weliswaar.be/onderzoek2012

► [f weliswaar](https://www.facebook.com/weliswaar)

DE WERKEN VAN... FRANS LAMMERTYN

Foto Bob Van Mol

Professor doctor Frans Lammertyn (66) is een tevreden man. Hij gaat met emeritaat en laat een indrukwekkende erelijst na. Op de website van de K.U.Leuven, waar hij ook decaan van de faculteit Sociale wetenschappen en vicerector onderwijsbeleid was, vullen de titels van zijn publicaties maar liefst 22 pagina's. "Mijn hart gaat uit naar de mix van onderzoek naar welzijnszorg en -beleid enerzijds en tijdsdiagnostiek anderzijds. In welke tijd leven we en wat zijn de motoren van de verandering? Op mijn emeritaatsviering besprak een panel de recente ontwikkelingen in het welzijnsbeleid, met als vertrekpunt een artikel dat ik in 1996 publiceerde: 'De zorg voor welzijn. Actuele antwoorden op oude vragen'. Acht van mijn promovendi hebben voor die gelegenheid een boek gepubliceerd met als titel *De zorg voor welzijn*. Mijn motto? Dat heb ik niet. Gewoon, hard werken. Dat heb ik altijd vanzelfsprekend gevonden. Daarom ook dat ik aan de slag blijf, maar dan zonder deadlines om colleges klaar te krijgen." (NK)



ZAKEN IN ONDERZOEK

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin begon op 1 januari 2012 aan een tweede termijn. LUCAS, het Centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de K.U.Leuven, neemt tot 2015 de coördinatie op zich. Met een aantal nieuwe partners werkt het bestaande consortium verder aan zijn missie: het zorg- en welzijnsbeleid ondersteunen met wetenschappelijk onderzoek.

TEKST LIESBETH VAN BRAECKEL | FOTO JAN LOCUS

Het consortium van universiteiten is hetzelfde gebleven als tijdens de vorige termijn van het Steunpunt, maar er zijn wel een aantal nieuwe partners. Welke troeven brengen zij mee? Valérie Carrette, coördinator SWVG: "De K.U.Leuven, VUB en UGent blijven de kernactoren. De Katholieke Hogeschool Kempen was al partner in het vorige

steunpunt. Er zijn verschillende onderzoekscentra van de Universiteit Hasselt, Universiteit Antwerpen, Arteveldehogeschool en hogeschool Thomas More (voorheen Lessius Hogeschool en KHKempen, nvdr) bij gekomen. Het meerjarenprogramma wordt vooral door de kernactoren uitgevoerd, maar tijdens het onderzoek kan het relevant zijn om een beroep te doen op de expertise van onze partners. Dat gebeurde al verschillende keren tijdens de eerste Steunpuntperiode. Ook tijdens de kortetermijn-onderzoeken kan er samengewerkt worden." Chantal Van Audenhove, promotor-coördinator SWVG: "We hebben een complementair consortium samengesteld, waarin elke partner een eigen expertise heeft. Dat hebben we bewust nagestreefd." Carrette: "We werken zo vaak als mogelijk interdisciplinair. Aan één onderzoek kunnen zowel sociologen, artsen, juristen, psychologen als pedagogen meedoen. Dat bevordert niet alleen wetenschappelijke samenwerking over disciplines heen, maar ook het intersectoraal leren." Van Audenhove: "Onderzoekers zijn altijd sterk gefocust op publicaties en deadlines. Dankzij het Steunpunt worden ze aangemoedigd om ook te rade te gaan bij collega's die verder weg zitten. Wij zorgen voor de kruisbestuiving. En misschien moeten we het ook eens wat internationaler durven te bekijken. Vlaanderen heeft met zes miljoen inwoners een behoorlijk aantal universiteiten en hogescholen. Samenwerking is de toekomst."

KIJK OP DE PRAKTIJK

Welke onderzoeksonderwerpen en -thema's staan er op het meerjarenprogramma?

Carrette: "Er zijn drie onderzoekslijnen. De eerste zal de zorgbehoeften en het zorggebruik van verschillende doelgroepen monitoren. In het vorige Steunpunt zetten we longitudinale studies op. Zo zijn in het onderzoek JONG! kinderen van verschillende leeftijden gedurende een lange periode opgevolgd. Nu kunnen we die gegevens maximaal analyseren. We willen ook nagaan – rekening houdend met de

privacy – in hoeverre we registratiesystemen kunnen koppelen, zoals bijvoorbeeld de databanken van VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) en Jongerenwelzijn. Zo komen we meer te weten over meervoudig zorggebruik van minderjarigen.

Een tweede onderzoekslijn zal preventieve interventies en zorginterventies evalueren. We kijken naar methodieken die in het buitenland hun efficiëntie al bewezen hebben en we gaan na of ze ook in een Vlaamse context toegepast kunnen worden. Hiervoor werken we nauw samen met mensen uit de praktijk, en realiseren we samen *evidence informed*-praktijken. Zo zal Johan Vanderfaeillie een methodiek onderzoeken om samenwerking in de pleegzorg te ondersteunen. Daarvoor werkt hij samen met een hulpverlener die lang in de pleegzorg heeft gewerkt."

Van Audenhove: "Een volgende onderzoek gaat uit van de vraag: wat is goede zorg in thuissituaties? Er gebeurt veel, in verschillende sectoren, en iedereen vindt het warm water uit. We moeten vaststellen welke ingrediënten efficiënt zijn bij de zorg voor mensen met psychische problemen, kansarmen of mensen met dementie. Die goede praktijken moeten hun weg vinden in alle sectoren. We meten niet enkel om de resultaten mee te delen. Samen met mensen uit de praktijk kijken we welke praktijken effectief zijn. Het onderzoek naar e-health-programma's voor geestelijke gezondheid is daar een mooi voorbeeld van. Het is in het buitenland al bewezen dat deze programma's werken bij mensen die risico lopen op depressie. Wij willen nu onderzoeken wat er in Vlaanderen nodig is om die programma's van de grond te krijgen en we doen een eerste studie bij mensen met een ernstige lichamelijke ziekte." Carrette: "Een ander praktijkgericht onderzoek richt zich tot moeilijk bereikbare groepen in de samenleving. Met algemene campagnes voor een gezonder leven bereiken we deze mensen niet. Daarom onderzoeken we of we acties kunnen opzetten in hun werkomgevingen in de sociale economie. Het is vooral belangrijk dat mensen niet stigmatiserend benaderd worden door te zeggen: 'Je rookt of drinkt te veel.' Het is wel de bedoeling om hen een aantal tools aan te reiken waarna mensen zelf kiezen of ze werken rond roken, alcoholgebruik of beweging. Verplichten werkt niet. Je creëert beter een aanstekelijke sfeer onder collega's. Denk aan Start To Run: dat stimuleert mensen in heel Vlaanderen om te joggen."

ZORGORGANISATIE EN ZORGBELEID

Carrette: "De derde en laatste onderzoekslijn gaat over de organisatie en het beleid van de zorg. Het financieringsluik eist veel aandacht op, mede op vraag van de minister. Het is belangrijk om op zoek te gaan naar innovatieve vormen van financiering.



"HET STEUNPUNT ZORGT VOOR EEN KRUISBESTUIVING VAN ONDERZOEKERS UIT VERSCHILLENDE WELZIJNS- EN ZORGSECTOREN."

Zo kennen we in Vlaanderen het persoonsgebonden budget al. Voor dit onderzoek maken we een overzicht van hoe de verschillende sectoren nu gefinancierd worden. We gaan voor een aantal cases in het buitenland kijken welke financieringsvormen voor Vlaanderen relevant zouden kunnen zijn. Een ander onderzoek in deze onderzoekslijn gaat over de juridisering van de zorgsector. Maar wat betekent die term? In dit onderzoek ligt de focus op het beroepsgeheim." "Dit is slechts een greep uit het meerjarenprogramma. Daarnaast doen we op korte termijn onderzoek naar de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg, de behoefte aan en het gebruik van kinderopvang, het gebruik van reguliere welzijnsdiensten door personen met een handicap, en het spreekrecht en casusgebonden overleg bij situaties van kindermishandeling. De volledige lijst van de onderzoeken kan iedereen raadplegen op onze vernieuwde website. In 2013 zullen daar ook de eerste publicaties verschijnen."

► www.steunpuntwvg.be
► [f weliswaar](#)

Valérie Carrette, coördinator SWVG: "In de tweede termijn van het Steunpunt willen we door samenwerking tussen onderzoek en praktijk bijdragen tot nog meer kwaliteit in de zorg."

NIET BUITEN ZONDER ONTBIJT

Wie niet ontbijt, heeft een voorkeur voor calorierijk, ongezond voedsel en verorbert tijdens de lunch maar liefst 20% meer calorieën. Dat vertelden wetenschappers onlangs op een congres neurologie in New Orleans. Wanneer we tussen het avondmaal en de lunch de daaropvolgende dag niets eten, worden bepaalde hersenzones zo geprikkeld dat we automatisch naar calorierijk voedsel grijpen. De dag starten met een laag suikerniveau in het bloed vermindert de concentratie en maakt sommige mensen



prikkelbaar. In Vlaanderen slaat één op de zes kinderen van kleuter- tot secundair onderwijs het ontbijt geregeld over. Van de werkende volwassenen eet één op drie 's morgens geregeld niet.

- *Marleen Finoulst is hoofdredacteur van Bodytalk en houdt voor Weliswaar een blog bij over gezondheidskwesties. Lees de volledige column op weliswaar.be/bodytalk.*



LOKALE ARMOEDEBESTRIJDING EN SOCIALE INNOVATIE

OASes, Centrum voor Ongelijkheid, Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad (UA) bekijkt ook dit jaar de armoede in Vlaanderen en België. De gemeenteraadsverkiezingen van 2012 vormen in het *Jaarboek Armoede 2012* de aanleiding om de spots op het lokale niveau te richten. In de steden en in menig dorp spreken lokale mandatarissen zich uit over hun visie op sociaal beleid. Thema's zijn onder meer sociale huisvesting, leegstand en verkrotting, werk, gemeentelijke administratieve sancties, mobiliteit, veiligheid en onderwijs. In elk van die bevoegdheden schuilt een armoedecomponent. Maar hoeveel steden en gemeenten zullen aan hun bestuursakkoord een armoedeplan hechten voor de volgende zes jaren? De rol van de lokale overheid in armoedebestrijding vormt al decennia een onderwerp van discussie.

De auteurs doen meerdere lokale innovatieve projecten uit de doeken en zoeken naar de maatschappelijke onderstroom van deze initiatieven. Dergelijke sociaal innovatieve acties hebben het potentieel om armoede lokaal te bestrijden en kunnen, indien succesvol, regionaal of nationaal opgezet worden. De focus ligt op individuen en groepen die op een emanciperende manier hun sociale behoeften vervullen, die door de markt noch door de overheid werden voorzien.



- *Meer info: www.oases.be*
- *Danielle Dierckx, Stijn Oosterlynck, Jill Coene en An Van Haarlem (RED), Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2012, Acco, 528 p., € 36. ISBN 9789033491023*

VRAAG EN AANBOD IN DE THUISLOZENZORG

De overheid heeft op dit moment geen gedetailleerd overzicht van de vraag en het aanbod in de thuislozenzorg. In 2010 bracht LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy (K.U.Leuven), het aanbod al onder in intersectorale typemodules. Het aanbod werd afgegrensd tot de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, de lokale besturen (OCMW, steden, gemeenten), de sociale huisvestingsactoren en het straathoekwerk. In 2011 onderzocht LUCAS de vraagzijde. In dit onderzoek kwam onder meer de definitie van thuisloosheid aan bod en werden bestaande registratiesystemen in het buitenland geanalyseerd. Daarnaast ging LUCAS na welke informatie nu al in Vlaanderen geregistreerd wordt en in welke mate dit nuttig is om de vraag op te volgen. Het rapport eindigt met twee types van monitoringinstrumenten.

- *Lees verder op weliswaar.be/onderzoek2012*
- *www.kuleuven.be/lucas*

BLABLA EN BOEMBOEM VOOR PROFESSIONELEN

PROSTITUTIE Sekswerkers worden geconfronteerd met risico's in de gezondheids- en psychosociale sfeer. Zij vinden voor deze problemen vaak niet of moeilijk hun weg in het reguliere hulpverleningsaanbod. De vzw's Ghapro en Pasop komen hieraan tegemoet door hun hulpverleningsaanbod actief aan de sekswerkers aan te reiken.

TEKST NICO KROLS

Een nieuw onderzoek van de Universiteit Antwerpen onder leiding van professor Guido Van Hal in opdracht van het Kenniscentrum WVG wil zicht krijgen op de effectiviteit van de activiteiten van beide vzw's.

“De algemene conclusie van het onderzoek”, zegt onderzoeker Karolien van Nunen (UA), “is dat zowel Ghapro als Pasop een positieve invloed uitoefenen op het gedrag van de sekswerkers. Zij schatten het gevaar van seksueel overdraagbare infecties (SOI's) beter in en ze zijn beter op de hoogte van de manieren om ze te vermijden. Zo gebeurt het orale contact veiliger bij sekswerkers die in contact staan met een van de vzw's. Ze laten ook vaker uitstrijkjes nemen en laten zich testen op SOI's bij Ghapro en Pasop. Ze zijn ook meer gevaccineerd tegen hepatitis B.”

Van Nunen en collega Charlotte Gryseels ondervroegen 150 vrouwelijke en mannelijke sekswerkers die al lange tijd en op regelmatige basis op de diensten van de vzw's een beroep doen. Ze vergeleken hun antwoorden met die van een groep sekswerkers die nog nooit met Ghapro, Pasop of een soortgelijke organisatie contact hadden.

TABOE OF VZW

Ghapro is actief in Antwerpen en Pasop in Oost- en West-Vlaanderen. Limburg en Vlaams-Brabant hadden tot voor kort geen hulpverlening voor sekswerkers. De appreciatie vanwege de doelgroep die op de vzw's een beroep kan doen is groot. Van Nunen: “De mannen en vrouwen in Limburg en Vlaams-Brabant gaven duidelijk aan dat er aan dergelijke hulpverlening nood is. Weinigen van hen laten zich bij hun huisarts testen. Diegenen die dat wel doen, krijgen vaak niet de testen die ze nodig hebben omdat de huisarts meestal niet op de hoogte is van hun beroep als sekswerker. Allemaal door het taboe dat er op sekswerk rust.”

Het is dan ook een van Van Nunens beleidsaanbevelingen dat de hulpverlening van Ghapro en Pasop


zou worden uitgebreid in de minder bedeelde provincies. “Maar ook in de regio's waar de hulpverlening al bestaat, is er nood aan uitbreiding van het aanbod. Nu is dat hoofdzakelijk medisch gericht, terwijl er vraag is naar sociale en psychosociale hulp. Daarvoor zijn dan wel meer financiële middelen nodig, want sociale hulpverlening is variabel, gedifferentieerder en intensiever.”

SEKSWERKERS DIE EEN BEROEP DOEN OP GHAPRO EN PASOP NEMEN PREVENTIE ERNSTIG EN CORRIGEREN HET GEDRAG VAN HUN KLANTEN.

SEKSWERKER DOET AAN VOORLICHTING

Opvallend is dat de sekswerkers die een beroep doen op Ghapro en Pasop de preventieve boodschap ter harte nemen en het gedrag van hun klanten corrigeren. Zij staan zelf in voor hun preventie en weigeren onveilige seks die klanten vaak eisen. Dat vraagt vaak veel onderhandeling en overtuigingskracht.

Ontstellend is de povere kennis van de risico's op SOI's bij de klanten zelf. Ook daarin zouden de vzw's de sekswerkers graag beter ondersteunen. Over de klanten van sekswerkers bestaat weinig informatie. Meer onderzoek naar hun profiel kan helpen om na te gaan hoe preventieve informatie naar hen kan worden overgebracht. Ghapro en Pasop namen onlangs het initiatief om ook Vlaams-Brabant in hun werking op te nemen. Pasop richt zich bovendien ook op Limburg.

- ▶ *Het onderzoek kan je lezen op www.kenniscentrum-wvg.be > bijzondere doelgroepen > extern onderzoek*
- ▶ *Voor informatie over het onderzoek kan je terecht bij karolien.vannunen@ua.ac.be*
- ▶ *www.ghapro.be | www.pasop.info*
- ▶  *weliswaar*

KWETSBAARHEID MAG GEEN TABOE ZIJN

DISCRIMINATIE Meer dan duizend depressieve mensen in 35 landen werden bevraagd over hoe gediscrimineerd ze zich voelen. Daaruit blijkt dat maar liefst acht op de tien depressieve mensen zich gediscrimineerd voelen. Kunnen we er als samenleving in slagen het taboe op psychische problemen te doorbreken? TEKST LIESBETH VAN BRAECKEL | FOTO JAN LOCUS

Meer dan 80% van de ondervraagden voelt zich gediscrimineerd. Een hoog cijfer, maar misschien niet onverwacht?

Chantal Van Audenhove, LUCAS: "Nee, het illustreert wat we al langer aanvoelen. En dan is depressie nog een ziekte waar mensen zich nog in kunnen herkennen. Iedereen heeft al wel eens een dipje of maakt een verlieservaring mee. Ernstige psychische

aandoeningen, zoals psychose, houden iemand vaak levenslang in de greep."

Als zoveel mensen zich kunnen inleven in een depressie, waarom is er dan niet meer begrip voor?

"Het is een vicieuze cirkel. Mensen durven hun kwetsbaarheid niet te tonen. Daardoor krijgen ze geen steun voor hun probleem en komen ze in een isolement terecht. Uit het onderzoek blijkt dat 37% van de ondervraagden geen relatie durft aan te gaan. Daarnaast gaat 25% niet op zoek naar werk en wil 20% geen opleiding aanvatten, uit angst voor discriminatie."

Mensen verwachten dus vooraf al gediscrimineerd te worden.

"Dat is een belangrijk punt. Er is niet alleen het stigma – hoe kijkt de samenleving naar mensen met een depressie? – maar ook het zelf-stigma. Patiënten anticiperen op discriminatie en denken bij veel dingen die ze willen ondernemen dat het toch niet zal lukken."

Misschien is dit vaak onterecht?

"Soms wel. Als je de cirkel kan doorbreken en in een context terecht komt waar je kwetsbaarheid aanvaard wordt, dan krijg je hulp en steun, kom je lotgenoten tegen en kan je er sterker uitkomen. De afgelopen decennia hebben we taboes zien verdwijnen: denk maar aan aids, kanker of dementie. Onderwerpen die vroeger onbespreekbaar waren, maar waar mensen nu makkelijker over praten, mede dankzij de media. Dat is ook voor depressie het doel. Het aantal bedden in de psychiatrie wordt afgebouwd. En er zal in toenemende mate zorg verleend worden in de samenleving. Misschien evolueert het taboe op psychische problemen in de toekomst op dezelfde manier als de taboes die vroeger op kanker of dementie rustten."

WIE PECH HEEFT, WORDT GEPEST

Wie zich kwetsbaar opstelt, wordt daarvoor in sommige contexten afgestraft. Depressieve mensen hebben vaak een goede reden om hun ziekte te verbergen.

"In sommige werkomgevingen wordt de zwakste in de groep gepest. Je kan het psychisch kwetsbare mensen dan ook niet kwalijk nemen dat ze hun kwetsbaarheid verbergen, dat ze op hun hoede zijn. Als je je open opstelt, kan het positief uitdraaien en kan je steun krijgen, maar met wat pech draait het negatief uit. Omdat er over psychische ziekten zo weinig geweten is, hebben sommige mensen het blijkbaar moeilijk om er begrip voor op te brengen."

Een gebroken been is zichtbaar, een depressie is dat niet. Mensen die wegens hun psychische kwetsbaarheid misbruikt worden, zitten in een machteloze positie en zullen niet met hun probleem naar buiten komen."

Gaat het dan vooral om de werkomgeving of ook over de privésfeer?

"Uit het onderzoek blijkt dat mensen ook in de privésfeer die druk voelen. Bijna vier op de tien van de ondervraagden gaan ervan uit dat ze geen partner zullen vinden of durven niet in een relatie te stappen omdat ze zich minderwaardig voelen. Mensen die al een relatie hebben en in een depressie belanden, worden zorgbehoevend. De ziekte tast soms de relatie aan, of het evenwicht tussen de partners raakt uit balans. Mensen verliezen in dat geval hun partner zoals ze hem of haar altijd gekend hebben. Dat kan een crisis in de relatie teweegbrengen. Ik kan me voorstellen dat het vanuit het standpunt van de patiënt dan moeilijk kan zijn om zich na zo'n crisis nog volledig aanvaard te voelen in de partnerrelatie. We zien ook vaak dat mensen met een psychische kwetsbaarheid een lotgenoot als partner vinden. Dat kan een sterkte zijn, maar het houdt ook een aantal risico's in."

ZWIJGEN IS GEEN GOUD

Het taboe leidt er vaak ook toe dat mensen hun depressie verzwijgen, vaak met de beste bedoelingen. Leidt dit niet tot nog meer problemen? Voor iets wat je verzwijgt, kan je geen steun krijgen.

"Inderdaad. Het is een beperking als je je problemen moet verzwijgen. Maar langs de andere kant is het

ook niet onbegrijpelijk. Zelfs als je niet ziek bent, geef je jezelf ook pas volledig bloot bij mensen die je kent en vertrouwt. Dat geldt dus voor iedereen."

Kan dat bij mensen die een depressie hebben er niet toe leiden dat ze geen hulp vragen voor hun probleem?

"Hierover hebben we ook onderzoek gedaan. Mensen met ernstige psychische problemen zoeken vaak geen gespecialiseerde hulp uit angst voor het

"HET TABOE OP KANKER EN DEMENTIE IS AL DOORBROKEN. NU NOG HET TABOE OP PSYCHISCHE PROBLEMEN."

stigma dat aan geestelijke gezondheidszorg kleeft. We hebben hierover onderzoek gedaan in Vlaanderen, Wallonië en Nederland. Daaruit blijkt dat er in regio's met veel suïcide een grotere terughoudendheid bestaat om gespecialiseerde hulp te vragen bij psychische moeilijkheden. Men blijft er vaker hangen bij de huisarts, die niet de mogelijkheden heeft om zware depressies te behandelen. Dit is een belangrijk aandachtspunt in het kader van preventie van suïcide. We hebben er nu wel meer aandacht voor dan vroeger. Laat ons hopen dat we er als maatschappij op termijn in slagen om het taboe op psychische problemen volledig te doorbreken."

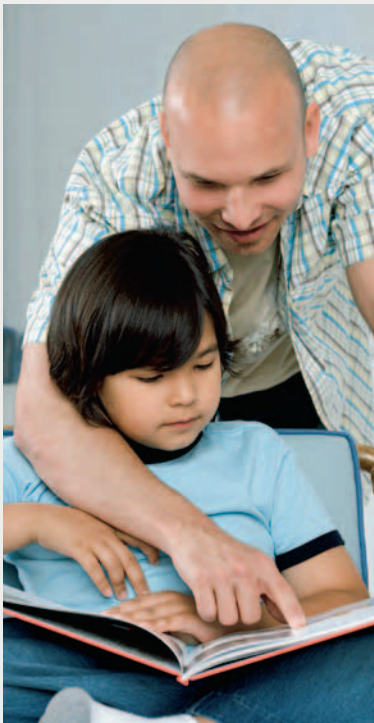
► www.kuleuven.be/lucas

► [f weliswaar](#)

DE BASIS VAN LEZEN

ALFABETISERING | De meest recente PISA-enquête (2009) toont aan dat 18% van de 15-jarigen in ons land onvoldoende basisleesvaardigheid heeft om actief te kunnen deelnemen aan het maatschappelijke leven. In 2008 lanceerde bpost de operatie Kerstzegel. Met de opbrengst van de verkoop van deze zegel worden projecten gefinancierd die willen vermijden dat kinderen van nul tot zes jaar een ontwikkelingsachterstand oplopen. De projecten richten zich ook op de alfabetisering van de ouders. Het is van belang om de houding van de ouders tegenover lezen en schrijven te verbeteren. Daarom werken de projecten met een gecombineerde aanpak die mikt op de algemene sociaal-emotionele ontwikkeling.

- ▶ Lees verder op weliswaar.be/onderzoek2012
- ▶ www.hiva.kuleuven.be



THEMAKALENDER WELISWAAR

KALENDER | Weliswaar brengt elk jaar een kalender uit met de belangrijkste themadagen, zoals de Internationale Alzheimerdag (21 september) of de Werelddag van het Kind (20 november). Op weliswaar.be vind je de recentste versie met een link naar de site van de organisatoren. In onze volgende editie vind je een papieren exemplaar.

- ▶ weliswaar.be/themadagen



VOLSTAAT DE HULP BIJ HANDICAP?

ONDERZOEK | Op 6 december organiseren de FOD Sociale Zekerheid, de POV Wetenschapsbeleid en LUCAS (Centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de K.U.Leuven) een colloquium over de tegemoetkomingen voor personen met een handicap. Daar werden de resultaten voorgesteld van een onderzoek dat LUCAS voerde naar de effectiviteit van die tegemoetkomingen en de socio-economische status van personen met een handicap. Blijkt dat de extra kosten die een handicap met zich meebrengt onvoldoende worden gedekt door een inkomensvervangende of integratietegemoetkoming. Het dekken van de extra kosten kan via drie pistes gebeuren: het verhogen van het inkomen, het verminderen van de uitgaven, de verbetering van de dienstverlening. Voor het verhogen van het inkomen sluiten de onderzoekers aan bij het voorplan uit het Belgisch regeringsakkoord en het recente Tweede Federaal Actieplan Armoedebestrijding om de bijstandsuitkeringen en dus ook de inkomensvervangende tegemoetkoming op te trekken tot het niveau van de armoederisicodrempel.



Daarnaast kunnen in verschillende beleidsdomeinen de uitgaven van uitkeringsgerechtigden beter beperkt worden. Bijvoorbeeld door het verder inperken van de persoonlijke bijdrage in de kosten van de gezondheidszorg, de strijd tegen energiearmoede en de verhoogde financiële en fysieke toegankelijkheid van sociale woningen. Een andere mogelijkheid om de kosten terug te dringen, bestaat erin om dienstverlening te optimaliseren, in de eerste plaats door het verbeteren van het mobiliteitsbeleid. Naast generieke maatregelen voor alle personen met een tegemoetkoming wijzen de onderzoekers op twee kwetsbare groepen. Personen met een matige beperking zijn het slechtst beschermd. Een tweede bijzonder kwetsbare groep zijn eenoudergezinnen waarvan het gezinshoofd een tegemoetkoming heeft. Zij hebben het grootste armoederisico en de hoogste graad van materiële deprivatie. De studie toont tevens aan dat het niet enkel gaat om meer middelen maar dat een meer integrale benadering van handicap nodig is.

- ▶ Het onderzoeksrapport kan je onder meer lezen op www.kuleuven.be/lucas

DE KILLE KEMPEN VOLGENS FIEN

TEKST NICO KROLS | FOTO STEPHAN VAN FLETEREN

In haar kenmerkende ‘unheimliche’ stijl schreef en filmde Fien Troch een cruciale maand uit het leven van de zeven jaar oude Kid en zijn broertje Billy. Kid is de kwajongen van de twee, Billy volgt meer de grillen van de volwassenen. Op hun vader moeten de jongens niet rekenen. En wanneer hun moeder niet meer voor hen kan zorgen, staan ze er alleen voor, ook al spelen hun tante en nonkel voorgd. Het zijn kille Kempen die Troch registreert. Met een statische camera schildert ze composities die met de waterpas lijken geconstrueerd. Gek genoeg zorgt die stilistische perfectie voor een emotionele impact, die toch vooral zijn grond heeft in het onbevangen acteren van de twee jongens. “Ik ben tevreden dat ik het naïeve van de kinderen op een gebalanceerde manier in het dramatische verhaal heb verwerkt. De kale sfeer van de Kempen deed mij terugdenken aan de tijd toen ik daar als kind bij mijn grootouders op vakantie ging. De zoektocht van Kid

die op zoek is naar warmte paste daar intuïtief bij.”

Weliswaar dronk een groene thee met de hoogzwangere Fien Troch en legde de vragenlijst van Proust voor om te weten wie zij wel denkt dat zij is.

Wat is jouw belangrijkste karaktertrek?
Koppigheid.

Waar heb je het meest een hekel aan?
Het donsdeken in het hoeslaken steken.

Mocht je sterven en mogen terugkeren, wie of wat zou je willen zijn?

Mezelf en dan beter doen wat ik niet goed heb gedaan.

- ▶ Lees het interview met Fien Troch en haar lijst van Proust op weliswaar.be/onderzoek2012
- ▶ Kid komt op 16 januari 2013 uit. Wees erbij op de avant-première in aanwezigheid van Fien Troch. Kijk snel op weliswaar.be!



Nele Spruytte (Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, K.U.Leuven): "We installeren de innovaties in de leefomgeving van mensen met dementie. Daar zien we wat er goed loopt en waar er nog moet worden bijgestuurd."

DEMENTIE: THEORIE VERSUS PRAKTIJK

DE PROEF OP DE SOM

INNOVATIE Innovate Dementia is een living lab. Innovaties om de levenskwaliteit van mensen met dementie te verbeteren, worden er onmiddellijk getoetst aan de dagelijkse realiteit.

TEKST GOELE GEERAERT | FOTO BOB VAN MOL

Ook in de zorg worden er innovatieve toepassingen ontwikkeld waar, ondanks de goede wil, niemand wat aan heeft. Omdat ze niet beantwoorden aan een reële behoefte of omdat ze gebruiksonvriendelijk zijn. Het gaat bijvoorbeeld om te ingewikkelde domotica of te zware hulpsystemen. Vele oplossingen zijn bedacht in een intellectueel vacuüm en zijn niet getoetst aan de realiteit. Om het probleem van die 'steriele' innovaties te vermijden, werden in Europa de laatste jaren living labs opgericht. Die levende laboratoria betrekken de patiënt en zijn omgeving meteen bij de ontwikkeling van de innovatie. Dat moet leiden tot een bruikbaar eindproduct.

IN HET CREATIEVE DENKPROCES WORDEN DE HAALBAARHEID EN DE WENSELIJKHEID VAN DE OPLOSSING DADELIIK MEEGENOMEN.

In West-Vlaanderen en de streek rondom Poperinge werd zopas een living lab rond dementie (Innovate Dementia) opgezet. Met de vergrijzing groeien de aandacht voor dementie en de nood om er zo goed mogelijk mee om te gaan. Innovate Dementia is een Europees initiatief met onderzoeksgroepen in België, Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Het project streeft naar een verbetering van het leven met dementie. Er wordt aandacht besteed aan vier specifieke domeinen: lichtsystemen, voeding en beweging, ruimtelijke omgeving en psychosociale zorg.

DE IMPACT VAN KLEUR, GEUR EN LICHT

"In België kijken we vooral naar de impact van de ruimtelijke leefomgeving op agitatie, onrust en dwaalgedrag bij mensen met dementie", vertelt Nele Spruytte. Zij is wetenschappelijk medewerker van het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy (LUCAS) van de K.U.Leuven, de coördinerende partner

voor ons land. "Innovate Dementia is een samenwerking tussen verschillende partijen: onderzoekers, fabrikanten, zorgverleners en vooral mensen met dementie en hun familie. De kracht van het project zit in de gelijkwaardige inbreng van elke partner bij het bereiken van een realistisch eindresultaat." LUCAS verzamelde verschillende wetenschappelijke vaststellingen over de impact van kleur, geur en licht. Zo zou een goed dag- en nachtritme van mensen met dementie samenhangen met voldoende licht. Zicht op de natuur of toegang tot een tuin zou patiënten meer tot rust brengen. En herkenbaarheid uit de leefwereld zou hen helpen om in huis beter de weg te vinden.

"Binnenkort bespreken we die wetenschappelijke hypothesen in verschillende focusgroepen van zorgverleners, mantelzorgers, mensen met dementie en hun omgeving", licht Nele Spruytte toe. "Zij kunnen die bevestigen, nuanceren of tegenspreken, en vanuit hun ervaring nieuwe suggesties doen. Welke strategie hebben zij om onrust en dwaalgedrag te verbeteren? Welke aanpak had geen effect? En vooral, welke instrumenten zouden zij ook echt gebruiken in de praktijk?"

OPLOSSINGEN BEDENKEN EN UITPROBEREN

Bart Deltour werkt als provinciaal coördinator voor het Expertisecentrum Dementie Foton (Brugge), dat samen met de collega's van ECD Sophia (Kortrijk) deelnemers voor de focusgroepen en het living lab mobiliseert. Foton is een deel van Familiezorg West-Vlaanderen en heeft via de thuisbegeleiding rechtstreeks contact met mensen met dementie en hun familie. "We willen hen zo goed mogelijk over het living lab informeren. In het creatieve denkproces met de verschillende partners worden de haalbaarheid en de wenselijkheid van de oplossing dadelijk meegenomen. Een hoop eindgebruikers voelt zich door die aanpak erkend. Ondanks hun psychologische en praktische beslommingen zien ze het belang van Innovate Dementia. Sommigen vinden toch de tijd om zich in een focusgroep te engageren." Met de input uit die groepen wordt elders in West-Vlaanderen, samen met het PRoF-Consortium, aan de slag gegaan. ProF verzamelt onderzoeksinstellingen, gebruikersgroepen, fabrikanten, overheden en architecten. Samen bedenken en ontwikkelen ze oplossingen", vertelt coördinator Jan Van Hecke. "Die worden in een testopstelling verwerkt." Tot nu toe werden drie concepten uitgewerkt. Het laatste, ProF 3.0 of voluit Private Care Room of the Future, stelt de innovatieve kamer in het woonzorgcentrum voor. Die woonzorgkamer met dimlicht, open haard en uitschuifbaar zorgbed staat ver van de traditionele witte ruimte met ziekenbed. Van Hecke knikt: "De huidige zorgarchitectuur volgt traag op de maatschappelijke ontwikkelingen. Daarin komt de

woonfunctie naast de zorgfunctie te staan. De kamer moet het midden vinden tussen een ondersteunende en een persoonlijke omgeving, tussen zorg en leefbaarheid. PRoF wil echt *out of the box* denken. We zoeken de oplossingen die het best bij de realiteit aansluiten."

In de woonzorgkamer van PRoF kunnen onderzoekers, zorgpersoneel, patiënten en andere betrokkenen elke nieuwigheid een eerste keer testen. Oplossingen

"DE KRACHT VAN HET PROJECT ZIT IN DE GELIJKWAARDIGE INBRENG VAN ELKE PARTNER BIJ HET BEREIKEN VAN EEN REALISTISCH EINDRESULTAAT."

die de vuurproef doorstaan, worden in het living lab 'levensecht' uitgeprobeerd. Nele Spruytte: "We installeren de innovaties in de leefomgeving van mensen met dementie, thuis of in het woonzorgcentrum. Daar nemen we de uiteindelijke proef op de som en zien we wat er goed loopt en waar er nog moet worden bijgestuurd."

Het project van Innovate Dementia wordt gespreid over drie jaar. Na het derde jaar kan de balans worden opgemaakt. Nele Spruytte: "Bedoeling is om tegen dan een paar concrete producten, richtlijnen of opstellingen te ontwikkelen die de bruikbaarheidstest hebben doorstaan. Zij moeten de leefsituatie van mensen met dementie kunnen verbeteren en bijdragen tot een verhoogde levenskwaliteit."

► [f weliswaar](#)



DE KWALITEIT VAN HET EINDE

PALLIATIEVE ZORG Een aantal Vlaamse en Nederlandse onderzoeksinstituten begon in het voorjaar van 2011 met het FLIECE-project. Ze willen praktische tools ontwikkelen om de palliatieve zorg in Vlaanderen te verbeteren.

TEKST GOELE GEERAERT | FOTO BOB VAN MOL



Joachim Cohen, onderzoekscoördinator FLIECE: "Er rust duidelijk nog een taboe op palliatieve zorg."

In vergelijking met Nederland verblijven er in Vlaanderen meer chronisch zieken nodeloos in een ziekenhuis. Ter illustratie: 29% van de Vlaamse kankerpatiënten blijft tot het einde in de thuisomgeving, tegenover 46% in Nederland. Vlamingen hebben ook minder snel een gesprek over palliatieve zorg met hun huisarts. Bovendien is de palliatieve zorgverlening in veel Vlaamse woon- en zorgcentra beperkt uitgebouwd.

Het zijn slechts enkele vaststellingen van het project Monitoring the Quality of End of Life Care (MELC) dat tussen 2006 en 2010 als een interuniversitair onderzoek werd opgezet. De samenwerking bracht de Vrije Universiteit Brussel, de Universiteit Gent, de Universiteit Antwerpen en het VU medisch centrum Amsterdam samen. Het MELC-project bracht de kwaliteit van de levenseindezorg in Vlaanderen en Nederland in kaart en toonde dat het bij ons op verschillende punten beter kan.

Om de belangrijkste aandachtspunten van het MELC-onderzoek bij te sturen, werd in maart 2011 met een vervolgtijdschema gestart. Onderzoekers van de K.U.Leuven en de universiteiten van Gent en Brussel en van het Vumc Amsterdam engageerden zich in het FLIECE-project. FLIECE, voluit Flanders Study to Improve End-of-Life Care and Evaluation Tools, wordt gefinancierd door het agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie en loopt tot begin 2015. Het wil concrete richtlijnen voor de zorgprofessionals formuleren, en werkinstrumenten en interventietechnieken ontwikkelen.

ONNODIGE HOSPITALISATIES

"FLIECE bestaat uit acht deelstudies. Die nemen elk de vaststellingen uit het MELC-project onder de loep", vertelt onderzoekscoördinator Joachim Cohen. In verschillende van die studies wordt eerst kwalitatief onderzoek uitgevoerd, via gesprekken met huisartsen, verpleegkundigen, patiënten en nabestaanden. "Die gesprekken geven een verrijkend zicht op de achterliggende redenen van bepaalde bevindingen.

gen. Zo blijken veel onnodige hospitalisaties het gevolg van paniek of van een crisissituatie. Ook rust er duidelijk nog een groot taboe op palliatieve zorg. Veel mensen zien het als een aankondiging van het overlijden, waardoor het onderwerp pas erg laat in het ziekteverloop ter sprake komt. Dat maakt het des te moeilijker om rekening te houden met de wensen van de patiënt en hoe die zijn laatste levensdagen ziet. Bovendien gaat het tekort aan kwaliteitsvolle palliatieve zorg in rusthuizen blijkbaar samen met een gebrek aan concrete werkinstrumenten en onderbouwde kennis bij het personeel. Nederlandse verpleeghuizen beschikken bijvoorbeeld over een gespecialiseerde arts die het proces rond palliatieve zorg coördineert. In Vlaanderen is het vaak de huisarts die de patiënt in het rusthuis bezoekt. De verantwoordelijkheid voor een degelijke opvolging rond het levenseinde blijft te vaag."

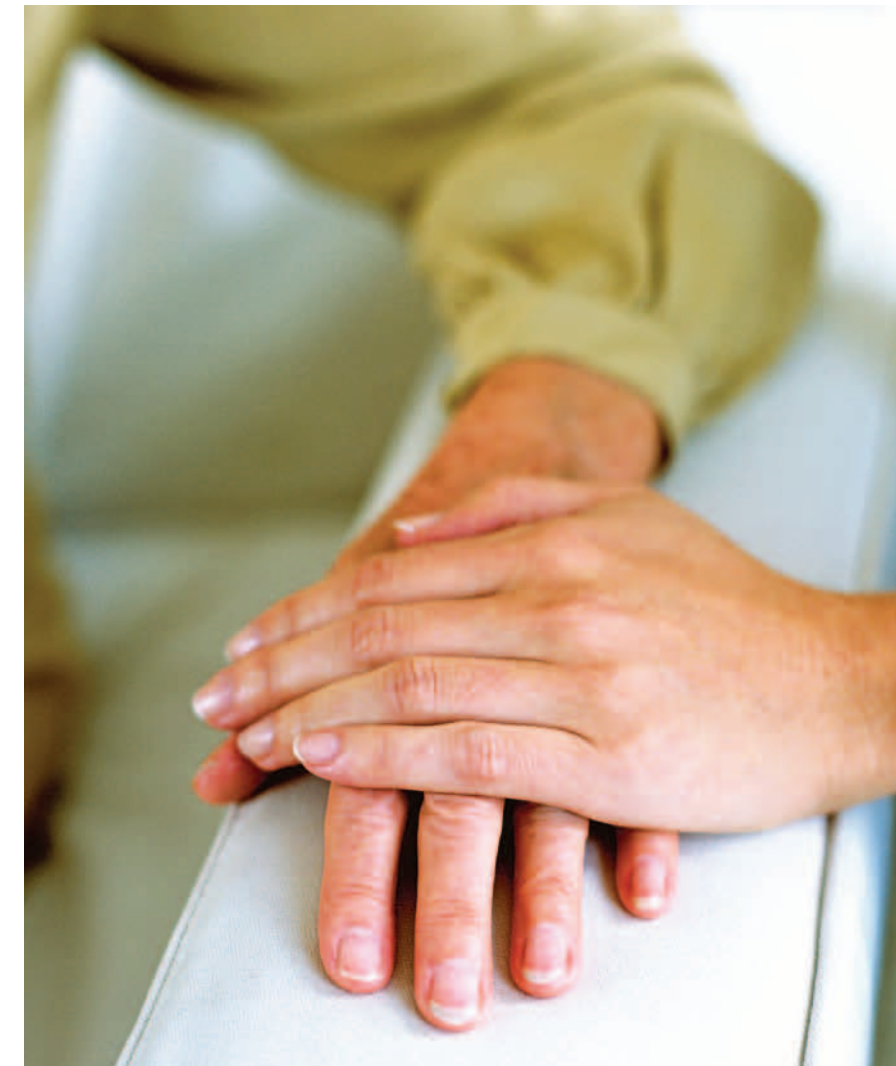
INSTRUMENTEN EN PARAMETERS

Op basis van kwalitatief en kwantitatief onderzoek wil FLIECE een aantal concrete tools ontwikkelen. Koen Meeussen, coördinator van het valorisatieuik van FLIECE, licht toe: "We denken bijvoorbeeld aan een training rond communicatie en vroegtijdige zorgplanning of aan een instrument ter preventie van ongepaste of vermijdbare ziekenhuisopnames aan het levenseinde. We moeten ook instrumenten ontwikkelen die de huisarts helpen om de zorgnoden tijdig te herkennen. Ook is er nood aan een richtlijn en een opleidingsprogramma over goede palliatieve zorg voor personen met dementie in woonzorgcentra."

Naast zo concreet mogelijke werkinstrumenten willen de onderzoekers ook een set kwaliteitsparameters vastleggen. Daarmee willen ze de palliatieve zorg systematisch waarderen. "De palliatieve zorg bestaat in Vlaanderen al een hele tijd, maar heeft zichzelf tot nog toe nog nooit kritisch geëvalueerd", stelt Meeussen. "We ontwikkelden intussen een aantal indicatoren die de zorg vanuit het perspectief van zowel de zorgverstreker, de patiënt als zijn naaste omgeving belichten. Ze meten onder meer de kwaliteit van symptoombestrijding, communicatie en zorgplanning. De indicatoren werden in verschillende palliatieve zorgservices getest. De uiteindelijke bedoeling is om de set op de werkvloer te implementeren. Op die manier kunnen palliatieve zorgdiensten zelf hun kwaliteit nagaan, monitoren en verbeteren." Naast de ontwikkeling van nieuwe instrumenten en richtlijnen ter verbetering van de levenseindezorg, wil FLIECE ook een aantal bestaande buitenlandse instrumenten in een Vlaamse context evalueren.

EEN VIJFDE PLAATS VOOR BELGIË

Uit een wereldwijde studie van *The Economist Intelligence Unit* rond palliatieve zorg blijkt dat vooral



"DE PALLIATIEVE ZORG BESTAAT IN VLAANDEREN AL EEN TIJD, MAAR HEEFT ZICH NOG NOOIT KRITISCH GEËVALUEERD."

Angelsaksische landen goed scoren. De kwaliteit van hun zorg staat op een hoog niveau, alsook de uitbouw van zorgvoorzieningen en het bewustzijn rond de levenseindeproblematiek. België staat in die lijst op de vijfde plaats. Ons land scoort onder meer goed op beschikbaarheid van en publiek bewustzijn over levenseindezorg. "Op internationale schaal doen we het lang niet slecht", weet Cohen. "Maar uiteraard is er altijd ruimte voor verbetering."

► www.fliece.be

► De studie *The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world* vind je terug op www.eiu.com.

► [fb](#) [weliswaar](#)

EEN PLUS EEN IS VIJF

REEKS De Europese arbeidsmarkt van morgen ziet er anders uit dan vandaag. Ze veronderstelt de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden en nieuwe functieprofielen. Voor de zorgsector in de Euregio tussen Maas en Rijn krijgt die doelstelling een unieke dimensie. De grens tussen Duitsland, België en Nederland creëert een hindernis, die tegelijk een hefboom kan zijn.

TEKST GOELE GEERAERT | FOTO BOB VAN MOL

Nieuwe vaardigheden voor nieuwe banen. Op het eerste gezicht denk je bij zo'n actie vooral aan jobcreatie op een plaats waar geen werk voorhanden is. Maar dat geldt niet voor de zorgsector, die net een heleboel vacatures heeft. Dat komt door de demografische evolutie, maar ook door een gebrek aan populariteit van het zorgberoep.

In de grensregio tussen Vlaanderen, Wallonië, Nederland en Duitsland kampen ze bovendien met een extra probleem. Patiënten shoppen almaar meer van de ene zorginstelling naar de andere, over de grenzen heen. Maar in die Europese zorgsupermarkt wordt de zorg per land wel anders gefinancierd en georganiseerd, en worden opleidingen en functies anders ingevuld. Daardoor worden ervaring en kwalificaties van zorgprofessionals in de grensregio niet altijd juist gewaardeerd. En dat zet een rem op de arbeidsmobiliteit. "De Europese ambitie om nieuwe vaardigheden voor nieuwe banen te ontwikkelen betekent voor ons een zoektocht naar innovatieve opleidings- en waarderingsstructuren. Daardoor kunnen onze zorgverstrekkers zonder kwalificatieverlies over de grenzen heen opereren", stelt Regine Van Ackere.

FUTURE PROOF FOR CURE AND CARE

Regine Van Ackere is diensthoofd van de speerpunt zorgeconomie van de Provinciale Ontwikkelings-Maatschappij Limburg (POM Limburg). Die stond een jaar geleden aan de wieg van het Europees project Future Proof for Cure and Care. Dat project wil de match tussen de beschikbare zorgprofielen en de openstaande vacatures in de Euregio optimaliseren en de zorgsector als werkgever

SLIM, DUURZAAM EN SOCIAAL

De Europese Commissie nam op 3 maart 2010 een langetermijnstrategie aan voor een slimme, duurzame en sociale economie. Om de EU2020-ambitie te realiseren, worden zeven vlaggenscheppen ingezet: de innovatie-unie, jongeren in beweging, een digitale agenda voor Europa, een energie-efficiënt Europa, een mondiaal industriebeleid, een agenda voor nieuwe vaardigheden en banen, een Europees platform tegen armoede en sociale uitsluiting. De vlaggenscheppen bieden kansen, maar houden ook risico's in. *Weliswaar* kijkt wat ze voor het domein welzijn en gezondheid kunnen betekenen.

- ▶ www.vleva.be
- ▶ www.kcse.be

"DE DIVERSITEIT VAN DE EUREGIO IS EEN PROBLEEM, MAAR TEGELIJK OOK EEN DEEL VAN DE OPLOSSING."

promoten. Daarvoor bracht de POM Limburg 27 partners uit het onderwijs, de thuiszorg, de woonzorgcentra en het beleid samen. "De enorme diversiteit van de Euregio vormt een probleem, maar tegelijk ook een deel van de oplossing", vertelt Van Ackere. "We kunnen succeservaringen delen en als basis nemen van een meer gestroomlijnde aanpak. Nederland staat bijvoorbeeld een stuk verder op het vlak van efficiënte stages en van innovatieve jobprofielen en workflows. Het is interessant om te weten hoe ze daar draagvlak voor creëren en of we dat in Vlaanderen ook kunnen doen."

- ▶ [Lees het volledige artikel op *weliswaar.be*/onderzoek2012](#)
- ▶ [f weliswaar](#)



Regine Van Ackere (POM Limburg): "We willen dat onze zorgverstrekkers zonder kwalificatieverlies over de grenzen heen kunnen opereren."

WIE IS ER BANG VAN DE SOCIALE MEDIA?



24 januari 2013 - Brussel

Experts in sociale media, communicatiedeskundigen en *early adopters* onthullen alle geheimen voor de social profit. Jo Vandeurzen (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) opent de dag. Keynote speaker is Clo Willaert (Sanoma). Veerle Beel (De Standaard) leidt het panelgesprek. Getuigenissen van deskundigen uit profit en social profit. Interactieve workshopnamiddag.

Bezoek ons op facebook.com/weliswaar



Weliswaar.be



Met de steun van



Weliswaar.be

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

Jaargang 18 – nummer 6
Editie december 2012 - januari 2013

Redactie: Nico Krols, Liesbeth Van Braeckel

Eindredactie: Harold Polis

Medewerkers: Marjorie Blomme, Eric Bracke, Goele Geeraert, Ria Goris, Stefanie Van den Broeck

Tekeningen en cartoons: Ief Claessen, Gideon Kiefer, Mieke Lamiroy, Elisabeth Noels, Nora Theys

Fotografie: Jan Locus, Bob Van Mol, Stephan Vanfleteren

Directie: Liesbeth Van Huffelen

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

Contactpunt Nederland: Arthur Jansen Advies

Productie: Roularta Custom Media

Oplage: 49.940

Abonnementen, adreswijzigingen, annuleringen: weliswaar@abonnementen.be of 078 15 22 50. Bij adreswijziging oud én nieuw adres en abonneenummer vermelden. Ontvang je te veel of te weinig exemplaren? Laat het ons weten. Geef het abonnementsnummer op dat bij je adres vermeld staat.

Redactie: info@weliswaar.be.

Tel.: 02 553 33 76 of 02 553 07 32.

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?

www.weliswaar.be

De inhoud van de artikels weerspiegelt niet noodzakelijk de visie van de Vlaamse overheid.

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.

controle
cim

WIW 109.12 – JG 18/nr. 6

2011



Lid van de Unie van de Periodieke Pers



MET **WELISWAAR** NAAR

KID

LEES MEER OP P. 17

Wil je naar onze avant-première
van *Kid* in Antwerpen?

Surf naar weliswaar.be

Afgiftkantoor Gent X
Roularta Media Group
Meiboomlaan 33, 8800 Roeselare

TIJDSCHRIFT

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



UV