

Het Vrije Woord

Magazine voor vriendenkers

MILLY AMPE

WIM BETZ

SERGE COOPMAN

MAGGIE DE BLOCK

PETER DECONINCK

ANNE DEDRY

JAN DE MAESENEER

KOEN DETAVERNIER

WIM DISTELMANS

EDGARD EECKMAN

LOUIS FERRANT

HANS MEGANCK

DE MUTUALITEITEN

SOS NUCHTERHEID

GUY TEGENBOS

DIRK VAN DUPPEN

SASKIA VAN NIEUWENHOVE

BRUNO VANOBERGEN

JOHAN VERBRAECKEN

Dossier
GEZONDHEIDSZORG

HOE GEZOND IS DE ZORG?

AUGUSTUS

4

PASSIE
Erik Strieleman

5

DAG LIEF
Column door Lukas De Vos

6

DE PATIËNT CENTRAAL
Interview met Maggie De Block,
minister van Volksgezondheid

10

ALLES IS ETHIEK
Guy Tegenbos over de nieuwe
gezondheidszorg

16

DE GODEN LOSSEN HET OP!
Edgard Eeckman en Marc Noppen
tonen de weg naar een nieuwe zorg

20

EEN ABONNEMENT BIJ DE
DOKTER
Interview met Jan De Maeseneer

26

DE FORFAITAIRE PRAKTIJK
Interview met Dirk Van Duppen en
Milly Ampe

32

DE MUTUALITEITEN UITGEDAAGD
Drie experts: Paul Callewaert,
Luc Van Gorp en Geert Messiaen

36

ELK KIND, ELK VERHAAL IS ANDERS
Interview met Saskia Van
Nieuwenhove over de jeugdzorg

42

LUISTER NAAR MIJ!
Bruno Vanobbergen verbleef 2 da-
gen in de kinder- en jeugdpsychiatrie

44

LEER ERMEE LEVEN
Hans Meganck over omgaan met
psychische kwetsbaarheid

46

LOUIS FERRANT
IJvert al jaren voor een multiculturele
en interdisciplinaire gezondheidszorg

48

SANTÉ
Koen Detavernier over de nieuwe
campagne van 11.11.11.

52

DE ONSCHATBARE WAARDE VAN DE
MANTELZORG
Anne Dedry schreef er een boek over

56

BETER SLAPEN!
Interview met Johan Verbraecken van
het UZA-slaapcentrum

60

HET GEVAARLIJKE WATER
Wim Betz over homeopathie

64

IN ORDE MET JE PAPIEREN
Wim Distelmans over voorafgaande
zorgplanning

68

SOS NUCHTERHEID
Praten helpt

72

OP DE STOEL VAN GOD
Serge Coopman over
transhumanisme

76

KRITISCH GELEZEN

77

IN DE BOEKENKAST VAN HVV

78-79

IN DE KIJKER
• Lezing over nierstenen door
dr. Johan Braeckman
• Dar-weetjes-dag

80

ACTIVITEITENKALENDER

82

IN DE BOEKENKAST VAN
Peter Deconinck

86

GOED BEKEKEN
La Guerre est déclarée, de druk van
de ziekte van een kind op een relatie

87

COLOFON



6



10



36



52



56



Bemide ongelovigen

Meer en meer worden ons dagelijks leven en de politieke agenda bepaald door terreur. Natuurlijk zijn er heel wat sociologische verklaringen om de oorzaken daarvan te duiden, maar ik slaag er niet in om dit helemaal los te zien van de religie waarop de terroristen zich baseren.

Ligt de schuld of de verantwoordelijkheid daarom bij de religie of is elke gelovige daarom verkeerd? Niet per se, want er zijn ontzettend veel 'humanistische' gelovigen, die op een redelijke manier hun overtuiging beleven.

En toch is er ook een keerzijde van het verhaal. Als religies andersdenkenden en ongelovigen verketteren, als men in naam van de religie zelfs maar even twijfelt aan de rechten van de vrouw, als men de ratio ondergeschikt maakt door creationisme te standaardiseren als wetenschappelijke leer, als men daarbij nog het recht van anderen wil beperken om zijn overtuiging te beleven en keuzes te maken, ook als die de kern van het leven (en het einde ervan) betreffen, enz., waarom zou religie dan ook weer niet een iets te gemakkelijk excuus kunnen zijn om de limieten almaar verder te doen opschuiven?

Het is mijn vaste overtuiging dat alleen een open, verdraagzame samenleving, die aandacht en respect heeft voor de complexiteit en de diversiteit van de maatschappij, het enige redelijke antwoord is op de terreur (naast een aantal noodzakelijke politieke en juridische maatregelen natuurlijk). Een voorwaarde is wel dat iedereen dezelfde ontplooiingsmogelijkheden krijgt.

Muren bouwen maakt dat we niet meer kunnen controleren wat achter die muren gebeurt en we zullen, zelfs op Europees vlak, altijd een minderheid zijn.

Mensen uitsluiten maakt dat mensen zich dermate uitgesloten voelen dat ze geen greintje empathie meer overhouden voor de maatschappij waarvan ze uitgesloten zijn.

Niettemin zijn er duidelijke limieten nodig en die kunnen alleen gerealiseerd worden in een seculiere maatschappij, waarin een aantal rechten en waarden vanzelfsprekend zijn: recht op zelfbeschikking, respect voor eenieiders keuze, ook als die afwijkt van de eigen overtuiging, gelijkheid van man en vrouw (ook al is er eens een vrouw die dat voor zichzelf niet zo belangrijk vindt), de verlichtingswaarden van vrije meningsuiting, vrij onderzoek, enz.

Zolang godsdiensten dit niet als een evidentie zien, in welke gradatie dan ook, treft hen enige schuld* en dienen zij bij te sturen. Het volstaat niet om obligate persberichten te versturen of nogmaals via de sociale media te melden dat het toch weer zo'n schandaal geweest is dat deze of gene aanslag of aanval heeft plaatsgevonden door daders die alweer niets met de betreffende religie te maken hebben. Duidelijke lijnen en signalen: dat hebben we dringend nodig.

MARIO VAN ESSCHE, VOOZITTER HVV

Mario

*Zij het dat die niets is vergeleken bij de schuld die (rechts-)extremisten en racisten treft, want door de zaak op de spits te drijven zetten die zich ideologisch gewoon naast en tussen de radicaal-religieuzen.



Passie

Oma, grootmoeder langs vaderskant, werd geboren in 1899. Bomma, grootmoeder langs moederskant, in 1901. Oma werd bijna negentig. Haar geheim: ze begon de dag met het sap van een appelsien, een pompelmoes en een citroen. Bijna haar hele leven lang. Bomma werd 72. En dat mag een medisch wonder heten. Want haar dieet bestond uit veel sigaretten, rood vlees en vele poedertjes, waarvan ik de naam niet ga noemen, en die ik in ruil voor een geldstuk van 25 centimen, zo eentje met een gat erin, bij de apotheker om de hoek ging halen. “Hier manneke, veel kleintjes maken een groot”, zei ze dan.

Onze dokter Luc was een vaste gast aan huis, want bomma leefde bij ons in en had altijd wel veel kleine kwaaltjes. Ze lachte die weg met “krakende wagens lopen het langst” en “onkruid vergaat niet”. Ik mag dokter Luc dankbaar zijn, voor zijn eindeloze geduld en zorg. Want hij had steeds tijd voor haar, zeeën van geduld, oceanen vol hoop.

En gelukkig, in deze tijden van haast en spoed zijn er nog altijd dokters die tijd uittrekken voor hun patiënten, meer dan de behandeling van hen vereist. Ik heb er ook zo een. Mijn dokter weet dat de context waarin je een medicament voorschrijft, net zo belangrijk is als het medicament zelf.

Daarover gaat het in dit nummer. Mensen die denken dat de vrijzinnigheid het alleen maar heeft over het recht op euthanasie en abortus, krijgen hier lik op stuk. Neen, we hebben het ook over goed en gezond en verantwoord leven. Over de zorg voor onze zieken en hulpbehoevenden. Over verantwoorde en onverantwoorde therapieën. Alleen al daarover nadenken is, vrijzinnig gezien, verantwoord.

“Mensen die denken dat de vrijzinnigheid het alleen maar heeft over het recht op euthanasie en abortus, krijgen hier lik op stuk..”

Het is een merkwaardig verschijnsel dat we steeds ongezonder gaan leven. Ons milieu is naar de knoppen. Ons voedsel bevat te veel suikers en vetten. Er is een overconsumptie van zowat alles wat slecht is. Ik probeer me te houden aan de wetenschap dat “te veel” slecht is. En ik durf daartegen weleens te zondigen, zoals velen trouwens. En toch leven we langer dan ooit tevoren. We blijven ook lan-

ger min of meer gezond. Maar het leven blijft vooralsnog eindig. Al willen robotica en kunstmatige intelligentie ook die grens gaan verleggen.

Dit is een Vrije Woord vol passie. Niet alleen van onze redactie, dat ben je al wel van ons gewoon, maar ook van de vele medici en andere wetenschappers die ons te woord stonden. De passie ook van Saskia Van Nieuwenhove, die zich al zolang smijt voor de kinderen die voortkomen uit ontwortelde en gebroken gezinnen.

En wat hebben we gemist? Bij het afsluiten van dit nummer hoorden we dat Belgische wetenschappers tekenen voor een doorbraak op het gebied van kankeronderzoek. Tumoren reageren brutaal op een tekort aan zuurstof en ze lijken kwetsbaarder bij een grote toevloed daaraan. Over een vijftal jaar is er wellicht nieuwe medicatie...

Recent overleden vrienden hadden daar misschien hun voordeel mee kunnen doen. We gaan vooruit, en sommigen laten we achter.

ERIK STRIELEMAN, HOOFDREDACTEUR



Lukas De Vos (°1949) was senior VRT-journalist. Hij is auteur en docent en is voorzitter van het Arkcomité van het Vrije Woord en van de Beroepsbond van de Filmpers VVF. Hij is bijzonder beslagen in Europese en internationale (geo)politiek, semiotiek, ideologiekritiek en populaire literatuurgenres. Recente boekpublicaties: 'Winst is Verlies: Jeroen Olyslaegers' (2014); 'Ivo Michiels: Poortwachter Woordwachter' (2013); 'Heen' (2012); 'Land! Land!' (2011); 'Cruise Control' (2011); 'Buiten het Bereik van Farisese Handen' (2010); 'Verbrande Schrijvers' (2009). Hij is ook vast medewerker van Knack, Volksbelang en Lezen op Zondag.

Mijn lief, mijn vrouw, is dood. Zoals de zin daar staat, naakt, ontbladerd, doet hij me huiveren. Zonder franjes is die zin wreed, oneigenlijk, onmenselijk.

Mijn vrouw stierf op de dag dat ik deze tekst moest inleveren. De tweede helft van het jaar was niet eens een dag oud. Ik hoopte dat ze op de eerste zomerdag zou ontwaken uit haar coma. En de zon zou zien. Daar was het weer niet op berekend. Het brekende lichaam van mijn vrouw evenmin. Ze dreef weg van me. Ze dreef weg uit het leven. Ze was zo op dat ze in amper twee minuten haar leven afronde, toen ons duidelijk werd dat een menswaardig bestaan voorgoed verloren was. Zonder handen, zonder voeten, zonder zelfcontrole, met afgestorven en rotte hersenen.

Ik had een wijze vrouw. Een felle ook, een vlam in alle betekenissen. De minste

Dag lief

vonk was genoeg om haar te zien veranderen in de vuurzuil van Hammoerabi. Haar ogen schoten dan bliksems, wat hield ik van de furie die ik doelbewust nog oprakelde om meer van die schichten te zien, echte protuberansen van verontwaardiging, boosheid, of gewoon passie.

Ze heeft me nu bescheidenheid geleerd. Er zijn nog echte mensen. De beganen die ik dagelijks ettelijke malen aflegde naar het UZ van Gent om nog één keer in die ogen vol duistere krachten opgezogen te kunnen worden, ze heeft niets uitgehaald. Integendeel. De luttele momenten dat ze haar oogleden opentrok, staarde ze in de ijle verte, ze keek dwars door me heen, tot die ogen in ijlt tempo braken. Ik heb gehuild. Ik doe dat nog. Ik kan nog zoveel Seneca of Spinoza lezen, ik kan Ovidius volgen die niet bang was voor de dood, alleen voor wat eraan voorafgaat, maar dat is nuchterheid die een hersenspinsel is. Troost, echte troost, vind je ook niet in Thomas More's 'Dialogue of Comfort'. Die vind je in de mensen om je heen. Je magen, zeker. En dat Tris rustig, pijnloos, zacht en zonder besef is mogen gaan, dank ik aan de verpleegsters, aan de dokters, aan de vrienden.

“Mijn beeld van de zwaarste gezondheidszorg is bijgesteld.”

Intensieve gezondheidszorg lijkt immers op omgang met mentaal gehandicapten. Maar wie, zoals ik mocht ervaren, de patiënt als denkende, voelende en bange mens in ere houdt en hem of haar als volwassene behandelt, verdient meer dan respect. Openheid, accuraatheid, helderheid, en vooral menselijkheid, warmte, begrip, ik mocht het elke dag ondervinden. Terwijl een stel flurken voor honderdduizenden euro's naast een bal

trappen, staan Loes en Cindy en Vanessa en Sofie en Sandra en Sanne en Denise daar dapper in een veel te warm aquarium op de twaalfde oog te houden op zwaar zieken of zwaargewonden. Ze behandelen ze zoals het hoort: ferm en liefdevol, met zachte hand, met kennis van zaken – dag en nacht, de klok rond. Het is hun foto die aan de muur moet hangen. Zij hebben mijn vrouw niet als een teer plantje behandeld of als een oud besje verkinderlijkt. Zij wisten hoe ernstig een massale aanval van streptococcus pyogenes een mens kan vermoorden van binnenuit. Ze hebben geen rooskleurig beeld opgehangen van haar toekomstperspectieven. Ze hebben haar niet tot een plant laten verleppen – keurig en discreet toegelicht door dokters, Patrick en Herman, die zegden waar het op stond, zonder zelf emotioneel of afstandelijk te worden.

Mijn beeld van de zwaarste gezondheidszorg is bijgesteld. Toen ik de hersenscan van mijn vrouw zag, wist ik dat ze al weken naar de andere kant was gestapt. Alleen haar ragfijne lichaam wou nog niet mee. Ze heeft me intussen zelfs veel slimmer gemaakt (niet wijzer): ik heb ziekten ontdekt waar ik nooit van gehoord had, ze gaf me een inkijk in wat een septische shock betekent en hoe hij het lichaam ongenadig doet aftakelen. Maar zelfs dat kan met waardigheid begeleid worden. Dat hebben de verzorgers gedaan. Ik ben er hun zonder uitzondering enorm dankbaar voor. Tris is dood, het staat hier weer. Ik zag haar graag, ik zie haar graag. Dat kan zelfs de streptococcus pyogenes, die etter van een bacterie, mij niet afnemen. Ook dat staat hier in harde, ongenadige letters. Het bewijst dat ik niet van hout ben. En dat de mens meer is dan een reutelend beest dat de aarde onveilig maakt. Dankzij menselijke geneeskunde en menselijke zorg. Er is hoop. Wij vormen een bekommerd ras. Een betrokken soort. Dag lief.

LUKAS DE VOS

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block bezocht de afgelopen tijd diverse beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen uit de gezondheidszorg. Ze sprak met zorgverleners uit verschillende disciplines: verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, apothekers, tandartsen, huisartsen en specialisten. De rode draad was telkens de centrale positie van de patiënt.



De patiënt centraal

Interview met minister Maggie De Block

Het Vrije Woord: Is de focus op de patiënt een nieuw aandachtspunt binnen uw beleid?

Maggie De Block: Gezondheidszorg draait om de patiënt. Dat is vandaag zo, en dat was vroeger niet anders. Net als vroeger zetten zorgverleners zich in voor de gezondheid en het welzijn van hun patiënten. Toch is er de laatste jaren iets veranderd. 'De centrale positie van de patiënt' betekent vandaag méér. De organisatie van de gezondheidszorg wordt aangepast aan de behoeften van de patiënt, niet andersom. Er is een ver-

schuiving naar zorg op basis van waarden, waar de mening van de patiënt bijdraagt aan een aantal keuzes op het gebied van zorg. De zorgverstrekker, die als een autoriteit geldt, is dan niet de enige die beslist. Het gaat om de actieve betrokkenheid van de patiënt, ook buiten het ziekenhuis of de medische praktijk. En het gaat om patiëntenparticipatie bij politieke beslissingen inzake de gezondheidszorg. Achter het feit dat de patiënt een centrale rol speelt – of zou moeten spelen – gaat een hele cultuurverandering schuil. Het zou onrealistisch zijn om

te doen alsof we alles in een mum van tijd kunnen veranderen. Het is een lang proces, waarvoor we alle betrokkenen in de sector nodig hebben. We hebben een aantal maatregelen genomen, maar de weg is nog lang. Vandaag is het duidelijk dat onze maatschappij de weg richting een modernere invulling van burger- en patiëntenparticipatie in de gezondheidszorg definitief is ingeslagen. Het bewijs daarvan leveren de conclusies van het Burgerlabo, een mooie samenwerking tussen de Koning Boudewijnstichting, het Riziv en het Federaal Kenniscentrum. Dit

initiatief bezorgt ons een unieke inblik in de wensen en verwachtingen van onze patiënten op het vlak van gezondheidszorg. Tegelijkertijd zet het ons aan het denken. We willen patiënten een centrale rol geven in onze gezondheidszorg. Maar hoe doen we dat? Als we het écht menen met een zorgorganisatie in functie van de noden bij de patiënten, dan moeten we met diezelfde patiënten rond de tafel zitten. Dan moeten we hen de instrumenten in handen geven om een actieve rol op te nemen. En dan moeten we hen structureel betrekken in het overleg en de debatten over de toekomst van de gezondheidszorg. Daarbij komt de nadruk steeds meer te liggen op het preventieve in plaats van het curatieve. Als minister van Volksgezondheid ben ik me daar zeer goed van bewust.

“De nadruk komt steeds meer te liggen op het preventieve.”

COPILOOT

Wat zijn volgens u de grootste uitdagingen voor de gezondheidszorg?

Onze bevolking vergrijsst en een van de gevolgen is dat het aantal mensen met een of meer chronische ziekten almaar toeneemt. De nadruk in de zorg verschuift daardoor van ‘cure’ naar ‘care’: deze patiënten hebben nood aan permanente, interdisciplinaire zorg, begeleiding en opvolging. En daaraan moeten we ons systeem aanpassen. Alle professionals die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt moeten goed en nauw met elkaar samenwerken, over de verschillende disciplines heen. Tegelijkertijd verdienen de patiënten zelf een centrale plaats in dit hele proces. Zij moeten copiloot worden van hun eigen gezondheid. Naast de zorgvraag verandert ook het zorgaanbod. De technologische vooruitgang opent de deur naar nieuwe behandelopties, nieuwe vormen van interdisciplinaire samenwerking en nieuwe producten. De kunst is om die innovatie beschikbaar te

maken voor ál onze patiënten en tegelijkertijd onze gezondheidszorg betaalbaar te houden. Om dat voor elkaar te krijgen, zullen we de komende jaren enkele belangrijke hervormingen moeten doorvoeren.

DUURZAAMHEID

Is het moeilijk om een evenwicht te vinden tussen het beschikbare budget, de besparingen die moeten gebeuren en wat er nodig is om projecten of diensten goed te kunnen laten functioneren of te verbeteren?

Uiteraard had ik het liefst van al een onbeperkt budget gehad om te investeren in de volksgezondheid. Maar de gezondheidszorg speelt zich natuurlijk niet af binnen een economisch vacuüm: het zijn budgettaire lastige tijden, ook voor ons. Toch hebben we een groeitraject kunnen uittekenen, en daar ben ik blij om. De reële groei boven op de inflatie ligt nu op 1,5% en dat is nog altijd een groei- en geen besparingsnorm. Met deze federale regering hebben we ons dus geëngageerd om ook in deze budgettaire moeilijke context te blijven investeren in de gezondheidszorg. Die groeinorm ligt lager dan vroeger, dat klopt. Maar ik maak me sterk dat we kunnen blijven investeren in vooruitgang en innovatie door efficiënter om te springen met onze middelen. We willen de beschikbare middelen in onze gezondheidszorg zo optimaal mogelijk besteden, zodat we met elke geïnvesteerde euro een maximaal aantal patiënten kunnen helpen. Daarom hamer ik ook zo op ‘evidence-based policy’: beleidsbeslissingen moeten zo veel mogelijk onderbouwd zijn door wetenschappelijke evidentie. De komende jaren zullen we ruimte vrijmaken voor nieuw beleid en voor investeringen in innovatie door verder te hervormen (bijvoorbeeld de ziekenhuisfinanciering en het -landschap), te vereenvoudigen (zoals administratieve vereenvoudiging via de uitrol van e-gezondheid) en misbruik en verspilling aan te pakken (denk aan het terugdringen van oneigenlijk gebruik van de spoedafdeling, het rationeel gebruik van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen zoals implantaten). Die rationalisering zal de duurzaamheid van ons gezond-

heidszorgsysteem helpen garanderen en ons toelaten om ook binnen dit strakke budgettaire kader te blijven investeren in onze gezondheidszorg, opnieuw in het belang van het welzijn van de patiënt. Het mag duidelijk zijn dat de overheid dit niet alleen kan. Iedereen binnen de gezondheidszorg moet zijn of haar verantwoordelijkheid opnemen: de overheid, de actoren op het terrein én de patiënten.

“De burger moet zijn verantwoordelijkheid nemen.”

INNOVATIE

Kunt u iets vertellen over het Toekomstpact van de patiënt dat u vorig jaar voorstelde en de resultaten die nu al zichtbaar zijn? U krijgt daarvoor veel lof uit het buitenland.

Het Toekomstpact voor de patiënt mag gerust uniek genoemd worden. Op 27 juli 2015 hebben we dit pact afgesloten met de farmaceutische industrie, met een duidelijke bedoeling: onze patiënten een betere en een snellere toegang bieden tot innovatieve therapieën. Hoe doen we dat? Bijvoorbeeld door bepaalde administratieve procedures te vereenvoudigen, waardoor de doorlooptijden voor dossiers korter worden. We onderhandelen ook samen met andere landen over de prijs voor weesgeneesmiddelen. Dat zijn geneesmiddelen voor een zeldzame ziekte. Voor de farmaceutische industrie is zo'n geneesmiddel meestal niet aantrekkelijk omdat de ontwikkelingskost hoog is en de potentiële afzetmarkt beperkt. We creëren een stabiel budgettaire klimaat voor de farma-industrie in ons land, waardoor die haar investeringen in onderzoek en ontwikkeling beter kan plannen en onze patiënten ook in de toekomst zullen kunnen rekenen op innovatieve behandelingen. We voeren meer transparantie in via deontologische afspraken met de sector, bijvoorbeeld over het bekendmaken van schenkingen aan patiëntenorganisaties en over de publicatie van negatieve onderzoeksresultaten. Dat die →



aanpak werkt, bewijst de praktijk. Nog geen jaar na het sluiten van dit pact zien we al de eerste resultaten. In 2015 investeerde de farmaceutische industrie in ons land 5,5% meer in onderzoek en ontwikkeling dan in 2014. En begin dit jaar kondigden twee wereldspelers op het vlak van gezondheidszorg grote investeringen aan in onze farmasector. Voor de tewerkstelling in die sector is dit uiteraard goed nieuws, maar ook onze patiënten winnen hierbij. Want zij zullen hierdoor sneller toegang krijgen tot innovatie.

“We kunnen blijven investeren in vooruitgang en innovatie.”

Wat houdt de nieuwe visie op geïntegreerde zorg voor chronisch zieken in?

Tweeënhalf miljoen landgenoten hebben een langdurige ziekte, aandoening of handicap. Dat blijkt uit de recentste Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Eén miljoen onder hen heeft het statuut van chronisch zieke bij het Riziv. En die aantallen zullen nog toenemen naarmate de bevolking veroudert. Deze mensen hebben specifieke noden op het vlak van zorg, begeleiding en opvolging. Noden die op dit moment moeilijk opgevangen kunnen worden binnen de huidige organisatie van onze zorg. Nu werken zorgverleners nog te vaak los van elkaar,

terwijl de nadruk moet komen te liggen op geïntegreerde, interdisciplinaire samenwerking rond de patiënt. Begin dit jaar hebben we daarom samen met de andere bevoegde overheden en met de steun van het terrein de gids ‘Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid’ voorgesteld. Het uitgangspunt van de gids is een nieuwe visie op geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, met een driedubbel doel – de zogenaamde ‘Triple Aim’-doelstelling: een verhoging van de levenskwaliteit van de patiënten en hun mantelzorgers; een bevolking die langer gezond leeft; en een doeltreffender gebruik van de beschikbare middelen. We hebben ook een oproep gelanceerd naar de sector om voorstellen in te dienen voor pilootprojecten rond geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Intussen zijn er zestien projecten geselecteerd. Daarin zullen vernieuwende ideeën en concepten rond geïntegreerde zorg op beperkte schaal uitgetest worden, en dat zal ons nuttige inzichten opleveren om de organisatie van de zorg voor chronisch zieken te hervormen.

VERANTWOORDELIJKHEID

Ziet u een positieve evolutie in het bereiken van de gezondheidsdoelstellingen? Bereiken we een langere en betere gezondheid?

Werken met gezondheidsdoelstellingen is absoluut nodig. Het beleid moet weten waar het naartoe wil, zodat alle beslissingen in dezelfde richting gaan. Algemeen is het ons doel om de gezondheid van de burger te versterken. Dat betekent dat de patiënt centraal hoort te staan in al onze beslissingen. Alle actoren in de gezondheidszorg zijn belangrijk, maar uiteindelijk draait alles om de patiënt. Dat mogen we niet uit het oog verliezen. Die algemene doelstelling willen we vertalen in subdoelen en actieplannen. Belangrijk hierbij is het overleg met de andere beleidsniveaus. We moeten met zijn allen dezelfde doelstellingen nastreven. Een mooi voorbeeld is het tabaksplan, waar de verschillende ministers, zowel federaal als in de deelstaten, zullen moeten samenwerken. Zo kunnen we alle maatregelen op elkaar afstemmen, waarbij elk zijn rol speelt. Niet alleen in

“Zorgverleners zullen meer tijd aan hun patiënten kunnen besteden.”

het beleid trouwens: ook de burger moet zijn verantwoordelijkheid nemen met een gezonde levensstijl. In het tabaksplan formuleren we voor de eerste keer concrete doelstellingen: uit de Gezondheidsenquête 2013 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bleek dat 19% van de Belgen dagelijks rookt. Tegen 2018 willen we dat aantal onder de 17% krijgen. We moeten de mensen activeren. Veel mensen staan daarvoor open, maar hebben veel vragen. Ook over gezonde voeding bijvoorbeeld. Steeds meer mensen zijn met hun gezondheid bezig en dat is positief.

Inzake het hiv-beleid in België hebt u onlangs de Positieve Raad als adviesorgaan erkend. Waarom?

De erkenning van de Positieve Raad is een mooi voorbeeld van patiëntenparticipatie, van hoe we patiënten meer inspraak willen geven in het beleid. Dit was ook een van de prioriteiten voor 2016 uit het hiv-plan. Via de Positieve Raad kunnen hiv-patiënten de maatregelen rond de preventie en aanpak van hiv en aids actief helpen vormgeven. Ze komen zo mee aan het roer te staan van het beleid. De Positieve Raad zal er mee op toezien dat overheidsmaatregelen rond hiv daadwerkelijk zijn afgestemd op de specifieke noden van hiv-patiënten. Het is een uniek aanspreekpunt voor het hiv-beleid in ons land. De Raad kan bijvoorbeeld nieuwe behandelingsmogelijkheden onder de aandacht brengen of maatregelen suggereren om de discriminatie van hiv-positieve patiënten tegen te gaan. Dankzij die inbreng zullen de verschillende betrokken overheden in ons land het hiv-beleid sneller en beter kunnen afstemmen op de wensen en de verwachtingen van de hiv-patiënten zelf. Dat zal de levenskwaliteit van de getroffen patiënten ten goede komen. De oprichting van de Positieve Raad sluit ook perfect aan bij het GIPA-principe van de

Verenigde Naties, een afkorting voor 'the Greater Involvement of People Living with hiv/aids'. Ik heb twee coördinatoren aangeduid die de Raad zullen vertegenwoordigen in het overleg met de overheden: Patrick Reyntiens (Sensoa) als Nederlandstalige en Grâce Ntunzwenimana (Siréas) als Franstalige coördinator. Zij vertegenwoordigen ook de twee groepen die het vaakst getroffen worden door hiv: mannen die seks hebben met mannen en sub-Saharaanse Afrikaanse vrouwen.

“Beleidsbeslissingen moeten zo veel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd zijn.”

DIGITAAL

Aan uw Actieplan e-Gezondheidszorg 2013-2018 hebt u in 2015 een nieuw luik toegevoegd: mobile health of m-health. Onlangs lanceerde u een oproep voor pilootprojecten met gezondheidsapps en mobiele toestellen. Staat bij deze onvermijdelijke evolutie de patiënt eveneens centraal?

Digitale toepassingen zoals gezondheidsapps kunnen patiënten als copiloot mee aan het stuur plaatsen van hun eigen gezondheid. Via applicaties en mobiele toestellen kunnen patiënten hun gezondheid sneller en beter opvolgen en laten opvolgen. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van een hartslagmeter die gegevens doorstuurt naar een app op de smartphone van een patiënt of een app die uit je bloedwaarden afleidt dat je diabetes hebt. Op dit moment bestaat er nog geen regelgeving rond mobiele applicaties, geen juridisch kader en geen vergoedingsmodel voor zorgverleners. Dat wil ik verhelpen. Via de pilootprojecten zal het gebruik van gezondheidsapps op een gecontroleerde manier uitgetest worden, om op basis van die ervaringen een algemeen kader uit te tekenen. We zullen nagaan hoe we de veiligheid en privacy van de patiënt daarbij optimaal kunnen

garanderen. Vanaf 1 januari 2018 zullen burgers online via het 'personal health record' hun eigen medische gegevens kunnen inkijken. Chronische patiënten zullen vanop afstand met hun zorgverlener kunnen communiceren. Zorgverleners krijgen de kans om hun patiënten digitaal informatie toe te sturen. Op die manier kunnen patiënten nog actiever deelnemen aan de zorg voor zichzelf. Een ander voordeel van de digitale evolutie is minder papierassen. De zorgverleners zullen de medische gegevens nog maar één keer

moeten registreren en papieren attesten worden zo veel mogelijk vervangen door elektronische attesten. Tegen 2017 wordt het elektronisch arbeidsongeschiktheidsattest de standaard. Ik besef wel dat deze digitalisering van de administratie tijd en moeite van de betrokkenen vraagt. Maar die inspanningen zullen lonen: de administratielast voor zorgverleners zal verminderen, waardoor zij meer tijd kunnen besteden aan hun patiënten.

MAGDA HEEFFER

LINKS

Al het nieuws en alle nuttige informatie over e-Gezondheid worden gebundeld op de website www.ehealth.fgov.be

Informatie-uitwisseling gezondheidsgegevens: www.patientconsent.be

www.nachtvandeenvrijdenker.be **26/11 2016**

NACHT VAN DE VRIJ DENKER

lezingen

debate

gesprekken

power talks

op de filosofa

filocafé

TICKETS
C. 16 leden
C. 18 vvk
C. 20 add.

ZEBRASTRAAT GENT

Rutger Bregman, Johan Braeckman
James Garvey, Marli Huijser
Richard Wilkinson, Ignas Devisch

Farah Focquaert, Jan Verplaetse
Kris Wellekens, Miriam van Reijen
Manu Keirse

Tinneke Beeckman & Guillaume Van der Stighelen
Thomas Decreus & Christophe Callewaert

Griet Vandermassen
Bart Coenen
Pieter Bonte

met Peter Algoet

met Alex Klijn

f @nachtvrijdenker
facebook.com/nachtvrijdenker

BOEKHANDEL WALRY
STRAAT

kaban

imd

HVV

GEUZEN HUIS



Alles is ethiek

Op weg naar een nieuwe gezondheidszorg

Guy Tegenbos is bekend als journalist bij De Standaard, waar hij in 1984 aan de slag ging. Hij verdiepte zich in het hele spectrum van het sociale veld, met veel aandacht voor de sociale zekerheid en de gezondheidszorg, maar specialiseerde zich ook in onderwijs en wetenschapsbeleid, de bestuurlijke organisatie en de binnenlandse politiek. Nu hij de kaap van 65 jaar overschreden heeft, bekijkt hij het complexe spel van politiek en beleid vanop een zekere afstand en doet dat onder meer in zijn wekelijkse column 'De bomen en het bos'. Zijn grote interesse voor en engagement in het domein van de gezondheidszorg komen niet alleen tot uiting in zijn journalistieke werk, maar onder meer ook in zijn participatie aan de zogenaamde Kievitgroep en aan de gesprekken die de Vlaamse overheid organiseert over de hervorming van de eerstelijnszorg. Hij kan zich mateloos ergeren aan problemen die maar niet opgelost geraken, zoals de schandvlek van de gezondheidskloof en de nog altijd ondergeschikte plaats van de patiënt. Maar er is natuurlijk nog meer aan de hand.

Het uitgebreide gesprek met Guy Tegenbos zal vooral gaan over de vele en grote uitdagingen waarmee de gezondheidszorg in ons land geconfronteerd wordt, nu en in de (nabije) toekomst. Als ik begin met de vaststelling dat ondanks de problemen en de nood aan hervormingen op vele vlakken onze zorg over het algemeen toch niet als slecht wordt ervaren, zet Guy meteen de puntjes op de i.

GUY TEGENBOS: De kwaliteit van onze zorg is weliswaar niet slecht, maar is toch ook niet om over naar huis te schrijven. De tevredenheid van de patiënten is nergens groter dan bij ons, maar kwaliteit van zorg is nog iets anders. Als je naar eenvoudige indicatoren kijkt zoals bijvoorbeeld overlevingskansen bij kanker, overlijdens door de ziekenhuisbacterie of nog maar handhygiëne in ziekenhuizen, dan zitten wij maar op een

gemiddeld Europees niveau. Onze zorg is inderdaad heel toegankelijk, maar is anderzijds Europees gezien een van de duurste voor de patiënt. Die moet 28% van de zorgkosten zelf ophoesten, daar waar het Europese gemiddelde zich tussen de 15 en 18% situeert. Onze zorg is gemiddeld goed, maar niet uitzonderlijk en relatief duur. En het is een fabeltje dat wij in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland geen wachtlijsten zouden hebben – we hebben die wel, maar verbergen ze.

CENTEN & DOELSTELLINGEN

HET VRIJE WOORD: Laten we beginnen met de financiële problemen, de betaalbaarheid van de zorg, alles begint en eindigt immers met de centen.

Je hebt een aantal wetmatigheden zoals de wet van Baumol, die stelt dat de dien-

stensector en niet-commerciële sector relatief duurder worden bij een stijging van de arbeidsproductiviteit en van het welvaartsniveau. Er zijn twee grote drijvers voor de toename van de gezondheidskosten: de technologie in de eerste plaats en de vergrijzing waarbij mensen langer leven maar mét chronische aandoeningen. We hebben hier te maken met een aantal perverse mechanismen zoals extreem dure kankerbehandelingen die bijvoorbeeld kunnen oplopen tot € 100.000 per patiënt per jaar. Dat roept meteen ook (zoals alles) ethische vragen op, onder meer naar de prijs in letterlijke zin van een mensenleven. Die situeert zich trouwens vandaag volgens gezondheidseconomen als Lieven Annemans rond de € 100.000, een aanzienlijk bedrag.

Tegenover de 'betaalbaarheid' staat de →



zogenaamde 'willingness to pay' en daar stellen we vast dat dit land 12% van het bnp aan gezondheidszorg wil besteden en dat er bij de Belgen nog een vrij grote bereidheid tot solidariteit aanwezig is – wat onder meer werd aangetoond door de studies van Mark Elchardus. Die solidariteit begint zo langzamerhand wel wat af te kalven als het bijvoorbeeld gaat over rokers, of over vluchtelingen en asielzoekers, maar die reacties zijn nog niet dramatisch. Bij die studies moeten we wel de bedenking maken dat de telefonisch bevraagde respondenten antwoorden 'vanuit de buik'; het blijkt dat mensen in realiteit nog wel een stuk toleranter en meer solidair zijn dan de vanuit-de-buikcijfers laten uitschijnen. Een belangrijk probleem in de discussie is dat van de eigen verantwoordelijkheid van de mensen, van

de rokers, de drinkers, de obesen enz. Om hiermee verantwoordelijk en efficiënt te kunnen omgaan, moeten we streven naar een andere vorm van geneeskunde, een doelstellingengeneeskunde in plaats van een klachtengeneeskunde. Vandaag word je behandeld als je met een klacht naar de zorgverlener gaat, terwijl je in een doelstellingengeneeskunde in onderling overleg en in een dialoog tussen patiënt en zorgverstrekker positieve doelstellingen vastlegt. Op die manier kun je de patiënt responsabiliseren en zo goed mogelijk sturen in de richting van een gezonde levensstijl, wat met een loutere klachtengeneeskunde niet mogelijk is. Dit veronderstelt wel dat de patiënt ergens 'thuishoort', deel uitmaakt van een netwerk van eerstelijnszorgers dat verantwoordelijk is voor die patiënt. Op

die manier kun je als overheid ook eisen stellen en de financiering koppelen aan de verantwoordelijkheid. De patiënt heeft daarbij nog wel keuzemogelijkheden: hij kan binnen een bepaalde lokaliteit een netwerk kiezen en kan ook binnen het netwerk kiezen voor een specifieke zorgverstrekker. Die keuzevrijheid moet je garanderen omdat een systeem enkel werkt als mensen er zich goed bij voelen.

“We hebben hier te maken met een aantal perverse mechanismen.”

STUKLOON

Een ander problematisch element in het financieringsmechanisme is de prestatiebetaling. Wat is daar mis mee en wat zijn de alternatieven?

Het huidige financieringssysteem is pervers. De artsen zijn de laatste groep in de samenleving die nog betaald worden op 'stukloon': hun werk is verknipt tot 'prestaties' en zij ontvangen lage prijzen per prestatie zodat ze heel veel prestaties moeten leveren als ze in hun ogen 'fatsoenlijk willen verdienen'. Dat 'stukloonsysteem' zorgt er ook voor dat de arts zich niet echt verantwoordelijk voelt voor de patiënt. We moeten evolueren naar een gemengd financieringssysteem waarbij voor een groot aandeel van de handelingen de vergoeding forfaitair kan worden bepaald. Hoe dat precies moet worden ingevuld, wordt momenteel bestudeerd en onderhandeld. Wat de huisartsen betreft is nu al de facto al zo'n 30% van het inkomen forfaitair bepaald. In een gemengde financiering word je gedeeltelijk betaald voor het hebben van patiënten voor wie je verantwoordelijk bent en van wie je de dossiers opvolgt, en gedeeltelijk voor prestaties en handelingen waarmee extra werk gemoeid is. Voor specialisten is het iets complexer, maar is het principe eigenlijk hetzelfde. In de praktijk stel je trouwens vast dat veel specialisten de facto werken in associatieverbanden en

dat principe van gemengde financiering is dus ook voor hen perfect toepasbaar. Bij dit alles mogen we niet uit het oog verliezen dat artsen vandaag vooral hun patiënten moeten 'leren leven' of zelfs ook 'leren sterven' met de chronische aandoeningen die zij hebben. Daarom is die verantwoordelijkheid voor het continu en zorgzaam opvolgen van een patiënt ook zo belangrijk. Om nog een kanttekening te maken bij dat 'leren sterven': de palliatieve zorg is in ons land weliswaar al vrij goed uitgebouwd, maar is zeker nog voor verbetering vatbaar, en het verschijnsel van therapeutische hardnekkigheid behoort helaas nog niet tot het verleden. Er is trouwens nogal wat begripsverwarring over palliatieve zorg: die is bedoeld om de levenskwaliteit te verbeteren van mensen die niet meer kunnen genezen, maar die zorg kan evengoed een verhaal van meerdere jaren zijn.

De financiering van onze ziekenhuizen is al even pervers. Men heeft jarenlang geweigerd om dat in te zien, maar is nu toch langzamerhand tot het besef gekomen dat het zo niet verder kan. Om te beginnen moeten we artsen inspraak geven in het ziekenhuisbeleid, zonder dat er over geld moet worden gepraat. Het ziekenhuis krijgt momenteel alleen geld als 'beddenhuis' en al de kosten van de medische handelingen worden betaald aan de artsen, die een deel van die vergoeding op hun beurt afstaan aan het ziekenhuis. In dit 'conflictmodel', dat trouwens nog dateert uit de regeerperiode van Jean-Luc Dehaene, hebben artsen macht omdat zij in eerste instantie over het geld beschikken, en dat is een ongezonde situatie. Geef artsen een eerlijk honorarium voor de gespecialiseerde intellectuele prestaties die zij verrichten en zorg ervoor dat al de rest betaald wordt aan het ziekenhuis. Dat betekent uiteraard dat de honoraria aanzienlijk omhoog moeten en dat de financiering van het ziekenhuis aanzienlijk moet stijgen, en daar wringt het schoentje. Bovendien krijg je in het huidige systeem een ongezone spanning tussen de bestbetaalde en de minstbetaalde specialisten, met als 'sukkelaars' de geriateren of de kinderpsychiaters, en als 'grootverdieners' de artsen die met machines werken, zo-

als bijvoorbeeld de nierspecialisten. Die ontvangen een hoog honorarium voor een handeling zoals een nierdialyse die vroeger erg complex was, maar vandaag door de patiënt zelf thuis kan gebeuren – maar de honoraria zijn dus gebleven. We moeten er uiteraard geen karikatuur van maken en je hebt natuurlijk artsen die een grotere verantwoordelijkheid hebben dan andere, maar de verschillen zijn momenteel echt te groot. Er is trouwens ook wel een probleem met de opleiding van onze specialisten en de 'machocultuur' die daar nog heerst en in stand wordt gehouden door de stagemeeesters die hun 'leerlingen' dankbaar voor de wachten laten opdraaien. Als je geen drie nachten na elkaar kunt presteren, word je niet voor vol aangezien, een houding die bijvoorbeeld in Nederland, waar een arts niet meer dan 40 uur na elkaar mag werken, ondenkbaar is. De accrediteringsorganisatie NVAO heeft trouwens alle specialistenopleidingen in Vlaanderen afgekeurd, uitgezonderd die van de VUB. De overheid in Vlaanderen investeert nauwelijks iets in de opleiding van specialisten, alweer in contrast met de situatie in Nederland. Conclusie: een aberrant en onethisch systeem van zowel opleiding als financiering waaraan dus dringend en ernstig moet worden gesleuteld, ook in het belang van de patiënt overigens.

“De artsen zijn de laatste groep in de samenleving die nog betaald worden op ‘stukloon’.”

GEZONDHEIDSKLOOF

Zoals hierboven al aangehaald houdt de betaalbaarheid van de zorg ook verband met de eigen verantwoordelijkheid van de burger. In hoeverre kan een overheid iemand verplichten om gezond of tenminste niet manifest ongezond te leven?

Alles begint bij regelduidelijkheid, zoals in de opvoeding. Hier komen we eigen-

lijk opnieuw terecht bij de doelstellingen-geneeskunde, waarin je met de patiënt duidelijke afspraken kunt maken en empathisch maar indien nodig streng kunt optreden. We mogen daarbij niet uit het oog verliezen dat heel wat van die ongezone 'activiteiten' ook sociaal gebonden zijn.

Wat ons naadloos brengt bij de zogenaamde gezondheidskloof en het risico op een gezondheidszorg met verschillende snelheden, voor gegoeden enerzijds en behoeftigen anderzijds.

Dit is wat mij het meest irriteert in de gezondheidszorg. Ondanks de grote gedrevenheid bij zo goed als alle actoren om te streven naar een 'sociaal' systeem, blijven we significante tot zelfs reusachtige verschillen in gezondheid zien naar gelang inkomen en scholingsgraad, verschillen die bovendien lijken toe te nemen in plaats van af te nemen. De redenen hiervoor zijn onder meer de vele perverse mechanismen in het systeem en het grote gebrek aan gezondheidspreventie, met slechts zo'n schamele 1% van het totale budget dat aan preventie besteed wordt. Een van de problemen met preventie is natuurlijk dat de meeste campagnes zich eigenlijk richten tot de middenklasse, die minder of geen behoefte heeft daaraan omdat ze al vrij goed geïnformeerd is. De snaren van wie in de risicozone zit, worden daarentegen nauwelijks bespeeld. Anderzijds wordt er, onder meer via het VIGeZ, veel professioneler gewerkt dan vroeger, maar preventie is sowieso een verhaal van breed en langdurig werken. Dat werd onder meer aangetoond door de langlopende en op lange termijn ook succesvolle campagnes tegen het consumeren van verzadigde vetzuren. En nogmaals, dergelijke boodschappen zullen meer effect sorteren als we patiënten kunnen onderbrengen in die lokale eerstelijnsvoorzieningen waarin ze door verantwoordelijke zorgverstrekkers kunnen worden opgevolgd, in functie van doelstellingen en volgens duidelijke afspraken. Ook de centrale overheid moet haar beleid dus afstemmen op het nastreven én realiseren van vooropgestelde doelstellingen.

Een kleine parenthese, nog aansluitend bij de gezondheidskloof: wat doen we →

met diegenen die buiten het systeem vallen en die officieel geen recht hebben op door de overheid betaalde zorg, vluchtelingen, asielzoekers, 'illegalen'?

Ik denk dat we verplicht zijn om 'barmhartig' te zijn en ervoor te zorgen dat iedereen de basishulp krijgt die absoluut en minimaal nodig is, rekening houdend met de individuele situatie van de persoon in kwestie en met uiteraard de nodige aandacht voor grijze zones en mogelijke misbruiken. Ook hier vind ik dat we zeker regels mogen stellen, maar de barmhartigheid komt op de eerste plaats.

“Het verschijnsel van therapeutische hardnekkigheid behoort helaas nog niet tot het verleden.”

SPLITSEN

Waar we het in het financieringsdebat nog niet over gehad hebben, is het typisch Belgische communautaire spook. In hoeverre speelt dit aspect inderdaad een rol, zoals sommige partijen mordicus beweren? We splitsen de zorg en het probleem is opgelost?

Splitsen is een van de mechanismen om per deelstaat meer verantwoord gedrag te bewerkstelligen. Het is inderdaad niet billijk dat het ene landsdeel meer geld nodig heeft als daar geen objectieve behoeften tegenover staan. Dat wil niet zeggen dat splitsen altijd de beste oplossing is, maar ik denk inderdaad dat aan de huidige en zeer ingewikkelde bevoegdheidsverdeling toch het best nog wat gesleuteld zou worden. Wie aan de oorzaak ligt van uitgaven, moet ook verantwoordelijk zijn voor die uitgaven, en we moeten niet blind zijn voor manifeste verschillen op het vlak van uitgaven, preventie, opleiding, numerus clausus enz., verschillen die uiteindelijk zoals alles ook weer ethische implicaties hebben.

Een ander heikel punt is de rol van de

ziekenfondsen. Voor een gedeelte van het politieke spectrum staat zelfs de bestaansreden ervan openlijk ter discussie. Er wordt bijvoorbeeld al langer geopperd dat de terugbetalingen aan patiënten geen kernopdracht meer zouden moeten zijn, hoewel de meningen over de kosten daarvan sterk uiteenlopen. Hebben de ziekenfondsen nog een toekomst volgens jou, en welke dan? Wat zullen hun kerntaken zijn, welke meerwaarde kunnen zij de zorgontvanger van morgen bieden?

Voor de terugbetalingen heb je in ieder geval de ziekenfondsen niet nodig, zoveel is wel duidelijk (dat geldt trouwens ook voor de uitbetalingen door de vakbonden van de werkloosheidsuitkeringen). De ziekenfondsen zoeken trouwens momenteel al nieuwe functies voor het personeel dat zich bezighoudt met die terugbetalingen. Over die nieuwe rol blijken de ziekenfondsen zelf nogal van mening te verschillen. Wat zeker een rol zal blijven, is de begeleiding van de leden in de verzekeringsaspecten van de persoonlijke gezondheidsdossiers, ervoor zorgen en ervoor waken dus dat mensen krijgen waar ze als verzekerde recht op hebben. Een vorm van belangenbehartiging van de patiënt wat betreft de verzekeraar. De behartiging van medische klachten kan volgens mij beter worden overgelaten aan de gespecialiseerde patiëntenverenigingen, hoewel die natuurlijk niet het hele spectrum dekken en zich vooral op chronische aandoeningen richten. Over de resterende (nieuwe?) taken van de ziekenfondsen blijkt niemand het eens te zijn. Sommige fondsen denken dat de begeleiding van de patiënt door het hele gezondheidssysteem aan hen moet worden toevertrouwd, terwijl het wellicht meer aangewezen is om dit over te laten aan die grote huisartsenpraktijken of eerstelijnspraktijken. De ziekenfondsen kunnen uiteraard ook een rol spelen in die praktijken, maar zij zullen daarin niet de medische kar trekken. In die eerstelijnspraktijken zullen de lokale overheden trouwens ook een belangrijke rol te vervullen hebben, precies omdat een geïntegreerde aanpak van de gezondheidszorg waarin je ook werkt aan gezondheidsge- drag of preventie eigenlijk alleen mogelijk

is op een lokaal niveau, het niveau van de steden en grote fusiegemeenten. Dat geldt tussen haakjes trouwens ook voor andere problematieken, zoals spijbelgedrag op school of radicalisering. Over een aantal dingen moeten de betrokken actoren het dus nog eens worden vooraleer we precies kunnen afbakenen wat in de toekomst de rol van de ziekenfondsen kan en zal zijn.

ZUILEN & RECHTEN

Het verhaal van de mutualiteiten maakt uiteraard deel uit van het bredere politieke en maatschappelijke verhaal van verzuiling, dat typisch Belgische fenomeen, historisch gegroeid en volgens sommigen de facto uitdovend, volgens anderen alive-and-kicking. De katholieke zuil is altijd bijzonder sterk geweest in de zorg, met als notoire voorbeelden het grote overwicht van het van oorsprong katholieke Zorgnet (het vroegere Caritas) of het bijna-monopolie van de katholieke zuil in de geestelijke gezondheidszorg. Hoe zit dat vandaag met die verzuiling en in hoeverre zijn er hier levensbeschouwelijke problemen en komt de keuzevrijheid van het individu mogelijk in het gedrang (denk bijvoorbeeld aan de recente veroordeling van de zorginstelling die weigerde om euthanasie toe te passen)?

Er is op dat vlak ondertussen een heel groot verschil tussen de situatie in de gezondheidssector en in het onderwijs. In de zorg heeft het schaalprincipe wel gewerkt. In de ziekenhuissector zijn er bijzonder veel fusies gebeurd tussen ziekenhuizen van verschillende 'obedienties'. Vele ziekenhuizen behoren dus strikt gesproken niet meer tot een zuil. De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen heeft ofwel een zelfstandig of een 'vrij' statuut, en wat het personeelsstatuut betreft is men overal overgegaan naar de sociale regeling van de privésector. In ieder geval zijn er in de praktijk de facto geen zuiver openbare ziekenhuizen meer en zijn er ook nauwelijks nog katholieke ziekenhuizen. Je hebt natuurlijk nog een beperkt aantal ziekenhuizen waarin het katholieke denken met name over ethische kwesties nog dominant aanwezig is, met ook overwichten in de raden van bestuur en de directies. En in een

aantal ziekenhuizen zal inderdaad meer sedatie worden toegepast in plaats van euthanasie, maar veel meer formele afspraken over katholiek versus niet-katholiek kun je daar vandaag niet echt meer over doen. De Vlaamse ziekenhuizen zijn bijna allemaal gemengde ziekenhuizen, zowel in de raden van bestuur, in het personeel, in hun publiek, als in hun interne regelgeving en afspraken. Vanuit de Vlaamse overheid werd trouwens al in de jaren 90 duidelijk gesteld dat in de ziekenhuizen alle patiënten moesten worden behandeld volgens hun eigen levensovertuiging. In het onderwijs is men dus nooit zover gekomen. Daar zijn er ook geen netoverschrijdende fusies geweest. Als er zich soms nog problemen voordoen in de ziekenhuizen, dan moet dat gewoon worden aangekaart, wat professor Distelmans en anderen ook en terecht doen. Maar waar in de zorgsector de verzuiling op een soms problematische manier vandaag nog wel speelt, is in de woon-zorgcentra, de 'rusthuizen'. Eigenlijk zou men ook daar een gelijkaardige bepaling over levensbeschouwelijke keuzevrijheid moeten uitwerken als destijds voor de ziekenhuissector.

Waar het ook in dit levensbeschouwelijke verhaal eigenlijk vooral om draait, is het recht van de patiënt om als volwaardige actor erkend te worden. Daar schort het vandaag in de hele sector aan en die miskenning van de rechten van de patiënt ergert mij mateloos, net als die ontoelaatbare gezondheidskloof. 'Informed consent' – de patiënt moet instemmen met de voorgestelde behandeling, nadat hij daarover geïnformeerd is – is echt totaal onvoldoende, het zou de patiënt moeten zijn die aan het stuur zit en die in overleg en dialoog met de zorgverstrekkers de beslissingen neemt. Het zou dus een goede zaak zijn als ook de wet op de patiëntenrechten van 2002 opnieuw bekeken zou worden, waarbij minstens ook een uitbreiding moet worden voorzien naar de hele welzijnssector. Het is trouwens absoluut wenselijk om dergelijke wetten (patiëntenrechten, palliatieve zorg, euthanasie, abortus ook) regelmatig te evalueren en waar wenselijk aan te passen op basis van een consensus en uiteraard ook op basis van evidenceba-

sed informatie en kennis (wat momenteel bijvoorbeeld nog problematisch is voor dementie).

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Een blijvend pijnpunt is de geestelijke gezondheidszorg. Over welke problemen spreken we zoal en wat moet/kan eraan gebeuren?

De problemen zijn inderdaad legio, ik vermeld hier slechts enkele aandachtspunten. Over de geïnterneerden is al veel gezegd en geschreven, die problematiek is een schandvlek op ons juridisch systeem; er worden nu eindelijk instellingen voor gebouwd. Ook schrijnend is de jeugdpsychiatrie: er zijn te weinig jeugdpsychiaters en andere hulpverleners die zich kunnen inzetten voor het geestelijk welzijn van ontspoorde jongeren, of liever van jongeren uit ontspoorde families, want daarover gaat het meestal. Een actueel probleem dat men ook onderschat zijn de trauma's waarmee vele vluchtelingen het land zijn binnengekomen. Die mensen hebben vaak vreselijke dingen meegemaakt en het is heel belangrijk dat we daar preventief zorg voor dragen en niet wachten tot het te laat is.

Iets waarop men ook absoluut moet inzetten is de re-integratie of integratie op het werk van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Werken en werk hervatten kan immers een onderdeel zijn van de remedie. Hier wordt trouwens ook op Europees niveau werk van gemaakt, wat extra mogelijkheden biedt en een ander kan faciliteren. Dit veronderstelt natuurlijk wel dat werkgevers en collega's bereid zijn om rekening te houden met de toestand en de mogelijkheden van de betrokken personen. Op korte termijn is dat niet altijd evident, maar op lange termijn win je ook als werkgever omdat je competenties en ervaring dan niet verloren laat gaan.

Maar dit zijn dus slechts enkele van de problemen. We moeten er ons ook wel bewust van zijn dat hier vaak sprake is van een chronische problematiek waarvoor 'genezing' niet mogelijk is. Men moet vanuit de geestelijke gezondheidszorg trouwens niet te beroerd zijn om dit toe te geven, want hetzelfde geldt eigenlijk ook voor de rest van de geneeskunde.

Eensgezindheid (onder meer over de effectiviteit van behandelingen) in de communicatie naar buiten toe zou de geestelijke gezondheidszorg in ieder geval al een stuk vooruithelpen. Wat ook goed zou zijn is dat patiënten zelf naar buiten komen met hun verhaal en op die manier vaak nog heersende taboes, stigma's en onduidelijkheden doorbreken.

“Die miskenning van de rechten van de patiënt ergert mij mateloos.”

ETHIEK

Een laatste puntje: de ophanden zijnde mogelijk zeer verregaande technologische innovaties in de zorg. Misschien hebben we binnenkort gewoon geen dokters meer nodig en kunnen we onszelf permanent monitoren én genezen met de apps in ons polshorloge?

We gaan zeker nog dokters nodig hebben, maar hun werk zal er helemaal anders uitzien. Men onderschat echt welke innovaties er allemaal op komst zijn. Hoe snel die evoluties zullen plaatsvinden en waarop de accenten zullen liggen, valt momenteel moeilijk te voorspellen. Er zijn prognoses dat we over tien jaar nog slecht een derde van het huidige aantal ziekenhuisbedden nodig zullen hebben omdat je zo veel via thuiszorg en nieuwe technieken zult kunnen opvangen. Dit alles zal een grote soepelheid vergen van het medisch systeem en van de beoefenaars van de gezondheidsberoepen om daar adequaat mee om te gaan. Daar zullen natuurlijk weer nieuwe uitdagingen en (alweer) ethische vragen mee gepaard gaan, zoals de vraag of dergelijke innovaties de gezondheidskloof zullen doen verkleinen of integendeel vergroten. Ook daarover zal dus, zoals over alles in de gezondheidszorg, een ethische discussie moeten worden gevoerd.

GERT DE NUTTE

Een open gesprek

De Belgische gezondheidszorg heeft nood aan een andere behandeling



Het Universitair Ziekenhuis Brussel zet het verhaal van kankerpatiënte Gertjie centraal in zijn jaarverslag. De gezondheidszorg moet immers draaien om de patiënt. Maar in de praktijk zijn er talrijke hindernissen die dat in de weg staan. Gaan de goden het oplossen?

De goden lossen het op' heet het verhaal dat HVV heeft uitgegeven naar aanleiding van een jaar lang focussen op de gezondheidszorg. De vertelling zit onder een laag soms absurdistische humor, maar kaart een groot aantal knelpunten aan. Zeus zendt vanuit het godenrijk een wat aftandse professor naar de aarde om een kritische analyse te maken en verbeterpunten te suggereren. Hoe het hem vergaat, moet u zelf ontdekken in 'De goden lossen het op', maar dit verklappen we u wel: niets loopt zoals de goden het zich hadden ingebeeld. Dat hoeft niet te verbazen.

Wat kunnen we vaststellen? De patiënten zijn doorgaans tevreden over hun gezondheidszorg. Klagers en fouten krijgen veel aandacht, maar niettemin blijft hun aantal klein in verhouding tot het aantal patiënten, behandelingen, ingrepen... Een klein wonder eigenlijk omdat gezondheidszorg, de toenemende technologie ten spijt, toch voornamelijk mensenwerk blijft en ongetwijfeld zal blijven. Uit onderzoek blijkt dat de tevredenheid van patiënten veel te maken heeft met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De Belg kan dag en nacht zorg krijgen op korte afstand van zijn woonplaats, en die zorg is betaalbaar. Die laatste vaststelling mag ons niet blind maken voor het feit dat de zorg niet voor iedereen even toegankelijk is en ook niet voor iedereen even betaalbaar. Ook in het UZ Brussel stellen we vast dat steeds meer patiënten het lastig hebben om hun factuur in één keer te vereffenen. Van de laagste inkomensklasse zou ongeveer 20% van de ondervraagden uit de Gezondheidsenquête 2013 om financiële reden een tussenkomst uitstellen; in 2004 was dat nog 10%. Niet vreemd daaraan is wellicht de moeilijke economische situatie, het feit dat gezondheidskosten een steeds groter deel zijn van het

gezinsbudget en dat het aandeel dat de patiënt moet betalen in zijn eigen gezondheidszorg al jaren toeneemt. We mogen niet blind zijn voor de meest kwetsbaren omdat die dreigen nog kwetsbaarder te worden. Het UZ Brussel tracht te helpen door patiënten met financiële problemen te begeleiden en bijvoorbeeld een afbetalingsplan aan te bieden. In verhouding tot de hoeveelheid behandelde patiënten is het aantal dat zijn ziekenhuisfactuur niet of moeilijk kan vereffenen klein. Gelukkig maar, want een zorgorganisatie moet natuurlijk ook zelf de eindjes aan elkaar kunnen knopen. De prijs die de patiënt moet betalen weerspiegelt geenszins de reële kosten voor de gezondheidszorg, en dat is wellicht nog een reden waarom de gemiddelde patiënt er tevreden over is: ze wordt gemiddeld goed betaalbaar bevonden. O ja, dat draagt overigens ook bij tot het probleem. Een patiënt heeft doorgaans geen idee van de reële kosten van de zorg die hij krijgt en dat kan medicalisering en overbehandeling in de hand werken.

MEER PRESTATIES, MEER INKOMSTEN

Het is interessant om vast te stellen dat we na onze korte inleiding waarin we patiënt Gertjie centraal stelden al meteen over geld schrijven. Als buitenstaander

“De meest kwetsbaren dreigen nog kwetsbaarder te worden.”

krijg je vaak de indruk dat centen de kern van de zaak vormen. Dat is niet zo, of tenminste, dat zou niet zo mogen zijn. Maar veel draait wel om financiën. Een basisdilemma in dat verband is dat enerzijds de budgetten voor gezondheidszorg beperkt zijn – en dat er zelfs wordt bespaard – en dat anderzijds de nood aan gezondheidszorg toeneemt. De medische evoluties laten meer gepersonaliseerde en dus duurdere zorg toe en vergrijzing en dubbele vergrijzing verhogen de vraag naar gezondheidszorg. Dat roept trouwens ook ethisch-filosofische vragen op. Moeten we een eerder utilitaristische visie hanteren en ervan uitgaan dat het grootste geluk voor het grootste aantal mensen vooropstaat? Dan investeren we geen middelen in de peperdure behandeling van één patiënt met een zeer zeldzame ziekte. Of moeten we elk individu dezelfde waarde toekennen en dus die ene patiënt met die zeer zeldzame ziekte die peperdure behandeling geven, zelfs al kan daardoor dat geld niet worden ge-

bruikt voor meer mensen met meer voorkomende medische problemen?

Tegelijk is er ook de bestaande problematiek van structureel ondergefinancierde ziekenhuizen. Voor de universitaire ziekenhuizen ondergraaft het tekort aan financiering bovendien hun bijkomende opdrachten onderwijs en onderzoek. Die opdrachten zijn nochtans essentieel voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en haar beoefenaars. De ziekenhuizen zien geen andere mogelijkheid dan hoge productie – kwantiteit! –, hetgeen opnieuw de kwaliteit in gevaar brengt en medicalisering en overconsumptie in de hand werkt. De financiële druk duwt de zorgorganisaties in de richting van sponsorinitiatieven en van de bedrijfswereld, terwijl anderzijds de band met ondernemingen geregeld wordt aangeklaagd. Bijna de ganse Belgische gezondheidszorg drijft overigens op het ‘fee for service’-model: hoe meer gepresteerd wordt, hoe meer inkomsten. De woorden ‘besparen’ en ‘efficiëntie’ zijn daardoor schering en inslag in de zorg en dit komt het werkplezier van de zorgverstrekkers niet ten goede, ook al is het zo dat terecht doeltreffender met de bestaande middelen omgegaan moet worden. Doorgaans is ‘mensen helpen’ hun basismotivatie, maar steeds vaker moeten ze zich concentreren op nevenopdrachten waarvoor ze niet altijd vrijwil- →

Ontdek nu haar verhaal

Gertjie laat zien waar het echt om draait





“Essentieel is doorlopend luisteren naar patiënten en leren uit hun ‘patient experience’.”

lig hebben gekozen. Een arts wordt vandaag verondersteld allerlei afwegingen te maken die met de kern van zijn beroep weinig te maken hebben, maar wel met het management van de zorgorganisatie waar hij werkt of met de gezondheidszorg in het algemeen. Zelfs aan zijn therapeutische vrijheid – een essentieel aspect van zijn vak – wordt geknaagd. Verpleegkundigen moeten mee het ziekenhuis managen, bijvoorbeeld door bewuster om te gaan met het materiaal en de beschikbaarheid van patiëntenkamers.

“Een tegenstelling tussen humanistische reflexen en de objectivering en disciplineren van de zorgverstrekkers.”

KEURSLIJF

Zorgorganisaties moeten daarnaast vandaag in een of andere vorm geaccrediteerd zijn. Dat leidt ongetwijfeld op een aantal vlakken tot meer patiëntveiligheid en tot een verhoging van de kwaliteit van de zorg. Het neveneffect is dat zorgverstrekkers dreigen opgesloten te worden in processen en procedures die niet altijd een beter medisch resultaat garanderen. Processen en procedures sluiten niet uit dat de patiënt centraal staat, zolang ze zelf de beste zorg voor de patiënt als ultiem doel hebben. Het risico is echter niet denkbeeldig dat ze doel op zich worden omdat de accreditatiesystemen niet de medische ‘outcome’ meten, maar de precieze toepassing van de uitgeschreven

processen en procedures. Je kan dan een conflict krijgen tussen de motivatie van de zorgverstrekkers – en dat is overwegend: mensen helpen – en de bureaucratie en het systeem. Er kan een tegenstelling ontstaan tussen de humanistische reflexen in de zorg en de objectivering en disciplineren van de zorgverstrekkers, zoals de Franse filosoof-socioloog Michel Foucault het zou noemen: alles wordt nauwgezet in kaart gebracht en gemeten op het passende niveau dat de resultaten naar een hoger niveau rapporteert. Enkel in de cockpit ziet men dan het totaalplaatje. Na analyse daarvan volgt feedback en eventueel sanctionering. Op een nog hoger niveau legt een internationale privéorganisatie de accreditatieregels op en het is niet altijd even duidelijk op basis waarvan ze dat doet. Maar accreditatie is gevraagd door de overheid en er valt dus niet aan te ontkomen. Het abstracte systeem neemt het over, het keurslijf wordt strakker aangehaald. Dat gevoel leeft in toenemende mate bij zorgverstrekkers en het is te hopen dat het hun intrinsieke, positieve motivatie om in de gezondheidszorg werkzaam te zijn, niet ondergraaft. De overtuiging dat zorgverstrekkers het goede betrachten, is een van de basiselementen van het vertrouwen dat patiënten hen geven. Daarenboven tonen studies veelvuldig aan dat enerzijds juist het gebrek aan controle over de eigen job burn-out in de hand kan werken en dat anderzijds veel mensen het best functioneren wanneer ze – binnen een afgesproken kader – voldoende beweging, ademruimte en beslissingsbevoegdheden krijgen.

Deze controledynamiek verhoogt daarenboven de werkdruk en het is wellicht niet te verwonderen dat het fenomeen burn-out onder zorgverstrekkers een hot item is. Met deze trend naar meer ‘accountabi-

lity’ sluit de zorgsector aan bij de algemene trend in onze auditsamenleving. Alles moet zo veel mogelijk meetbaar zijn, maar zoals een citaat (waarvan de auteur ter discussie staat) zegt: “Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted”.

CONCURRENTIE TUSSEN ZORGORGANISATIES

Die accountability wordt ook geëist door vele patiënten – vaak onder impuls van patiëntenorganisaties – en door een overheid die hoopt dat een meer kritische patiënt ook minder gezondheidszorgen (en dus minder gezondheidsuitgaven) zal opleveren. Dat is overigens niet noodzakelijk zo. Een patiënt die zich – geholpen door duizend-en-één apps – gedraagt als een klant en de gezondheidszorg ziet als een markt waar hij het laatste woord moet hebben, draagt mee bij tot medicalisering en overconsumptie. Het is ongetwijfeld niet in het voordeel van de patiënt dat de gezondheidszorg zou functioneren als een klassiek economisch systeem dat drijft op vraag en aanbod met zorgverstrekkers die zich gedragen als verkopers en zo veel mogelijk behandelingen en geneesmiddelen aan de man willen brengen. Nu al is er sprake van concurrentie tussen zorgorganisaties en dit laat zich bijvoorbeeld voelen in het overbodig grote aantal chirurgische robots in de Belgische ziekenhuizen en in het gevecht dat ziekenhuizen voeren om de meeste persaadacht voor nieuwe medische vindingen. De gezondheidszorg kan overigens beter een quasimarkt worden genoemd omdat er allerlei veelal door de overheid opgelegde beperkingen gelden die een vrije marktwerking beperken. Het ‘consumerism’ in de zorg moet daarnaast duidelijk worden onderscheiden van wat ‘patient empowerment’ wordt genoemd.

Dat concept dekt vandaag vele ladingen en het woord 'power' accentueert de machtsverhouding die bestaat tussen patiënt en zorgverstreker. De patiënt is inderdaad in nood – zoniet ging hij niet naar de dokter – en dus afhankelijk, en dat maakt de relatie patiënt-arts asymmetrisch. De ganse uitdaging is juist om uit die machtsdynamiek weg te blijven en patiënt-zorgverstrekerrelaties te creëren die op samenwerking, uitwisseling en wederzijds respect zijn gestoeld. Belang-

“De woorden ‘besparen’ en ‘efficiëntie’ zijn schering en inslag in de zorg.”

rijk daarbij is dat dit van alle partners zin voor verantwoordelijkheid vraagt. Ook de patiënt moet dus meebeslissen en mee verantwoordelijkheid willen dragen voor de genomen beslissing. Dat is overigens waar ook patiëntenorganisaties die zeer terecht opkomen voor patiëntenrechten voor pleiten.

SAMENWERKING

Eigenlijk is samenwerking het enige goede antwoord op de uitdagingen die vandaag de Belgische gezondheidszorg onder druk zetten. De gezondheidszorg is – zowel in het algemeen als binnen elke zorgorganisatie – opgedeeld in te veel schotten met elk eigen verantwoordelijkheden én belangen. Ook tussen beroepsgroepen speelt eigenbelang. Gemakkelijk zal de hervorming dus niet zijn en grotere efficiëntie kan daarenboven lagere patiëntentevredenheid met zich meebrengen. Toch zou het principe moeten zijn dat telkens wordt gekeken wat het kwalitatieve voordeel is van een beslissing, een maatregel, een verandering voor de gezondheidszorg van de patiënt. Essentieel daarbij is doorlopend luisteren naar patiënten en leren uit hun 'patient experience', zoals het UZ Brussel al jaren doet, onder meer door geregeld een open gesprek te hebben met een groepje patiënten en oor te hebben voor hun ervaring en suggesties. eHealth kan

daarbij de efficiëntie en de zorgkwaliteit verhogen.

De toekomst van de gezondheidszorg is ook in handen van een patiënt zoals Gertjie, die door haar ervaring met de behandeling van borstkanker een expert is geworden in het patiënt-zijn. Het zijn mensen die het samen zullen moeten oplossen, op de goden zou ik daarvoor niet rekenen.

**EDGARD EECKMAN, MANAGER
DIENST COMMUNICATIE
UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL**

Edgard Eeckman doceert aan de VUB over de patiënt-(huis)arts-relatie. Wie daarover getuigenis wil afleggen, kan dat via zijn blog <https://patientzijn.wordpress.com/author/doctoraat> of via mail Edgard.eeckman@uzbrussel.be

Gertjie laat zien waar het echt om draait (jaarverslag 2015 UZ Brussel): <http://jaarverslag2015.uzbrussel.be>



DE GODEN LOSSEN HET OP

Als Zeus op aarde Madame M. in een kop-staartaanrijding verward ziet, roept hij in spoed de Raad der Goden samen en ze beslissen professor Anton Best naar de aardkloot te sturen in de hoop dat hij terugkomt met een handleiding voor hoe de gezondheidszorg beter georganiseerd kan worden. Maar de professor is ook maar een mens en goden zijn ook niet meer wat ze geweest zijn. Daardoor loopt alles aardig uit de hand.

De auteurs Edgar Eeckman en Marc Noppen brengen graag hulde aan iedereen die in de gezondheidszorg werkt. Zij beseffen dat het enthousiasme en engagement aanwezig zijn om aan elke patiënt de best mogelijke zorgen te verlenen. Dagelijks zetten zorgverstrekkers en ondersteunende medewerkers zich daarvoor in.

‘De goden lossen het op’: een uitgave van HVV.

Verkrijgbaar bij HVV en in de boekhandel.

Richtprijs: € 12.

Verschijnt 29 september 2016.

Een abonnement bij de dokter

In gesprek met prof. dr. Jan De Maeseneer



Het is goed om het ontstaan en de ontwikkeling van de forfaitaire geneeskunde even historisch te plaatsen. De sociale zekerheid in België is ontstaan in 1944 tijdens WO II, door toedoen van de regering die destijds in Londen zat. De Belgen hebben gekozen voor het Bismarcksysteem, terwijl de Britten een paar mijlen verder het National Health System hebben ontwikkeld. De basiswet op de ziekteverzekering stelde dat er drie 'soorten' geneeskunde zijn, later is dat bevestigd in de wet op de ziekteverzekering van 1963 (de wet-Leburton).

HEr is de geconventioneerde geneeskunde waarbij je per prestatie aan de tarieven werkt, de vrije geneeskunde waarbij je niet-geconventioneerd werkt, en de forfaitaire betaling. Meer bepaald gaat het hier over het toenmalige artikel 34ter van de wet op de ziekteverzekering. In feite is hier in de praktijk niets mee gebeurd, behalve dat er in de jaren 60 een aantal experimenten is geweest om in enkele specialistische disciplines de forfaitaire betaling toe te passen. Daar is het toen bij gebleven. Mijn collega's en ik zijn producten van mei '68. Tijdens onze studententijd hadden we nagedacht over hoe we later dokter wilden zijn. Wij zagen ons niet als de klassieke dokter in een witte jas, die op een voetstuk staat. Wij zagen ons arts zijn tussen de mensen, een arts die probeert om daar goede zorg te leveren. We hebben dan kennism gemaakt met een aantal experimenten van wijkgezondheidscentra in Canada, Engeland en Nederland. Dat vonden we een zeer inspirerend model en we hebben in 1974 met een groep studenten onder leiding van prof. dr. Karel Vuylsteek een document geschreven over wijkgezondheidscentra als alternatief voor een vastgelopen carrièreperspectief in de geneeskunde.

PIONIERSWERK

We zijn van start gegaan met wijkgezondheidscentra in Gent; in 1976 met het eer-

ste wijkgezondheidscentrum Brugse Poort, vervolgens wijkgezondheidscentrum De Sleep en daarna wijkgezondheidscentrum Botermarkt in 1978. Wij waren destijds verplicht te starten met prestatiegeneeskunde omdat er geen werkkader was voor de forfaitaire betaling. We hebben dan naar oplossingen gezocht, daarvoor werden twee pistes verkend.

“Wij waren verplicht te starten met prestatiegeneeskunde omdat er geen forfaitair werkkader was.”

Het eerste idee was een wetsvoorstel te ontwikkelen om de forfaitaire betaling mogelijk te maken. Lode Hancké heeft daar nog in belangrijke mate aan bijgedragen. Het was onze betrachting om met een multidisciplinair team te werken, dus niet enkel artsen, in het systeem van de forfaitaire betaling, waarbij je verantwoordelijkheid neemt voor een groep patiënten en je daarvoor dus een dotatie krijgt. Dat wetsvoorstel is herhaaldelijk ingediend in de Kamer, maar het is nooit behandeld. Dat bleek dus

niet te werken. We hebben dan een tweede piste verkend. In de ziekteverzekering was er nog die wet van 1963, het was onze bedoeling te kijken of we dat artikel 34ter konden activeren. Daartoe hebben we een brief gestuurd naar de voorzitter van het verzekeringscomité, dat was in 1981. We zijn dan uitgenodigd voor een gesprek. Aan Vlaamse kant hebben collega dr. De Ridder, momenteel directeur-generaal van de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV, destijds huisarts in De Sleep, en ikzelf de onderhandelingen gevoerd.

ZELFREDZAAMHEID

Wij wilden af van de betaling per prestatie omdat wij vonden dat hieraan zeer veel nadelen verbonden waren. Betaling per prestatie is een systeem dat alleen reactieve zorg betaalt: de patiënt komt bij u met een probleem, hij betaalt, je schrijft een briefje en het verhaal is over. Daar zit niet die noodzakelijke continuïteit in. In de betaling per prestatie zit ook geen stimulans tot preventie, bij wijze van spreken: als mensen ziek zijn, verdienen je geld. De keizer van China wist destijds al dat hij zijn dokters moest betalen om mensen gezond te houden en niet om mensen te verzorgen die ziek zijn. Dat belangrijke inzicht van duizend jaar geleden was voor ons een inspiratiebron. Het forfaitair systeem is financieel drempeelloos, wat de toegankelijkheid tot de zorg

bevordert, voor iedereen maar zeker ook voor maatschappelijk kwetsbare groepen. Het is ook een universeel en sociaal rechtvaardig systeem. Iedereen in de wachtzaal, of die nu hoogleraar, bedrijfsvoerder, arbeider is of een OCMW-leefloon heeft, wordt op dezelfde manier bejegend. Als de patiënt ingeschreven is in dergelijk systeem, betaalt hij niets, niet bij de inschrijving en niet wanneer hij zorg nodig heeft. Een ander belangrijk gegeven is dat een systeem van forfaitaire betaling zelfredzaamheid van de patiënt stimuleert. Je investeert in de versterking van de patiënt, wat we vandaag empowerment noemen. Voor ons waren de stimuli vanuit een systeem van forfaitaire betaling duidelijk beter dan vanuit het systeem van betaling per prestatie. Een bijkomende doelstelling voor ons was dat in die tijd in de prestatiegeneeskunde het remgeld (de persoonlijke bijdrage) 25% en zelfs op een bepaald moment 33% was. Dat was behoorlijk veel. We zijn gestart met aan een terugbetalingstarief te werken, maar die terugbetalingstarieven werden alsmaar lager omdat het remgeld werd opgedreven. Op een gegeven moment kwam je ook daarmee in de problemen. Samengevat vonden wij een forfaitaire betaling, zowel op praktische als op principiële gronden, belangrijk.

FAILLISSEMENT

Na onderhandeling is dan volgend basisprincipe vastgelegd: voor elke patiënt die zich inschrijft in een wijkgezondheidscentrum wordt het gemiddelde bedrag van de uitgaven voor de zorg in de prestatiegeneeskunde uitgekeerd, niet alleen voor huisartsen maar ook voor verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Een nadeel was dat het uitgekeerde bedrag in het forfaitair systeem gebonden was aan de uitgaven in de prestatiegeneeskunde. Zolang er in de prestatiegeneeskunde overconsumptie was, genoten wij daar mee van. Maar als op een bepaald moment in de prestatiegeneeskunde de omzet daalde, dan kregen wij ook minder. Dit onder meer door het feit dat er minder huisartsen waren, bijvoorbeeld door het toelatingsexamen voor arts. Een tiental jaar geleden werd stilaan duidelijk dat dit systeem ons regelrecht naar het failliet zou leiden, ondanks het feit dat wij in de loop van de jaren 90 een aantal

correcties hadden kunnen doorvoeren. Zo was tussen de start in 1982 en 1997 het bedrag per patiënt met 31% toegenomen. Maar door het feit dat de zorgverstrekking veranderde en het aantal huisbezoeken sterk daalde, nam de omzet in de huisartsgeneeskunde af. Als je in een forfaitair betalingssysteem zit en je ziet dat je bedrag per patiënt alsmaar vermindert, dan heb je een probleem.

“Elk centrum wordt ‘gewogen’ wat betreft de zorgnoden van de patiënten.”

ELEKTRONISCHE FOTO

We zijn vanaf 2010, in de Commissie Forfait van het RIZIV, een ander model gaan uittekenen. Een model waarbij we de verdeling van de middelen loskoppelen van de prestatiegeneeskunde. Het bedrag gaat gewoon met de gezondheidsindex omhoog, los van het feit of de consumptie in de prestatiegeneeskunde toeneemt of afneemt. Tweede belangrijke punt: we baseren de verdeling van de middelen op de gezondheidsnoden van de populatie die we verzorgen. Elk jaar wordt een elektronische foto gemaakt waarbij 42 kenmerken van de patiënten die in de praktijk zijn ingeschreven, in kaart worden gebracht. Dat geeft ons een beeld van die mensen. In het wijkgezondheidscentrum Botermarkt zijn dat 5800 mensen. Op dat anonieme beeld zie je leeftijd, geslacht, belangrijke determinanten van zorggebruik, maar ook of patiënten bepaalde aandoeningen hebben, wat hun functionele toestand is... Elk centrum wordt zo ‘gewogen’ wat betreft de zorgnoden van de patiënten. Op basis daarvan ontvangt de praktijk iedere maand een bepaald bedrag. Het systeem werkt, maar er moeten wel nog verbeteringen worden aangebracht. De patiëntvariabelen moeten worden bijgesteld zodat ze accurater meten wat de zorgnood is. In het buitenland wordt met veel belangstelling naar deze benadering gekeken.

KERTAKEN

Het systeem dat wij hanteren is behoeftegestuurd, geïntegreerd en betalend per hoofd, dus forfaitaire betaling. Geïntegreerd betekent dat we werken in een team met artsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Patiënten schrijven zich in en hebben recht op gratis toegang tot zorg voor die drie disciplines in het centrum. Wanneer men naar een praktijk in de prestatiegeneeskunde gaat, betaalt men de kosten zelf. Voor wachtdiensten betalen wij de uitgaven terug. Mensen worden aangemaand om altijd bij ons te consulteren, wij houden ook hun dossier bij.

Het gehanteerde systeem bevordert niet alleen samenwerken, het bevordert ook ‘taakdelegatie’. Taken die traditioneel door een arts werden uitgevoerd, worden nu door verpleegkundigen gedaan, zoals het opvolgen van diabetespatiënten. Dat heeft als voordeel dat de arts op die manier kan focussen op de kerntaken, namelijk met patiënten bezig zijn, goede diagnostiek leveren en samen met de patiënt het behandelplan bepalen. De uitvoering en de opvolging van het behandelplan gebeurt door de verpleegkundigen.

Dat leidt tot behoorlijk wat taakverschuivingen die internationaal overal aan de orde zijn.

Dit systeem biedt ook kansen om in te zetten op preventie. Als wij onze volledige risicopopulatie inenten voor griep, hebben wij nadien minder werk en zijn de mensen minder ziek. Dat levert dus een voordeel op aan beide kanten.

In de meeste centra in Vlaanderen wordt maatschappelijk werk geïntegreerd aangeboden. Dat is ook zo in ons centrum in Ledeberg, wij werken met een zeer kwetsbare populatie. Wij verzorgen mensen uit negentig verschillende landen. Elke consultatie is een wereldreis. Dat betekent onder meer problemen met communicatie. Als je een tolk moet inzetten, dan wordt dat niet betaald in het forfaitair systeem. Maatschappelijk werk wordt niet gefinancierd omdat het een bevoegdheid van de gemeenschappen is. We zijn in onderhandeling met de overheid om te kijken hoe dat gefinancierd zou kunnen worden. Preventieacties worden als dusdanig ook niet gefinancierd. Het lokale bestuur in Gent komt wel deels tussen om een aantal pre- →

ventieacties mogelijk te maken. Maar dat is zeker niet op alle plaatsen in Vlaanderen het geval. We kunnen met enige fierheid zeggen dat Gent de enige stad is in België waar iedere inwoner toegang heeft tot een wijkgezondheidscentrum in het forfaitair systeem. Momenteel zijn er tien centra actief, een elfde centrum wordt binnenkort opgestart.

“Gent is de enige Belgische stad waar iedere inwoner toegang heeft tot een forfaitair wijkgezondheidscentrum.”

TOGETHER WE CHANGE

De wijkgezondheidscentra zijn een belangrijke speler geworden in de eerstelijnsgezondheidszorg. We denken dat wij een model illustreren dat werkt en op die manier kunnen deelnemen aan het maatschappelijk debat. Met 'Together we Change' hebben de Vlaamse professoren huisartsgeneeskunde een rapport gepresenteerd waarin een andere toekomst voor de eerstelijnsgezondheidszorg wordt uitgetekend. We hopen dat, in het kader van de Eerstelijnsgezondheidszorgconferentie in 2017, de overheid en Vlaams minister Vandeurzen de moed zullen hebben om een aantal duidelijke lijnen uit te zetten en de eerstelijnsgezondheidszorg te organiseren zodat deze zijn rol als speerpunt van de gezondheidszorg ten volle kan spelen.

INNOVATIE

Om het nog even samen te vatten, de drie belangrijkste argumenten voor het werken in een forfaitair systeem zijn: ten eerste de toegankelijkheid van de zorg, ten tweede de kwaliteit van de zorg, in die zin dat het niet enkel gaat over reactieve zorg, maar het is ook inzetten op samenwerking, empowerment en preventie. Ten derde teamwork. Momenteel zit een grote sterkte van het systeem zeker op het vlak van de toegankelijkheid. Er is onderzoek

gedaan door het Kenniscentrum in 2008 waarbij men 27 000 patiënten uit het forfaitaire systeem heeft vergeleken met een groep uit de prestatiegeneeskunde. Wat bleek? Het was onmogelijk om in de prestatiegeneeskunde een groep te vinden die even maatschappelijk kwetsbaar was als diegene die in de wijkgezondheidscentra wordt verzorgd. Uit het ongerijmde moest men besluiten dat de wijkgezondheidscentra echt een zeer kwetsbare groep verzorgen. We zien in de centra veel mensen met voorkeurtarieven en dus een laag inkomen. De factor etniciteit is natuurlijk ook een zeer belangrijk gegeven. Wij bereiken zeer kwetsbare mensen, zonder dat er een financiële drempel is. Wat het aanbieden van 'geïntegreerde' zorg betreft werkt dit nog niet volledig, aangezien we geen financiering hebben voor het maatschappelijk werk dat we aanbieden in de centra. De eerstelijnspsycholoog zou ook in het team moeten worden opgenomen. Daarvoor blijken op federaal niveau geen middelen te zijn. Minister De Block is nog steeds op zoek naar geld. Merkwaardig toch, want als je de vier miljoen CT-scans die elk jaar gemaakt worden zou 'rationaliseren', dan is er geld om al je eerstelijnspsychologen te betalen zonder dat we een diagnose minder moeten stellen. Men zegt dat er geen geld is, maar dat is natuurlijk niet waar. Het geld wordt gebruikt voor de verkeerde dingen, het wordt niet altijd efficiënt gebruikt. Dat is zeker zo voor wat betreft de medische beeldvorming.

Wat de empowerment van mensen betreft, ik denk dat wijkgezondheidscentra daar toch belangrijke bijdragen leveren. We ervaren dat het kabinet van De Block de wijkgezondheidszorgcentra niet echt ondersteunt. Integendeel, mevrouw De Block laat duidelijk verstaan dat 'ze niet voor wijkgezondheidscentra is'. Dat heeft natuurlijk te maken met de liberale ideologie die zich ten onrechte vertaalt in het ondersteunen van de traditionele arts van de vorige eeuw, met name de 'liberale' dokter die zijn eigen praktijk runt. Modern liberalisme, sociaal liberalisme zou moeten uitgaan van het aanbieden van innovatieve vormen van zorg en ruimte moeten creëren voor vernieuwende experimenten. Dus in feite zou minister De Block, indien ze een modern, vooruitstrevend liberalisme zou

hanteren, moeten zeggen dat wijkgezondheidscentra fantastisch zijn. Aangezien deze kunnen fungeren als laboratoria waar nieuwe ontwikkelingen in de zorg uitgetest en geëvalueerd kunnen worden om ze nadien breder uit te rollen. Dus bij dezen een fundamentele oproep aan het adres van minister De Block om eens op een andere manier over liberalisme te denken.

SOCIALE COHESIE

Veel mensen vragen zich af of het forfaitair systeem wel universeel moet zijn, of ook mensen die het sociaal beter hebben hiervan mogen genieten. Mijn antwoord is ja, omdat op die manier iedereen in onze wachtzaal zit. Het zou erg zijn mochten alleen arme mensen in onze wachtzaal zitten, want dan doe je aan maatschappelijke segregatie. Nu zitten daar ook gezinnen met jonge kinderen, beide ouders met een masterdiploma. Die zitten daar naast mensen die nauwelijks kunnen lezen of schrijven, mensen die de taal niet kennen. Dat werkt verbindend. Wij leven in Ledeberg met 8000 mensen, 106 nationaliteiten op 1 km², eigenlijk gaat dat redelijk goed. Als je weet dat die transitie zich pas de laatste vijftien jaar heeft voorgedaan, dan moet je besluiten dat dit een 'gelukt experiment' is. Naast wijkgezondheidscentrum Botermarkt, is er het lokaal OCMW-dienstencentrum De Knoop, wat ook heel toegankelijke, laagdrempelige dienstverlening biedt. In ons centrum worden er ongeveer 5800 mensen verzorgd. Het feit dat je toegankelijke voorzieningen hebt, draagt sterk bij tot de sociale cohesie. Mensen zeggen: het is 'ons gezondheidscentrum', en ze maken ook absoluut geen onderscheid tussen het feit dat het OCMW een publieke dienstverlening is en dat wij eigenlijk een privé-dienstverlening zijn, want wij zijn een vzw. Voor de bevolking is het allemaal hetzelfde verhaal: zij kunnen er terecht met alle vragen, er wordt naar hen geluisterd, zij worden er opgevangen. Dat creëert een gevoel van 'ik tel mee in de samenleving'. Politici beseffen nog onvoldoende hoe belangrijk een toegankelijke en universele eerstelijnsgezondheidszorg is. De overheid en de zorgsector moeten daarin investeren, vanuit de wetenschap dat dit bijdraagt tot sociale cohesie. Wat politici nodig hebben is sociale cohesie, vandaan meer dan →

REDELIJK EIGENZINNIG

NADENKEN OVER MENS
EN MAATSCHAPPIJ

EDITIE 2: MIGRATIE

6 lezingen, 4 workshops, 3 debatten, 2 documentaires,
1 wandeling en 1 grote slothappening

WANNEER?

van 11/10/2016 t.e.m. 25/4/2017

WAAR?

verschillende Brusselse locaties

WWW.REDELIJKEIGENZINNIG.BE

wetenschap
voor iedereen?
Anno 2050,
Koekelberg
plage?
Pas op
75 met pensioen?
Fort Europa
of Hotel Welkom?
Mondig burgerschap
of NIMBY?
Open science
of plat plagiaat?
klimaat-
opwarming
of nep-
statistiek?
24/7
work
100%
burn
out?
Rust
roest
of
active
ageing?
Fort
Europa
of
Hotel
Welkom?
wetenschap
voor
iedereen?
Anno
2050
Koekelberg
plage?
Pas op
75 met
pensioen?



crosstalks



Wtenschap / expertisecentrum
wetenschapscommunicatie brussel

ooit. Daar kunnen we een rol spelen.

Het is zo dat in alle onderzoeken waar kwaliteit van zorg in wijkgezondheidscentra onderzocht wordt, blijkt dat wijkgezondheidscentra goed scoren.

Een voorbeeld is de kwaliteit van het voorschrijven van geneesmiddelen. Dat heeft ook te maken met het feit dat je in een wijkgezondheidscentrum veel interprofessioneel samenwerkt, dat je dingen ter discussie stelt en op een moderne manier praktijk voert. Alleen al het feit dat je in groep werkt draagt bij tot kwaliteit, want je weet dat mensen over je schouder kijken en dat morgen de patiënt die je vandaag ziet, door je collega gezien zal worden. Je moet zorgen dat je goede kwaliteit levert en als je iets niet weet, moet je overleggen.

“Hoe beter de patiënt geïnformeerd is, hoe efficiënter je zorg zal zijn.”

KWALITEITSVERBETERING

Een groot probleem in de prestatiegeneeskunde is dat je niet weet voor welke mensen je verantwoordelijk bent. Wij weten dat wel. Dat zijn die 5800 mensen, wij kunnen die oproepen door een brief te schrijven met de vraag om langs te komen voor een griepvaccin, indien men bijvoorbeeld tot een risicogroep behoort. Het is belangrijk dat je dat kan doen. Het forfaitaire systeem leent zich ook beter tot het organiseren van groepsactiviteiten. Dankzij de steun van de Stad Gent kunnen wij ook op wijkniveau samen met de andere huisartspraktijken aan gezondheids promotie doen. Ik denk aan het stimuleren tot bewegen, bijvoorbeeld door de organisatie van fietslessen. Je hebt er vanuit het systeem alle belang bij om de patiënt te empoweren. Want hoe beter de patiënt geïnformeerd is, hoe beter je zelf ook beslissingen kan nemen, hoe efficiënter je zorg zal zijn. Dan heb je als arts ook de tijd voor meer complexe zaken: focussen op patiënten met een complexe problematiek, bezig zijn met 'multi-probleem'-gezinnen. Dit resulteert in kwaliteitsverbetering. Tegenstanders zeggen vaak dat het systeem luiheid in de hand werkt, want je wordt be-

taald om niets te doen. Uit geen enkel onderzoek in België blijkt dat dit het geval is. Dat heeft natuurlijk ook te maken met het feit dat wij werken in een competitieve omgeving; als patiënten niet tevreden zijn over de zorg bij ons, dan gaan ze weg. Je moet elke dag met goede zorg het vertrouwen van de mensen winnen. Dat is belangrijk, dat is een goede driver.

DE GRATIS HUISARTS

Het is absoluut nodig dat we de huisarts universeel gratis maken. Je ziet dat in heel wat landen de huisartsgeneeskunde financieel drempelloos is. Dat betekent in de prestatiegeneeskunde een systeem zonder remgeld, de derdebetalersregeling, of de forfaitaire regeling zoals bij ons. Dat is de beste investering die een overheid kan doen. Er is geen enkele reden om mensen die subjectief ervaren dat zij een zorgnood hebben, af te remmen om naar de eerste lijn te gaan. Die zorgnood kan het gevolg zijn van angst, kan rationeel of irrationeel zijn, maar die nood is aanwezig. Wat je wel moet doen is afremmen dat die mensen naar de spoedopname en naar de tweede lijn gaan. De eerste lijn moet voor iedereen universeel toegankelijk zijn, van daaruit moet je bekijken of mensen nood hebben aan een gespecialiseerd traject. Wat je in België vandaag vaststelt, en onderzoek bevestigt dat, is dat de specialist de arts van de rijke mensen is en de huisarts de arts van de arme mensen is. Dat is niet de bedoeling. De bedoeling is dat de huisarts het eerste contactpunt is voor iedereen. De mensen die specialistische zorg nodig hebben, arm of rijk, die moeten inderdaad bij de specialist terecht komen. Het systeem realiseert dat niet, deze opdeling zorgt voor een grote sociale ongelijkheid, die een gevolg is van het feit dat men geen echelonnering heeft ingevoerd. Echelonnering betekent dat je via de huisarts met een verwijsbrief naar de specialist gaat.

Wat het gebruik van de spoedopname betreft: voor mij zijn er slechts drie omstandigheden waarbij mensen naar de spoedopname kunnen gaan. Ten eerste, een ongeval op de openbare weg. De wetgever heeft dat zo voorzien, dat is de ambulanceregeling. Ten tweede, mensen die een huisarts hebben gezien, de eigen huisarts of een huisarts op een wachtpost, die hen

naar de spoedopname heeft verwezen.

Ten derde, mensen die niet meer rechtop kunnen staan, die door omstaanders worden weggevoerd naar de spoed omdat ze bijvoorbeeld dreigen het bewustzijn te verliezen. Die mensen moet je natuurlijk zien, maar alle anderen moeten niet op de spoedopname zijn. Dat betekent dat we onze spoedopnames in België gerust kunnen afbouwen van 120 naar een 70-tal. Op die manier maak je geld vrij voor bijvoorbeeld de eerstelijnspsychologen.

Het feit dat de huisarts universeel toegankelijk is zonder financiële drempel leidt niet tot misbruik en overconsumptie. Wij hebben eerst in de prestatiegeneeskunde gewerkt en zijn nadien overgeschakeld naar de forfaitaire geneeskunde. Het was niet zo dat plots alle mensen naar de dokter begonnen te gaan omdat ze niet meer moesten betalen. Mensen vinden het niet leuk om in een wachtzaal te zitten. Wie zat in de wachtzaal? In de prestatiegeneeskunde waren dat mensen die veel zorgen hadden, mensen met sociale problemen, onzekere en angstige mensen. In het forfaitaire systeem zijn die er opnieuw. Daar moet je dus aan werken en iets aan doen. Voor de overheid is een eerste lijn zonder financiële drempel een investering die zichzelf terugverdient, omdat men op die manier onnodige en dure zorg voor niet-complexe problemen vermijdt.

Patiënten moeten ingeschreven zijn bij een forfaitaire praktijk. Dat engagement is noodzakelijk als je kwaliteit wil leveren. Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van diagnoses beter is als arts en patiënt elkaar kennen. Ik ben nu 38 jaar huisarts in Ledeberg. Als kleinkinderen met huidletsels komen en je weet dat de grootvader en de vader astma hadden en er allergie was, dan moet je niet lang nadenken over de diagnose. Dan is de diagnose simpel. Dat is continuïteit over de generaties heen!

PHILIPPE VLAYEN

Prof. dr. Jan De Maeseneer is gewoon hoogleraar Vakgroep Huisartsgeneeskunde, eerstelijnsgezondheidszorg Universiteit Gent en huisarts Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Ledeberg Gent.



Zaterdag 22 oktober 2016
09.30 u. - 16.30 u.
Stadscampus UA
Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

BLIJF BIJ DE LES

NIET-CONFESSIONELE ZEDENLEER
gisteren, vandaag en morgen

Kom naar deze interactieve studiedag in het kader van 45 jaar deMens.nu en geef mee vorm aan het vak NCZ van de toekomst

PROGRAMMA

- 09.30 u. **Onthaal** 
09.30 u. **Welkomstwoord**
Sylvain Peeters, voorzitter deMens.nu
- 10.15 u. **Inleiding**
Mario Van Essche, voorzitter H-VV
- 10.25 u. **De lange weg naar een cursus niet-confessionele zedenleer in de openbare school**
Jeffrey Tyssens, hoofddocent hedendaagse geschiedenis VUB
- 10.50 u. **Over de seculiere staat, de vrije levensbeschouwelijke markt en onderwijs**
Alain Vannieuwenburg, ethicus, promovendus Universiteit Leiden
- 11.15 u. **Het engagement van de niet-confessionele zedenleer**
Eddy Borms, coördinator van het inspectiecollege NCZ
- Vragenronde**
- 12.00 u. **Broodjeslunch** 
Interactieve infobeurs met standen + filmvertoning 'Vrijzinnig humanisme in de klas'
- 13.00 u. **NCZ en de toekomst: een maatschappelijke uitdaging**
Marc Van Camp, docent Erasmushogeschool Brussel
Corinne Leys, lector NCZ en praktijkassistent
- 13.30 u. **Interactief panelgesprek**
Marc Van Camp, Annie Hermans (inspecteur-adviseur NCZ), Sara Maissin (voorzitter Digimores), Sasha Solau en Annelies Van Cappellen (winnaars debatwedstrijd 2016)
- 14.30 u. **NCZ doorgelicht**
Dimokritos Kavadias, Docent VUB – Directeur BRIO (Brussels Informatie Documentatie & Onderzoekscentrum)
- 15.00 u. **Conclusie**
Sylvain Peeters, voorzitter deMens.nu
- 15.15 u. **Slotbeschouwing: De kunst en het verlichtingsdenken**
Sylvain Loccufier, erevoorzitter van het Humanistisch Verbond
- 15.45 u. **Receptie** 
Moderator: Jurgen Slembrouck (Vrijzinnige Dienst UA)
- Ook op Facebook!
#blijfbijdeles

“Het zijn anarchisten en communisten”

De forfaitaire praktijk

Dr. Dirk Van Duppen is huisarts in Deurne, in de praktijk van Geneeskunde voor het Volk. Hij is ook voorzitter van Geneeskunde voor het Volk. Dr. Mily Ampe werkt in een forfaitaire huisartsenpraktijk in Genk. Beiden hebben ze een ruime en positieve ervaring met die forfaitaire geneeskunde. Een dubbelinterview.



HET VRIJE WOORD: Wat is voor u de grootste motivatie om het forfaitair systeem te gebruiken in jullie praktijk? Wat zijn de voordelen, nadelen en mogelijke verbeterpunten van dit systeem?

DR. AMPE: Het belangrijkste argument voor het forfaitair systeem is voor mij de toegankelijkheid, het feit dat mensen terecht kunnen in de eerstelijnsgezondheidszorg, zonder dat er een financiële drempel is. Het forfaitair systeem zet aan tot efficiëntie, maar de laatste jaren wordt alsnog duidelijker dat het forfaitair systeem ook op demografische grond belangrijk is. Men stelt vast dat de bevolking ouder wordt, dat er meer zorg- en technische mogelijkheden zijn. Er moet meer overlegd worden, een forfaitaire praktijk leent zich daar absoluut toe. Er is meer sociale uitsluiting. Levensvragen en kwesties rond het levenseinde moeten op de eerste lijn absoluut een plaats krijgen. Op deze vragen kan men in de betaling per prestatie moeilijk een antwoord geven omdat daar meestal geen tijd en ruimte voor is in de 'korte' consultaties. Daarenboven is het zo dat het aantal huisartsen zal afnemen omdat er de volgende vijf tot tien jaar zeer veel huisartsen met pensioen zullen gaan en er een lange periode is geweest dat er maar weinig nieuwe huisartsen instroomden. Om die groter wordende zorgnood op te vangen, moeten huisartsenpraktijken zich zo gaan organiseren dat andere hulpverleners taken kunnen overnemen van de huisarts: onthaal, administratie, verpleging, maatschappelijk werk en psychologische ondersteuning. In het forfaitair systeem heb je de nodige flexibiliteit om je financiële middelen in te zetten, in het prestatiesysteem is dat niet het geval. Dan is er nog het praktische voordeel dat je in de dagelijkse praktijk niet meer met cash geld moet omgaan. We hebben iemand in de praktijk die deeltijds administratie en facturatie doet, dat kan je dus delegeren. De zwaktes van het forfaitair systeem moeten we ook onder ogen durven te zien. Het bedrag dat wij ontvingen voor onze patiënten, hield nog te weinig rekening met de zorgnood van de betrok-

ken patiënt. Men probeert nu wel een stuk variatie in de forfaitaire bedragen aan te brengen. De patiënten met een grote zorgbehoefte zijn in feite ondervertegenwoordigd in het forfaitair model. Dat is jammer, want eigenlijk gaat onze sociaal voelende ziel toch uit naar die patiënten. In de betaling per prestatie staat voor de zorg aan deze zwaar zorgbehoevende patiënten een veel grotere vergoeding.

De zorg voor thuisverpleging van een patiënt die zeer beperkt zelfredzaam is, kan oplopen tot wel 1000 euro per maand in het systeem van betaling per prestatie. In het forfaitair systeem krijgt het 'medisch huis' of de forfaitaire praktijk hiervoor hetzelfde bedrag als voor de andere patiënten, 15 euro. Dan is het te begrijpen dat die mensen ondervertegenwoordigd zijn in de medische huizen. Men tracht dat op te vangen door de forfaitaire bedragen te laten variëren volgens het aantal zwaar zorgbehoevende patiënten in een praktijk. Dat is ontoereikend en het is gebaseerd op consumptie. Het model dat we sinds 2013 hanteren is reeds een verbetering. Vroeger was het uitgekeerde bedrag afhankelijk van de code van terugbetaling van het ziekenfonds. Nu is het gebaseerd op het feit of de patiënt veel consumeert in de gezondheidszorg. Een patiënt die medicatie neemt tegen epilepsie of tegen diabetes, verbruikt wat meer en op basis van dat verbruik wordt ons forfaitair bedrag aangepast. Als je op de eerste lijn goed werk levert en je zorgt dat jouw patiënten geen complicaties krijgen of bepaalde medicaties niet nodig hebben, dan ga je ook minder financiële middelen krijgen. Die financiële middelen heb je nu net nodig om die groep goede zorg te geven. Deze zwaktes zullen de komende jaren aangepakt moeten worden om tot een model te komen dat beter gebruikt kan worden voor een grotere groep van de bevolking. Daaraan wordt gewerkt, samen met de andere verenigingen. Artsen die forfaitair werken hebben nog vaak een negatief imago: zij werken zonder remgeld, ze zijn niet collegiaal, het zijn anarchisten en communisten. Opstartende, forfaitaire praktijken wor-

den nog te vaak als concurrenten gezien door andere artsen en hulpverleners.

Vroeger was werken zonder remgeld taboe. Nu vermindert men ook in de betaling per prestatie het remgeld voor sociaal kwetsbare mensen of laat men dat zelfs weg.

“Vroeger was werken zonder remgeld taboe.”

DR. DIRK VAN DUPPEN: CanMEDS is een brede visie op de competenties die een arts, in het bijzonder een huisarts, moet hebben. Ik vermeld de CanMEDS-competenties hier omdat het systeem van de forfaitaire geneeskunde het gebruik en de ontwikkeling van deze competenties faciliteert. Het systeem van de prestatiegeneeskunde remt deze eerder af.

1. Medisch handelen. De arts moet zijn job kennen en moet zich in zijn medisch handelen baseren op beschikbare bewijzen en de stand van de medische wetenschap (Evidence Based Medicine).
2. Communicatie. Een goede communicatie is essentieel in een arts-patiëntrelatie.
3. Samenwerken. De arts moet kunnen samenwerken met collega's in de eigen praktijk en met andere actoren in diverse organisaties.
4. Kennis en wetenschap. De arts moet werken aan kwaliteitsprojecten en aan wetenschappelijk onderzoek dat relevante kennis oplevert.
5. Maatschappelijke verantwoordelijkheid. De arts moet niet alleen problemen signaleren, maar ook de patiënt verdedigen. Dit niet alleen binnen de vier muren van de consultatiekamer maar ook daarbuiten. Het is een sterkte van Geneeskunde voor het Volk dat wij een stap verder gaan dan het signaleren, dat wij ook ageren en mensen sensibiliseren.
6. Organisatie. De arts draagt bij tot de →

visieontwikkeling van de praktijk, tot een multidisciplinaire samenwerking en een patiëntgerichte organisatie van het werk.

7. Professionaliteit. De arts moet voldoende bevoegd en bekwaam zijn, zich uiteraard correct ethisch en professioneel gedragen.

Als we kijken naar het aanwenden van deze competenties en de ontwikkeling ervan, in het systeem van de prestatiegeneeskunde, dan zien we het volgende. Wat het medisch handelen en professionaliteit betreft, is het duidelijk dat bij een systeem van prestatie je meer betaald krijgt naargelang je meer prestaties doet. Dat systeem leidt tot overconsumptie. Indien er geen goede terugbetaling is, krijg je een duale geneeskunde.

“De beste vorming die je kan krijgen is wanneer je vorming moet geven aan een ander.”

Zij die het kunnen betalen worden geholpen, zij die het niet kunnen betalen worden minder goed geholpen of vallen uit de boot. Als je per prestatie werkt, wordt communicatie niet vergoed en niet echt gestimuleerd. De tijd die uitgetrokken wordt voor een patiënt is kort, want je wordt betaald per patiëntencontact, per onderzoek. Voor artsen-specialisten geldt dat zeker, want de vaak dure apparaten waar zij mee werken moeten renderen.

Ook preventief werken wordt in een prestatiesysteem niet vergoed en niet gestimuleerd. Men gaat minder samenwerken in een prestatiesysteem omdat men mekaar als concurrenten ziet.

Wat kennis en wetenschap betreft, bij prestatiegeneeskunde is dat minder van belang. Het is ook bewezen dat men meer beïnvloedbaar is door de farmaceutische industrie. Maatschappelijk handelen, daar is helemaal geen inte-

resse voor, want het wordt niet vergoed. Ik vat de zeven pluspunten van het forfait even samen, zoals we die ervaren vanuit onze praktijk:

1. Laagdrempelige toegang tot de eerste lijn.

2. Patiëntgerichte empowerment: je hebt ruimte om met de patiënt meer te doen dan het louter focussen op de medische problematiek binnen de vier muren van de consultatieruimte. Je kan de patiënt meenemen in een proces van empowerment, zowel op het individuele arts-patiëntniveau als op gemeenschapsniveau (leefomgeving van de patiënt).

3. Multidisciplinair werken: We werken met verpleegkundigen, psychologen en diëtisten. Die taakverdeling werkt complementair.

4. Preventie en Q-werk. Men heeft in het forfaitair systeem ruimte voor preventie en het werken aan kwaliteitsprojecten.

5. Oorzakelijk werken – beïnvloeding van sociale determinanten. Men heeft in het forfaitair systeem veel meer tijd om oorzakelijk te werken, men kan bezig zijn met de sociale determinanten van gezondheid. Dat zijn factoren die de gezondheid van mensen beïnvloeden en te maken hebben met omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden.

6. Stimuleren van intrinsieke motivatie. Het forfaitair systeem stimuleert de intrinsieke motivatie van de arts, een belangrijke voorwaarde daarbij is autonomie hebben als arts.

Je bent in het forfaitair systeem niet gedwongen of verlamd door de tijdsdruk van prestaties. Het forfait biedt om die redenen veel meer ruimte om kwaliteit te leveren. Dat geeft niet alleen voldoening voor de arts, maar ook patiënttevredenheid. Dat zorgt ook voor een betere arts-patiëntrelatie. Het is bewezen dat als extrinsieke motivatoren spelen, zoals bijvoorbeeld financiële prikkels, dat de intrinsieke motivatie vaak verdrongen wordt.

7. Goed en zeker inkomen, sociale zekerheid en pensioen voor de arts. Het forfaitair systeem geeft aan de arts de mogelijkheid om in een bedieningssta-

tuut te werken, dus ingeschreven te zijn in de sociale zekerheid en van een pensioen te genieten. Je hebt geen financiële en administratieve beslommingen.

HVW: Op welke manier kan forfaitaire geneeskunde een rol spelen in het bestrijden van sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg en de kwaliteit van de gezondheidszorg verbeteren?

DR. AMPE: Vanaf het moment dat we op forfaitaire basis gingen werken, merkten we dat de mensen die nieuw op de praktijk kwamen, gemiddeld sociaal kwetsbaarder waren, meer taalproblemen en een lagere opleiding hadden. Het werken voor sociaal zwakkeren is niet altijd makkelijk, maar het is een doelstelling die we gerealiseerd hebben. Als arts wil ik bijdragen aan een samenleving waar er zo weinig mogelijk uitsluiting is. Een effect van het forfaitair systeem is dat als je iemand verzorgt die vroeger geneeskundige hulp uitstelde omdat dat te duur was, die nu minder gaat ‘onderconsumeren’, dus een beroep gaat doen op hulp als het nodig is. Men is vanuit het budget van de ziekteverzekering altijd bezorgd over overconsumptie, maar alsmaar vaker zien we met de toenemende armoede dat onderconsumptie een groot probleem wordt. Dat kunnen we tegengaan door forfaitair te werken. Mensen komen vaak aanzetten met een ganse lijst met vragen. Vaak is het onmogelijk voor hulpverleners om dit alles te ‘managen’ binnen het tijdsbestek van een consultatie. Er moeten dan keuzes worden gemaakt, sommige dingen moeten worden uitgesteld. In de betaling per prestatie betekent dat meerdere consultaties, dus een meerkost voor de patiënt. In het forfaitaire systeem is er geen financiële implicatie voor de patiënt.

Men kan de zorg spreiden en organiseren op een manier die het meest aangewezen is.

Een belangrijke uitdaging die niet altijd gerealiseerd wordt, is ervoor te zorgen dat zorg die op de eerste lijn gegeven kan worden daar ook effectief geleverd wordt. Een patiënt die een beroep doet op een eerstelijnspraktijk, krijgt weleens

te horen dat er op dat moment geen plaats is. Hij gaat dan vaak aankloppen bij de dienst spoedgevallen of bij een arts-specialist, terwijl dat probleem beter op de eerste lijn verholpen zou worden. Voor een hoofdpijn hoeft men niet meteen naar de neurochirurg te stappen, een relevante vraag op de eerste lijn kan zijn: 'wat bezorgt je zoveel stress'. Je gaat natuurlijk nooit volledig kunnen uitsluiten dat mensen die meer middelen hebben sneller naar een specialist of naar een topchirurg gaan, terwijl een 'gewone' chirurg volstaat.

Een belangrijke rol van de eerste lijn en de huisarts is, ook voor mensen die het sociaal goed hebben, aan te geven wat wel en niet nuttig voor hen is. Wat ze het best kunnen doen op preventief vlak. Bij wie men het best terecht kan voor een bepaald probleem dat op de eerste lijn niet kan worden opgelost. Elementen van het dossier die nog van belang kunnen zijn, meegeven aan de specialist. Segregatie bestaat nog, maar onder meer door forfaitair te werken, kunnen we dit inperken. Ook voor mensen die het beter hebben in deze samenleving is het niet aangenaam om te leven in grootsteden waar er veel armoede en veel criminaliteit op straat is. We moeten ervoor zorgen dat iedereen kan blijven genieten van een goede maatschappelijke en medische dienstverlening, zodanig dat diegenen die het beter hebben ook blijven bijdragen aan wat voor iedereen nodig en nuttig is. Niemand kan zelf zorgen voor snelwegen, scholen, ziekenhuizen, milieutoezicht of riolering, hoe welstellend hij ook is.

DR. VAN DUPPEN Forfaitair werken geeft ruimte om op de sociale determinanten van gezondheid in te spelen. Er zijn 'sociale factoren' waarop je als hulpverlener geen invloed hebt. Maar op levensstijl en levensomstandigheden kan je met preventie en counseling wel werken. Zo hebben we vanuit de 'Medical Evidence' een astma-guideline omgezet naar een praktijkrichtlijn. Het 'astmabeleid' kan via het elektronisch medisch dossier worden opgevolgd, zodat je dat kan verbeteren. Hetzelfde geldt voor diabetes. Op die manier

speel je in op de levensstijl van mensen. Wat het bestrijden van de impact van sociale ongelijkheid op gezondheid betreft, wil ik twee praktijkervaringen aanhalen die mij mijn hele loopbaan zijn bijgebleven. Omdat we daar belangrijke resultaten vanuit het wijkgezondheidscentrum samen met de patiënten hebben behaald:

a) De strijd tegen de hoge prijzen van geneesmiddelen en het ontwikkelen van het Kiwimodel.

b) De actie tegen de Lange Wapper en voor de overkapping van de Antwerpse ring en dus tegen het BAM-tracé.

In 2004 heb ik een boek geschreven met de titel 'De Cholesteroloorlog - Waarom geneesmiddelen zo duur zijn', waarin ik een analyse maak van de invloed van de farmaceutische industrie en voorstellen doe voor de invoering van het Kiwimodel. Met de mutualiteiten, de middenveldorganisaties en de patiënten hebben we destijds een aantal acties ondernomen. Zo zijn we met zeven autobussen met chronische patiënten naar Hulst in Nederland gereden om er te 'Dafalgan-shoppen' bij Kruidvat. Een doosje Dafalgan of paracetamol is er zesmaal goedkoper dan bij ons. Het Kruidvat koopt dat aan via aanbestedingen. Als het RIZIV dat via openbare aanbestedingen zou aankopen, zou de prijs hier ook kunnen dalen, dat is de essentie van het Kiwimodel. Dat initiatief, dat we samen met onze patiënten hebben opgezet, heeft toen heel wat teweeggebracht.

In 2004 wist ik niets af van de prijzen van geneesmiddelen.

Statines zijn cholesterolverlagende medicijnen, Zocor was toen een bekende merknaam. Als je een infarct of een cholesterolverhoging hebt gehad, dan moet je statines nemen om je kans op herval met 30% te doen dalen. Dat kostte destijds 184 euro voor een doosje. Dat werd enkel terugbetaald wanneer je minstens driemaal bloed had afgenomen waarbij de cholesterol telkens boven de 250 mg procent lag. Onder die waarde werd dat niet terugbetaald. Wetenschappelijk was dat absurd, omdat studies bewezen dat cholesterolwaardes bij het voorspellen van een infarct

niet veel betekenen. Ik had een patiënt jonger dan 55 jaar. Die patiënt had een hartinfarct gedaan, maar de cholesterolwaarde kwam niet boven 250, dus de patiënt kreeg de medicatie niet terugbetaald. Dat geneesmiddel was te duur voor deze persoon, dus gaven we dat niet. Die patiënt doet opnieuw een hartinfarct, dat was verschrikkelijk. Ik heb hem spek met eieren laten eten, om de cholesterolwaarde te doen stijgen, maar dat lukte niet. Ik had een tweede en een derde patiënt met hetzelfde probleem. Dat is voor mij de drijfveer geweest om actie te ondernemen samen met onze patiënten.

“In 2004 wist ik niets af van de prijzen van geneesmiddelen.”

Een tweede voorbeeld is de actie voor de overkapping van de Antwerpse ring en tegen het BAM-tracé, dat nog meer verkeer door de stad jaagt en een overkapping aan het Sportpaleis onmogelijk maakt. BAM staat voor Beheersmaatschappij Antwerpen Mobiel en heeft het project ontwikkeld om de Antwerpse ring volledig te sluiten. Deze actie is eveneens op onze praktijk ontstaan. Begin 2008 hadden wij een kwaliteitsproject naar het puffergebruik van onze kindpatiënten, tegen astma. Meer dan de helft van die astmapatiëntjes gebruikten puffers, wat zeer veel is. Op het moment dat wij onze studie deden verscheen er in het Britse medische tijdschrift 'The Lancet' een studie van een Amerikaanse kinderarts-epidemioloog, die gedurende acht jaar kinderen van 10 tot 18 jaar gevolgd heeft, waarbij ieder jaar longfunctietesten werden afgenomen. Dat waren kinderen die leefden in de nabijheid van een drukke snelweg. Deze kinderarts zag een verband tussen de achteruitgang in longfunctie op 18-jarige leeftijd, de afstand tot de drukke snelweg, de intensiteit van het verkeer en de intensiteit van het vracht- →

verkeer.

Wat onze patiënten betreft zagen we onmiddellijk het verband met de Antwerpse ring, waar er 300.000 voertuigen per dag passeren, waarvan 82.000 vrachtwagens. In Deurne is er de E313. Al onze patiënten leven op een afstand van 500 m tot die drukke snelweg. Ik was actief in de districtsraad in Deurne toen ik hoorde dat het BAM van plan was om via de Lange Wapperbrug nog veel meer verkeer door de wijk te jagen. We hebben toen actie ondernomen. Ik herinner me nog goed onze actie aan het Sportpaleis bij Disney On Ice, in maart 2008, met een dertigtal patiënten en een kinderdansgroep. De kinderdansgroep repeteerde daar, dat is zowat de meest ongezonde omgeving van Antwerpen. Het motto van de actie was 'Geen fijn stof in onze hof', en we kregen nogal wat aandacht in de media. Het Sint-Jozefinstituut is een school in de wijk Luchtbal. Er zitten vooral Duchennepatiëntjes die zuurstof krijgen toegediend voor hun longen. De leerkrachten en de ouders lezen in de media over de Lange Wapper, de actie en fijn stof. Zij vragen zich af wat de effecten van het fijn stof voor de leerlingen zijn, aangezien de school vlakbij het Sportpaleis gelegen is. De directie nodigt mij uit om op hun pedagogische studiedag voor de leerkrachten in het CC Luchtbal te komen praten over de problematiek van fijn stof, het verkeer en het gegeven Lange Wapper. De verbijstering was zeer groot, die mensen waren woedend.

Het BAM, de bouwheer van de Lange Wapper, heeft de directie van de school uitgenodigd om de maquette van de brug in primeur te komen bekijken. Het BAM was zo gewiekst dat ze "vergeten waren" de school op de maquette te plaatsen, een pilaar van de brug bleek vlak bij de speelplaats te komen. De ouders en de directie hebben dan beslist actie te voeren. Samen met onze kinderen hebben we een picknick op de Grote Markt gehouden. Daarna volgde dan een volksraadpleging. In ongeveer twee jaar tijd hebben er twaalf volksvergaderingen tegen het BAM-tracé plaatsgehad in Deurne, waarbij onze patiënten

een belangrijke rol hebben gespeeld. Uiteindelijk hebben we die Lange Wapperbrug tegengehouden, maar de problematiek is natuurlijk niet opgelost. Met het tegenhouden van de Lange Wapperbrug en het bewustmaken voor die overkapping hebben we meer bijgedragen voor onze patiënten hun gezondheid en voor de volledige agglomeratie dan door puffers voor te schrijven. Dit is een mooi voorbeeld van wat je met een stevig engagement en door mensen te mobiliseren kan bereiken. Het forfaitair systeem maakt dergelijke actie en dynamiek mogelijk.

“In het forfaitair systeem heb je de nodige flexibiliteit om je financiële middelen in te zetten.”

HVV: Een belangrijk gegeven van het forfaitair systeem is te werken aan empowerment en patiënten sensibiliseren om verantwoordelijkheid voor hun gezondheid op te nemen. Dit onder meer door het werken aan gezondheidsbevordering en het opzetten van preventiecampagnes. Hoe organiseer je dit in je praktijk?

DR. AMPE: Preventie begint bij het feit dat het individu belangrijk blijft in de eerste lijn, waarbij je zorg op maat geeft aan iedere persoon. We trachten preventie te organiseren in onze praktijk, maar we hebben daar niet altijd voldoende middelen voor. Er zijn organisaties die bij overheden budgetten trachten te bekomen om zorg naar groepen toe beter te organiseren. Wij kunnen dat maar op kleine schaal doen in onze praktijk. Dat kan zijn een campagne rond rookstop, griepvaccinatie, het begeleiden van diabetici. We trachten ons ook in te schakelen in initiatieven die vanuit een breder platform georganiseerd worden. Er zijn ook de huisartsenkringen die proberen

om de interactie tussen de mensen die op de eerste lijn werken te bevorderen. Voor ons betekenen stedelijke diensten zeer veel, zo bijvoorbeeld de sociale dienst van het OCMW. Deze organiseert cliëntenoverleg, niet alleen met medische hulpverleners maar ook met mensen van Kind en Gezin, CLB, Bijzondere Jeugdzorg, enzovoort. Alle zorgactoren kunnen daar overleggen rond bepaalde moeilijke situaties. Daaraan willen we zeker meewerken, we willen ons niet isoleren op ons eilandje. Het is zeer belangrijk dat we weten wat in de wijk en in de ruimere regionale context gebeurt, dat we de noden kennen. In Genk zijn we nu met vier forfaitair werkende praktijken, waarvan de meeste verantwoordelijkheid opnemen in stedelijke initiatieven en zo mee richting geven aan zorg en zorgstructuren.

DR. VAN DUPPEN: Om in een patiënt-gerichte geneeskunde empowerment van de patiënt en de individuele arts-patiëntrelatie te bevorderen gebruiken we in onze praktijk een model dat bestaat uit vier stappen:

1. Exploreer de ziekte en ziektebeleving van de patiënt
2. Begrijp de hele patiënt
3. Deel de informatie
4. Vind wederzijdse toestemming

Als je een klassieke anamnese afneemt, dan exploreer je de ziekte en de ziektebeleving van de patiënt, met als doel de gehele patiënt te begrijpen. Je kijkt daarbij ook naar bezorgdheden, verwachtingen en opvattingen van de patiënt. Je kijkt naar de context, in welke werk- en leefomgeving de patiënt zich bevindt. Dan heb je als arts informatie die mogelijk antwoord geeft op de problemen die zich voordoen. Die informatie communiceer en deel je met de patiënt. We hanteren daarbij het 'Online On the Spot' of OOS-systeem. We bekijken tijdens de consultatie samen met de patiënt de vragen die worden opgeroepen door de patiënt. Dit doen we door te zoeken op internet en op moderne medische guidelines. We vertalen die guidelines zodat de patiënt ze begrijpt. Zo krijgt de patiënt antwoorden op zijn vragen. Dat werkt zeer goed. De

patiënt leert op sites te surfen en mee naar antwoorden te zoeken. We hebben onderzoek gedaan, we hebben die methodiek uitgewerkt en daarover gepubliceerd. Dergelijk project is enkel mogelijk in het forfaitair systeem. Nu zit dat in het curriculum, in de basisopleiding voor huisartsen.

“Artsen die forfaitair werken hebben nog vaak een negatief imago.”

Op die manier kom je tot wederzijdse overeenstemming en neem je een gedeelde beslissing. Dit heeft positieve effecten op therapietrouw en op het omgaan met klachten. Het ganse proces maakt de arts-patiëntrelatie sterker.

Men consulteert bij ons duidelijk minder dan het gemiddelde in Vlaanderen. We hebben ook veel minder huisbezoeken dan het gemiddelde in Vlaanderen. We doen dit nu een tiental jaar. We hebben in het team discussies gehad over de vraag of we dat enkel met hoogopgeleide patiënten konden doen. Dat blijkt helemaal niet zo te zijn. We hebben ongeveer vierhonderd arts-patiëntcontacten geanalyseerd en hebben zelfs getimed hoeveel tijd dit in beslag neemt. We hebben nagekeken met welke patiënten het gebeurde, zelfs met laaggeschoolde patiënten werkt dit. Veel laaggeschoolde patiënten hebben een levenswijshouding en een gezond verstand dat rijker is dan de opleiding van hooggeschoolden die nog niet in de ‘modder van het leven’ hebben gestaan.

Je moet het natuurlijk wel vertalen. Door het feit dat je het vertaalt schoolt de arts ook zichzelf bij. De beste vorming die je kan krijgen is wanneer je vorming moet geven aan een ander. Dat is een zeer dynamisch en zichzelf versterkend proces.

HVW: Er gaan stemmen op om de huisarts universeel volledig gratis te

maken. Is dit haalbaar en opportuun?

DR. AMPE: We komen uit een periode dat het idee dat de huisarts gratis zou zijn, meer precies kosteloos voor de patiënt, heel wat angsten opriep. Dit vanuit de idee dat iedereen dan zomaar naar de dokter zou lopen. Dat is niet waar, de meeste mensen gaan niet voor hun plezier naar de dokter en diegenen die dat wel doen moeten zowel in een betaling-per-prestatiesysteem als in een forfaitair systeem afgeremd worden. Een arts moet aangeven dat hij zijn tijd ook nodig heeft voor de andere patiënten. Een ander argument van de tegenstanders is dat de huisarts ‘gratis’ maken, onbetaalbaar zou zijn. Niets is gratis natuurlijk, men zorgt er dan voor dat het budgetneutraal is. We moeten naar de toekomst toe kunnen bewijzen dat we met de middelen die voorhanden zijn voor mensen kunnen zorgen, dat de zorg goed blijft en dat de toegankelijkheid goed blijft. Ik denk dat we daarvoor alles in huis hebben.

Er zijn universiteitsprofessoren aan een aantal Vlaamse universiteiten die zeggen: ‘Wil je de eerste lijn stimuleren, maak dan de zorg gratis’. Dat kan niet voor alles, maar dat verlaagt zeker de drempel.

Ik ben nu 62, ik behoor dus tot de generatie die de volgende jaren met pensioen zal gaan. Ik wil graag nog een duw geven aan dat ‘forfaitaire verhaal’. Ook de zorg in onze praktijk moet verder evolueren om aan de wijzigende noden te kunnen blijven beantwoorden.

We hebben vastgesteld dat een aantal forfaitair werkende praktijken niet vertegenwoordigd waren in de ziekteverzekering. Het gaat dan over praktijken die niet behoren tot Geneeskunde voor het Volk, tot de Wijkgezondheidscentra of tot de Fédération des Maisons Médicales. We verenigen met de Federatie van forfaitair werkende praktijken, praktijken die goede, toegankelijke en efficiënte zorg willen aanbieden en daarmee een bijdrage willen leveren aan de gezondheidszorg en aan de eerste lijn, maar ook aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis. We merken dat er behoorlijk wat interesse is van

“Het werken voor sociaal zwakkeren is niet altijd makkelijk.”

eerstelijnsartsen die overwegen om in het forfaitair systeem te stappen vanuit het aanvoelen dat het hen niet zal lukken om voor al die patiënten te blijven zorgen in de toekomst met de nieuwe uitdagingen die zich aandienen.

DR. VAN DUPPEN: Gratis bestaat natuurlijk niet, dat wordt dan betaald met sociale zekerheid en belastingen.

De echte vraag is of er universeel kosteloze toegang moet zijn tot de huisarts. Het antwoord vanuit Geneeskunde voor het Volk is resoluut ja. Toen het forfaitair systeem nog niet bestond, hebben we altijd aan terugbetalingstarieven gewerkt, waardoor we in conflict kwamen met de Orde der Geneesheren. Die heroïsche strijd is nog altijd niet uitgevochten, maar wel bedaard.

Er is een studie van de Europese Commissie over sociale ongelijkheid in de zorg, die dateert van twee jaar geleden. Er wordt daarin een vergelijking gemaakt tussen de Europese landen. Als men de doktersbezoeken bekijkt die om financiële redenen worden uitgesteld, dan blijkt dat België op de twintigste plaats in Europa staat. Dat wil zeggen dat jaarlijks 900.000 Belgen gezondheidszorg uitstellen om financiële redenen. Dat is zowel ethisch als medisch niet verantwoord. Op de eerste lijn zaken uitstellen leidt dikwijls tot complexe gevallen die de gemeenschap nog meer kosten, onder meer door complicaties.

PHILIPPE VLAYEN

De mutualiteiten uitgedaagd



Paul Callewaert



Luc Van Gorp



Geert Messiaen

Hoe staat het met onze gezondheidszorg? Zijn we zeker van een goede en betaalbare ziekteverzorging voor iedereen? Het Vrije Woord vroeg drie experts om hun mening: Paul Callewaert, algemeen secretaris van de Socialistische Mutualiteit, Luc Van Gorp, voorzitter van de Christelijke Mutualiteit, en Geert Messiaen, secretaris-generaal van de Liberale Mutualiteit.

HET VRIJE WOORD: De mutualiteiten staan vandaag en morgen wellicht voor bijzonder grote uitdagingen. Voor een gedeelte van het politieke spectrum staat de rol van de mutualiteiten zelf openlijk ter discussie. Zo wordt al langer geopperd dat de terugbetalingen aan patiënten geen kernopdracht meer zouden moeten zijn. Hoe gaan jullie om met die kritiek en wat is jullie visie op de toekomst? Is een traditionele mutualiteit nog wel van deze tijd?

PAUL CALLEWAERT: De traditionele mutualiteit bestaat al lang niet meer. Sommigen blijven de focus op die terugbetalingen leggen en ja, dat blijft inderdaad een essentiële basisopdracht van de ziekenfondsen waarvan ik meen dat we die moeten behouden. Niet alleen om

te controleren of de uitgaven die worden ingediend correct zijn en doelmatig worden ingezet, maar ook omdat we er een volledige dienstverlening aan ophangen. Zo gaan we na of mensen niet te veel hebben betaald, of ze geen afgeleide sociale rechten hebben. De uitbetaling van doktersbriefjes is ons historisch kenmerk, ondertussen zijn wij geëvolueerd van een uitbetalingsorgaan naar een dienstverle-

“Stop het doemdenken dat de gezondheidszorg onbetaalbaar is!”

nende organisatie die niet alleen uitbetaalt maar ook informeert, advies geeft, de mensen wegwijs maakt in keuzes die ze kunnen maken en hen daarin begeleidt. Een ziekenhuisontslag is niet langer de factuur controleren, maar ook de opvang van de patiënt thuis mee coördineren en organiseren. Informeren en advies geven volstaan niet altijd. Soms zijn problemen zo complex dat hulp en begeleiding nodig is om bepaalde rechten, om bepaalde sociale voordelen toegekend te krijgen. Onze kracht moet blijven dat onze leden weten dat ze met hun problemen bij hun ziekenfonds terecht kunnen en dat we hen verder helpen met al wat in onze mogelijkheden ligt. Dat lijkt ons de juiste manier waarop je met mensen omgaat.

LUC VAN GORP: Wij zeggen 'Weg met het ziekenfonds'. Wij willen een gezondheidsfonds zijn. Als gezondheidsfonds zijn wij begaan met de gezondheid van iedereen. Niet alleen van wie ziek is, maar ook van wie op zoek is naar zin in zijn leven. Wie niet ziek is, kan toch heel ongelukkig zijn. Net zoals zieke mensen heel goed in hun vel kunnen zitten. Natuurlijk zijn wij ook bekommerd om het fysieke en mentale welzijn, maar voor ons is dat sociale en existentiële welzijn even belangrijk. Als gezondheidsfonds doen wij veel meer dan alleen maar doktersbriefjes terugbetalen of ziekenhuisfacturen controleren. Wij vechten voor een betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

“De financiering gaat om puur politieke keuzes.”

GEERT MESSIAEN: De terugbetalingen aan patiënten behoren wel degelijk tot de kerntaken van de ziekenfondsen. De kritiek dat de ziekenfondsen geen taak meer zouden hebben in de terugbetaling van verstrekkingen wordt vooral gevoed door het feit dat de uitvoering van die taak niet meer zichtbaar is voor het grote publiek, vermits alles meer en meer geautomatiseerd verloopt. Wij beschikken daarvoor over de nodige kennis en ervaring. We zijn niet louter een doorgeefluik, maar evolueren naar een gezondheidsfonds – dit wil zeggen het coachen van onze verzekeren op het vlak van de gezondheid. Het is de taak van de ziekenfondsen om deel te nemen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zoals geregeld bij de wet. De ziekenfondsen hebben bewezen dat zij deze taak kwalitatief en met beperkte middelen kunnen waarmaken. Zij vormen de brug tussen de overheid en de burger voor wiens belangen zij opkomen. Zij zijn de verdedigers van de patiënten en zij zorgen door hun proactieve werking voor een betaalbare, toegankelijke en een sociale gezondheidszorg.

HVV: Een belangrijk en ook sociaal the-

ma is de betaalbaarheid van de zorg en de vraag welke patiënten in de toekomst al dan niet in aanmerking zullen komen om door de overheid gefinancierde zorg te ontvangen. We denken bijvoorbeeld aan de discussie over al dan niet uitsluiten van rokers, zware drinkers, mensen met een manifest ongezonde levensstijl enzovoort. Wat is jullie standpunt daarover?

PAUL CALLEWAERT: In diverse studies die polsen naar de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt, de vraag of we rokers of drinkers op dezelfde manier blijven terugbetalen en beschermen, kunnen we een tendens waarnemen die ons zorgen baart: het draagvlak om patiënten die ongezond leven zorgen te ontnemen of te straffen neemt toe. Onze eigen studie leert dat het deel mensen dat een dergelijke stelling aanneemt in tien jaar tijd steeg van 25 naar bijna 35%, tenminste wanneer het over anderen gaat. Als het over zichzelf of de eigen familiekring gaat, zie je het aandeel natuurlijk slinken. Ignaas Devisch, professor aan de UGent, heeft daar een interessant experiment over opgezet. Dat toont aan dat wanneer je mensen een dergelijk vraagstuk voorlegt en je informeert en bespreekt de knelpunten ten gronde, je kadert het in de sociale en maatschappelijke context, de wijze waarop mensen zijn opgevoed en de omgeving waarin mensen leven, dan zie je die reflex om mensen te sanctioneren volledig verdwijnen. Ook de Koning Boudewijnstichting heeft dergelijke projecten lopen. Je hebt natuurlijk altijd nog het zelfbeschikkingsrecht, de keuze om te zeggen: “ik rook of ik rook niet”. Maar de invloed van buitenaf is dikwijls zo groot dat je die keuze niet zomaar hebt kunnen maken. Het is onrechtvaardig om kinderen, die enkel leerden te overleven, te straffen omdat ze niet geleerd hebben gezond te leven. Trouwens, het is een traject waarvan je wel weet waar je begint, maar niet waar je eindigt. Want waar trek je de grens? Bij mensen die met vervuilde auto's rijden of het vliegtuig nemen, die junkfood eten, die risicosporten doen zoals bergbeklimmen? Als je die lijn doortrekt, betaal je op den duur niets meer terug vanuit de ziekteverzekering en draaien de mensen zelf op voor hun ziektekosten. Dan is het probleem van

“Het solidariteitsprincipe komt meer en meer onder druk te staan.”

het budget van de ziekteverzekering misschien wel opgelost, maar dat kan niet de bedoeling zijn. Dat is onaanvaardbaar voor ons! Andere aanpak dus: sensibiliseren, proberen mensen te motiveren om gezond te leven.

LUC VAN GORP: 30 000 euro. Zoveel kost een nieuw geneesmiddel voor mensen die lijden aan idiopathische longfibrose, een zeldzame longziekte. Per patiënt en per jaar, welteverstaan. Dat is heel veel geld. Zoveel dat het geneesmiddel voorlopig alleen terugbetaald wordt als de patiënt kan bewijzen dat hij niet (meer) rookt. De discussie die daarover ontstaan is, bewijst dat we ons op gevaarlijk terrein begeven. Kan levensstijl een voorwaarde zijn voor de terugbetaling van een geneesmiddel of een behandeling? In een vorig leven heb ik als verpleegkundige gewerkt op een afdeling endoscopie. Daar kregen we heel wat patiënten over de vloer met ernstige longproblemen die het gevolg waren van jarenlang roken. Hun luchtwegen konden de vergelijking doorstaan met gangen in steenkoolmijnen, meestal in combinatie met een zware hoest en een moeilijke ademhaling. De verhalen die ik te horen kreeg, waren vaak schrijnend. Natuurlijk wisten mijn patiënten dat roken ongezond was. Maar hoe gaat dat? Thuis wordt er gerookt, vader en moeder steken de ene sigaret na de andere op. Op school wordt er stiekem gerookt in de toiletten. Wil je erbij horen, dan moet je meedoen. En voor je het weet, ben je verslaafd. Heel vaak is roken geen keuze. ‘Het gebeurt’. Je omgeving zet je er toe aan. En in bepaalde milieus grijpen mensen makkelijker naar de sigaret dan in andere. Net zoals de omstandigheden er mensen soms toe dwingen om ongezond te eten. Of om veel te hard te werken. Of om te veel alcohol te drinken. Hen allemaal straffen voor hun ongezonde levensstijl is zonder meer een brug →

te ver. Het verkoopt misschien wel goed, maar een oplossing is dan verder weg dan ooit. Terugbetaling koppelen aan levensstijl kan alleen als die de werking van het geneesmiddel of de kans op slagen van de operatie effectief vermindert. Is dat niet het geval, dan heeft iedereen recht op dezelfde gezondheidszorg. Inzetten op preventie en een gezondheidbevorderend wettelijk kader is veel effectiever dan afstraffen van levensstijl.

“Vermaatschappelijking van de zorg mag niet neerkomen op een trek-uw-planbenadering.”

GEERT MESSIAEN: Preventie is een bijzondere taak van het ziekenfonds. Hoeveel belang we ook hechten en moeten blijven hechten aan het promoten van een gezonde levensstijl, het uitsluiten van rokers, zware drinkers, mensen met een manifest ongezonde levensstijl, dat kan voor ons niet. Wat ons als liberale mutualisten vooral ook bekommert, is dat het solidariteitsprincipe meer en meer onder druk komt te staan, terwijl dat toch de basis vormt van onze ziekteverzekering. In het najaar van 2013 voerde professor Mark Elchardus een onderzoek bij bijna 3000 Vlamingen tussen 18 en 75 jaar naar hun mening over de gezondheidszorg. Daaruit bleek dat een aanzienlijk deel van de bevolking vindt dat risicovol gezondheidsgedrag een lagere of zelfs helemaal geen terugbetaling door de ziekteverzekering zou rechtvaardigen. Dit geldt in de eerste plaats bij obesitas, voor rokers en alcohol- en drugsverslaafden, maar ook voor heel wat behandelingen bij de ouderen van boven de 80 jaar. Geen conclusies waar je als mutualist echt vrolijk van wordt. Ten eerste zijn de mensen die uitgesloten worden niet meer verzekerd en zo ten volle aan hun lot overgelaten. Vult dit dan onze taak in dat wij moeten instaan voor het psychi-

sche, fysieke en sociale welzijn van een patiënt? Ten tweede, een zo mogelijk nog groter gevaar op iets langere termijn is het afhellend vlak dat op die manier gecreëerd wordt, want de meeste mensen zullen wel ergens niet of onvoldoende in regel leven met wat ‘gezond’ is. En ten slotte stelt dit het solidariteitsgevoel ten volle op de helling, en daar huiver ik van.

HVV: Wat is in het algemeen jullie visie op de grote uitdagingen in de gezondheidszorg, zoals de financiering en de financieringsmodellen, het statuut en de verloning van de gezondheidswerkers, de tendens naar de zogenaamde vermaatschappelijking van de zorg?

PAUL CALLEWAERT: Misschien toch eerst komaf maken met de mythe en de idee die men overal wil opdringen, namelijk dat de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt. Ik ben het daar totaal mee oneens. Wat de financiering zelf betreft, gaat het om puur politieke keuzes. Een van de grote uitdagingen vandaag is dat men alle nieuwe gezondheidstechnieken en behandelingen die zich aandienen toegankelijk houdt of maakt voor iedereen door ze zo snel mogelijk op te nemen in de verplichte ziekteverzekering. Zo hou je controle over de prijs. Als je deze zorgen nadien moet recupereren in de ziekteverzekering, dan kost het te veel geld. In plaats van te recupereren moet je anticiperen; anders schuif je de rekening door naar de volgende generatie. Ik dacht dat we dat juist moeten vermijden. Krijgen we voldoende budget om die nieuwe technologieën op te nemen? Als men de huidige besparingslogica blijft hanteren, zal het moeilijk zijn om deze noodzakelijke investeringen in de gezondheidszorg te kunnen doen. Met een investeringslogica is het wel mogelijk. Bovendien bewijst men de economie een dienst: elke euro investering in gezondheidszorg brengt minstens evenveel economische groei op. De door doelmatigheid verworven financiële ruimte mag niet weggesneden worden, maar moet opnieuw ingezet worden zodat iedereen dezelfde verzorging kan genieten, ook op het vlak van tandzorg, geestelijke gezondheidszorg en nieuwe geneesmiddelen. In dat opzicht is een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg on-

betaalbaar, niet omdat ze te veel kost, maar omdat ze van onschatbare waarde is. Wat niet wil zeggen dat er geen uitdagingen zijn. Je moet er ook voor blijven zorgen dat artsen en zorgverstrekkers voldoende en correct betaald worden. Van sommigen kan je je afvragen of die wel voldoende worden vergoed, anderen verdienen dan disproportioneel veel. Je moet zorgen dat de juiste verstrekkingen op de juiste manier worden vergoed. Als je dat niet doet, dan krijg je een deel dat zich onttrekt aan de tariefafspraken en dat supplementen vraagt. Hierdoor komt opnieuw die toegankelijkheid onder druk te staan. De zorgverstrekkers aan boord houden is essentieel. De uitdrukking ‘vermaatschappelijking van de zorg’ roept een dubbel gevoel op. Op zich is het goed dat men mensen op een positieve manier blijft betrekken bij zorg, de mantelzorgers of de familie die mee zorgt. Dat is een essentieel onderdeel voor die patiënt en het is ook belangrijk dat de patiënt goed omringd is. Maar de druk op die omgeving mag niet te groot worden. Je mag mensen niet overbelasten. Vermaatschappelijking van de zorg mag niet neerkomen op een trek-uw-planbenadering. Doe het zelf maar. Een voorzichtige aanpak is beter. Want niet iedereen heeft het geluk mantelzorgers om zich heen te hebben. De alleenstaanden, die hebben niemand en die moeten ook kunnen leven in een ‘vermaatschappelijke’ zorgverlening. Vanuit socialistisch oogpunt stel ik dat we een ‘verkameraadschappelijking’ van de zorg nodig hebben, waarbij we ervoor pleiten dat de inbreng van de overheid voldoende groot blijft.

LUC VAN GORP: 8,75 miljoen euro. Zoveel geld hebben de ministers Kris Peeters en Maggie De Block vrijgemaakt om zorgtrajecten uit te tekenen voor patiënten die lijden aan ouderdomsdiabetes. Binnen het totale budget van de ziekteverzekering is het geen immens bedrag, maar het staat wel symbool voor een trendbreuk in onze gezondheidszorg. Een trendbreuk waarvan wij met de ziekenfondsen sterk pleitbezorger zijn. Het geld gaat namelijk niet naar één enkele beroepsgroep. Het is bestemd voor alle zorgverleners in de eerste lijn die samen voor een betere begeleiding van diabe-

tespatiënten gaan. Voor patiënten die lijden aan een of meerdere chronische ziekten stopt het namelijk niet bij de diagnose door de arts. Wie lijdt aan diabetes moet soms ook een beroep doen op een kinesitherapeut, een thuisverpleegkundige, een diëtist, een apotheker of een podoloog. Als patiënt heb je er alle belang bij dat die verschillende zorgverleners zo veel mogelijk met elkaar afstemmen en dat je zelf de regie van je zorg in handen kunt houden. Aan de andere kant geven mensen de regie van hun zorg soms voor een stuk uit handen door onmiddellijk naar de spoeddienst te hollen als ze bijvoorbeeld in hun vinger hebben gesneden. De conclusies in een recent onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg waren alvast duidelijk. België telt niet alleen een uitzonderlijk groot aantal spoeddiensten, we maken er ook onnodig gebruik van. Veel patiënten die zich op spoed aanbieden, kunnen evengoed bij hun huisarts of huisartsenwachtpost terecht. Uit CM-onderzoek bleek al dat het aantal patiënten in spoeddiensten de jongste jaren telkens met 5 procent gestegen is. Twee derde van die patiënten kwam op spoed terecht zonder verwijfsbrief van hun arts. Dat betekent dat ze zelf het initiatief genomen hebben om naar het ziekenhuis te stappen in plaats van eerst bij hun huisarts langs te gaan. Dat heeft soms tot gevolg dat je als patiënt onnodige onderzoeken ondergaat. Het is als schieten met een kanon op een mug, met extra kosten voor de patiënt en de samenleving tot gevolg. Zorg ontstaat het beste vanuit de eerste lijn. Je huisarts is het beste geplaatst om je te begeleiden naar de zorg die je nodig hebt. Wij pleiten dan ook voor een verregaande samenwerking en een duidelijke taakverdeling tussen de bestaande en toekomstige huisartsenwachtposten en de spoeddiensten van ziekenhuizen. Daarbij kunnen spoeddiensten en huisartsenwachtposten op dezelfde site gevestigd zijn. Hoe dan ook moeten ze met elkaar afspraken maken over de doorverwijzing van patiënten. Om te voorkomen dat patiënten onnodig naar de spoeddienst trekken, zijn we voorstander van de verdere ontwikkeling van het centrale oproepnummer 1733. Dat moet begelei-

den naar de juiste hulpverlening. Vertegenwoordigers van huisartsen, spoedartsen, ziekenhuizen en ziekenfondsen zijn daarover voorstellen aan het uitwerken. We moeten alles in het werk stellen om op een verstandige manier van de beschikbare zorg gebruik te maken. Ook een huisarts kan perfect een wonde hechten.

“België telt niet alleen een uitzonderlijk groot aantal spoeddiensten, we maken er ook onnodig gebruik van.”

GEERT MESSIAEN: Het heersende klimaat van ongebreidelde besparingen dreigt de fundamenteën van onze gezondheidszorg aan te tasten. Wanneer steeds maar het mantra wordt ingepompt dat we ‘meer moeten doen met minder’, gaat men voorbij aan het morele dilemma dat het onmogelijk is om terzelfder tijd én kwaliteitsvol, én snel, én goedkoop te werken. Stop daarom het doemdenken dat de gezondheidszorg onbetaalbaar is! Ik heb er al jarenlang voor gewaarschuwd dat men de gezondheidszorg niet in de eerste plaats louter door een boekhoudkundige bril moet bekijken: gezondheid is nu eenmaal geen koopwaar en de gezondheidssector geen klassieke economische sector. Het is dan ook fout om de groeinorm voor de verzekering voor geneeskundige verzorging te verlagen met als voornaamste doel het dichtrijden van het begrotingsgat. Besparingen dienen te worden gezocht op andere terreinen, en uitwassen en verspillingen dienen bestreden te worden. Zo dienen er meer middelen te worden vrijgemaakt om misbruiken te detecteren. Een jaarlijks te bepalen solidariteitspakket op basis van de behoeften kan volgens mij een oplossing bieden, op voorwaarde dat deze solidariteit zeer ruim en zeker niet beperkend of uithollend



is. Zoniet betekent dit dat we de poort openen naar een duale gezondheidszorg, zeg maar privatisering, waar enkel diegenen die het kunnen betalen nog verder zullen kunnen worden geholpen. Wat wél moet gebeuren, is dat we onze zorg meer zullen moeten heroriënteren naar chronische patiënten: verschillende ziekten die vroeger steevast dodelijk waren, zoals kanker en diabetes, evolueren naar chronische ziekten. Daarbij komt dat steeds meer mensen, naarmate ze ouder worden, aan verschillende aandoeningen tegelijkertijd lijden en ze dus hulp nodig hebben van verschillende specialisten. Ook daar moeten we ons beleid op richten. Dit betekent onder andere meer geïntegreerde gezondheidstrajecten. Twee belangrijke principes voor ons zijn solidariteit en vrijheid. Ik schrik soms van reacties van mensen waaruit blijkt dat de bereidheid tot solidariteit haast afwezig is. Ook keuzevrijheid vind ik heel belangrijk. Mensen moeten blijven kunnen kiezen naar welke arts ze willen gaan. Als bijvoorbeeld iemand voelt dat hij een hartaanval krijgt, kan hij beter meteen naar het ziekenhuis gaan. Dat is dan van levensbelang.

MAGDA HEEFFER

“Elk kind, elk verhaal is anders”

In gesprek met Saskia Van Nieuwenhove



Ze is freelancejournalist en socialmedia-activist, gespecialiseerd in jeugdzorg. Haar grondige onderzoeksjournalistiek leverde al twee nominaties voor een persprijs op. Ze is een klankbord en een erkende informatiebron voor iedereen die betrokken is bij het jeugdhulplandschap. En geheel belangeloos ondersteunt de onofficiële ombudsvrouw van de Vlaamse jeugdzorg ouders, pleegouders en jongeren bij de moeilijkste dossiers. Maak kennis met Saskia Van Nieuwenhove.

HET VRIJE WOORD: Je voert een onvermoeibare strijd voor kinderen en jongeren in problematische opvoedingsituaties. Vanwaar die buitengewone gedrevenheid?

SASKIA VAN NIEUWENHOVE: Ik ken ondertussen zoveel kinderen, jongeren, ouders, pleegmama's, opvoeders... Zonder het zelf te beseffen, moedigen ze mij allemaal aan om door te gaan. De

opvolging van een dossier kan heel intensief zijn. Maar soms luister ik alleen maar naar het verhaal van die mensen. Of doe ik niet meer dan doorverwijzen of correcte informatie geven. Net voor de meest kwetsbare gezinnen is het vinden van de juiste hulp vaak het moeilijkst. Het is ongelooflijk hoe dankbaar mensen voor die steun of dat luisterend oor zijn. Soms krijg ik jaren later nog een kaartje of be-

richtje via Facebook. Als daaruit blijkt dat mijn hulp waardevol was of het leven van een kind een betere richting gaf, maakt me dat enorm gelukkig.

AFFINITEIT

“Maar mijn affiniteit voor jeugdzorg is natuurlijk ook groot omdat ik zelf in instellingen en pleeggezinnen ben opgegroeid. Ik maakte het zelf allemaal mee, daarin ligt

het verschil met de meeste andere journalisten. Door die ervaring sluit je dichter aan bij de doelgroep waarover het gaat: de kinderen en jongeren zelf.

Dat gevoel van verbondenheid betekent in geen geval dat ik al die kinderen als kopieën van mezelf zie, verre van. Elk kind is anders, elk verhaal is anders."

● **"Ik maakte het zelf allemaal mee."**

Je hebt je tijd binnen de jeugdzorg niet positief ervaren. Dat speelt wellicht erg mee?

Ik was nog geen jaar oud toen ik in een pleeggezin terecht kwam, want mijn moeder vormde een gevaar voor haar kinderen. Dat bleek toen mijn broertje stierf. Op mijn zesde besloot mijn biologische vader – voor mij tot dan een onbekende – dat hij me zelf zou grootbrengen. Van de ene dag op de andere belandde ik in een vreemd gezin. Voor mijn pleegouders kwam die scheiding even onverwacht, we mochten elkaar ook niet meer zien. Tot op vandaag is contactrecht tussen het kind en de pleegouders waar het kind lang bij verbleef, niet vanzelfsprekend.

Vanwege een erg problematische thuissituatie plaatste de jeugdrechter me na een tijd in een instelling. Zoiets ervaar je nooit positief. Ook al is het thuis verschrikkelijk, weggerukt worden uit je vertrouwde omgeving is altijd een erg ingrijpende ervaring. Vervolgens word je geconfronteerd met heel veel regels: die van de instelling, maar ook maatregelen opgelegd door de rechter. Als je opvoeders bijvoorbeeld vinden dat je mag gaan voetballen op zaterdag, wil dat niet zeggen dat dit ook door de jeugdrechter wordt toegelaten. Voor een kind valt zoiets moeilijk te begrijpen. Maar een rechterlijke beslissing komt er uiteraard niet zomaar. Per dossier worden aangepaste maatregelen getroffen: om beschermingsredenen, of omdat er bijvoorbeeld sprake is van een aan een stoornis gerelateerde problematiek. Opgelegde inperkingen kunnen heel uiteenlopende redenen hebben, de instelling moet die volgen. Nu, als volwas-

sene, begrijp ik wel dat structuren in een instelling noodzakelijk zijn. Maar als kind vind je dat allemaal 'kut', die opvoeders en hun regels. Je voelt je voortdurend gestraft en van je vrijheid beroofd.

Dus ja, mijn eigen jeugdzorgervaring speelt ongetwijfeld mee. Maar dat is niet de reden waarom ik me voor al de kinderen en pleegouders inzet. Na mijn tijd in de jeugdzorg ben ik blijven teruggaan naar de plaatsen waar ik zelf ooit zat. Ik organiseer mee een benefiet, ga eens mee voetballen, of ik trek met een groepje autistische kinderen en hun opvoeders naar het zwembad. Door het rechtstreeks contact met de kinderen, ouders, pleegmama's en opvoeders beseft ik hoeveel er fout loopt binnen de jeugdzorg, op welke schaal dat gebeurt en dat problemen structureel zijn. Dat is wat mij drijft. Ik blijf vechten zolang wantoestanden blijven bestaan.

WACHTEN

Wat loopt er precies fout in de praktijk?

Ik wil eerst graag benadrukken dat de mensen werkzaam binnen de jeugdzorg doorgaans heel goed werk leveren. De basis, op het niveau van de instellingen en opvoeders, is enorm vermenschlijkt. Maar – en ik druk het simpel uit – het zijn 'plastronmensen' die beslissen.

Voor te veel kwetsbare kinderen en jongeren is gepaste hulp niet beschikbaar of veraf. Als (pleeg)ouders en jongeren hun weg naar de juiste hulp al vinden, krijgen ze te maken met enorme wachtlijsten en veel administratie vanuit verschillende instanties. Ook komen kinderen met een autismespectrum- of andere stoornis in een instelling terecht omdat het gezin niet tijdig kan rekenen op minder ingrijpende zorg zoals thuisbegeleiding. Gezinnen staan gemiddeld drie tot zes jaar op een wachtlijst voor thuisbegeleiding van hun autistische kind. Soms is dat zelfs langer. Ik sprak recent een alleenstaande moeder, haar 17-jarige zoon heeft kernautisme. Sinds zijn tiende staat de jongen op de wachtlijst voor thuisbegeleiding. Toen de jongen begon te puberen, liep het mis. Tijdens een zware driftbui werd hij zo agressief dat de moeder vreesde voor haar veiligheid en die van de andere kinderen. Ze moest de hulpdiensten bel-

len. Even later stormden zes gewapende agenten de trap op en sleurden de autistische jongen geboeid mee. Hij belandde blootsvoets en in pyjama in een politiecel. Je moet geen psycholoog of orthopedagoog zijn om te beseffen dat dit een traumatische ervaring is voor het hele gezin. Het gaat hier over drama's die in veel gevallen door tijdige ondersteuning en begeleiding van het gezin voorkomen kunnen worden.

● **"Echt integraal is de jeugdhulp niet."**

TEDDYBEER

Ook in de kinderpsychiatrie is er een groot plaatsgebrek en zijn er lange wachtlijsten. Kinderen met psychische zorgnoden komen terecht bij volwassenen, krijgen helemaal geen hulp, of veel te laat. Als een jongere doorslaat en de hulpverleners het niet meer aankunnen, moeten ze de lokale politie erbij halen. In de praktijk wordt de knop politionele bijstand snel ingedrukt, want er is onvoldoende (ambulante) ondersteuning bij crisissen in de psychiatrische voorzieningen en jeugdinstellingen. Soms loopt het ook goed mis. Een extreem voorbeeld is het 14-jarige Syrische vluchtelingenmeisje dat vorig jaar in een Antwerpse jeugdinstelling door een speciaal interventieteam met een kunststofkogel werd neergeknald. De politie kreeg haar niet gekalmeerd nadat ze ermee dreigde zichzelf te verwonden. Ze vormde mogelijk een bedreiging voor anderen, klonk het. Of het verhaal van een meisje dat op haar twaalfde op Linkeroever gruwelijk verkracht werd. Ze was nog geen 13 jaar en had al zes keer in een politiecel geslapen omdat ze in de kinderpsychiatrie verschillende agressieve buien kreeg. Haar verhaal kreeg vorig jaar veel aandacht nadat ze met haar teddybeer en medicatiezakje door een ambulance aan de trappen van de jeugdrechtbank werd gedropt. Dit zijn geen alleenstaande gevallen. Dat gaat over kwetsbare en getraumatiseerde kinderen die er nog een →

trauma bovenop krijgen. In de instellingen zijn dringend zorgteams nodig om de leefgroepen van kinderen met agressiestoornissen te ondersteunen.

Een groot probleem is ook dat kinderen ontzettend vaak van de ene naar de andere instelling moeten verkassen. Dit maakt dat hulpverleners de kinderen vaak amper kennen. Veel kinderen kunnen met niemand op een veilige manier een hechtingsrelatie opbouwen. Dat is nochtans ontzettend belangrijk voor de ontwikkeling van een positief zelfbeeld en om later in vertrouwen relaties met anderen te kunnen aangaan.

“Bureaucratie en administratie overschaduwden het menselijk contact.”

HEROÏNESPUIT

Ook als het gaat over intrafamiliaal geweld, gebeuren er drama's die voorkomen kunnen worden. Spijtig genoeg worden heel veel kinderen met huiselijk geweld geconfronteerd. Er is veel kinderleed en elk jaar sterven in Vlaanderen kinderen door mishandeling en verwaarlozing. Wat mij enorm kwaad maakt is dat jeugdhulp en de politie op de hoogte zijn van zeer zorgwekkende thuissituaties, maar toch te laat of niet ingrijpen. De samenwerking tussen hulpverleners, politie en parket verloopt niet vlot genoeg. Hulpverleners en mensen bij de politie vertellen me over schrijnende situaties zoals kinderen die stokslagen krijgen, of peuters die naast een heroïnespuut en hun gedrogeerde vader worden aangetroffen. Na een vaststelling door de jeugdbrigade en een proces-verbaal dat in spoedprocedure aan het parket wordt bezorgd, duurt het soms nog weken vooraleer verdere actie kan worden ondernomen wegens allerhande protocollen en administratie. Ondertussen zitten die kinderen nog steeds in een levensgevaarlijke thuissituatie.



© DAMIANO OLDONI

VERGETEN

Een verhaal dat je heel erg heeft aangegrepen, is dat van een koppel grootouders dat met hun twee kleinkinderen op de vlucht ging.

Hallucinant dat zoiets in ons land gebeurt. Na de geboorte van het jongste kind kregen de grootouders hun twee kleinkinderen toegewezen. Want de vader, de schoonzoon van het koppel, zat in de gevangenis en de moeder was te labiel om voor de kinderen te zorgen. In het dossier was onder andere sprake van doodgemeppe puppy's. Na zijn vrijlating kreeg de vader contactverbod, maar schond dat voortdurend. De grootouders werden continu blootgesteld aan geweld en bedreigingen. De vader dreigde zelfs meermaals zijn kinderen 'op Albanese wijze' te vermoorden, en toch bleef hij op vrije voet. Uit angst trokken de grootouders met hun kleinkinderen, toen 2 en 7 jaar, naar Kroatië. Maar daar werden ze begin vorig jaar met groot machtsvertoon en in het bijzijn van de kindjes aangehouden. Na een maand cel in Zagreb werden ze aan ons land overgeleverd en vlogen hier de gevangenis in. In maart krijg ik telefoon van een opa: 'Mevrouw Saskia,

kan jij mij helpen alsjeblieft? Mijn vrouw en ik zijn aangehouden in Kroatië, maar onze twee kleinzoonjes zijn daar nog'. Ons land was die kinderen — overigens met Belgische nationaliteit — gewoon vergeten! In Kroatië werden ze in een instelling geplaatst, niemand vertelde hen wat er gebeurde en waarom, ze spraken de taal niet. Weken ben ik met dat dossier bezig geweest. Op een bepaald moment deed ik wat niemand anders deed: ik sprong samen met collega René het vliegtuig op om de kinderen te gaan halen. We kregen hulp van de Kroatische pers en het verhaal van de door de Belgische staat vergeten kindjes haalde in Kroatië alle voorpagina's. Uiteindelijk werden ze na 70 dagen in een weeshuis in Zagreb naar België teruggebracht en in Mechelen in een observatiecentrum geplaatst.

(Ondertussen werden de grootouders van de ontvoering vrijgesproken. De rechter van de correctionele rechtbank hield rekening met artikel 71: 'onweersaanbare drang'. De langdurige terreur door de vader werd in het vonnis als verschoningsgrond aanvaard: de grootouders móesten wel vluchten om hun

kleinkinderen in veiligheid te brengen. Maar het parket tekende beroep aan, de grootouders moeten binnenkort voor het Hof verschijnen. Na hun aanhouding in Kroatië — nu al 21 maanden geleden — hebben ze de kleinkinderen nog geen dag mogen zien, n.v.d.r.)

VERTROUWEN

Heb je de ervaring dat je als journalist iets in beweging kunt zetten?

Ja, anders hield ik het niet vol. Het was aanvankelijk niet evident om achter de schermen van de jeugdzorg te geraken. Maar ik heb bewezen dat ik heel nauwkeurig werk, mijn thema's helemaal uitdiep en vertrouwelijk omga met gevoelige informatie. Het recht op privacy van de kinderen zal ik altijd beschermen en respecteren. Ik erger me blauw aan collega's die daarin slordig zijn. Ondertussen heb ik het vertrouwen van instellingen, opvoeders, jeugdrechters en jeugdadvocaten. Ze bellen me vaak en delen hun verhalen en jeugdzorgdossiers. Ook collega's en beleidsmakers contacteren me voor informatie. In 2012 maakte minister Smet na mijn artikels over de slechte staat van de noodinternaten een half miljoen euro vrij. Er werden ook al wetten en regelgevingen gewijzigd. Toen ik schreef over de wantoestanden in de jeugdgevangenis van Tongeren, moest minister De Clerck een fout in de wetgeving toegeven en die rechtzetten.

“We moeten ons afvragen of het recht op kinderen niet te vanzelfsprekend is.”

AD HOMINEM

Je communiceert ongelofelijk veel via Facebook. En veel verhalen en hulpvragen komen via dit medium tot bij jou. Maar het maakt je ook kwetsbaar. Dat bleek toen je in het vizier van N-VA kwam.

Ik zet veel op Facebook en mijn blog, vanzelfsprekend moet die informatie eveneens juist zijn en respecteer ik ook

hier de privacy van mensen. Maar ik schrijf dan minder neutraal, veel kritischer en opiniërend. Dat daar reactie op komt, is niet meer dan normaal en goed voor het maatschappelijk debat.

Maar het liep al uit de hand. Na de aanslag op Charlie Hebdo hield ik in Gent op een solidariteitsmars voor de slachtoffers een afsluitende speech. Daarin kaartte ik aan dat we geen aandacht hebben voor de dichte omgeving van potentiële Syriëstrijders. En dat we op zijn minst moeten uitleggen aan de rest van de familie waarom verdachte jongeren door de politie thuis worden weggehaald. Dat schoot een aantal N-VA'ers in het verkeerde keelgat. Ze geloofden immers niet in het nut van buurt- en welzijnswerk, alleen repressie en meer veiligheidsmaatregelen konden een remedie zijn voor radicalisering. N-VA interpreteerde mijn woorden als een aanval op de partij, die ik zelfs niet vernoemd had. Kamervoorzitter Siegfried Bracke beschuldigde me van politieke recuperatie en verweet me via Facebook 'domme, verwerpelijke en gevaarlijke' uitspraken. Daarna volgden nog andere N-VA'ers, onder wie Annick De Ridder. Tot vandaag twittert die erop los wanneer ik het beleid van De Wever onderbouwd bekritiseer. Geen van hen komt met tegenargumenten, niemand gaat de dialoog aan. Ze kiezen voor de persoonlijke aanval om me het zwijgen op te leggen en mijn geloofwaardigheid te beschadigen. We leven in een democratisch land met vrijheid van meningsuiting. Dat Bracke — nota bene de eerste burger van het land — deze strategie hanteerde, choqueeerde me enorm. Maar bon, het heeft niet gewerkt. Ik kreeg erg veel steun uit verschillende hoeken. Ook een collega bij De Standaard — die ik niet kende — had genoeg van de lastercampagne en publiceerde daarom integraal mijn speech in de avondeditie van de krant. Zo werd voor iedereen duidelijk dat N-VA geen enkele reden had om mij zo hard aan te pakken.

N-VA veranderde ondertussen trouwens het geweer van schouder in de strijd tegen radicalisering.

Dat klopt. Het 'Plan R', hét strijdmiddel tegen radicalisering van minister Jambon, werd herzien. De voornaamste ver-

nieuwing houdt in dat meer wordt ingezet op preventie door mensen als leerkrachten en wijkagenten en door straathoeken en welzijnswerkers nauwer te betrekken. Dus ja, wat moet ik dan nog zeggen.

INTEGRAAL

Je werkte mee aan het nieuwe decreet integrale jeugdhulp. Dat ging in maart 2014 in werking en zou knelpunten wegwerken en het versplinterde jeugdhulp-landschap hertekenen. Het maakt die ambities niet waar?

Ik woonde alle hoorzittingen bij, maar echt tevreden ben ik niet. De doelstellingen van het decreet zijn absoluut lovenswaardig: kinderen en jongeren centraal stellen, zorgen voor een vlottere toegankelijkheid, het garanderen van hulpcontinuïteit, een betere crisishulpverlening uitbouwen en gepast omgaan met verontrustende situaties. Maar spijtig genoeg worden ze niet of onvoldoende gerealiseerd.

Volgens het decreet integrale jeugdhulp varieert de jeugdhulp van een laagdrempelig, weinig ingrijpend, kortdurend en rechtstreeks toegankelijk aanbod tot erg intensieve, ingrijpende en niet zomaar op vraag van de cliënt toegankelijke hulpverlening. Deze niet-rechtstreekse hulpverlening kan enkel ingezet worden met het akkoord en de tussenkomst van de zogenaamde intersectorale toegangspoort. De jeugdzorg wordt door zeven sectoren georganiseerd: Agentschap Jongerenwelzijn, Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Leerlingenbegeleiding, Kind en Gezin, Centra voor Integrale Gezinszorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Het is de bedoeling dat de betrokken sectoren allemaal samenwerken en tijdig de juiste hulp voor de juiste persoon garanderen. Maar dat lukt niet, de organisatiestructuur is veel te complex. Het decreet heeft amper muren gesloopt, iedereen werkt binnen een eigen kokertje. En beleidsmakers op de verschillende bestuursniveaus wijzen elkaar de vinger of schuiven verantwoordelijkheden van zich af. Jeugdhulp is immers een Vlaamse aangelegenheid, de kinder- en jeugdpsychiatrie, gezondheidszorg en justitie zijn →

dan weer federale bevoegdheden. Zo is ook pleegzorg een Vlaamse bevoegdheid, maar het statuut van pleegouders een federale.

Bovendien is een problematische opvoedingssituatie vaak het gevolg van een complex samenspel van factoren binnen verschillende levensdomeinen. De integrale jeugdhulp overkoepelt lang niet alle sectoren waar oplossingen liggen voor problemen van deze gezinnen: denk aan betaalbare gezondheidszorg en kinderopvang, sociale huisvesting, onderwijs... Echt integraal is de jeugdhulp niet, er is nog veel werk aan de winkel.

“Je kan niet iedereen in een evidencebased hokje plaatsen.”

SCHAARSTE

De invoering van het nieuwe decreet had ook besparen als doel. Uit de betrokken sectoren klinken dezelfde verzuchtingen, allemaal kreunen ze onder een gebrek aan capaciteit en middelen. Enorm veel tijd gaat naar het volgen van protocollen en papierwerk. Mensen in het veld kunnen niet meer met hun corebusiness bezig zijn: de opvoeding en begeleiding van de kinderen. Zeker bij de toegangspoort voor de niet-rechtstreekse hulp slibt alles dicht door een overdaad aan administratieve verplichtingen. Maar ook de minder ingrijpende hulp, de zogenaamde rechtstreeks toegankelijke hulp, is enkel in theorie rechtstreeks toegankelijk. Want ook daar zijn de wachtlijsten gigantisch. Honderden gezinnen zijn kandidaat om pleegkinderen op te vangen. Maar alles zit vast omdat er onvoldoende pleegzorgbegeleiders zijn. Kinderen en jongeren moeten zo lang wachten op de juiste hulp dat ze wel in een crisissituatie zullen belanden. Het is dan ook niet te verbazen dat de crisismeldpunten het amper nog kunnen bolwerken. Bureaucratie en administratie overschaduwden het menselijk contact en hebben voorrang op de eigenlijke hulpvraag.

VERMAATSCHAPPELIJING

Het decreet Integrale Jeugdhulp stelt vermaatschappelijking van zorg voorop. Jeugdhulp wil kinderen, jongeren, hun ouders en de eigen omgeving stimuleren om de eigen mogelijkheden maximaal in te zetten.

‘Vertrekken vanuit de eigen kracht en de omgeving’, heet dat ook. Allemaal goed en wel, maar veel jongeren en ouders met een zorgvraag weten niet hoe de jeugdhulp georganiseerd is en hoe ze er toegang toe hebben of kunnen krijgen. Tegelijk wordt van hen verwacht dat ze individuele verantwoordelijkheid opnemen. Maar hoe kunnen mensen volwaardig participeren in een systeem dat ze niet kennen of begrijpen? Bovendien hebben de meest kwetsbare gezinnen vaak geen netwerk waarop ze kunnen terugvallen. Een duurzame trajectbegeleider kan hen ondersteunen en voorkomen dat ouders en kinderen verloren lopen in hulpverlening. Maar die functie werd wegens besparingsdrift volledig uit het decreet geschrapt.

HOKJE

De afgelopen jaren is er binnen de jeugdzorg steeds meer aandacht voor effectiviteit en efficiëntie. Daarmee kent ook het evidencebased werken grote opgang. Jij hebt daar je bedenkingen bij.

Bij een evidencebased benadering maakt men gebruik van interventies — dat is het geheel van trainingsmethoden, behandel- en begeleidingsvormen, sancties enzovoort — waarvan wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat ze werken. Daar is niets mis mee, uiteraard is het belangrijk om te weten wat werkt, wat niet en wat er beter kan. Maar je kan niet alles in getallen uitdrukken. Een aantal factoren kun je op een kwantitatieve manier meten, bijvoorbeeld probleemreductie, recidive, mate van uitval. Maar effectiviteit wordt niet bepaald door één specifieke interventie en er spelen ook heel veel niet-meetbare factoren: de leefomgeving of -context, de interactie tussen hulpverlener en de jongere, het karakter en andere persoonlijke kenmerken van de betrokkenen enzovoort. Waarop ik vooral kritiek heb, is het implementeren van allerhande dure en commerciële

exportprogramma's die pakweg ergens in Australië werden ontwikkeld. Ze willen ouders bijvoorbeeld praktische vaardigheden bieden voor een positieve opvoedingsstijl. Maar de toepassing van een of ander kant-en-klaar programma is niet evident, ook al werden er vertaalslagen naar een Vlaamse 'context' gemaakt. Alleen als zo'n programma perfect volgens het boekje wordt toegepast op de daarvoor bedoelde doelgroep en in een welbepaalde context, kan het tot positieve uitkomsten leiden. De doelgroep binnen de jeugdzorg is evenwel enorm divers, heel vaak gaat het over ontwrichte gezinnen. Kinderen die bijvoorbeeld de hele dag op zichzelf zijn aangewezen omdat hun vader in de gevangenis zit, de moeder met een depressie sukkelt, niet uit bed geraakt en de huur niet kan betalen, zullen aan zo'n opvoedingsprogramma weinig hebben. Je kan niet iedereen zomaar in een evidencebased hokje plaatsen.

CONTEXT

Lange tijd werden geplaatste kinderen en jongeren vooral afgeschermd van hun omgeving buiten de instelling of het pleeggezin. Vandaag wordt die net heel erg betrokken bij de hulpverlening.

Contextwerking is een methodiek in functie van die zogenaamde vermaatschappelijking. Het is inderdaad zo dat men vroeger binnen de instellingen negatieve of bedreigende gezinsinvloeden zo veel mogelijk probeerde buiten te houden. Kinderen en jongeren werden onderworpen aan strakke normen en regels, anders dan die van het gezin. Maar wanneer jongeren later weer aan hun wettelijke ouders werden toegewezen en opnieuw in hun oude milieu terecht kwamen, begonnen de problemen vaak opnieuw. Daarom wordt vandaag ook de context of de leefomgeving van de kinderen betrokken bij de jeugdhulp. Men wil ouders (opnieuw) in staat stellen om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren. Jeugdhulp wil zo ook voorkomen dat kinderen geplaatst moeten worden.

Contextgericht werken laat toe om af te stappen van het strakke theoretische kader van het evidencebased werken en meer vanuit de praktijk te vertrekken. Maar er zijn valkuilen?

Contextwerking kan alleen werken als men de 'context' ernstig neemt en de kinderen waarover het gaat echt centraal stelt. Daar moeten tijd en middelen tegenover staan. Die zijn er niet. De vermaatschappelijking is nu vooral een besparingsmaatregel. Onder het mom van mooie principes en begrippen zoals 'empowerment', 'participatie' en 'eigen kracht' worden kwetsbare mensen individueel verantwoordelijk gesteld en worden kinderen aan hun lot overgelaten. Schaarste zorgt ervoor dat contextgericht werken in de praktijk vooral beperkt blijft tot een administratieve aangelegenheid. Ik overdrijf, maar iemand van de thuisbegeleiding zou tijdens een huisbezoek de vragen op het contexturenformulier perfect positief kunnen invullen terwijl het kind ondertussen een pak rammel krijgt.

“Voor te velen is gepaste hulp niet beschikbaar of veraf.”

BLOEDBAND

Heel vaak is een terugkeer naar de biologische ouders mogelijk en daarmee ook wenselijk. Ook de ouders moeten daar dan goed op voorbereid worden. En in bepaalde problematische opvoedingssituaties kan begeleiding voorkomen dat kinderen geplaatst moeten worden. Daar ga ik volledig mee akkoord. Maar ik geloof niet dat een hereniging met de biologische ouders altijd zinvol is, integendeel zelfs. Aan het principe van de bloedband wordt te veel waarde gehecht. Je kan niet alle ouders bewegen tot beter en meer verantwoord gedrag. Ik denk dan onder meer aan mijn eigen situatie als kind. Ik ken mijn moeder niet, de jeugdrechter verbood de omgang met haar. En ja, ik was daar lang kwaad om. Maar vandaag prijs ik mezelf gelukkig dat er geen moeite werd gedaan om de band tussen mij en mijn moeder weer op te bouwen. Dat zou nu wellicht anders zijn, want het decreet Integrale Jeugdhulp hecht veel belang aan de relatie met

de biologische ouders. Die bloedband is inderdaad onverbreekbaar en ik kan me voorstellen dat contact met, en kennis over je ouders en familie belangrijk is voor de identiteitsontwikkeling. Daar bestaat wetenschappelijk onderzoek over, ik spreek dat niet tegen. Maar mijn moeder is nooit in staat geweest om van mij te houden of voor mij te zorgen. Die bloedband heeft voor mij absoluut geen emotionele betekenis. Zij wilde me van bij mijn geboorte dood en dat ben ik ook voor haar. In de overlijdensbrief van mijn grootvader liet ze achter mijn naam zelfs een kruisje plaatsen. Ik wil maar zeggen: zulke moeders zijn er ook. Ik ken haar niet en heb daar vrede mee. Indien ik gedurende achttien jaar gedwongen werd om mijn moeder te zien, zou ik nu veel minder afstand kunnen nemen van haar problematiek. Ik betwijfel sterk of een contextgerichte en evidencebased aanpak mijn moeder had kunnen 'empoweren' om een bijdrage aan mijn ontwikkeling te leveren. Door het contactverbod kan ik berusten in het feit dat ik een moeder heb die leeft, maar wanen heeft en gevaarlijk is in de omgang. Ik kan verder met mijn leven.

Hoe weet je zo zeker dat dit de beste aanpak was?

Zeker weet je dat nooit. Tijdens haar verblijf in de psychiatrie kreeg mijn moeder nog een kind. Voor haar jongste dochter kreeg ze wel omgangsrecht. Elf jaar later werd ontdekt dat mijn moeder haar mishandelde. Ik leerde mijn zus pas als jongvolwassen vrouw kennen, ze leek alles goed te hebben doorstaan. Ze kreeg twee prachtkinderen, had een goeie relatie en fijn werk. Drie jaar geleden wierp ze zich voor de trein. De dag ervoor stond ze nog op een feest te dansen. Ze leek perfect gelukkig. Maar uit haar afscheidsbrief bleek een zwaar trauma. De herinneringen en angsten kwamen terug. Ze beleefde de terreur van onze moeder opnieuw. Ze sprak daar met niemand over, we hadden geen flauw benul. We waren kapot.

FALENDE OUDERS

Behouden 'falende ouders' te lang hun recht op kinderen? En zijn er mensen die door hun psychische aandoening, ver-

slaving of verstandelijke handicap beter geen kinderen kunnen krijgen?

De meeste ouders hebben niet de bedoeling hun kinderen kwaad te berokkenen, hoe anders ze er ook mee omgaan. Het is niet omdat je met een ernstig drank- of agressieprobleem kampt, dat je je kinderen niet graag ziet. Soms moeten we onze eigen normen en waarden opzijzetten om dat te kunnen inzien. Maar je moet ook conclusies durven te trekken. Ik volgde een tijdlang een zwaar verslaafde mama op. Ze zette zes kinderen op de wereld die onmiddellijk in de afkick moesten. Ze had intens verdriet door dat gemis. Maar de drang naar drugs was groter. Haar kinderen waren vanaf de geboorte beschadigd en zagen enorm af. In zulke gevallen moeten we ons afvragen of we het recht op kinderen niet te vanzelfsprekend vinden. De samenleving moet uitgaan van het recht van kinderen op veiligheid, zorg en ontwikkeling. Als de ouders dat recht niet kunnen garanderen, moet de overheid ingrijpen. In Nederland wordt al enkele jaren de discussie rond gedwongen anticonceptie gevoerd. Verschillende deskundigen zoals kinderartsen, psychiaters, rechters en slachtoffers zijn voorstander om zo toekomstige familiedrama's en kinderleed te voorkomen. Niet alleen zelfbeschikkingsrecht van de ouders of de lichamelijke integriteit van vrouwen telt. Sommige kinderen hebben het recht om niet geboren te worden, luidt het.

Wat hoop je voor de toekomst van de jeugdhulp?

Het decreet werd afgelopen jaar grondig geëvalueerd. Mensen uit het werkveld, maar ook kinderen, jongeren en hun ouders en pleegouders hebben — onder andere via het Kinderrechtencommissariaat — hun ervaringen met de integrale jeugdhulp overgemaakt aan de betrokken beleidsmakers. Ik hoop heel erg dat hun stem deze keer niet wordt genegeerd.

ANNA GOOVAERTS

Saskia Van Nieuwenhove geeft ook lezingen over jeugdzorg. Inlichtingen: sasvannieuwenhove@gmail.com.



Luister naar mij!

Twee dagen in de kinder en jeugdpsychiatrie

Bruno Vanobbergen is doctor in de Pedagogische Wetenschappen en sinds juni 2009 is hij de Vlaamse kinderrechtencommissaris. Regelmatig bezoekt de kinderrechtencommissaris plaatsen waar jongeren vertoeven, om voeling te houden met wat er leeft bij kinderen en jongeren en bij de volwassenen die voor hen in de bres springen. Elk jaar verblijft hij een paar dagen bij jongeren in een bijzonder kwetsbare situatie. Deze keer leefde hij mee in leefgroep 1 van de kinderpsychiatrie De Kaap. Daar verblijven 32 jongeren tussen 6 en 18 jaar.

ONUITWISBARE INKT

“Denk eraan dat je het leven schrijft met onuitwisbare inkt.” Zo staat het op het raam van de ergoruimte van de kinder en jeugdpsychiatrie waar ik voor twee dagen verblijf. Het is geen officiële boodschap van het huis.

De enthousiast geschreven letters doen vermoeden dat het om het werk van een jongere gaat. Maar iemand moet dit wel toegestaan hebben. Zo wordt het toch een beetje een officiële boodschap.

De zin blijft hangen. De pijn en het verdriet waarmee sommige kinderen en jongeren worstelen is aangrijpend. De stempel van hun omgeving is enorm.

“De pijn van
sommige jongeren
is aangrijpend.”

SPEEDBOAT

Ik praat met vijf tieners die normaal gezien op de schoolbanken moeten zitten, maar het lukt hen niet. Hun redenen zijn divers. Chronische hoofdpijn, zo gepest geweest dat alleen maar het zien van de schoolpoort ziek maakt, wegvlugten van torenhoge verwachtingen.

Ze zijn schrander, verbaal sterk. Ze leggen hun vingers op de maatschappelijke wonden van vandaag: druk, stress, uitsluiting. Ze verschijnen uitvergroet – te groot, te zwaar, te moeilijk – in elk van hun verhaal.

Ik denk aan het succes van de boeken van psychiaters en therapeuten die ons waarschuwen voor de speedboat die onze samenleving is. Hoe is dit succes te verklaren als je het plaatst tegenover de lange zoektocht van deze jongeren om – “al is het maar een beetje” – gehoord te worden?

BALANCEREN

Ik zoek naar een gepaste houding, balanceer tussen “komaan jongens, recht jullie rug” en het wegslikken van mijn ongemak. Ik probeer te luisteren. Ik heb schrik dat mijn woorden alleen maar hun kwetsbaarheid vergroten.

Wat vertel je tegen een jongen die zegt

dat hij al zoveel keren hetzelfde verhaal heeft moeten brengen?

DORP

Heel anders gaat het eraan toe in leefgroep 1, de leefgroep waar ik het grootste deel van deze tweedaagse doorbreng. Kwetsbaarheid presenteert zich hier onder de vorm van elkaar jennen, luid roepen en fysieke confrontaties.

Ook hier is de onuitwisbare inkt duidelijk zichtbaar. Het leven van deze kinderen vertoont sporen van geweld, van emotionele verwaarlozing en van veel onbegrip. Het maakt dat deze kinderen stuiten als een springbal. Het lijkt alsof ze vaak geen oren hebben, maar alleen een mond en veel handen. Het leren lezen van deze kinderen vraagt tijd, geduld en zeker ook veel goede wil.

De ernst waarmee we deze lees oefening volbrengen zal de taal bepalen die we voor en over deze kinderen ontwikkelen. Het beïnvloedt tegelijk de mate waarin we ook voor deze kinderen aan integriteit als sleutelconcept voor ons pedagogisch handelen willen vasthouden.

"It takes a whole village to raise a child", zegt men vaak. Maar voor deze kinderen is bijna het hele dorp weggelopen. Ze botsen op uitsluitingen, sancties en een carrousel van zorg.

"Ik heb schrik dat mijn woorden hun kwetsbaarheid vergroten."

ONMACHT

De zorg voor deze kinderen en jongeren vraagt onze aandacht. Niet alleen omwille van hun kwetsbaarheid, maar absoluut ook omwille van de plek van hun kwetsbaarheid in onze zorg.

Ontmoetingen met hun kwetsbaarheid bezorgen ons vaak gevoelens van onmacht. Onmacht omdat wat we zo goed voorbereid of uitgedacht hadden vrij snel elke betekenis verliest. Onmacht omdat we koortsachtig antwoorden proberen te verzinnen op situaties die vaak geen antwoorden verdragen.

"Je hoeft me niet te begrijpen, maar probeer je wel te luisteren", zegt Yona. Misschien moet onze onmacht plaatsruimen voor onze eigen kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid, niet als een tekort, maar als een rijkdom. Kwetsbaarheid, niet als iets dat ons moedeloos maakt, maar ons net houvast biedt.

"Pedagogisch vruchtbaar is niet de peda-

gogische bedoeling, maar de pedagogische ontmoeting", schreef de Joodse filosoof Buber. "Het kind voelt, dat hij deze mens mag vertrouwen, dat deze mens hem niet wil manipuleren, maar aan zijn leven deelneemt. En zo leert hij vragen."

BRUNO VANOBBERGEN
VLAAMSE KINDERRECHTENCOMMISSARIS

Deze tekst kan je online raadplegen op het digitaal platform Sociaal.Net.
<http://sociaal.net/column/luister-naar-mij/>



Uitreiking van de vierde Prijs van het Vrije Denken

aan
Prof. Em. Marc Van Montagu
en
LEIF West-Vlaanderen

RAYMOND MAECKELBERGHE

Zaterdag 22 oktober 2016 om 17u30 stipt Gotische

zaal Brugs stadhuis, Burg 12, Brugge

Aansluitend wordt een receptie aangeboden in de Crowne Plaza

Inschrijven voor het banket in Crowne Plaza via
info@maeckelberghefoundation.be

Banket in de Crowne Plaza, Burg 10, Brugge om 20.30u

Menu

Carpaccio van rund 'Charolais' met kappertjes, zongedroogde tomaatjes, rucola en Parmesan

Tongscharfilet met garnalenmousseline, jonge spinazie, schelpdiertjes en hollandaisesaus

Gebakken ananas met steranijs, gember, munt, vanille-ijs en klein fruit

60 euro per persoon (wijnen inbegrepen)

Inschrijven kan met **de antwoordkaart**
bij **R. Forrez, G. Davidstraat 29, 8000 Brugge** of via
info@maeckelberghefoundation.be

De inschrijving is definitief na overschrijving van het bedrag op
rek. nr. BE40 0015 5794 2763 (Bic. GEBABEBB)



Leer ermee leven

Omgaan met psychische kwetsbaarheid

In het voorjaar van 2013 besluit Hans Meganck (°1965), studentencoach in de professionele bacheloropleiding Sociaal werk aan de Arteveldehogeschool, zich te laten opnemen in een psychiatrisch centrum met de symptomen van een ernstige depressie. Vanuit zijn engagement om iets te betekenen voor andere kwetsbare mensen verschijnt twee jaar later zijn boek 'Depressief. Goede zorg voor kwetsbare mensen' (LannooCampus). Daarin reflecteert hij openhartig over zijn ervaringen met de psychiatrische zorg en zijn eigen kwetsbaarheid. Zijn persoonlijk herstelverhaal wordt omkaderd door de visies en commentaren van enkele betrokken professionals. Na de publicatie geeft Hans als 'ervaringsdeskundige' regelmatig voordrachten en schrijft hij opiniestukken over het thema 'omgaan met een psychische kwetsbaarheid'. Zijn boek werd door de patiëntenvereniging 'Ups & Downs' uitgeroepen tot beste Vlaamse boek dat ooit geschreven werd over depressie. Hieronder laat hij u kennismaken met zijn beklijvende verhaal, in een notendop.

Het is voorjaar 2013 wanneer ik met de symptomen van depressie een zorgzame plek zoek om tot rust te komen en te herstellen. Een combinatie van genen, omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken brengen op dat moment mijn balans tussen draagkracht en draaglast uit evenwicht. Ik zie geen betere oplossing dan me hiervoor vrijwillig te laten opnemen in een Vlaams psychiatrisch centrum, met een specifieke afdeling voor de behandeling van stemmingsstoornissen. In deze periode begeleid ik als docent Sociaal werk een training rond 'zelfzorg'. Dit verhindert blijkbaar niet dat ik nu zelf zorg behoef. Maar ik stigmatiseer ook mezelf, versterkt door het taboe en de stigma's die heersen in deze samenleving waar de mens maakbaar is en verantwoordelijk wordt geacht voor het eigen persoonlijk welzijn. Ik vraag me af of ik dan gek werd, maar de aanblik van zeer herkenbare lotgenoten in het psychiatrisch centrum stelde me op dit vlak al vlug gerust. Ik kwam er gewone maar uiteraard kwetsbare mensen tegen, voor wie het

leven te hard werd of die even niet meer konden volgen.

“Ik ontdekte dat er in en onder kwetsbaarheid ook een kracht kan zitten.”

HOOP

De opname verloopt vlot. Er is een bed voor mij vrij. Wel beland ik in de 'fase nul', de eerste fase waarin je aan geen enkele therapie mag deelnemen en voor elke vraag om zorg of een gesprek zelf de eerste stap moet zetten. Ik kom hier nochtans binnen met de intentie om hier zo vlug als mogelijk hersteld weer buiten te geraken. Een gebrek aan zorg en aandacht, in combinatie met een zee aan piekertijd waarin ik niets mag doen, leiden me naar een nog dieper dal. Als het wat meezit, kan ik af en toe al eens met de psycholoog gaan praten en start de psychiater alvast de zoektocht naar

de best passende psychofarmaca. De verbondenheid en de onderlinge zorg die ik onder lotgenoten ervaar, zijn wel hoopgevend. Ook het horen van enkele ervaringsdeskundigen – mensen die komen getuigen hoe zij hier zelf beter uit kwamen – geeft me hoop en zin om ondanks alle twijfels, schaamte en uitzichtloosheid de behandeling hier toch door te zetten. Pas na enkele weken kom ik van de wachtlijst en mag ik aansluiten in de eerste fase van het zorgtraject, geïnspireerd op de dialectische gedragstherapie van Linehan. Vanaf dan werk ik dagelijks in groep, en individueel ook ondersteund door een zorgcoach, keihard aan mezelf. Een intensieve multidisciplinaire therapie gecombineerd met medicatie moeten ervoor zorgen dat ik beter word. Zeker wanneer ik de behandeling na een maand in opname voortzet in ambulante dagtherapie, leer ik hoe ik beter met mijn kwetsbaarheid kan omgaan. Ik begrijp de behandelingsvisie dat het beter is om hiermee zo goed als mogelijk te leren leven dan om te denken dat ik hiervan nu definitief kan genezen. De ondersteuning

en het begrip die ik voel van mijn supporters op het thuisfront en in mijn vriendenkring dragen in een belangrijke mate bij tot mijn herstel.

Na een halfjaar behandeling en arbeidsongeschiktheid verlaat ik het psychiatrisch centrum. Ik voel nog wel de behoefte aan wat nazorg, maar ook hiervoor is er helaas weer een wachttijd.

Het opnieuw opnemen van mijn eerder vertrouwde taken als docent in een bacheloropleiding Sociaal werk lijkt een grote drempel. Vooral de eerste stap door de schoolpoort boezemt me veel angst en twijfel in. Ik hervat progressief mijn werkzaamheden om na enkele maanden opnieuw voltijds actief te zijn. Gelukkig ervaar ik veel begrip, genegenheid en warmte van mijn beste collega's en directie.

“Een combinatie van genen, omstandigheden en persoonlijkheidskenmerken.”

TABOE

Depressie is net als verscheidene andere psychische aandoeningen een ziekte. Recent wetenschappelijk onderzoek bevestigt hoezeer er een genetische voorbestemdheid is die de kansen vergroot dat je hier ooit mee te maken krijgt. Maar er blijft een belangrijk deel van aan te leren inzichten en vaardigheden, die maken dat je de diepste dalen soms kan voorkomen. Net daarom blijven een betere en meer preventie en de zoektocht naar de beste en meest herstelgerichte zorg zo belangrijk. Helaas staan deze behandelingsmogelijkheden nog minder ver dan voor de meeste fysische aandoeningen. Dit heeft ook veel te maken met het taboe, de stigma's, de onwil en een tekort aan interesse bij beleidsverantwoordelijken om meer te investeren in een betere en meer preventieve geestelijke gezondheidszorg. Ook in de academische wereld wordt er te veel op eilanden en in ivoren torens gedacht en

gewerkt. Een constructieve en intensieve samenwerking vanuit verscheidene wetenschappelijke disciplines (bv. inzake onderzoek) zou veel meer kunnen bijdragen tot een betere geestelijke gezondheidszorg. Ook de koepel van zorginstellingen Zorgnet-Icuro weet dat er nog een lange weg te gaan is. Er is zeker nog veel werk aan de winkel in het ruimen van allerlei drempels die psychisch kwetsbare mensen verhinderen om tijdig de weg te vinden naar die vorm van zorg die voor hen het meest helpend is. Het toeval en de gewoonlijk belangrijke rol van de huisarts bepalen nog te veel of mensen die hulp vinden waarmee zij het meest gebaat zijn.

Er zijn kleine stapjes in de goede richting. Zo wordt er nagedacht over het meer inzetten van terugbetaalbare eerstelijnspsychologen, mobiele teams die mensen in hun vertrouwde omgeving kunnen bijstaan en een professioneel statuut en erkenning van ervaringsdeskundigen. Beleidsvoerders hebben tegenwoordig de mond vol van de 'vermaatschappelijking van zorg'. Ik vraag me af in welke mate de samenleving hier zelf voldoende klaar voor is. In een steeds meer individualiserende en aan angst onderhevige maatschappij lijkt het verschuiven van de zorg van instellingen naar het eigen netwerk en de gemeenschap me eerder nogal contradictorisch. Het idee is goed, maar de geest en enkele belangrijke randvoorwaarden (betaalbare en aangepaste huisvesting, goede zorg- en privénetwerken, een zinvolle tijdsbesteding en waardevolle contacten) volgen nog niet voldoende.

DE KRACHT VAN KWETSBAARHEID

Een positieve noot om te eindigen. Ik ontdekte dat er in en onder kwetsbaarheid ook een kracht kan zitten. Zonder die kwetsbaarheid en de benutte kansen om hiermee om te gaan, had ik nog geen steentje verlegd in een rivier op aarde. Als één van de Vlamingen op nog twee te tellen handen, heb ik een aandeel in een nieuwe zorgaanpak in het psychiatrisch centrum waar ik behandeld werd en word ik nu regelmatig gehoord als ervaringsdeskundige. Vooral op het niveau van de zorginstellingen merk ik een grote

bereidheid om, verbonden in kwetsbaarheid, samen met ervaringsdeskundigen mee na te denken over hoe de zorg ook anders en beter kan. Vooral ook deugddoend zijn de reacties van lezers van het boek *Depressief*, die me laten zien hoezeer mijn boek hen geïnspireerd heeft en hoop gaf om zelf te herstellen van een psychische aandoening.

We moeten onszelf niets wijsmaken. Psychische kwetsbaarheid zal altijd inherent aan het leven verbonden blijven. Maar er kan ongetwijfeld nog veel veranderen op het vlak van meer en betere preventie, in de manier waarop we met psychische kwetsbaarheden (leren) omgaan, in de blik waarmee we ernaar kijken en hoe we erover kunnen praten.

HANS MEGANCK



MEER INFO

www.lannoo.com/depressief

www.facebook.com/goedezorgvoorkwetsbaremensen

Enkele reacties op het boek:

'Uw boek 'Depressief' heeft me diep getroffen. Het is een must voor iedereen die zelf of in zijn omgeving met deze ernstige aandoening geconfronteerd wordt.'

'Uw boek is het beste en het meest waardevolle dat ik omtrent dit gevoelige, nog steeds taboeonderwerp gelezen heb.'

Geniet van 15% korting en gratis verzending op 'Depressief'. Surf naar www.lannoo.be/depressief en tik in het winkelmanje de kortingscode 'vrijewoord' in. Daarna kun je gewoon je bestelling afronden. Actie geldig tot 31/12/2016 of zolang de voorraad strekt.



De frustratie van de fietsenmaker

Multiculturele preventieve gezondheidszorg in de grootstad

Vele migranten zijn niet gewend aan een huisarts, laat staan aan preventie om ziekten te vermijden. Louis Ferrant ijvert al jaren voor een multiculturele en interdisciplinaire gezondheidszorg die bovendien sterk inzet op opvoeding, voeding en taal.

Ik ben in 1977 als huisarts begonnen in Anderlecht en stichtte in 2000 het Huis der Gezinnen, een multidisciplinair project voor kansarme gezinnen met jonge kinderen. Ik voelde me een fietsenmaker die voortdurend platte banden herstellde, maar de oorzaak van die lekken werd niet aangepakt. Daarom vond ik dat we bij de kinderen moesten beginnen. Vanuit het gezin krijgen ze een basisvertrouwen in het leven mee. Migrantenvrouwen zijn ontworteld en dat schudt onder andere hun opvoedingsmodellen door elkaar. Als arts wijzen op gezonde voeding, is iets praktisch, maar komt bovendien ook neutraal over. Het over opvoeding hebben is moralistischer. Die kinderen worden vaak meertalig opgevoed, maar kennen meestal geen enkele taal goed. Daarom legden we ons ook daarop toe. Kind en Gezin en de Franstalige tegenhanger O.N.E. (Office de la Naissance

et de l'Enfance) leggen trouwens dezelfde accenten. Dat ons initiatief vruchten draagt, blijkt uit het feit dat ondertussen een groep ouders het project zelf trekt.

HOOFDTHEMA'S

'Empowerment' is een van de hoofdthema's in onze manier van werken. Preventief werken betekent dat ik aan mensen vraag wat hun eerste bekommernis is als ze 's morgens opstaan. Hun man die gokt, hun dak dat lekt, hun kind dat spijsbelt. Er zijn zoveel zorgen die maken dat gezond blijven geen aandacht krijgt. Daarom is het belangrijk je patiënt te laten merken dat je oor hebt voor zijn problemen, dat je ook aandacht besteedt aan zijn woning, of fruit uitdeelt aan het onthaal als bijdrage aan gezonde voeding. Het helpt kennis te hebben van de culturele gewoontes uit diverse landen en uiteraard is communicatie belangrijk.

Maar bij communicatieproblemen is het goed om te weten dat tijdens consultaties kinderen het best niet als tolk fungeren. Het is nefast kinderen in een machtspositie te plaatsen tegenover hun ouders over vaak gevoelige onderwerpen. Het zou niet de eerste keer zijn dat ik merk dat een jongen zelfs de portemonnee van de moeder beheert. Zoiets kan niet. Patiënten moeten vrij kunnen spreken. Ook de man moet niet in de plaats van zijn vrouw antwoorden. Werk met tolken of communiceer zelf. Met een beveiligde Skype bestaan er nu mogelijkheden om videotolken in te schakelen. Je kunt niet voortdurend tolken in huis hebben voor alle mogelijke talen, maar dat internet-systeem is de toekomst voor interculturele bemiddeling.

MULTICULTUREEL EN MULTIDISCIPLINAIR

Met de jaren groeide het inzicht dat multidisciplinair werken in teamverband onontbeerlijk was. Dat leidde in 2008 tot het omvormen van onze bestaande groepspraktijk in het Wijkgezondheidscentrum MediKuregem, waar nu zeven huisartsen, twee verpleegsters, een diëtiste, een maatschappelijk assistente, drie onthaalmedewerkers, een parttime intercultureel bemiddelaarster en een zorgcoördinator samenwerken. Multidisciplinariteit helpt om in het zoeken naar oplossingen meerdere invalshoeken te horen. Door hoe meer brillen – ook gekleurde – je kunt kijken, hoe vollediger je beeld van de werkelijkheid wordt. Onze geneeskunde is nog altijd op een blanke leest geschoeid en onze denkkaders schieten geregeld tekort omdat we de culturele verschillen niet zien.

Zo merken wij als dokter allereerst de somatische klachten op en denken er niet altijd aan dat er psychologische of existentiële oorzaken achter schuilgaan. Is depressie een universeel verschijnsel dat zich overal op dezelfde wijze uit of krijg je andere klachten bij diverse culturen? Veel luisteren, maar ook de uitwisseling met antropologen en psychologen bracht ons vaak tot nieuwe inzichten. Een niet-westerling zegt nooit dat hij het niet meer ziet zitten. Die klaagt over aanhoudende buik- of hoofdpijn, vaak met metaforen

zoals 'mijn hart is dor' of 'mijn maag is een steen'. Er gebeurt iets in het lichaam wat wijst op een psychisch probleem. Er is een verwevenheid van lichaam en geest. Le corps parle, het lichaam zendt signalen uit. De geest maakt dat het lichaam niet vooruit kan. Wij noemen dat depressie, zij hebben het misschien over hun zenuwen of drukken het nog anders uit. Je moet tussen de regels leren lezen wanneer je een patiënt beluistert. Onze definities, niet alleen over depressie, zijn te westers en verder multicultureel onderzoek is nodig in de gezondheidszorg.

“De man moet niet in de plaats van zijn vrouw antwoorden.”

KANSARMOEDE

Toch wegen de sociaaleconomische verschillen het zwaarste door in de gezondheid van mensen: iemand die het middelbaar onderwijs niet heeft afgeemaakt, heeft gemiddeld de eerste belangrijke gezondheidsproblemen rond 52 jaar, iemand die een studie tot een goed einde gebracht heeft, ondervindt pas problemen rond zijn 65 jaar. Men ziet dezelfde verschillen als men kijkt naar de levensduur. Die is ook gerelateerd aan verschillen in socio-economische status en opleidingsniveau. En deze combinatie van socio-economische achterstand en een laag opleidingsniveau is helaas een hoofdkenmerk van de wijk Kuregem. Kuregem, een wijk in het oosten van Anderlecht, is gelegen in de negentiende-eeuwse gordel van het Brussels Gewest, een zone van achtergestelde wijken rond het Brusselse stadscentrum. Deze wijken kenmerken zich door een sterke concentratie van bevolkingsgroepen die geconfronteerd worden met armoede, sociale uitsluiting en bestaansonzekerheid en die verschillende achterstellersfactoren cumuleren. De werkloosheidsgraad bedraagt er meer dan 45%, bij jongeren zelfs meer dan 70%. Het aandeel huishoudens dat leeft van een OCMW-uitkering is er tot vijfmaal

hoger dan in de rest van het gewest en in sommige wijken groeit bijna een op de twee kinderen op in een huishouden zonder inkomen uit arbeid. Deze factoren dragen bij tot een slechte gezondheidstoestand van de inwoners en aanzienlijke sociale gezondheidsongelijkheden.

Kuregem is tevens een sterk multiculturele wijk, waarbij ongeveer 40% van de bevolking (t.o.v. 29% voor het Brussels Gewest in het algemeen) en meer dan 50% van de moeders niet de Belgische nationaliteit heeft. Kuregem heeft bovendien een zeer jonge bevolking, met een oververtegenwoordiging van jongvolwassenen – de leeftijd waarop men kinderen krijgt. Samen met een hogere vruchtbaarheid van de allochtone bevolking zorgt dit jonge leeftijdsprofiel voor een hoog en steeds stijgend geboortecijfer. Qua gezinssituatie is er een oververtegenwoordiging van alleenstaande moeders, zeer jonge moeders en zeer grote gezinnen.

Concluderend moeten we stellen dat een zeer groot en zelfs toenemend aantal kinderen geboren wordt en opgroeit in vaak bijzonder moeilijke sociaaleconomische omstandigheden.

Sociale uitsluiting en een moeilijke toegang tot de algemene 'universele' dienstverlening creëren specifieke noden. Daaraan proberen we met het Huis der Gezinnen tegemoet te komen door allochtone en autochtone gezinnen aangepaste en laagdrempelige ondersteuning te bieden bij de opvoeding van hun kinderen. Hierbij vormen toegankelijkheid, het creëren van een vertrouwensband, een respectvolle basishouding, uitgaan van sterktes van de gezinnen, cultuursensitief en responsief werken, enz. belangrijke uitgangspunten. Binnen de werking richten we ons tot een zo ruim mogelijk publiek: zowel maatschappelijk kwetsbare autochtonen als allochtonen van verschillende generaties, nieuwkomers, als mensen zonder papieren kunnen bij ons terecht.

KIRIKOE

Ten slotte is er ons project Kirikoe, dat gegroeid is vanuit reële noden van deze doelgroep en duidelijke signalen op het terrein. Het project richt zich tot alle zwangere vrouwen en moeders met ba-

“De levensduur is ook gerelateerd aan verschillen in socio-economische status en opleidingsniveau.”

by's tot negen maanden uit de buurt (Kuregem en omgeving) en wil een antwoord bieden op bestaande lacunes.

Dit project bestaat uit een samenwerkingsverband tussen het inloopteam Huis der Gezinnen en het Wijkgezondheidscentrum MediKuregem. Het Huis der Gezinnen is zoals gezegd een plaats waar, naast verschillende groepswerkingen zoals Babiloen, voor baby's en peuters, en Amodoe, voor kleuters en lagere-schoolkinderen, ook ouders individuele ondersteuning kunnen krijgen. Ons Wijkgezondheidscentrum MediKuregem biedt preventieve en curatieve zorg aan zijn patiënten, maar werkt ook outreachend door zijn kennis en expertise in te zetten bij partnerorganisaties. Beide organisaties maken tevens deel uit van een uitgebreid netwerk waartoe verscheidene lokale partners zoals Kind & Gezin en Office de la Naissance et de l'Enfance behoren.

De opzet is om toekomstige ouders en pas bevallen moeders zowel op medisch als op psychosociaal vlak te ondersteunen. Hiervoor wordt een vroedvrouw ingezet voor de pre- en postnatale raadplegingen en vinden er ook groeps-sessies plaats met onder andere baby-massage en postnatale kinesithérapie. Met dit project wordt getracht in een vroeg stadium de cirkel van kansarmoede bij kinderen te doorbreken.

LOUIS FERRANT

Louis Ferrant is huisarts in het Wijkgezondheidscentrum MediKuregem in Anderlecht en medewerker aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen.
Info: www.huisdergezinnen.be
www.vwgc.be



Hij werkt op de beleidsdienst van 11.11.11 en verzorgt er onder meer het inhoudelijke en politieke luik van de campagnes. Zo stond hij mee aan de basis van de huidige campagne rond sociale bescherming. Aan het publieksluik gaat steeds een traject van inhoudelijke voorbereiding en afstemming met partners vooraf. Koen Detavernier coördineert een groep van 19 zeer uiteenlopende, zowel Nederlands- als Franstalige organisaties zoals vakbonden, mutualiteiten en grote en kleinere ngo's.

HET VRIJE WOORD: Waarop focust de campagne 2016?

KOEN DETAVERNIER: In 2015 kwamen we naar buiten met de basisboodschap 'Sociale bescherming voor iedereen'. In 2016 vertalen we dit concreet naar het domein gezondheidszorg. Gezondheidszorg is een van de essentiële diensten binnen sociale bescherming, maar 1,3 miljard mensen hebben nog steeds geen toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Eind oktober barst steeds de campagne los: we stappen dan naar de media, brengen onze eisenbundel uit en komen met de cijfers uit het dossier naar buiten. We voeren dan maximaal campagne met onder meer affiches, folders en tv- en radiospots. In de zomermaanden al vond je onze vrijwilligers met onze actiestanden op festivals en evenementen. We zeggen dan 'Santé!' op een goede gezondheidszorg, ook voor die 1,3 miljard. We spelen met de dubbele betekenis van dat woord.

Waarom de keuze voor sociale bescherming?

De basis is de vaststelling dat ongeveer 73% van de bevolking wereldwijd veel te weinig of gebrekkige sociale bescherming geniet. Ongeveer de helft heeft geen enkele vorm van sociale bescherming zoals kindergeld, pensioen of tegemoetkoming bij werkloosheid – al dan niet door ziekte. Weinig, dat is bijvoorbeeld een pensioen van 11 dollar per 3 maanden, een bedrag dat in een bank afgehaald moet worden en waarbij men misschien al de helft moet uitgeven aan transport daarnaartoe. Dat is dus een uitdaging. Sociale bescherming is nochtans al decennialang een erkend mensenrecht: het staat in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en werd reeds in 1952 geconcretiseerd in een Conventie van de Internationale Arbeidsorganisatie, het IAO.

Wordt die conventie ook toegepast?

De drive om dit wereldwijd uit te rollen,

is er nooit gekomen. Trends komen en gaan in de politiek, en de lat lag ook meteen al vrij hoog. Een probleem is onder meer dat ex-kolonies zich minder gebonden voelen door internationale verdragen uit de koloniale periode. Daarom gaan wijzelf, met de partners wereldwijd, stapsgewijs te werk.

Globaal verschoof de aandacht, zelfs binnen de Noord-Zuidbeweging – met uitzondering van gespecialiseerde instellingen die er juist hun corebusiness van maakten – over de jaren ook naar armoedebestrijding. De veelal slechte huidige situatie hangt hiermee samen, namelijk door het vasthouden aan een te enge definitie van armoedebestrijding. Er werd een zeer lage, extreme armoedegrens bepaald en deze halen werd een doel: voor 2015 wou men als millenniumdoelstelling het aantal mensen dat eronder zit halveren. Zo leek het alsof mensen net boven deze grens tillen zou volstaan. Maar daarmee alleen groeien we nog niet

naar een rechtvaardige wereld.

Pas met de 'Waardig werk'-agenda van de IAO, waar sociale bescherming een van de vier pijlers is, raakte het opnieuw boven aan de agenda. Wij zijn blij dat binnen de duurzame ontwikkelingsdoelen de term 'sociale bescherming' vier keer voorkomt. Gekoppeld aan de aandacht voor herverdeling verlegt dit de focus terug naar rechtvaardigheid en sociale bescherming. Nu komt het erop aan om dat ook te vertalen in beleid.

Sociale bescherming levert meer structurele antwoorden op armoede, uitsluiting en achterstelling, wat betere kansen geeft op een waardig leven. Het verhoogt bovendien de economische groei en houdt de consumptie op peil. Er is historisch voldoende feitmateriaal ter staving. De retoriek van vandaag wil echter dat sociale bescherming enkel een kostenpost is en parasiteert, terwijl het net geld doet rollen.

“1,3 miljard mensen hebben geen toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg.”

Hoe slaat zoiets aan in een overheersend neoliberal klimaat?

Het hangt af van wat men wil. Als men eerlijk is en inderdaad een wereld met minder ongelijkheid nastreeft, moet men blijvend investeren in sociale bescherming. En dat hoeft niet zo veel te kosten. We hebben voor drie ontwikkelingslanden laten berekenen wat het kost om sociale bescherming op het landelijk inkomensniveau in te voeren: 12 à 13% van het bbp. Voor Peru en Indonesië zou dat een hele stap vooruit betekenen, maar in Burundi zou het beschermingsniveau nog te laag zijn omdat het zo'n extreem arm land is. Je kan zeker niet alles tegelijk, en een aantal landen heeft de technische capaciteit niet om dit te realiseren. Maar er is op zich geen excuus om geen herverdelingsstructuren op te zetten. We kunnen bovendien samenwerken en landen hierbij helpen. De bedoeling is dus

niet om daar bijvoorbeeld de pensioenen te betalen.

Een ontoereikende toegang tot gezondheidszorg genereert armoede. Jullie doen hieromtrent een oproep aan Belgische politici. Met welke verwachtingen?

Qua basisgezondheidszorg willen we in eerste instantie aan agendasetting op lange termijn doen en negatieve trends aanklagen en keren, vooral de commercialisering. Dat gaat concreet bijvoorbeeld over de vrijhandelsakkoorden: met een zeer brede coalitie gaan we in tegen de huidige vermarkting van de gezondheidszorg. Nu speelt Europa daarin een foute rol. Er wordt aangestuurd op meer commercialisering. Echter: zodra je die stappen gezet hebt, kun je niet meer terug. Zelfs als de kosten veel te hoog oplopen of een deel van de bevolking uitgesloten wordt. Men kijkt veel te dogmatisch naar het potentieel van privé-investeringen voor ontwikkeling. Oké, dit levert jobs op, maar voor basisrechten zoals gezondheidszorg en onderwijs werkt dit niet. In ons dossier zie je duidelijk de kwalijke resultaten, zoals landen met dure ziekenhuizen in de steden en weinig tot ontbrekend aanbod op het platteland.

Wat betekent 'universele dekking van de gezondheidszorg' (Universal Coverage)? **I**nitiele bedoelde men hiermee aanbod aan, toegang tot en financiering van de gezondheidszorg. Maar eng geïnterpreteerd, wordt dit bijvoorbeeld 'zorgen dat iedereen een verzekering heeft'. Dergelijke redenering is deels ideologisch, want dit ontslaat de overheid ervan zelf een kwalitatief aanbod te realiseren. Wij streven juist naar een goed basisaanbod van toegankelijke, duurzame en solidair gefinancierde gezondheidszorg. Door commercialisering krijg je een tweedeling: de 'happy few' versus de rest (zie cases onderaan n.v.d.r.). Wij geloven dat dit voor dergelijk essentieel mensenrecht als gezondheidszorg mag noch kan.

Welke sleutelementen garanderen sociale bescherming?

Er zijn vier eisengroepen: rond wetgeving en verdragen, solidaire financieringssystemen, de participatie van sociale actoren en coherent beleid. Nog niet alle landen hebben de internationale verdragen getratificeerd, dat is een eerste opdracht.

Maar vooral het omzetten in eigen wetgeving is belangrijk, en daar werken partners ook heel hard aan. Bijvoorbeeld in Afrika: mutualiteiten pleiten er sterk voor een wetgevend kader.

Financiering moet duurzaam en solidair zijn. Wij bepalen niet hoe men te werk moet gaan: dit moet men zelf, in sociale dialoog, bepalen. Natuurlijk pleiten we wel voor rechtvaardige belastingen. Wereldwijd verliezen landen ontzettend veel inkomsten door belastingontduiking. Ook pleiten we steeds voor een herverdelingsmechanisme.

Participatie van sociale actoren is een derde eis. En ten slotte streven we naar coherentie in het beleid, op alle niveaus. Zodat inspanningen voor sociale bescherming niet worden ondergraven door, stel, een handelsbeleid dat gezondheidszorg reduceert tot koopwaar. Inzake gezondheidszorg hebben we specifieke eisen. In grote lijnen: financiële en fysieke toegankelijkheid, beschikbaarheid, ethisch aanvaardbare praktijken en kwaliteit.

“Door commercialisering krijg je een tweedeling: de 'happy few' versus de rest.”

Spelen sociale organisaties een rol in dit verhaal?

Binnen de brede campagne was de overeenkomst om dit jaar met de partners, in functie van de achterban, een specifiek issue rond sociale bescherming te selecteren. Wij kozen voor gezondheidszorg, want het is, naast inkomensgarantie, belangrijk en het maakt het ook tastbaarder. Bovendien is er onze Belgische expertise, die we kunnen inbrengen als meerwaarde in onder andere internationale samenwerkingen, capaciteitsversterking, multilaterale instellingen en partnerschappen tussen sociale organisaties wereldwijd.

In België is het de bedoeling om onze regering te overtuigen meer en beter werk →

te maken van het ondersteunen van sociale bescherming in ontwikkelingslanden. Het parlement volgt ons alvast met die vraag en keurde op 4 mei een resolutie goed die aan de regering vraagt sociale bescherming op te nemen en te verankeren in ons internationaal beleid. De Kamer schuift daarbij ook al enkele concretere pistes naar voren. We vragen dat België werk maakt van sociale bescherming binnen zijn internationale samenwerkingsverbanden.

“Binnen sociale bescherming is inkomensgarantie een doelstelling.”

We willen daarbij vooral kwalijke trends aanklagen, zoals de commercialisering. Gezondheidszorg overlaten aan de markt of in vrijhandelsakkoorden opnemen, verhindert de toegankelijkheid. Denk bijvoorbeeld aan dure geneesmiddelen vanwege de primauteit van intellectuele eigendomsrechten. Dat kost de gemeenschap uiteindelijk veel meer. Maar ook de trend om ziektes afzonderlijk aan te pakken met grote campagnes. Dat gebeurt vooral door grote stichtingen, aan de hand van wereldwijde programma's waarin het Westen veel wil investeren, onder meer wanneer het om overdraagbare ziektes gaat, zoals aids. Heel cynisch

gezegd gebeurt dit uit eigenbelang. In de jaren 80 zijn er door de crisis overigens veel lokale gezondheidszorgsystemen ontmanteld vanwege opgelegde bezuinigingsprogramma's. Wij vragen om meer te investeren in goede basisgezondheidszorg en gezondheidssystemen zelf zoals materiaal, structuren, opleidingen, medicijnen en personeel. En voor indicatoren rond de kwaliteit van gezondheidszorg in een land kijkt men het best naar zaken als moedersterfte, niet naar overdraagbare aandoeningen. Dat toont veel beter aan of een gezondheidssysteem performant is en de basiszorg toegankelijk.

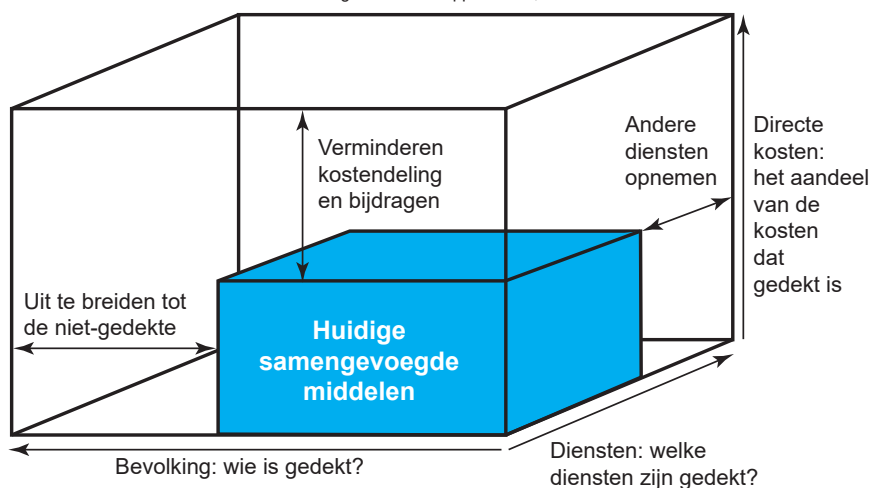
Ook de link met waardig werk en duurzame ontwikkeling wordt benadrukt.

Binnen sociale bescherming is inkomensgarantie een doelstelling, voor mensen die niet of onvoldoende in staat zijn om zelf een inkomen te genereren. Evengoed kleine zelfstandigen zoals boeren, die in het Zuiden vaak in een informele economie werken. Een waardig inkomen is cruciaal, en de link met gezondheid en duurzame ontwikkeling is evident. Een goede job garandeert immers sociale bescherming, en als de prijs voor goederen correct is, kan tevens een goed loon worden geleverd. In het Zuiden zijn het vaak vakbonden die zich inzetten voor sociale bescherming – opnieuw het verband met waardig werk! Onze boodschap is echter ook dat een sterke economie geen voorwaarde mag zijn voor sociale bescherming.

SIEN SIMOENS

KUBUS VAN UNIVERSELE GEZONDHEIDSBESCHERMING

Bron: Wereldgezondheidsrapport 2010, WHO



MEER WETEN?

Website 11.11.11: www.11.be

Alle info over de campagne gezondheidszorg:

www.11.be/campagne2016

<http://www.11.be/onze-thema-s/item/campagne-2016-basisgezondheidszorg-voor-iedereen-2>

De volledige (technische) eisenfiches rond sociale bescherming:

www.socialebescherming.be

Duurzame ontwikkelingsdoelen 2016-2030:

<http://www.cmo.nl/vnarena-vob/duurzame-ontwikkelingsdoelen-2016-2030>

UNIVERSAL COVERAGE SCHEME-CASES

Slecht voorbeeld:

Lesotho is extreem arm en heeft wereldwijd de derde hoogste hiv-prevalentie. Daar draaide de publiek-private samenwerking voor een nieuw ziekenhuis, dat als model moest dienen voor het hele continent, op een fiasco uit. De kosten voor de werking en lening lopen maar liefst op tot 51% van het gezondheidsbudget: 3 keer meer dan voorheen, terwijl er niet meer efficiëntie of toegankelijkheid tegenover staat, integendeel!

Goed voorbeeld:

Thailand is een treffend voorbeeld van het snelle succes van het UCS-programma (Universal Coverage Scheme). Tegen advies van externe deskundigen en internationale financiële instellingen in, werd ermee gestart tijdens een periode van crisis – met verbluffende resultaten: een lagere moeder-, zuigelingen- en kindersterfte, lagere bijdragen voor de bevolking en progressieve uitgaven ten voordele van armen, ondanks gelijkblijvende uitgaven (4% van het bnp). Maar uitdagingen, zoals commercialisering, nood aan harmonisatie van verschillende systemen..., blijven zich aandienen.

Wij zijn er voor jou!

Een huisvandeMens is er voor iedereen, dus ook voor jou. Verdraagzaamheid, vrijheid, gelijkwaardigheid, verbondenheid en verantwoordelijkheid zijn onze kernwaarden. Voor ons is elke mens uniek! We helpen je graag.

Je kan bij ons terecht voor:



Informatie

(over ethische en maatschappelijke thema's)



Vrijzinnig humanistische plechtigheden

(geboorte, huwelijk, samenwonen, jubilea, afscheid...)



Vrijzinnig humanistische begeleiding

(een luisterend oor, een goed gesprek)



Waardig levenseinde

(wilsverklaring, patiëntenrechten, palliatieve zorg...)



Vrijzinnige draaischijf

(lokale vrijzinnig humanistische initiatieven en activiteiten)



Vrijwilligerswerk

Praktisch

Je kan gewoon binnenspringen in een huisvandeMens, maar je maakt het best even telefonisch een afspraak, dan ben je zeker dat één van onze medewerkers je onmiddellijk verder zal helpen.

Onze dienstverlening is kosteloos.

Voor meer informatie:

www.deMens.nu

De huizenvandeMens zijn een initiatief van deMens.nu

deMens.nu Magazine

Het deMens.nu Magazine is hét vrijzinnig humanistisch tijdschrift voor de maatschappelijk geëngageerde mens. Om de drie maanden werpt het Magazine een vrijzinnig humanistische blik op de samenleving. Het gaat hierbij over mensen. Over u, dus.

U kan een gratis proefnummer aanvragen of u gratis abonneren.

Hoe?

Stuur een mailtje naar: info@deMens.nu

OF schrijf naar: deMens.nu-UVV vzw

Brand Whitlocklaan 87 – 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

OF telefoneer naar: 02 735 81 92

Met vermelding van uw naam en adres.





Anne Dedry is als volksvertegenwoordiger onder meer actief in de Commissie Volksgezondheid en Sociale Zaken. Ze heeft dertig jaar praktijkervaring in onder andere de thuiszorgsector. Toen ze haar politiek mandaat begon, was ze directeur van Zorg-Saam, een vormingsinstelling gespecialiseerd in zorgthema's, en van Ons Zorgnetwerk, dat de belangen van mantelzorgers behartigt. Onlangs schreef ze een boek over de mantelzorg.

De onschatbare waarde van de mantelzorg

HET VRIJE WOORD: Is Ons Zorgnetwerk bekend bij het bredere publiek?

ANNE DEDRY: Er zijn in Vlaanderen zes erkende verenigingen voor mantelzorg en Ons Zorgnetwerk is er daar een van. We hebben 20 000 leden, maar zijn vooral bekend binnen de zorgsector en bij gebruikers en mantelzorgers. Men kent ons als belangenbehartiger en hulpijn, maar ook als informatie- en documentatiecentrum, een plek waar je

terecht kan om ontmoetingsmomenten te organiseren of voordrachten te boeken.

Hoe is het boek 'Zorg zonder naam' er gekomen?

Uitgeverij Lannoo heeft mij vanuit mijn expertise gevraagd een boek uit te brengen voor, en dus niet over, mantelzorgers. Wij voelen aan dat zij hun weg niet vinden. Het is geschreven in opdracht van Ons Zorgnetwerk. Aangezien ik tevens politica ben, heb ik er in een laatste

hoofdstuk een reeks pijnpunten in het beleid aan toegevoegd. Ik haal vijf knelpunten aan in de hoop zo het maatschappelijk debat aan te zwengelen.

22 MILJARD

Vanwaar de titel?

Mantelzorgers beseffen vaak zelf niet dat ze mantelzorgers zijn. Het is een zorg die gewoon gebeurt, vanzelf. Men is verbaasd om die term te horen. 'Ik

zorg toch maar gewoon voor mijn zieke moeder', denkt men. De titel verwijst ook naar het feit dat mantelzorgers vaak heel onzichtbaar zijn, zoals de achterkant van de maan die je eigenlijk ook nooit ziet. Derde reden is dat mantelzorg iets onbelangrijks lijkt, maar dat zeker niet is. Volgens een nieuwe studie van de universiteit van Hasselt vertegenwoordigt ze 22 miljard aan economische waarde. Mochten mantelzorgers morgen allemaal stoppen en vervangen worden door professionals, dan kost dit de maatschappij dus 22 miljard euro! Dat is 5% van ons bnp. Zijzelf noch de overheid beseffen het belang ervan.

Wat is het wettelijk kader waarin de mantelzorger vandaag opereert?

Wij zijn met Groen niet voor een aantal voorstellen die we eerder beperkt vinden: een premie voor mantelzorgers of een verzekering. Daarop zitten de mensen niet te wachten, het zijn slechts druppels op een hete plaat. Groen heeft een wetsvoorstel ingediend dat moet zorgen voor échte ondersteuning van mantelzorgers: daarin worden de mantelzorgu-

“Professionele zorgverstrekkers hebben niet altijd begrepen dat mantelzorgers collega's zijn.”

ze dat doen? Sommigen vinden dat mantelzorgers geen medische handelingen mogen uitvoeren. Maar eigenlijk doen ze niet anders! Onze boodschap is: mantelzorg zit in de privésfeer, en dat moet je niet juridiseren.

CITROENEN

Is er dan helemaal geen statuut?

Momenteel is er een definitie, maar die moet nog inhoud krijgen en uitgevoerd worden. Het gaat over de wet-Courard uit de vorige legislatuur. Dat is een taak voor Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Er is binnen de regering geen eensgezindheid over, denk ik. De vele ballonnetjes met voorstellen bieden geen fundamentele ondersteuning. We moeten ervoor zorgen dat mantelzorgers niet afgestraft worden: als ze ziek worden door overbelasting of zorg combineren met een job, door halftijds te werken. Ook door de wachtlijsten voor thuiszorg te beperken.

Ik licht even de mantelzorgcontext toe. Eerst is er de zorgvrager, daarrond de mantelzorger, daarrond de professionele thuiszorg, de semi-residentiële zorg en ten slotte de residentiële zorg.

Veel ministers vinden dat de zorgvrager in de eerste plaats voor zichzelf moet proberen te zorgen, daarna een beroep moet doen op mantelzorgers en dan pas op professionele zorg. Dat is de valkuil van vermaatschappelijking van zorg. 'Wring eerst de mantelzorgers uit, en kom dan met professionele zorg', een slechte invulling van een goed principe. Ik meen dat de professionele thuiszorgdiensten, de eerste waar de zorgvrager mee te maken krijgt, de hele context moeten meenemen en bekijken wat de noden en mogelijkheden zijn, ook die van de

mantelzorgers rond de zorgvrager. Professionele hulp moet afgestemd zijn op wat er kan. Vermaatschappelijking van zorg betekent in positieve zin dat iedereen, ook zieken en gehandicapten, recht heeft op een plaats in onze samenleving en op participatie. Dus dat het maar 'evident' is dat ik bijvoorbeeld de buur help die zelf zijn vuilnisbakken niet meer kan buitenzetten of boodschappen kan doen. 'So far, so good'. De valkuil is echter dat de overheid in tijden van besparing heel veel inzet op die gratis handen en pas in gang wil schieten als de mantelzorgers niet meer kunnen. Men beweert dat men hen niet wil uitpersen als citroenen. Maar doe dan iets serieus: voorzie voldoende respijtzorg, mogelijkheden tot adempauzes, centra voor kortverblijf. Maak de bedrijven mantelzorgvriendelijk. Stimuleer mantelzorgvriendelijk ondernemen.

Bovendien: mantelzorg loopt in België gemiddeld over een periode van tien jaar. Als je daarna moet vaststellen dat je financieel zoveel kwijt bent... Alle huidige systemen van tijdskrediet, loopbaanonderbreking en dergelijke zijn beperkt en worden nog sterker ingeperkt. Nu kun je 48 maanden tijdskrediet met motief nemen: onder meer voor chronisch zieken, gehandicapten of een revalidatie. Mantelzorg stopt echter niet enkel door overlijden, maar ook door herstel, verbetering of genezing of door verhuis naar een rusthuis. Met tijdskrediet alleen kom je er nooit. Wie mantelzorger is, zou dit etiket moeten kunnen behouden en in dat systeem blijven. 'Het duurt zolang het duurt'. En wij hebben als samenleving de plicht om de mantelzorgers op een fatsoenlijke manier te ondersteunen.

KINDMANTELZORGER

Wat met jongeren, zelfs kinderen, die optreden als mantelzorger? Is men zich bewust van de belasting die dit kan betekenen?

In mijn boek komt het niet echt ter sprake. Maar het is zeker een onderbelichte, belangrijke vorm van mantelzorg. Uit internationaal onderzoek blijkt dat 2 tot 4% van de minderjarigen voor een of twee personen zorgt. Dat zijn meestal zieke ouders of ouders met problemen. We hebben geen Belgische cijfers, maar er →

“De samenleving heeft de verdomde plicht om mantelzorgers te ondersteunen.”

ren gelijkgesteld met die van betaalde arbeid. Geen loon of vergoeding, maar een erkenning zodat mensen niet na zoveel jaren zorg, bijvoorbeeld voor een gehandicapt kind, tot de vaststelling moeten komen dat ze een pensioen krijgen waarvan ze niet kunnen leven terwijl ze een beroep hadden kunnen doen op instellingen, maar dat niet deden. Waarom mag dit niet meetellen als gelijkgestelde rechten? Men moet sociale rechten kunnen opbouwen.

Ook een statuut met rechten en plichten is niet per se een oplossing. Rechten ok, maar plichten? Ga je in huis bij mantelzorgers controleren wat ze doen en hoe

is wel een kwalitatief onderzoek van Kind en Samenleving. Onlangs zag ik er een Brits televisieprogramma over, heel aan-
doenlijk. Het blijkt ook een erg onzicht-
baar fenomeen.

Ziet u mantelzorg als een basispatiën-
tenrecht?

De kaderwet van de patiëntenrechten
zegt dat natuurlijk wel: als iemand een
vertrouwenspersoon heeft, bijvoorbeeld
een mantelzorger, dan mag die inzage
hebben in het dossier. Maar er is nog veel
ruimte voor verbetering. Onze zorgverle-
ning is globaal te veel gericht op de rela-
tie patiënt-zorgverstreker. Oog hebben
voor de hele context daarrond levert veel
meer op. Verder moet er bij professionals

“Mensen moeten
de regie in handen
nemen wanneer het
nog kan.”

een betere kennis zijn over de sociale
kaart in hun werkingsgebied. Zo kunnen
ze mantelzorgers beter wegwijs maken.
Stel: je hebt een dementerende ouder.
Dan kan men informatie verstrekken over
dementiecafés en jongdementiehuizen in
de regio. Zo krijgt de mantelzorger sneller
hulp en kan hij lotgenoten ontmoeten.

MISCOMMUNICATIE EN ONBEGRIIP

Zijn er vaak conflicten tussen de profes-
sionele verzorgers en de mantelzorgers?

Mantelzorgers klagen er vaak over
dat ze niet als volwaardig worden be-
schouwd. Het grootste probleem is
communicatie. In het boek staan voor-
beelden, onder meer over patiënten die
geen juist ziekte-inzicht hebben. Stel:
een oudere man zorgt voor zijn zorgbe-
hoevende vrouw. De dochter dringt aan
op gezinszorg. De verantwoordelijke van
de gezinszorg spreekt echter enkel met
de bejaarde man en ziet niet wat dochter
en zoon allemaal doen. De man minima-
liseert de zorgbehoefte, want zijn gene-
ratie schaamt zich om hulp te vragen. Als
men zou praten met iedereen in het sys-
teem en niet enkel met het de 'klant', kan
men de situatie beter inschatten. Terwijl

de dochter nu moest aandringen op een
gesprek met thuiszorg.

Ook bij opname en ontslag uit ziekenhui-
zen of woon-zorgcentra rijzen vaak pro-
blemen. Denk aan ontbrekende informa-
tie over de datum van opname of ontslag
of over veranderde medicatie. Professi-
onele zorgverstrekkers hebben nog niet
altijd begrepen dat ze mantelzorgers als
volwaardige partners moeten zien, eigen-
lijk zelfs als collega's.

Mantelzorg zou in de opleidingen ook
een vak moeten worden, zoals palliatie-
ve zorg. Er zou minstens voor alle huis-
artsen en verpleegkundigen een module
moeten komen waarin thema's worden
behandeld als: 'wat is contextueel den-
ken?', 'hoe voer je een slechtnieuws-
gesprek en betrek je de mantelzorger
daarbij?', 'hoe bewaak je de draagkracht
van de mantelzorger?'. Mantelzorgers
hebben vanzelf de neiging om te ver te
gaan, want ze doen dat uit liefde. Dan is
het zinvol dat de professional ingrijpt en
zegt dat er meer externe hulp moet ko-
men. Men kan een heel positieve rol spe-
len. Nu staat evenwel de relatie tussen
patiënt en zorgverstreker centraal, de
mantelzorger bengelt daar zo'n beetje bij.

ZINGEVING

In een eerdere nota van Groen staat dat
iedereen zijn rol moet opnemen: over-
heid, bedrijven, mantelzorger. Maar ook
dat mensen tijdig aan zorgplanning moe-
ten doen.

Dat is ook de bedoeling van mijn boek.
Om helder alle aspecten aan te bren-
gen waarmee de mantelzorger te maken
krijgt. Per hoofdstuk behandel ik een
thema. Bijvoorbeeld zelfzorg: denk hier
aan multitasking, grenzen bewaken. Een
hoofdstuk over de relatie met professio-
nals. Of over financiën en financiële af-
spraken die belangrijk zijn voor betrok-
ken familieleden, om ruzies te vermijden.
Eentje over de combinatie mantelzorg
en werk: het gesprek met de werkgever,
de verlofsystemen en de gevolgen. Een
hoofdstuk over communicatie. En een
over 'triggermomenten' zoals opname en
ontslag of verlies en rouw.

In mijn boek heb ik het er niet specifiek
over, maar als Ons Zorgnetwerk zijn we
daar wel fel mee bezig. Als vijftiger of

wanneer je pas op pensioen bent, moet
je al nadenken over hoe je zaken zoals
wonen wil organiseren, op wie je kan te-
rugvallen, hoe je het financieel en recht-
vaardig kan regelen en ga zo maar door.

“Mantelzorg heeft
én geeft zin.”

De sensibilisering van toekomstige ge-
bruikers is een belangrijke opdracht. Het
gaat om veel meer dan de wilsbeschik-
king. Mensen moeten de regie in handen
nemen wanneer het nog kan.

Maar het boek is zeker niet enkel kom-
mer en kwel. Het hoofdstuk 'Mantelzorg
als positieve ervaring' geeft de duide-
lijke boodschap dat de overgrote meer-
derheid van mantelzorgers het opnieuw
zou doen. Ze voelen de dankbaarheid en
liefde, alles wat ze geïnvesteerd hebben
en het mooie wat ze ervoor terugkregen.
Er zijn zelden negatieve ervaringen. Men
spreekt zelfs over zingeving. Mensen er-
varen zingeving in het feit dat ze mantel-
zorger zijn. Niet enkel familieleden, maar
ook studenten die bijvoorbeeld voor een
buur zorgen. Het heeft zin en het geeft
zin. Dit komt voortdurend terug in de ge-
tuigenissen.

INVESTEREN LOONT

Welk toekomstbeeld en welke uitdaging-
en ziet u voor de mantelzorg?

AD: In het laatste hoofdstuk heb ik het
over vijf maankraters. Samengevat zijn
deze: de overdreven juridisering, de ver-
maatschappelijking van de zorg, de juis-
te ondersteuning, respect vanwege de
professionelen en diversiteit. Maar het is
geen politiek boek.

We zullen zien hoe het mantelzorgplan
uitpakt. Het leeft zeker wel. In 2015 was
er veel protest rond de inperking van het
tijdskrediet en het voorstel om werkloze
mantelzorgers minder lang vrij te stellen
van beschikbaarheid voor de arbeids-
markt. Veel BV's hebben zich toen geout
en spraken ook over burn-outs. Er is dus
iets aan het bewegen.

Feit is volgens Nederlands onderzoek
wel dat werkende mantelzorgers 14 da-
gen langer ziek zijn dan niet-werkende.

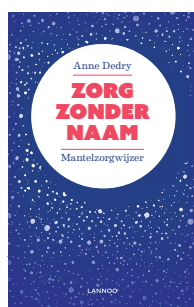
Ik heb van dit scenario de kostenberekening gemaakt voor België: dit kost de samenleving eigenlijk 1,2 miljoen euro per dag! Onze regering spreekt zo graag in cijfers: dat ze eens naar deze cijfers kijken! Mensen worden echt niet zomaar ziek. Overheid en ook werkgevers kunnen heel veel doen, maar ze moeten de 'incentives' krijgen. En investeren loont, anders pakt het nog veel duurder uit.

Is er oog voor sociologische en demografische evoluties die het belang van mantelzorg vergroten?

Aangezien het over 20 uur per week kan gaan, houden veel mensen dit niet vol. Zeker niet de sandwichgeneratie – zij die moeten werken én regelmatig voor hun kleinkinderen zorgen, terwijl ze tevens met hoogbejaarde ouders zitten die graag zo lang mogelijk thuis willen blijven. Zij hebben dikwijls tekort aan opvang en zijn echt uitgeput.

Mijn conclusie luidt: je kunt niet tegelijkertijd in de richting van de gratis handen in de zorg kijken en verwachten dat mensen langer werken zonder goede ondersteunende maatregelen zoals onbeperkt tijdskrediet en opbouw van pensioenrechten.

SIEN SIMOENS



'Zorg zonder naam, Mantelzorgwijzer',
Anne Dedry,
Lannoo en Ons
Zorgnetwerk, 2016,
9789401435987

MANTELZORGSCHEMA

Mantelzorg is de extra zorg die, meestal door familie of iemand uit de naaste omgeving, aan een zorgbehoevende gegeven wordt. Mantelzorg staat naast professionele zorg en is ook geen vorm van georganiseerd vrijwilligerswerk. Het gaat om een zeer ruim begrip, en de intensiteit van zorg en de zorgsituaties zijn heel uiteenlopend. Mantelzorg overkomt mensen, en wordt als vanzelfsprekend gezien.



In het midden van de tekening staat de zorgbehoevende persoon, met zijn eigen noden en verwachtingen, centraal. De cirkel daaromheen zijn de mantelzorgers. Zij vormen 'de mantel' om de zorgbehoevende persoon heen en staan er het dichtste bij. De buitenste cirkel vertegenwoordigt de vrijwillige en de professionele hulpverlening. De vrijwilligersondersteuning wordt grotendeels waargemaakt door ziekenzorgvrijwilligers. Ze zijn de mantelzorger voor de zorgvragende persoon en hebben een dubbele rol: de belasting en druk van de mantelzorger verminderen en naar het verhaal van de zorgvragende persoon luisteren. Al deze cirkels samen proberen de zorgsituatie op een zo goed mogelijke manier op te vangen. (bron: www.ziekenzorg.be)

CIJFERS OVER MANTELZORG EN HET PROFIEL VAN DE MANTELZORGER

In Vlaanderen zijn ca. 580 000 mantelzorgers actief.
13% is een man.

14% is jonger dan 40.

4 op de 10 combineert de zorg met een job.

5 op de 10 zorgt voor hoogbejaarde ouders.

Demografische evoluties zoals de vergrijzing, kleinere en nieuw samengestelde gezinnen, gescheiden 55-plussers, maar ook maatschappelijke veranderingen zoals langere loopbanen, grotere afstanden van en binnen families, zorgplicht in plaats van zorgkeuze en mondigheid van de patiënt, beïnvloeden de zorgmogelijkheden en de nood aan mantelzorg.

EEN LUISTEREND OOR VOOR MANTELZORGERS. BEREIKBAAR OP WERKDAGEN.



BRONNEN, TIPS EN LINKS

Steunpunt Mantelzorg op Facebook, <https://www.facebook.com/ikzorgvooreenander>
Zorgsaam, www.zorgsaam.be
Kennispunt Mantelzorg, <http://www.mantelluisteren.be/>
'Tien Mantelzorg-speerpunten, Groen, #impuls, Socio-economisch congres van oktober 2013, Brugge', door Anne Dedry, <http://www.impulscongres.be/wp-content/uploads/2013/05/Impuls40-Anne-Dedry-Tien-mantelzorg-speerpunten.pdf>
Brochures, bijvoorbeeld over 'Wegwijs in dementie', en 'Wegwijs in Mantelzorg' (o.a. van de Voorzorg), zie <http://www.devooorzorg.be/antwerpen/zorg-comfort/Mantelzorg/Nieuwsbrieven/Pages/default.aspx>
Wet-Courard, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&c=2014051209&table_name=wet



Spring op de slaaptrein!

De slaapproblemen vliegen ons om de oren: weinigen zijn nog écht uitgerust. Welke factoren werken die problemen in de hand en hoe creëren we zelf een betere nachtrust? We vroegen het aan prof. dr. Johan Verbraecken, medisch coördinator van het UZA-slaapcentrum.

HET VRIJE WOORD: Hoe definieert u een goede nachtrust?

PROF. DR. JOHAN VERBRAECKEN: Een goede nachtrust houdt een bepaalde slaapduur in die voldoende is om te recupereren van spanningen die overdag hebben plaatsgevonden zodat je uitgerust de dag kan beginnen.

Wanneer spreekt men van een slaapprobleem?

Er moet een slaapverstoring zijn: inslaap- of doorslaapproblemen, vroegtijdig wakker worden of een combinatie daarvan. Goed slapen op het eerste gezicht, maar toch niet uitgerust ontwaken, valt ook onder slaapverstoring. Volgens het boekje moeten er zich ook klachten overdag voordoen: vermoeidheid of slaperigheid, maar ook andere zaken zoals geheugen- en concentratieproblemen, prikkelbaarheid, niet goed presteren op

het werk of op school, problemen met het besturen van een voertuig...

Er is dan nog een bijkomende tijdsfactor. Om te kunnen spreken van een volwaardig chronisch slaapprobleem, moet je minimaal drie verstoorde nachten per week hebben. In de statistieken kom je heel veel verschillende cijfers tegen en dan is de vraag hoe het probleem gedefinieerd werd. Als je het echt volgens het boekje doet, krijg je natuurlijk lagere cijfers dan wanneer je vraagt: 'heb je problemen met inslapen of doorslapen?', want dan gaan er velen zeggen: 'ja, ik heb af en toe een probleem'.

SLAPELOOSHEIDSEPIDEMIE

Zelfs als je de definitie in zijn volle lengte meeneemt, komt het toch vaak voor. Ook gewone vermoeidheid komt frequent voor. Daar zijn veel goede redenen voor.

De eerste voorwaarde om uitgerust te zijn, is voldoende uren slaap. Dat is toch niet voor iedereen even vanzelfsprekend. Maar dat komt ook door de cultuur van meer koffiegebruik die sterk gepromoot wordt. Het lijkt allemaal onschuldig, maar eigenlijk is de voedingsindustrie een soort slapeloosheidsepidemie aan het veroorzaken. Niet alleen het gemak van koffie, maar ook dat van Coca-Cola mogen we niet onderschatten. Ook Red Bull en toestanden worden als onschuldig voorgesteld in de blokperiode, 'drink een Red Bull en je komt er wel', maar dat is een beetje kort door de bocht. Het is net in je slaap dat de gestudeerde informatie wordt opgenomen en verwerkt in het geheugen. Slappend worden de linken gelegd tussen de verschillende hersenzones en de kennis wordt echt geïntegreerd in de reeds bestaande kennis. De

flexibiliteit in het denken wordt voor een belangrijk deel bepaald door de hoeveelheid die je vooraf geslapen hebt. Daartegen wordt extreem veel gezondigd.

Ook de verhoogde prestatiedruk in het bedrijfsleven is nefast. De werkende mens moet altijd maar sneller en harder en meer doen in dezelfde tijd. Die werkdruk is in tien, twintig jaar tijd enorm toegenomen. Er zijn mensen die alles aankunnen, die ook niet zoveel slaap nodig hebben of die weinig aan de gevolgen van slaapttekort onderhevig zijn, maar je ziet dat velen aan hun limieten zitten. Men spreekt nogal snel van een burn-out, maar eigenlijk is dat een soort van uitputtingsfenomeen door chronisch op een te hoog niveau en in een te hoog tempo te moeten werken. Men heeft dat lang kunnen volhouden, maar op een gegeven moment is de batterij echt leeg. Het schijnt een sequentie te zijn van verstoringen die uiteindelijk eindigt bij volledige uitputting. Shiftwerk zal ook voor een stuk meespelen. Zeker iemand die regelmatig nachten moet doen, ontwikkelt vaak slaapproblemen. Biologisch is het lichaam niet klaar om te slapen om 8 uur 's morgens. Na een nachtschift ben je natuurlijk wel meer slaperig en vermoeid, dus lukt het meestal wel om een aantal uur te slapen en je grootste slaapbehoefte in te lossen. Om 12 uur is het gedaan met slapen, want die hormonale processen die de waak promoten, blijven actief.

SLAAPHYGIËNE

In uw boekje 'S.O.S. Slaap' staat dat de meest voorkomende oorzaak van slaapproblemen geconditioneerde slapeloosheid is. Hoe kunnen we dat afdrukken?

Vaak beseffen we zelf niet dat er conditionering optreedt. Conditionering komt heel vaak voor, waarbij een ogenschijnlijk onschuldige slaapverstoring leidt tot chronisch slecht slapen. Wat vaak gebeurt bij slapeloze personen, is dat zij bij het betreden van de slaapkamer en het zien van het bed al in opwindning komen, waarbij de bloeddruk stijgt en het hartritme versnelt en ze wakkerder worden. Dan moet je eigenlijk al zorgen dat er een goede slaapomgeving wordt gecreëerd, dat je de slaaphygiënische regels zo goed mogelijk respecteert, zo-

danig dat je de slaapkamer of bepaalde rituelen gaat associëren met een goede slaap. Misschien het bed van positie veranderen of je muren schilderen zodat je die cirkel kan doorbreken. Als je niet in slaap geraakt, mag je vooral niet blijven liggen! Anders kom je nog meer in opwindning. Mensen die slecht slapen, zouden op voorhand al ontspanningsoefeningen moeten doen of eventueel een dagboekje bijhouden waarin ze de gedachten waarmee ze bezig zijn, opschrijven zodat ze het niet kunnen vergeten en die prikkels er in bed niet meer zijn. De wekker omdraaien is ook heel belangrijk. Je moet proberen de 'mind' zo ver te brengen dat hij weet dat de slaap gaat komen en dat je een positieve atmosfeer creëert.

“Mensen zitten aan hun limieten.”

VERSLAVING

Grijpen mensen in zulke gevallen niet vaak meteen naar slaapmiddelen?

Een slaapmiddel helpt snel – of de mensen hebben het gevoel dat ze snel beter slapen – , maar het is een zeer oppervlakkige slaap met weinig of geen diepe slaap. Men wordt veel wakker in zo'n kunstmatige slaap, maar men weet het niet. We hebben het idee dat we goed slapen. Het is een soort bedrog van onze hersenen, een soort retrograde amnesie. Men weet achteraf niet meer dat de slaap slecht was. Heel gek, eigenlijk.

Het is niet gezond omdat het ook nawerkt, het geeft allerlei verstoringen in de motoriek, de cognitieve functies en de bloeddruk. Men heeft meer kans op ongevallen als men met de auto rijdt, meer kans op vallen 's nachts en ook overdag wanneer men nog te suf is.

De indruk krijgen van goed te slapen is heel verslavend. Ook het feit dat de spierspanning wegvalt wanneer zo'n pil wordt ingenomen, dat gevoel alsof je in een put valt, is verslavend. Probeer men te slapen met iets heel eenvoudigs zoals zolpidem, dan werkt dat niet in op die spierstoornis en dus lijkt dat product minder goed te werken. De eerder opgesomde subjectieve ervaringen zijn er

niet. Bovendien treedt er een chemische gewenning op. Men heeft alsmaar meer nodig om hetzelfde effect te bekomen. Het lichaam kan uiteindelijk ook echt niet meer slapen zonder het product. Reeds na drie weken zien we dat er gewenning begint op te treden. Na zes weken is dat al bij 60% van de gevallen. Probeer je dan toch te slapen zonder, dan is het heel moeilijk en duurt het soms een paar dagen vooraleer de slaap weer normaal verloopt. Soms doet men een paar dagen gewoon geen oog dicht. Dat is het onvoorstelbare, dat die producten zo'n diepgaande invloed hebben en het is dan ook weer zo gemakkelijk om een slaappilletje te pakken, want dan is het probleem onmiddellijk "opgelost". De slapeloosheid die optreedt wanneer mensen geen pil meer pakken, wordt gekenmerkt door wat we 'rebound insomnia' noemen. 'Rebound' wil zeggen een toename van de slapeloosheid die veel heviger is dan de slapeloosheid voordien. Je wordt erdoor overweldigd en bovendien wordt men angstig, want slaappillen hebben een angstwerend effect. Je komt in een negatieve spiraal terecht. Het is weinige gegeven om toch door de zure appel te bijten en het vol te houden, want het is uitputtend een aantal dagen of zelfs weken amper te slapen. Dan zijn er wel andere technieken om te trachten te voorkomen dat er opnieuw naar die pillen wordt gegrepen.

“Dat gevoel alsof je in een put valt, is verslavend.”

Een drukke job, veel te doen, koffie en te weinig slaap. Op welke manier kan je dan toch nog slaap inhalen?

Mensen die slapeloosheid hebben, gaan meer koffie drinken. Opgepast, want door meer koffie te drinken, kan je net slaapproblemen induceren. Het is vooral zinvol om koffie te nuttigen bij het ontbijt. Eventueel ook om 10 uur, maar zeker niet na 12 uur. Vanaf twee kopjes koffie 's morgens bij het ontbijt wordt er al invloed uitgeoefend op de volgende slaap. Drink twee, maximaal drie kopjes koffie per →

dag, inclusief alle andere stimulerende drankjes. Eventueel toch een powernap inlassen, een kwartiertje kan al wonderen doen. Dat je inderdaad ook écht slaapt, maar zonder in de diepe slaap terecht te komen, want dan heeft het weer negatieve gevolgen. Sporten is ook nuttig omdat het tot een betere fysiek leidt en ook zorgt voor een meer ontspannen gevoel. Je hebt meer diepe, kwalitatieve slaap, je hebt minder slaap nodig om toch voldoende te recupereren. En vooral ook buitenkomen op het middaguur. Buitenlicht verhoogt onze alertheid en zorgt ervoor dat we 's avonds beter in slaap geraken.

“Buitenlicht verhoogt onze alertheid en zorgt ervoor dat we 's avonds beter in slaap geraken.”

EVENWICHTSOEFENING

HVW: Heeft uitslapen in het weekend zin of gooit dat alles nog meer overhoop?

JV: Dat gooit voor een stuk alles overhoop omdat de biologische klok heel gevoelig is voor het tijdstip van opstaan. Hoe minder je daarin varieert, hoe beter voor je slaap-waakritme. Als je toch uit bent geweest op zaterdag en je gaat om twee uur slapen, is het beter om, als je in de week om zeven uur opstaat, toch ook om zeven uur of acht uur, maar toch niet veel later op te staan omdat je dan anders inderdaad te veel gaat interfereren met het bioritme. Mensen die toch uitslapen tot 's middags, hebben die zondag te weinig tijd om actief te zijn. Het slaap-waakfenomeen is een bepaalde evenwichtsoefening die plaatsvindt. Zestien uur wakker is de normale hoeveelheid wakker; als jij maar tien uur wakker bent geweest, dan mag je niet veronderstellen dat het in-slaap-vallen zonder moeilijkheden zal verlopen.

Wat moet je doen wanneer je zelf goed

slaapt, maar je partner tandenknarst of snurkt in die mate dat het ook jouw slaap beïnvloedt?

Het is nogal evident dat de partner dient behandeld te worden. Is het een eenvoudig probleem van tandenknarsen, dan adviseren wij nog steeds om zo goed mogelijk de slaaphygiëne te respecteren en ontspanning te nemen, want tandenknarsen wordt vaak in verband gebracht met stress of te veel cafeïnegebruik. Eventueel kan een opbeetplaatje worden gebruikt om de tanden te beschermen. Gaat het om een snurkprobleem, dan is het heel belangrijk om te weten of er ook slaapapneu is. Bij dat soort problemen adviseren wij om standaard een slaaponderzoek te verrichten. Gaat het enkel over snurken, dan is het vaak met eenvoudige maatregelen te verhelpen. Geen alcohol drinken, vermageren, meer bewegen, dat soort zaken. Een glaasje wijn 's avonds is niet goed voor mensen met een snurkprobleem. Door alcohol kunnen ademstops worden uitgelokt.

Heeft iedere slechte slaper baat bij een slaaponderzoek?

Bij insomnie, de klassieke slapeloosheid, gaan we in principe niet standaard een slaaponderzoek voorstellen. Daarbij gaan we in de eerste plaats adviezen geven. Eventueel gaan we een slaap-waakdagboek laten invullen. Op basis daarvan zien we of er voldoende regelmaat is. Als dit geen soelaas biedt, of als we nog een ander slaapprobleem vermoeden, is een slaaponderzoek wel essentieel. Dat is toch ook een niet onbelangrijke groep.

De tweede categorie zijn de personen die luid snurken. Die evalueren we standaard met een slaaponderzoek om te weten of er slaapapneu is, zodat we kunnen bepalen welke behandeling het meest aangegeven is.

Dan de groep met extreme slaperigheid overdag, die wordt ook standaard met een slaaponderzoek geëvalueerd.

De parasomnieën, dit zijn de vreemde gedragingen tijdens de slaap, gaan we bij volwassenen standaard met een slaaponderzoek nakijken. Bij kinderen dan weer niet omdat parasomnie bij kinderen meestal van voorbijgaande aard is. Als er meerdere oorzaken worden vermoed, niet alleen slechte slaapgewoon-

ten, conditionering en dat soort zaken, dan moeten we het echt gaan meten om na te gaan wat precies het bijkomende probleem is. Meten is weten!

ELEKTRODEN

Hoe gaat zo'n slaaponderzoek precies in z'n werk?

Mensen komen 's middags binnen in het slaapcentrum en worden voorbereid. Dit houdt in dat ze worden volgekleefd met elektroden op het lichaam en op het hoofd om de slaap te meten. Oogbewegingen registreren, de spiertonus meten; dat gebeurt met huidelektroden ter hoogte van de kin. Hartactiviteit wordt geregistreerd met twee elektroden op de borstkas, vooral om hartritmestoornissen op te sporen. De luchtstroom wordt gemeten ter hoogte van de neus en de mond. We gaan de beweging van borstkas en buik en het snurkgeluid ter hoogte van de keel registreren. Ook het geluid in de kamer zelf wordt geregistreerd. Ook de zuurstofsaturatie in het bloed wordt gemeten met een probe aan de vinger. Verder gaan we ook de lichaamshouding registreren om in geval van snurken en apneu te weten in welke houding de afwijkingen plaatsvinden. Ten slotte gaan we ook de beenactiviteit, de spiertonus van de onderste ledematen meten. In de goed uitgeruste slaapcentra hoort er ook nog video-observatie bij, zodat het snurken en eventuele bizarre gedragingen achteraf opnieuw beluisterd en bekeken kunnen worden. Zo kunnen we uitspraken doen over hoe luid het snurken is.

Kunnen mensen wel slapen, zo vol elektroden?

Het is natuurlijk een vreemde omgeving en dat kan op zich wel meer inslaapproblemen voor slechte slapers geven. Het is om die reden dat we zeker bij slapeloosheid mensen vaak voor twee nachten opnemen zodanig dat ze de eerste nacht kunnen wennen aan de draden en we de tweede nacht gebruiken om een betrouwbare analyse te verrichten. Hoeveel mensen slapen varieert. Sommigen slapen maar 40% van de nacht, dat is echt het absolute minimum dat we willen hebben om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. De meerderheid van de patiënten slaapt toch wel 70, 80, 90% van de nacht.

GROEPSTHERAPIE

Wanneer patiënten dan een diagnose hebben en opteren voor cognitieve gedragstherapie, hoe gaat die dan juist in zijn werk?

Dat is meestal een groepstherapie onder begeleiding van een psycholoog waarin kleine groepjes patiënten gedurende een zevental weken wekelijks bij elkaar komen. De psycholoog geeft dan lessen over de slaap, er worden allerlei trucjes aangeleerd, er worden opdrachten gegeven die men thuis moet uitvoeren en die worden dan in groep besproken, waardoor je ook leert van elkaar. Je leert je eigen slaapprobleem te relativeren omdat er vaak verkeerde verwachtingen en attitudes ten aanzien van slaap zijn. Men denkt dat men altijd acht uur moet slapen, terwijl men misschien maar zeven uur nodig heeft om voldoende uitgerust te zijn. Wanneer je er zo krampachtig aan vasthoudt, dan ga je zelf een probleem creëren. Wat ook wordt geoefend is slaapprostictie, een opgelegde beperking van de bedtijd. Iemand die bijvoorbeeld normaal van 22 uur tot 6 uur in bed is, maar er maar zes uur van slaapt, mag dan maar om 12 uur gaan slapen en moet om zes uur opnieuw opstaan. Dat is in het begin lastig, maar na een tijd lukt het om snel in slaap te geraken. Na een aantal weken wordt de bedtijd stilaan wat langer gemaakt tot er opnieuw problemen beginnen op te treden, en dan gaan we opnieuw wat terugschroeven. Op die manier wordt een gunstig evenwicht gevonden.

SPIELEREI

De laatste tijd bestaan er ook veel slaappapps. Werken zij echt?

Het is een hype. Er zijn apps die allerlei zaken meten, op basis van sensoren die zijn ingebouwd in de smartphone. Dan moet je ook nog eens beschikken over goede software om die data te analyseren, en daar gaat het al mis. Die apps doen natuurlijk maar wat ze kunnen en geven slechts op een heel ruwe manier weer hoeveel diepe slaap er is geweest. Meestal worden wat grafieken getoond, en eerder zelden statistieken. Wil men dus de lat wat hoger leggen zodat die dingen ook gebruikt en openvolgende

nachten vergeleken kunnen worden, dan dient de informatie meer verfijnd te worden. Minister De Block wil nu 3,5 miljoen euro investeren in de ontwikkeling van gezondheidsapps, maar ik denk dat het in de eerste plaats een kwestie is van betere algoritmen te ontwikkelen, waarbij het best meerdere sensoren worden gebruikt en waarbij ook statistieken worden aangeleverd, zodat we er als artsen ook iets mee kunnen doen. Als een gezondheidsapp enkel voor patiënten bedoeld is en wij als artsen zeggen dat we er niet veel mee kunnen, dan is het gewoon spelerei.

“Minister De Block wil 3,5 miljoen euro investeren in de ontwikkeling van gezondheidsapps.”

Een groot probleem is dat heel wat apps dingen beweren waarvan er heel weinig écht gevalideerd is. Het is jammer dat fabrikanten vaak snel iets maken wat er mooi uitziet, maar als je dan de echte waarde gaat onderzoeken, kom je bedrogen uit. Er is nog een lange weg te gaan, maar ik ben er wel van overtuigd dat het een plaats zal krijgen. De enige vraag is wanneer de technologie op punt zal staan. Het is een kwestie van de nodige sensoren bij elkaar te brengen en te zorgen dat de smartphonefabrikanten ze inbouwen en dat je nog eens zeer goede software hebt om de informatie te analyseren.

DOMOTICA

Denkt u dat we, met het oog op de technologische ontwikkelingen en de maakbaarheid van de mens, ooit geen slaap meer nodig zullen hebben?

Dat geloof ik nooit. We gaan wel de slaap kunnen optimaliseren in de zin dat we dan vooral de kernslaap kunnen verbeteren, d.i. de diepe slaap en de droomslaap, die je echt nodig hebt om te kunnen recupereren. Als je de kwaliteit van die kernslaap kan verbeteren, heb

je misschien minder uren slaap nodig om uitgerust te zijn. De lichte slaap, de rest van de nacht, die heb je minder nodig, dus daar kan eventueel aan geknibbeld worden. Er zijn wel technologische initiatieven in die richting. Het is de toekomst. Denk aan het manipuleren van omgevingstemperatuur, slaapkamerdomotica, bed- en matrassdomotica, maar dit heeft wel zijn prijskaartje.

Tot slot enkele kernachtige tips voor iemand zónder geld voor domotica?

Zorg voor een actieve levensstijl met voldoende lichaamsbeweging, zelfs enkele uren sportbeoefening per week kunnen al wonderen doen. Wanneer je het helemaal niet doet, heb je een minder goede slaap, ben je minder ontspannen, en kan je ook veel minder makkelijk om met problemen. Zorg voor voldoende regelmaat. Gebruik zo weinig mogelijk koffie, coca-cola en alcohol, en als je toch, ondanks al die maatregelen, niet makkelijk in slaap geraakt, sta dan na twintig minuten op en ga iets anders doen. Wanneer de slaaptrein er na een tijdje opnieuw aankomt, grijp hem dan en spring erop!

JESSICA VAN SINTRUYEN



'S.O.S. Slaap'

Johan Verbraecken en

Tine Bergen

Uitgeverij Houtekiet

Prijs: € 17,90

Pagina's: 136

ISBN: 9789089242884

Contactgegevens UZA-slaapcentrum:

UZA, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem

<https://www.uzabe/slaapcentrum>

T. 03 821 38 00

E-mail: slaap@uza.be

Het gevaarlijke water



In mei kwam de controverse rond homeopathie nog maar eens in de belangstelling. Een undercoveronderzoeker van het populairwetenschappelijke tijdschrift Eos had een aantal homeopaten om advies gevraagd voor een reis naar een land waar een gevaarlijke vorm van malaria heerst. De bevindingen waren alarmerend: vijf van de acht geraadpleegde homeopaten schreven niet-werkzame alternatieve middeltjes voor, en de essentiële preventieve maatregelen tegen muggenbeten, zoals speciale muskietennetten en 'repellents', werden nauwelijks vermeld. De zeven Belgische homeopaten zijn allen artsen, maar slechts drie van de zeven hadden de moed om duidelijk te zeggen dat er geen werkzame homeopathische middelen bestaan tegen malaria.

Dat is erg verontrustend, want geen malariapillen slikken als je naar die streken reist, kan levensgevaarlijk zijn, en van die voorgeschreven homeopathische middeltjes is nergens de werking aangetoond. Een gelijkaardig onderzoek werd tien jaar geleden door de BBC gedaan en ook daar waren de resultaten alarmerend. Voor de wetenschappelijke en universitaire wereld is het pleit al jaren beslecht: homeopathie is niet meer dan het verkopen van illusies en placebo. In de middeltjes zit niets wat werkt en hun zogenaamde bewijzen deugen niet. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) waarschuwt om er niet op te vertrouwen bij levensbedreigende ziekten. Kortom, er is nog steeds geen overtuigend bewijs geleverd dat homeopathie zou helpen tegen enige ziekte of klacht. Die duidelijke uitspraak werd meermaals bevestigd door tientallen neutrale autoriteiten, waaronder het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, de Belgische Koninklijke Academies voor Geneeskunde, de onderzoekscommissie van het Engels Parlement en de Australische National Health and Medical Research Council.

TEVREDEN KLANTEN

Is er dan echt niets bewezen over de werking van homeopathie? Toch wel, het is niet te ontkennen dat sommige mensen zich beter voelen na een bezoek aan een homeopaat. Door geruststelling en geloof kan stress en angst verminderen, vooral bij kwalen die sterk psychisch beïnvloedbaar zijn. Maar die inhoudsloze druppeltjes of korreltjes hebben geen enkele werking.

Het Eos-artikel leverde meerdere verontwaardigde reacties op. De supporters zijn boos over de zoveelste agressie tegen hun geneeswijze. Ze getuigen over wonderbaarlijke genezingen waar de gewone geneeskunde machteloos stond, maar malaria was er niet bij. Ze zijn overtuigd dat homeopathie voor hen heeft gewerkt,

dus dan zal het ook wel werken tegen malaria? De nevenwerkingen van de gewone geneeskunde, de perfide rol van Big-Pharma, de vele doden door allopathe ontbraken ook nu weer niet.

“Homeopathie is niet meer dan het verkopen van illusies en placebo’s.”

MISLEIDING

In de wetenschap, voor het gerecht en gewoon volgens het gezond verstand geldt dat als je iets beweert, je ook moet kunnen aantonen dat de bewering juist is. Die regel geldt blijkbaar niet voor religies en voor ‘de alternatieven’. Voor veel homeopaten volstaat het dat ‘het middel gekozen werd in overeenstemming met de doctrine van de homeopathie’, dus het gelijke met het gelijke behandelen. Maar een druppel moeraswater met enkele muggeneitjes geeft toch geen symptomen van malaria? Dat klopt niet met hun similia-regel. Ze noemen het dan maar isopathie, nosode of zelfs homeopathisch vaccin. In echte vaccins zit wel degelijk het oorzakelijke virus of de bacterie, maar verzwakt en onschadelijk gemaakt. In die nepvaccins zit na die extreme verdunningen helemaal niets meer, dus zijn ze niet gevaarlijk, maar enige bescherming geven ze niet.

Onwettig is het wel, want de EU en de nationale wet verbieden streng om voor een product een indicatie te vermelden voor een ziekte of gebrek, tenzij als geregistreerd medicijn met goedgekeurde bewijzen. In de Verenigde Staten en Canada zijn de burgers en de overheid iets alerter. Daar hebben de twee grote producenten van homeopathie (Boiron en Heel) al miljoenen dollars aan schadevergoeding moeten betalen aan consumenten wegens misleidende of bedrieglijke beweringen over hun middeljes. Hier blijven ze ongestoord verder doen met consumentenmisleiding.

OFFICIEEL

De vraag of homeopathie erkend is, moet apart beantwoord worden voor de producten en voor de voorschrijvers. De door de EU opgelegde wetgeving op erkenning van medicijnen is veeleisend en streng. Elke bewering over ziekte of gebrek moet bewezen worden. In 1992 werd er een eigenaardige uitzondering toegestaan op die strenge regels. Voor homeopathische middelen werd een speciale categorie gecreëerd: het Homeopathisch Medisch Product, HMP. Wettelijk zijn het medicijnen, maar ze hoeven geen bewijs voor werking te leveren. Dat werd gemotiveerd met de bewering dat de homeopathie geen middelen kent tegen een bepaalde ziekte. Ze zeggen zelf dat ze geen ziekten behandelen, maar zieke mensen, en elk individu is anders. Een middel wordt niet gekozen voor een ziekte of klacht, maar volgens de persoonlijke antwoorden op een uitgebreide ondervraging over alles en nog wat.

“Er bestaan evenveel soorten homeopathie als er homeopaten zijn.”

Het EP heeft hen geloofd, en heeft die vrijstelling van bewijs goedgekeurd, maar uiteraard met beperkingen als verbod op vermelding van ziekten, op suggestieve merknamen, en verplichte vermelding van ‘homeopathisch product zonder bewezen indicaties’ op het etiket.

Met flink lobbywerk werden die beperkingen later afgezwakt, zodat er nu in de apotheek HMP's verkocht worden met reclame voor ziekten en klachten, zonder enig bewijs. Ze vermelden op het etiket stoffen die er niet in zitten. Het is onmogelijk om het onderscheid te maken tussen twee verschillende middelen, of met gewone suiker of alcohol, die verkocht worden tegen honderd tot duizend keer de marktprijs omdat ze een onaantoonbare medische meerwaarde zouden hebben. De grote ziekenfondsen hebben eigen lijsten opgesteld van middeljes die ze erkennen, en betalen ze (beperkt) terug via de verplicht gemaakte bijkomsten

de verzekering, maar ze betalen enkel als het voorgeschreven wordt door een door hen erkende homeopaat. Welke objectieve criteria zouden de mutualiteiten hanteren om die lijst te maken?

UNIO HOMEOPATHICA

De auteur van het Eos-artikel heeft een reactie op zijn onderzoek gevraagd aan de vereniging van Belgische homeopathische artsen, de Unio Homeopathica, die ongeveer 300 leden telt. Dat is veel minder dan 1% van het totale aantal artsen. De verwachting was dat ze dit onverantwoord handelen en misleiden streng zouden veroordelen, maar neen, de reactie was bitsig: “Het onderzoek van Eos deugt niet, want het is niet wetenschappelijk”. Merkwaardige uitspraak! Wat zou een statisticus doen wanneer hij merkt dat van een steekproef van zeven appels uit een vat van ongeveer 300 meer dan de helft niet deugt? Zou hij dat vat kopen? Achteraf bleek dat een van die gevaarlijke artsen zelf bestuurslid is van de Unio, en er zelfs lesgeeft. Dat doet even denken. De Unio zou graag via de wet-Colla een erkenning krijgen als de officiële vertegenwoordiger van de homeopathie, als autoriteit voor de opleiding en de erkenning van de ware homeopaten en zo de kwaliteit ervan te verzekeren. Ze hebben vier plaatsen waar soms vergaderd wordt, erkend als schooltjes en die de naam Faculteit voor Homeopathie gegeven. Een daarvan is het privéadres van een veearts in Wallonië.

De weigering van de Unio om een duidelijk standpunt in te nemen over die gevaarlijke malariakwakzalverij maakt hun aanspraken op kwaliteitsverzekering niet erg geloofwaardig. Een vereniging van artsen zou toch duidelijke richtlijnen moeten kunnen opstellen over de mogelijkheden en vooral de grenzen van het beroep. Ze moeten de onverantwoorde elementen in eigen rangen beteugelen of weren. Dat doen ze hier niet, ze vallen de boodschapper aan.

Het is niet de eerste keer dat de Unio Homeopathica zich niet wil uitspreken over leden die gevaarlijke nonsens verkondigen. Enkele jaren geleden vroeg ik aan enkele bestuurders of ze het eens waren met dat groepje homeopaten dat →

agressief campagne voert tegen het vaccineren van kinderen, en als alternatief onwerkzame middeltjes aanprijst. Ze vonden dat heel jammer, maar “er zijn veel verschillende visies in de homeopathie”.

In België bepaalt de wet dat enkel erkende artsen een diagnose mogen stellen en een behandeling mogen voorschrijven. De vraag van een groep niet-artsen om via de wet-Colla erkend te kunnen worden als homeopaten werd in 2014 unaniem weggestemd door de artsen-homeopaten. Tegen het advies van alle universiteiten in heeft minister Onkelinx in 2014 toch een KB gemaakt dat bepaalt dat enkel erkende gezondheidswerkers, dus ook tandartsen en vroedvrouwen (!) zich homeopaat mogen noemen. De redenering was dat enkel artsen voldoende geschoold zijn om levensbedreigende aandoeningen te herkennen en de patiënt niet in gevaar te brengen. De steekproef van Eos toont aan dat dat niet zo is, toch niet bij vier van de zeven artsen – om over vroedvrouwen nog maar te zwijgen.

De Unio zou misschien een begin van geloofwaardigheid kunnen opbouwen als ze een duidelijke uitspraak doet over de mogelijkheden en beperkingen van de homeopathie, over echte en homeopathische vaccins. Maar ik vrees voor hen dat ze dan een aantal ‘echte’ homeopaten zullen zien vertrekken naar een meer orthodoxe vereniging.

VERDEELDHEID

Het is onmiskenbaar dat binnen het wereldje van alternatieve behandelaars elk een eigen mening mag hebben, hoe tegenstrijdig ze ook is met die van de anderen. Je zou kunnen zeggen dat er evenveel soorten homeopathie bestaan als er homeopaten zijn. Het enige dat die verschillende strekkingen gemeen hebben, is hun geloof in de geneeskraft van oneindig en schokkend verdunnen. Hun werkwijze is soms in totale tegenspraak met de anderen: over hun middeltjes, de eigenschappen, de ‘proving’ en ‘materia medica’, de verdunningen, de dosering, de indicaties, over begrippen als drainage, terrein, polychresten, zelfs over de manier van schudden en het aantal ke-

ren kloppen. Er zijn klassieken, unicisten, pluralisten, klinische homeopaten en zo voort.

Het gebrek aan logische samenhang is soms ontroerend. Ze zondigen zelf tegen de basisprincipes waarop hun leer gebaseerd is, zoals hun ‘similia’-regel zegt dat als een stof bij gezonde vrijwilligers bepaalde symptomen opwekt, dezelfde stof na schudden, kloppen en verdunnen dezelfde verschijnselen kan wegnemen. Hoe rijmen ze dit met preventief toedienen? Ze testen de werking van een stof op vrijwilligers door hen die stof zo verdund te geven dat er totaal niets meer in zit, dan noteren ze gedurende weken tientallen tot honderden gevoelens en tekens, zelfs de inhoud van dromen. Volgens hun lijsten veroorzaken sommige onschuldige of inerte stoffen wel honderden tot zelfs meer dan duizend symptomen bij gezonde vrijwilligers.

“Het wordt moeilijk om ernstig te blijven als je leest welke exotische bestanddelen ze gebruiken.”

HONDENDROLLEN

Het wordt moeilijk om ernstig te blijven als je leest welke exotische dingen ze gebruiken voor hun medicatie: melk van de kat, melk van de dolfin, hondendrol (jawel, ‘excrementum caninum!’), zonneschijn, maneschijn, kakkerlak, Berlijnse muur... Onderling bestrijden ze elkaar met geschriften van oude meesters alsof het bijbelteksten zijn, maar naar buiten toe vermijden ze angstvallig publiekelijk kritiek te geven op de anderen. Bij één kritisch woord of vraag van buitenaf sluiten ze de rangen en staan schouder aan schouder tegen de gemeenschappelijke vijand, het verderfelijke sciëntisme, reductionisme, de allopathie.

Er zijn homeopaten die verklaren dat het onverantwoord is om ernstige of levensbedreigende ziekten enkel met homeo-

pathie te behandelen. Ze noemen zich complementair behandelaar en beweren dat hun middeltjes de normale behandeling versterken, de nevenwerkingen verminderen en de ‘eigen weerstand’ tegen ziekten verhogen. Enig bewijs voor die beweringen is er niet, maar ze brengen geen levens in gevaar door nodige behandelingen af te raden. De fundamentalisten daarentegen vertrouwen enkel op homeopathische middeltjes en wijzen alle allopathie af, een naam die zij geven aan normale geneeskunde.

De verklaring is niet ver te zoeken, want orthodoxe homeopaten hebben een afkeer van vaccineren. Hahnemann, hun stichter en goeroe, meende dat de oorzaak van ziekten te verklaren is door miasma, een ‘slechte lucht’ die opstijgt uit rottende materie. Zelfs vandaag nog beweert de homeo-leer dat mensen ziek worden omdat hun interne kracht – de ‘vis vitalis’ – onvoldoende sterk is, en die moet homeopathisch op peil gebracht worden. Dus de slachtoffers van de ebola-epidemie hadden niet genoeg ‘vis vitalis’?

TOVENAARS

De Unio wil al die verschillende strekkingen onder één dak verzamelen. Oecumene en absolute tolerantie zijn mooie sociale deugden, maar wilde fantasie is niet goed te praten als er mensenlevens in gevaar komen.

Bescheidenheid is ver te zoeken bij de Homeopaten zonder Grenzen, die naar arme ontwikkelingslanden trekken en daar de lokale tovenaars gaan aanleren hoe ze water moeten schudden als remedie tegen gevaarlijke ziekten. Een organisatie die zich ‘Homeopathy for Health in Africa’ noemt, beweert het volgende: “Wij behandelen aids en diabetes, doofheid en kanker, malaria en syfilis. Onder onze patiënten zijn wezen, weduwen en arbeiders van koffieplantages. Wij behandelen zelfs paarden en chrysanten!” In het Duitsland van 2016 biedt de vereniging van katholieke dokters een homeopathische genezing van homoseksualiteit aan. Die acties vervullen de gehele wetenschappelijke wereld met verontwaardiging en afgrijzen, maar de verenigingen van homeopaten blijven hierover oorverdovend stil.

COMPLOTTHEORIE

In onze vrije samenleving heeft iedereen recht op een eigen mening en geloof. Gedachten zijn vrij, maar daden niet. Artsen hebben diagnostische en therapeutische vrijheid, maar ook deontologische regels die die vrijheid beperken. Ze moeten “zich op de hoogte houden van de vooruitgang van de geneeskundige wetenschap” en hun diagnose en behandeling moet “stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis”.

Is de homeopathie in overeenstemming met de wetenschappelijke kennis? Alle medische faculteiten van onze universiteiten, beide Academies voor Geneeskunde en het Kenniscentrum hebben hierop al meermaals duidelijk neen gezegd. De homeopaten vechten dit aan, ze beweren dat er bewijzen zijn en ze publiceren lange lijsten met titels van studies die moeten aantonen dat het wél werkt. Ze menen dat er een groot complot is om hun goede bewijzen te negeren. Die bewering is niet terecht, want die bewijzen werden meermaals onderzocht volgens objectieve criteria en te licht bevonden. Waarom? Studies die tot de conclusie kwamen dat het niet werkt, werden als positief vermeld. Ook ging het over studies die jaren geleden teruggetrokken waren wegens fouten, studies die bij een herhaling door andere onderzoekers, maar groter of beter opgezet, de resultaten niet bevestigen of studies van onvoldoende kwaliteit.

De kwaliteit en overtuigingskracht van een studie wordt bepaald door heel wat factoren: het design van de proef, het aantal deelnemers, hoe en waar ze geselecteerd zijn, was er op voorhand vastgelegd hoe, wat en wanneer er gemeten wordt, was er een controlegroep, de uitvallers, was er voldoende blinding, werd hetzelfde resultaat gevonden door andere onafhankelijke onderzoekers enzovoort. Voorbeeld van zo'n niet-overtuigend onderzoek: patiënten met hooikoorts werden behandeld met homeopathie, na enkele weken waren ze bijna allen veel beter. De bewijswaarde is zero omdat er geen controlegroep was. Na enkele weken is het pollenseizoen voorbij en wordt iedereen vanzelf beter met of zonder behandeling.

POLITIEK GEZICHT

De universiteiten zijn niet meer erg happig om nog eens te gaan vergaderen en vele uren te besteden aan het kijken naar steeds dezelfde reeds verworpen bewijzen. Er zijn geen nieuwe elementen om hun visie te veranderen, dus lijkt de kans gering dat ze hun standpunt zullen wijzigen. De kans dat er een universitaire opleiding homeopathie opgericht zal worden, is zo goed als onbestaande. Het wetenschappelijk standpunt is duidelijk, maar met de politiek weet je nooit. Dat zie je aan de erkenning van de HMP door het EP en het dubieuze KB van Onkelinx. Omdat ze via wetenschap geen erkenning krijgen, zullen ze weer trachten politici voor hun kar te spannen en wat lijkt er meer overtuigend dan persoonlijke getuigenissen van tevreden klanten? Een persoonlijke getuigenis van één persoon of eigen ervaringen maken meer indruk dan een lang artikel met veel cijfers en grafieken over honderden gevallen. Algemene conclusies gebaseerd op anekdotes zijn meestal niet verantwoord en fout. Voor valabele conclusies moet er geregistreerd en geteld worden, en zo mogelijk vergeleken met een controlegroep die niet of anders behandeld werd. Enkele voorbeelden van eerlijke maar misleidende verhalen:

♦ Als opa meer dan 90 jaar is en steeds kerngezond bleef, alhoewel hij twee pakjes per dag rookt, dan bewijst dat niet dat roken gezond is. Neen, we willen weten hoeveel kettingrokers 90 jaar worden, en dat vergelijken met het aantal niet-rokers. Door de controlegroep wordt het verschil duidelijk. Roken is erg schadelijk voor bijna iedereen, maar een kleine minderheid lijkt weerstandig.

♦ Vandaag is de kans om een borstkanker te overleven groter dan 80%. Dat wil ook zeggen dat 10-20% het niet halen. Als er een kennis overlijdt, zijn er mensen die zeggen: “Zie je wel dat het niet helpt, dus ik laat me niet behandelen.”

ILLUSIES

Een homeopaat van het Eos-onderzoek over malariapreventie gebruikt dezelfde vorm van misleiding: “Homeopathie werkt niet altijd, maar die allopathische pillen ook niet.” Zo lijken de twee behandelin-

gen gelijkwaardig. Er zijn getuigenissen van mensen die naar een risicogebied gingen, geen pillen namen en toch geen malaria kregen. Is dat een bewijs dat die pillen niet nodig zijn? Natuurlijk niet, want niet alle muggen zijn besmet met de malariaparasiet. Misschien werd hij niet gestoken omdat hij een veilige kamer had, of er waren weinig muggen, of hij had een goed muskietennet, of gewoon geluk? De werkelijkheid is dat de pillen tegen malaria bijna 100% effectief zijn, mits correct ingenomen, terwijl het bewijs voor homeopathie onbestaande is.

“Dus de slachtoffers van de ebola-epidemie hadden niet genoeg ‘vis vitalis’?”

Een mens heeft graag zekerheden. Die krijgen we meestal niet van de medische wetenschap, die geeft maar zelden een eenvoudige keuze tussen zwart of wit, zelden 100% zekerheid. Meestal geeft ze enkel probabiliteiten. Het wordt dus geïnformeerd gokken, kansberekening, en daar hebben veel mensen het moeilijk mee. Dat verklaart waarom er telkens zovelen lotto spelen, alhoewel de kans op veel winnen bijna oneindig klein is. Daarom trekken er jaarlijks miljoenen naar Lourdes, alhoewel in werkelijkheid de kans om onderweg te verongelukken veel groter is dan die op een miraculeuze genezing. Mensen houden van illusies. Dat mag, als het maar niet te gevaarlijk wordt.

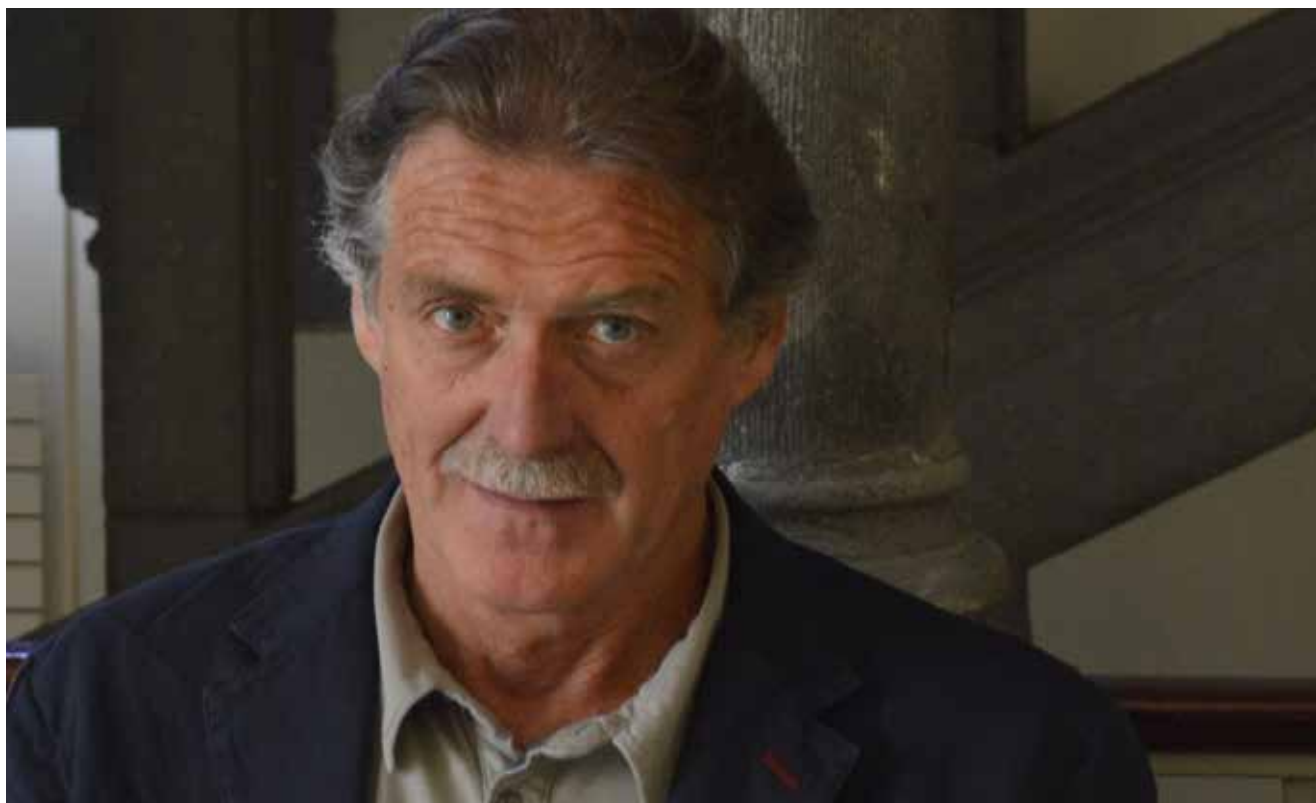
WIM BETZ
EREVOORZITTER SKEPP

Het volledige artikel van Eos kan je lezen via de website,
<http://eoswetenschap.eu/artikel/gevaarlijke-homeopathie>

www.skepp.be

“In orde met je papieren”

De impact van de drie wetten betreffende het levenseinde



Sinds 2002, het jaar van de euthanasiewet, de wet inzake palliatieve zorg en de wet patiëntenrechten, is er in België heel wat gebeurd. Mensen beseffen meer en meer dat ze wettelijk het recht hebben mee te beslissen over het al dan niet toepassen van ingrijpende behandelingen. En wanneer het lijden ondraaglijk en zinloos wordt, bestaat er een noodrem waaraan ze zelf kunnen trekken: ze hebben recht op een euthanasieverzoek. Maar de bevolking wil niet alleen inspraak in de huidige zorg, ze wil ook garantie dat ze later, wanneer ze haar wil niet meer kan uitdrukken, geen nutteloze, belastende behandelingen en onderzoeken moet ondergaan. Mensen willen dit op schrift vastleggen: ze willen ‘met hun papieren in orde zijn’. De aanzet is vaak dat ze iemand in hun nabijheid op een gruwelijke wijze hebben zien sterven of dat henzelf de diagnose van een ernstige ziekte werd meegedeeld.

“De huidige generatie is de eerste die zowel het begin als het einde van het leven kan beïnvloeden.”

Deze maatschappelijke bewustwording is geleidelijk gekomen, tegelijk met de opkomst van medische spijttechnologie tijdens de laatste vijftig jaar. De medische vooruitgang is, in vergelijking met de vorige decennia, inderdaad duizelingwekkend. Mensen waren eeuwenlang niet in staat om medische problemen deftig op te lossen. Sinds het midden van de vorige eeuw werd dit plots anders. De huidige generatie is hierdoor de eerste die zowel het begin als het einde van het leven kan beïnvloeden. Denk aan in-vitrofertilisatie waardoor onvruchtbare koppels kinderen kunnen verwekken en sondevoeding die mensen kunstmatig in leven houdt. Deze generatie wordt dan ook als eerste geconfronteerd met ethische dilemma's: moet medische technologie altijd aangewend worden enkel omdat ze beschikbaar is of is het soms niet beter ze achterwege te laten en eerder te opteren voor comfortzorg of palliatieve zorg? De evolutie van de medische technologie heeft ook een enorme impact op de maatschappelijke status van de artsen. Terwijl artsen pakweg honderd jaar terug nauwelijks iets konden bijbrengen aan de gezondheidstoestand van hun patiënten en in feite als veredelde placebo's fungeerden, zijn ze nu uitgegroeid tot zeer bedreven, deskundige bedienaars van 'hightech'-faciliteiten.

Deze realiteit heeft zeker invloed uitgeoefend op de paternalistische reflex van artsen. Artsen worden tijdens hun opleiding getraind in het toepassen van de steeds toenemende spijttechnologie. Aangezien dit veel deskundigheid en kennis vereist, worden ze tijdens hun studies vooral geconditioneerd om autonoom te kunnen beslissen en handelen, waarbij aandacht voor overleg met de betrokken patiënt nog steeds niet prioritair is.

VOORAFGAANDE ZORGPLANNING

Onder impuls van patiëntenverenigingen ontstond hierop een tegenreactie, vooreerst in Angelsaksische landen zoals de UK, Canada en de VS. Hierdoor werden (toekomstige) patiënten gestimuleerd om hun wil op papier te zetten. De bedoeling was aan de hand van dit 'levenstestament' ('living will') artsen erop te wijzen welke behandelingen en onderzoeken men later, wanneer men niet meer kan communiceren, niet meer wil. Oorspronkelijk was dit veeleer een statisch document dat vaak zonder overleg met zorgverleners werd opgesteld, waardoor men er later weinig rekening mee hield. Langzaam begrepen meer (toekomstige) patiënten dat ze deze 'voorafgaande schriftelijke wilsverklaringen' beter in overleg met competente zorgverleners zouden opstellen. Zoals gezegd is de behoefte aan zulke papieren ingegeven door angst later nodeloos te moeten afzien wanneer men niet meer voor zichzelf kan opkomen. Maar wat betekent 'afzien'? Ondraaglijk lijden is niet voor iedereen hetzelfde. Bovendien kan een leek nauwelijks alle rampscenario's voorzien die zich later kunnen voordoen. Juist daarom is het meestal aangewezen om zich bij het opstellen van wilsverklaringen te laten bijstaan door ervaren hulpverleners. Zij kunnen het einddoel 'niet willen afzien' voor een individuele patiënt vertalen in specifieke richtlijnen. Zo kan een patiënt met een ongeneeslijke longkanker als einddoel hebben comfortabel thuis te mogen sterven, maar tegelijk panische angst vertonen voor een verstikkingsdood. Samen met een zorgverlener zal hij dan in zijn wilsverklaring noteren dat er geen ziekenhuisopname mag plaatsvinden, geen actieve, oncomfortabele behandelingen worden gegeven en er toch continu aandacht is voor een dreigend verstikkingsgevoel.

Men is dus langzaam afgestapt van het eenzijdig invullen van een statisch document en zag het belang in van voortdurend overleg resulterend in het optekenen van specifieke, maar aanpasbare dynamische richtlijnen. Dit hele proces heet in de Angelsaksische literatuur 'Advance Care Planning', vertaald 'Voorafgaande Zorgplanning'.

'Voorafgaande zorgplanning' is dus het continue proces van overleg tussen de patiënt en zijn zorgverleners en vertrouwenspersonen/vertegenwoordigers over de doelen en de gewenste richting van de (levenseinde)zorg voor de patiënt voor het geval dat deze wilsonbekwaam zou worden en niet meer zelf zou kunnen beslissen. Zoals gezegd resulteert dit meestal in het optekenen van 'voorafgaande wilsverklaringen'. Er wordt soms ook gesproken over 'vroegtijdige zorgplanning'. Vroegtijdig betekent echter 'te vroeg' (bijvoorbeeld een vroegtijdige bevalling of het vroegtijdig verbreken van een huurcontract) en is dus in deze context niet correct. De term 'voorafgaand' is taalkundig juist. Bovendien spreekt men ook over voorafgaande wilsverklaringen en niet over vroegtijdige wilsverklaringen. Het is dus logisch om voorafgaand ook aan zorgplanning te koppelen.

“De behoefte aan papieren is ingegeven door de angst om later nodeloos te moeten afzien.”

CAMPAGNE

Een wenselijke uitkomst van voorafgaande zorgplanning is dus het opmaken van wilsverklaringen. Er worden echter talloze varianten van zulke wilsverklaringen aangeboden via het internet, zorginstellingen, sociale diensten, allerhande verenigingen en zo meer. Veel van deze goedbedoelde documenten blijken echter niet rechtsgeldig. Mensen weten daarom vaak niet welke nu betrouwbare wilsverklaringen zijn of niet. Men ziet door het bos de bomen niet meer. Tegelijk vraagt het vaak een mentale overwinning om tot voorafgaande zorgplanning over te gaan. Het zou dan des te jammer zijn wanneer men tijdens dit moeilijke proces gebruikmaakt van incorrecte, onwettige documenten.

Vandaar dat het LevensEinde Informatie-Forum (LEIF), met de steun van minister Maggie De Block, samen met de FOD

Volksgezondheid en de Koning Boudewijnstichting een héél gebruiksvriendelijke brochure heeft samengesteld – elke wilsverklaring is voorzien van een heldere leidraad – toepasselijk genaamd ‘de correcte voorafgaande wilsverklaringen’. Dezelfde wilsverklaringen vindt men ook terug in het LEIFblad, waarvan er sinds 2008 al 450 000 exemplaren gratis versprekt werden via de apothekers, de gemeentehuizen, de openbare bibliotheken en de huizenvandeMens.

Deze brochure maakt deel uit van de campagne ‘Waar een wil is, is een weg. Wegwijs in voorafgaande zorgplanning’ en wordt ondersteund door twee bijkomende brochures: een voor de bevolking en een voor de professionele zorgverlener.

Indien men nog wilsbekwaam en mondig is, heeft men deze wilsverklaringen uiteraard niet nodig: het volstaat om mondeling mee te delen wat men nog wel of niet wenst.

“Het vraagt een mentale overwinning om tot voorafgaande zorgplanning over te gaan.”

PRAKTISCH

Er bestaan in België vijf wilsverklaringen die men voorafgaand kan opstellen. Op deze manier kunnen artsen en zorgverleners later met de wil van de patiënt rekening houden, wanneer deze zich niet langer zelf kan uitdrukken: de ‘negatieve’ wilsverklaring, de wilsverklaring euthanasie, de verklaring inzake de wijze van teraardebestelling en de verklaring voor orgaandonatie (meer informatie vind je op www.leif.be). Bij elk van deze vier voorafgaande wilsverklaringen in de brochure ‘de correcte voorafgaande wilsverklaringen’ behoort een korte praktische toelichting hoe men deze wilsverklaringen kan invullen.

Er bestaat nog een vijfde wilsverklaring en deze betreft de ‘lichaamsschenking aan de wetenschap’. Hiervoor bestaat geen voorgedrukte wilsverklaring daar li-

chaamsschenking deel uitmaakt van een nalatenschap, een erfenis. Dit wordt met een eigenhandig geschreven testament geregeld.

Vooraf bij het invullen van de voorafgaande negatieve wilsverklaring en de voorafgaande wilsverklaring euthanasie is het nuttig zich te laten bijstaan door een professionele zorgverlener. Vandaar dat beide wilsverklaringen hieronder kort toegelicht worden. Voor informatie over orgaandonatie, lichaamsschenking wetenschap en regelen van uitvaart wordt verwezen naar het commentaar bij de invulformulieren in de brochure ‘de correcte voorafgaande wilsverklaringen’.

VOORAFGAANDE NEGATIEVE WILSVERKLARING

Vroeger ook nog ‘levenstestament’ genoemd. Dit is een voorafgaande wilsverklaring waarin zo nauwkeurig mogelijk staat beschreven welke zorg (denk aan behandelingen, onderzoeken en transfers) men weigert, indien men onherroepelijk wilsonbekwaam is geworden. Daarin kan men een vertegenwoordiger aanduiden die de wensen zal verdedigen wanneer men niet meer wilsbekwaam is. Deze wilsverklaring is juridisch afdwingbaar. Er moet dus rekening gehouden worden met de wensen die men erin opgeschreven heeft. Men kan altijd een papier bijvoegen waarin men nog meer details zet. De negatieve wilsverklaring kan te allen tijde aangepast worden.

VOORAFGAANDE WILSVERKLARING EUTHANASIE

De voorafgaande wilsverklaring euthanasie kan men opstellen als men euthanasie wenst in het geval van onomkeerbaar coma. De wilsverklaring euthanasie geldt dus enkel bij onomkeerbaar coma en niet bij andere vormen van onomkeerbare wilsonbekwaamheid zoals door dementie, hersentumor of hersenbloedingen. Hierbij moeten twee getuigen mee ondertekenen. Zij hebben verder geen rol, ook niet later wanneer er een beroep zou moeten worden gedaan op de wilsverklaring. Op de verklaring dient een vertrouwenspersoon aangeduid te worden die de behandelende arts zal inlichten over de euthanasieverklaring wanneer de ver-

zoeker niet meer wilsbekwaam is.

Drie van de vijf voorafgaande wilsverklaringen (wilsverklaring euthanasie, teraardebestelling en orgaandonatie) kunnen tevens geregistreerd worden bij de gemeente. Dit is echter niet verplicht: de documenten zijn op zichzelf rechtsgeldig, maar het is een bijkomende en bovendien kosteloze manier om de wilsverklaringen bekend te maken.

Alle voorafgaande wilsverklaringen blijven onbeperkt geldig, behalve de wilsverklaring euthanasie: deze moet om de vijf jaar hernieuwd worden.

Ten slotte zijn artsen verplicht rekening te houden met de voorafgaande wilsverklaringen, met uitzondering van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie.

De wettelijk correcte voorafgaande wilsverklaringen vindt men ook terug op de websites www.leif.be en www.wilsverklaringen.be.

“Voorafgaande zorgplanning is nuttig, maar vergeet je huidige zorg niet!”

SAMENGEVAT

De brochure ‘de correcte voorafgaande wilsverklaringen’ geeft uitleg over alle wettelijk beschikbare wilsverklaringen en de basisgegevens om aan voorafgaande zorgplanning te doen. Dit zijn de stappen die men hiervoor dient te zetten:

- ♦ denk na over een aantal vragen
- ♦ informeer je
- ♦ praat erover met je naasten en zorgverleners
- ♦ stel een vertegenwoordiger aan
- ♦ vul de documenten in die voor jou belangrijk zijn
- ♦ stuur bij indien nodig.

Voorafgaande zorgplanning is nuttig, maar men mag ook zijn huidige zorg niet vergeten. Men kan zich laten helpen en men overlegt het best met de arts of andere zorgverleners (de dienst maatschappelijk werk van de gemeente waar men woont of van het ziekenfonds, de

regionale LEIFpunten), netwerken palliatieve zorg, vrijzinnig-humanistische consultants (zie nuttige adressen onderaan) en met de naasten. Zo zullen de wilsverklaringen later begrijpelijker zijn voor de arts die ze moet respecteren.

WELKE DIENSTEN KUNNEN ONDERSTEUNEN?

Vraag vooreerst inlichtingen aan de arts. Hieronder vind je een aantal diensten waar je terecht kan met jouw vragen.

HET LEVENSEINDE INFORMATIE FORUM: LEIF

Waarvoor kan je als patiënt of mantelzorger bij LEIF terecht?

- ♦ Via de telefonische hulplijn: de LEIF-lijn: T. 078 15 11 55 of per e-mail: info@leif.be kan men LEIF contacteren voor vragen in verband met het levenseinde en palliatieve zorg, informatie over voorafgaande zorgplanning en over de wilsverklaringen en vorming betreffende een waardig levenseinde.
- ♦ Consultatie: uitklaren van complexe levenseindevragen (ULteam 'Uitklaring Levenseindevragenteam') T. 078 05 01 55, op afspraak.
- ♦ De LEIFkaart (kosteloos te bestellen via www.leif.be of het LEIFblad)
- ♦ Het LEIFblad geeft meer algemene informatie over mogelijkheden bij het levenseinde: staken van behandelingen, palliatieve zorg, palliatieve sedatie, levensbeëindiging zonder verzoek, hulp bij zelfdoding en euthanasie. Het LEIFblad bevat hiernaast ook dezelfde wettelijke wilsverklaringen zoals in de brochure 'de correcte voorafgaande wilsverklaringen' en kan gratis verkregen worden bij de apotheker, het gemeentehuis, de openbare bibliotheek en het huisvandeMens van de regio.

De regionale afdelingen van LEIF:

- ♦ LEIF West-Vlaanderen, Koningin Elizabethlaan 92, 8000 Brugge. T. 050 34 07 36, e-mail leif@levenshuis.nu
- ♦ LEIF Brussel-Bruxelles, Sainctelette 17, 1000 Brussel. T. 078 05 20 05
- ♦ LEIF Gent / Vonkel - Een luisterend huis, Zwijnaardsesteenweg 26a, 9000 Gent. T. 09 330 40 51, e-mail welkom@vonkeleenluisterendhuis.be
- ♦ LEIF Antwerpen, ZNA Sint-Erasmus,

Luitenant Lippenslaan 55, 2140 Borgerhout. T. 0468 24 85 42,

e-mail info@leifantwerpen.be

♦ LEIFpuntkempen, Mermansstraat 17, 2300 Turnhout. T. (tijdens kantooruren): 0477 20 88 03, www.leifpuntkempen.be, e-mail info@leifpuntkempen.be

♦ LEIF Oudenaarde, Sint-Walburgastraat 9, 9700 Oudenaarde. T. 055 20 74 00, e-mail info@netwerklevenseinde.be

DE NETWERKEN PALLIATIEVE ZORG

- ♦ Forum Palliatieve Zorg (Halle-Vilvoorde). T. 02 456 82 07 - Forum Palliatieve Zorg (Brussel). T. 078 05 20 05
- ♦ Palliatieve Hulpverlening Antwerpen – PHA. T. 03 265 25 31
- ♦ Palliatief Netwerk Mechelen. T. 015 41 33 31
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen. T. 03 633 20 11
- ♦ Palliatief Netwerk Arrondissement Turnhout. T. 014 43 54 22
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Limburg. T. 011 81 94 72
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Aalst-Dendermonde-Ninove. T. 053 21 40 94
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Gent-Eeklo. T. 09 218 94 01
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Waasland. T. 03 776 29 97
- ♦ Netwerk Levenseinde vzw (Zuid-Oost-Vlaanderen). T. 055 20 74 00
- ♦ Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven – PANAL. T. 016 23 91 01
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Westhoek-Oostende. T. 051 51 98 00
- ♦ Heidehuis vzw (Noord-West-Vlaanderen). T. 050 40 61 50
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg De Mantel vzw. T. 051 24 83 85
- ♦ Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen vzw. T. 056 63 69 50

HUIZENVANDEMENS

HuizenvandeMens zijn vrijzinnige organisaties die verspreid zijn in alle Vlaamse provincies. Deze organisaties zijn beter bekend als de vroegere Centra Morele Dienstverlening (CMD). Het zijn deelverenigingen van de overkoepelende organisatie deMens.nu of de vroegere 'Unie Vrijzinnige Verenigingen' (UVV). Voor contactgegevens kan men terecht op de website www.demens.nu. Hieronder

staan de provinciale contactgegevens.

♦ Brussels Hoofdstedelijk Gewest. T. 02 242 36 02, e-mail brussel@deMens.nu, www.vrijzinnigbrussel.be

♦ Antwerpen. T. 03 259 10 80, e-mail antwerpen@deMens.nu, www.antwerpen-demens.nu

♦ Limburg. T. 011 21 06 54, e-mail info@vrijzinniglimburg.be, www.vrijzinniglimburg.be

♦ Oost-Vlaanderen. T. 09 233 52 26, e-mail gent@deMens.nu

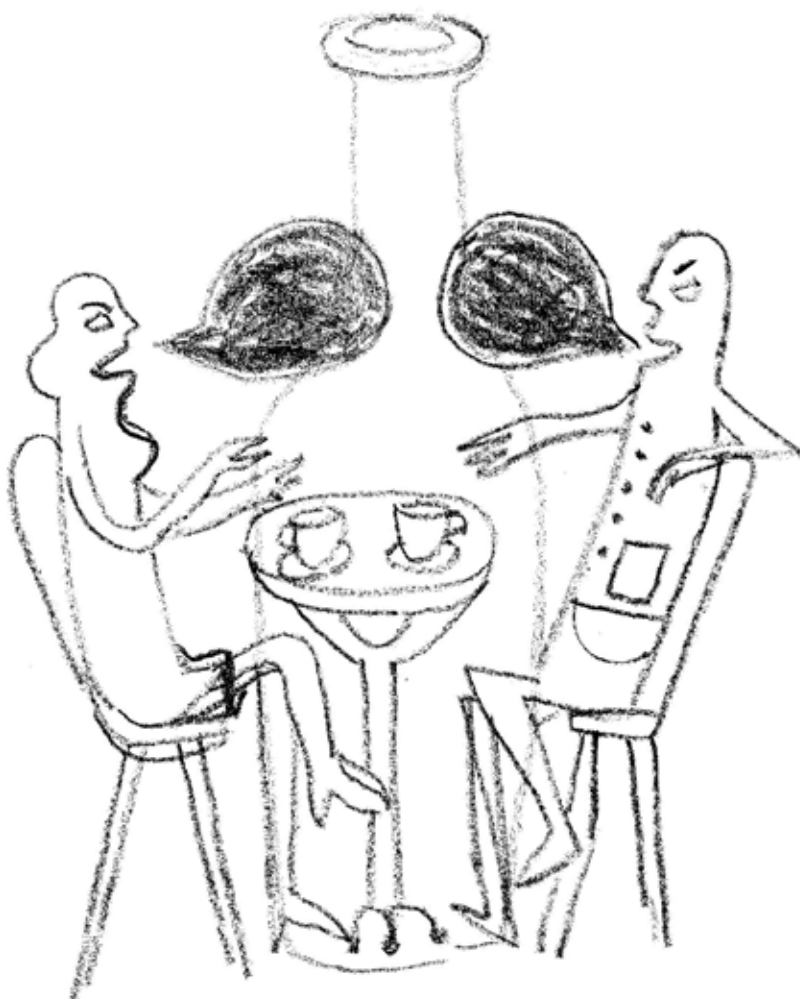
♦ Vlaams-Brabant. T. 016 23 56 35, e-mail vlaamsbrabant@demens.nu, www.vlaamsbrabant-demens.nu

♦ West-Vlaanderen. T. 050 33 59 75, e-mail westvlaanderen@deMens.nu, www.vrijzinnigwestvlaanderen.be

Verder kan men ook terecht bij de maatschappelijke dienst van zijn ziekenfonds en bij W.E.M.M.E.L., het Expertisecentrum Waardig Levenseinde via e-mail info@wilsverklaringen.be of T. 02 456 82 01.

WIM DISTELMANS, VOORZITTER LEIF, TITULARIS LEERSTOEL 'WAARDIG LEVENSEINDE' VAN DEMENS.NU AAN DE VUB





Praat erover

“Het respect en het begrip dat Robin Williams te beurt valt, staat in schril contrast met de hoon die de meeste verslaafden over zich krijgen”, zo schreef Paul Van Deun in De Standaard van 14 augustus 2014. Dat naar aanleiding van het overlijden van Robin Williams, de zoveelste in de rij van bijzondere mensen die in een kort tijdsbestek, al dan niet zelfgekozen, zijn overleden na een lange strijd met een verdovend middel: Amy Winehouse, Philip Seymour Hoffman, Peaches Geldof... Zij overleden meestal onverwacht en vaak werd al snel duidelijk wat iedereen eigenlijk al vermoedde: dat drank of drugs de oorzaak waren.

Verder in het artikel heeft Paul Van Deun het over herval en hoe ermee omgaan. Hij stelt onder meer dat nuchter worden en blijven een proces is van vallen en opstaan, waarbij herval geen mislukking is, maar een leersituatie. Dat kan onder meer door uitlokken-de situaties te vermijden en je te trainen om met ‘craving’ (hunkering) om te gaan. Professionele hulp of steun van een zelfhulp-/zelfzorggroep is daarbij aan te bevelen. Paul Van Deun heeft het bij het rechte eind. Het belang van zelfhulp-/zelfzorggroepen kan inderdaad niet genoeg worden onderstreept.

Ooit was ik zelf de grootste tegenstander van dergelijke bijeenkomsten. Na mijn opname van drie maanden in Ontwenningssklinik De Pelgrim in Scheldewindeke stond het voor mij vast: verdere professionele hulp was aan mij niet besteed en met geen honderd paarden kreeg men mij daarnaartoe. Ik ging de klus wel alleen klaren.

Na vier maanden nuchterheid was het echter zover. Ik herviel, zonder tastbare aanleiding, kort maar hevig. In tien dagen tijd heb ik me te pletter gezopen. Gelukkig ben ik tot inzicht gekomen dat het zo niet verder kon en ben ik op dinsdag 10 juni 1997 voor een korte periode (de tijd om lichamelijk te ontnuchteren) opgenomen in het ASZ Aalst op de afdeling Gastro-enterologie. Sedert die dag heb ik geen druppel alcohol meer tot mij genomen.

Wel ben ik vanaf dan hulp gaan zoeken, eerst bij AA – SOS Nuchterheid werd immers pas opgericht in 1998 – en nadien, vanaf het jaar 2001, bij sosN in Gent, na het lezen van een paginagroot artikel over SOS Nuchterheid in De Morgen. Ik hield mij al die tijd strak aan mijn wekelijkse bijeenkomst.

In mei 2002 zijn we, dankzij de inzet en de hulp van de medewerkers van het toenmalige CMD Aalst, in de Koolstraat 80 gestart met een bijeenkomst van SOS Nuchterheid die is uitgegroeid tot een succesverhaal. Heel wat lotgenoten zijn er in al die jaren in geslaagd om nuchter te worden en te blijven, hetgeen bewijst dat onze aanpak werkt. We zijn ondertussen een volwaardige speler op het terrein geworden.

Momenteel zijn we actief op 18 plaatsen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en organiseren we er 21 bijeenkomsten, meestal op wekelijkse basis, doorgaans in de huizenvande-Mens en vrijzinnige centra.

Wat is sosN? Welke zijn de algemene principes van sosN? Hoe werkt sosN? Welke zijn de aanbevolen richtlijnen voor nuchterheid? Om een antwoord te kunnen geven op al deze vragen citeer ik uit een aantal folders en pennenvruchten ontsproten aan de hand van sosN-leden en uit eigen, vroeger verschenen artikels.

“In tien dagen tijd heb ik me te pletter gezopen.”

NUCHTERHEIDSPRIORITEIT

SOS staat voor ‘Secular Organisation for Sobriety’ of voor ‘Save Our Selves’ en werd in 1985 in de VSA opgericht door James Christopher, een sedert 24 april 1978 nuchtere, gestabiliseerde alcoholist. In het begin van zijn herstelperiode bezocht hij AA-vergaderingen, maar ondervond onbehagen in de benadering van de verslavingsproblematiek bij AA en stopte zijn deelname aan dit herstelprogramma.

Door zijn eigen ‘nuchterheidsprioriteit’ slaagde hij erin nuchter te blijven en op basis daarvan richtte hij SOS-groepen op. Er ontstond een niet-winstgevend en zelfbedruipend netwerk van groepen in Australië, Frankrijk, Groot-Brittannië, Israël, Nederland, Spanje en sinds 1998 ook in België. Ondertussen zijn we in Vlaanderen zover dat wij op 1 juni 2002 zijn overgegaan tot het oprichten van een vzw, namelijk SOS Nuchterheid (sosN), waarvan de statuten op 27 juni 2002 zijn verschenen in het Belgisch Staatsblad. Sinds 2004 maakt sosN eveneens deel uit van UVV, thans deMens.nu, en vanaf 2007 zijn we als enige zelfhulp-/zelfzorgorganisatie ook lid van de VAD, het Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. VAD is ook de koepel van Vlaamse organisaties die werken rond alcohol en andere drugs.

24/24, 7/7

Dankzij de moderne media staan of zitten wij ondertussen evenmin stil: via onze website bereiken we een enorm aantal mensen die via dit kanaal, via e-mail en op het forum een antwoord op hun vele gestelde vragen krijgen, teleonthaal – we zijn permanent 24 uur op 24 bereikbaar – we nemen deel aan infobijeenkomsten... Niet iedereen staat zomaar open voor groepsbijeenkomsten en wil, indien mogelijk, op een andere manier geholpen worden. Ook daarop spelen we in. Gedurende twee jaar werd in Aalst eveneens een aanspreekpunt met maandelijkse bijeenkomsten georganiseerd om hulp te bieden aan partners, kinderen en familieleden van verslaafden. Dit project werd wegens de geringe belangstelling stopgezet, doch er is nog steeds 24 uur op 24 telefonische opvang voor deze mensen.

ONDOGMATISCH

SOS Nuchterheid vzw is een vrijzinnig en humanistisch zelfzorginitiatief met een strikt seculiere en ondogmatische benadering van de afhankelijkheidsproblematiek. sosN vzw richt zich tot mensen met een verslavingsprobleem zoals alcohol, medicatie, gokken, cannabis... en eveneens tot mensen uit hun directe omgeving die nood hebben aan communicatie hieromtrent. In de iZZa's (individuele ZelfZorg-aanspreekpunten) kunnen lotgenoten, ongeacht geslacht, leeftijd, ras, kleur, levensbeschouwing of seksuele geaardheid, terecht, anoniem en discreet, om aan hun probleem te werken en te streven naar het bereiken en het onderhouden van een totale abstinentie. sosN Zelfzorg steunt op het principe dat verslavingsherstel losstaat van om het even welke andere problematiek en benadert nuchterheid, met andere woorden volledige onthouding als dé topprioriteit. sosN legt de kracht om een stabiele nuchterheid te bereiken en te behouden bij het individu zelf. sosN ondersteunt en respecteert elke vorm van verslavingsherstel, ongeacht de gevolgde weg om deze te bereiken. Het betwist geen andere herstelprogramma's noch wedijvert ermee. sosN stimuleert het gebruik van wetenschappelijke methodes om verslaving te bestuderen en te begrijpen. sosN on-

dersteunt een gezond scepticisme, daar ieder mens zijn of haar weg naar herstel vindt. sosN beperkt haar opvattingen niet tot één theorie of informatiegebied in verband met verslaving. sosN heeft de bedoeling nuchterheid te bevorderen.

“Anonimiteit en discretie zijn de steunpilaren van onze bijeenkomsten.”

BASISPRINCIPES

sosN is geen tak noch een aanhangsel van enige religieuze of wereldlijke instantie. Er zijn geen onderliggende of verborgen bedoelingen daar sosN zich enkel bezighoudt met het bereiken en volhouden van nuchterheid.

sosN ijvert voor bevordering van nuchterheid en bevrijding van verslavingen. Niettegenstaande nuchter leven een persoonlijke verantwoordelijkheid is, hoeft men dit niet alleen te doorstaan. De steun van anderen is een fundamentele hulp tijdens de herstelperiode. Leden van sosN-bijeenkomsten delen ervaringen, inzichten en kracht tijdens rationele, bemoeiigende samenkomsten.

Nuchterheid is de prioriteit in het leven van een herstellende verslaafde. Dit betekent onthouding van de roesverwekkende middelen of obsessieve handelingen die het fundament uitmaken van zijn of haar verslaving. sosN steunt elkeen in zijn keuze, groei, constructieve zoektocht en rationeel streven naar een nuchter en tevreden leven.

Voor sosN is een fundamenteel principe dat de identiteit van de leden vertrouwelijk is en de aangehaalde onderwerpen of discussies tijdens de bijeenkomsten niet naar buiten prijsgegeven worden. Anonimiteit en discretie zijn de steunpilaren van onze bijeenkomsten.

GEEN ALMACHTIG PROGRAMMA

In sosN geen 12-stappenprogramma, zelfs geen programma, geen confectie-



pakje dat iedereen aantrekt en dat ieder past. Geen toverformules, geen miraculeuze kuren, geen magische pillen om te verkopen, niets van dat alles. Wij verwerpen de idee waarbij het programma enerzijds al het goede en leidinggevende en actieve alwetende deel van de relatie uitmaakt, waarbij de verslaafde staat voor het passieve, verziekte, rauwe, te kneden en aan te stampen materiaal dat tot de gewenste maat gebracht moet worden en in vorm te gieten is.

Een van de nadelen van de zogenoemde 12-stappenprogramma's en van andere voorgekauwde programma's is dat de verslaafde steeds in een minderwaardig-

“SOS
Nuchterheid telt
zoveel programma's
als deelnemers.”

ge positie verkeert ten overstaan van dat programma. Het is dankzij 'Het Programma' dat men droog werd, Het Programma is Groot, alles staat in het teken van 'Het Programma'. Soms lijkt het of men verslaafd raakt aan de beleving van 'Het Programma' en vooral aan de religieuze onderdelen ervan. Indien men kritiek uit op bepaalde delen van zulke programma's, reageren sommigen alsof zij persoonlijk aangevallen worden.

Vermits ieder zijn eigen manier zoekt om nuchter te blijven en te worden, is men zelf de ontwerper van zijn programma en

als men erin slaagt, is het dankzij eigen inzichten. Daar mag je terecht fier op zijn. Het versterkt het zelfvertrouwen en verhoogt de zelfwaardering. Door een persoonlijke aanpak te ontwikkelen heeft men vlugger de bekwaamheid om zich aan te passen en in te spelen op onverwachte en/of moeilijke situaties. Het bevordert je onafhankelijkheidsontwikkeling als je zelf leert denken over je persoonlijke aanpak.

Wij stellen dat iedere verslaafde zijn/haar eigen programma leert opbouwen en zijn eigen nuchterheid leert veiligstellen, gebaseerd op eigen noden en eigen ondervinding. Wij hebben vertrouwen in de mogelijkheden die verslaafden bezitten, ongeacht hoe ernstig hun verleden ook is: vertrouwen om met groepshulp onszelf terug te vinden en terug te vechten. Daartegenover staat dat we er zeker van zijn dat we om nuchter te blijven ons eigen programma kunnen maken. Daarom zeggen we in sosN dat we zoveel programma's als deelnemers tellen.

WERKPLAATS

Onze samenkomsten zijn een soort van werkplaatsen of ateliers. Tijdens die samenkomsten halen we de diverse delen op die we nodig hebben om ons persoonlijk programma te doen groeien. De 'constructiewerkplaats' bestaat uit een vriendelijke omgeving waar gelijkgestemden werken. De beschermende, niet-beoordelende atmosfeer, de mogelijkheid om onszelf te zijn en eerlijk te uiten, de kameraadschappelijke sfeer, de ervaring van anderen zijn de belangrijkste gereedschappen die ons ter beschikking gesteld worden in die werkplaats.

In deze omgeving kan men snel opnieuw zelfvertrouwen opbouwen en zich sterken in zijn nieuw herwonnen nuchterheid. Bovendien is die omgeving een uitstekend middel om de meeste valkuilen voor herval te leren ontwijken en de waarschuwingssignalen van een zich voorbereidend herval te leren herkennen. Na een tijdje zullen we leren onze meest pijnlijke herinneringen te verwerken en de verleidingen van onze verslavingsdrang te weerstaan. In die werkplaats leren we omgaan met hervallervaring en leren ons te wapenen om herval te voor-

komen, als we er maar onmiddellijk en openlijk over willen en kunnen praten. De kleine slogans zoals 'Ik drink/gebruik niet meer, wat er ook gebeurt' en de 'Nuchterheidsprioriteit' gaan zich stilaan in ons dagelijks bestaan vastpinnen.

We kunnen ons informeren om een ander inzicht in onze toestand te krijgen. We kunnen ons nieuwe gewoonten eigen

“Er komt een
moment waarop jij
meedeelt wat jouw
manier is om
nuchter te blijven.”

maken, misschien gaan we anders met ons lichaam om, wat meer beweging, sommigen gaan mediteren, anderen leren zich te ontspannen. Ieder van ons kan zijn manier vinden om een nuchter leven op te bouwen en te bewaren. En ooit komt er dan zo'n moment waarop jij meedeelt wat jouw manier is om nuchter te blijven. Dan geef jij mee wat jij belangrijk vindt en hoe jij dingen ervaart en aanpakt die je vroeger steevast naar het glas of een drug deden grijpen.

De aanbevolen richtlijnen voor nuchterheid (vertaald uit het boek 'How to stay sober. Recovery without religion' van James Christopher):

♦ Om de cyclus van ontkenning te kunnen doorbreken en nuchterheid te realiseren erkennen we eerst dat we verslaafd zijn.

♦ We herbevestigen deze waarheid dagelijks en accepteren zonder voorbehoud het feit dat we als nuchter individu niet kunnen noch willen gebruiken, 'om het even wat er gebeurt'.

♦ Omdat gebruik voor ons onmogelijk is, nemen we alle noodzakelijke maatregelen om onze 'Nuchterheidsprioriteit' levenslang te bestendigen.

♦ Levenskwaliteit – 'het goede leven' – kan bereikt worden, hoewel het leven gevuld is met onzekerheden. Daarom blijven we nuchter, ongeacht onze emoties, omstandigheden of conflicten.

♦ We delen elkaar in vertrouwen onze

gedachten en gevoelens mee als nuchtere, cleane mensen.

♦ Nuchterheid is onze prioriteit, we zijn zelf verantwoordelijk voor ons leven en onze nuchterheid.

WILFRIED VAN DER BORGHT
VOORZITTER SOS NUCHTERHEID VZW
(SOSN VZW)
COÖPERATOR IZZA AALST

CONTACTGEGEVENS:

Tel: 09 330 35 25 (24/24 uur, 7/7 dagen)

e-mail: info@sosnuchterheid.org

post: SOS Nuchterheid vzw, p/a Kantienberg 9 te 9000 Gent

Website: <http://www.sosnuchterheid.org/>

Forum: www.sosnuchterheid.bbforum.be

Jongerenforum: www.jongerenforumsos.bbforum.be

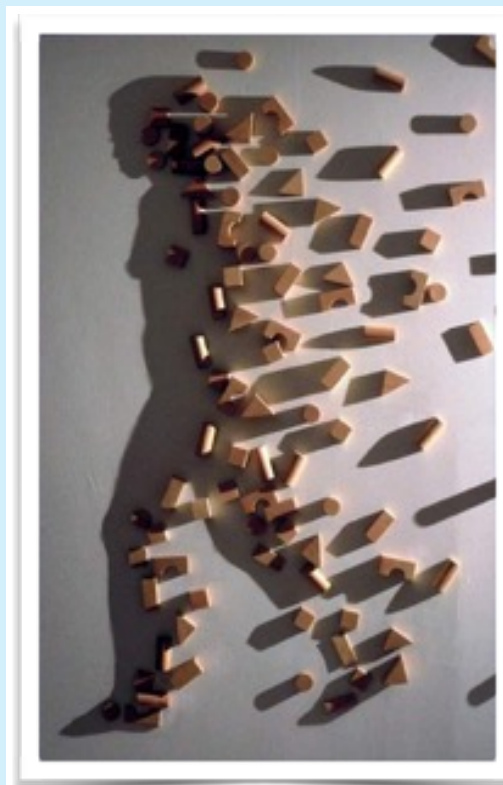
P.F.V. (partners, familieleden en vrienden): T. 0498 70 64 32

Facebook: <https://www.facebook.com/SOSNuchterheid>

Een overzicht van onze lokale initiatieven vind je op de website onder de rubriek 'Waar en wanneer'. He ziet dan een landkaart van België en een lijst van alle locaties waar we actief zijn in een iZZa (individueel ZelfZorg-aanspreekpunt).

De statuten van SOS Nuchterheid vzw vind je eveneens op onze site. Lidgelden en ledenlijsten zijn onbestaand binnen onze werking. Vrijwillige anonieme bijdragen door deelnemers in de werkingskosten mogen, maar zijn geen verplichting.

De verantwoordelijkheid over het gebruik van de persoonlijke gegevens die de leden onderling uitwisselen berust enkel bij de deelnemers. Onder geen enkele voorwaarde worden er door SOS Nuchterheid gegevens over deelnemers aan derden verstrekt.



International Congress:

Building Blocks for Humanist Education

13th-16th October 2016,
Antwerp, Belgium

EHP is proud to organise an international congress on humanist education, in October 2016.

The congress will take place in the beautiful city of Antwerp, a cradle for humanism and free thought in Europe.

Belgium also has a longstanding history and lots of experience in the field of humanist education and ethical courses.

With this congress we hope to bring together professionals from various sectors who are interested in humanism and education - teachers already teaching, teachers in training, people who would like to ignite humanist courses in their country etc. If you have anymore questions, feel free to contact us at

info@humanistprofessionals.eu

PROGRAMME REGISTRATION

Registration and payment on account number :

BE86 0017 8638 6150

VAT vzw European Humanist Professionals

Registration for the congress is definitive after payment of the congress fee.

Website : <http://www.humanistprofessionals.eu>

Betere mensen bouwen

Door innovatieve technologie in de genetica, robotica, informatietechnologie en neurowetenschappen ontstaan er steeds meer mogelijkheden om fundamenteel in te grijpen in de menselijke natuur. Terwijl de geneeskunde traditioneel gericht is op het 'beter maken' of het verhelpen van ongemakken, rijzen er nu voor het eerst perspectieven om de mens echt structureel te verbeteren. Moleculair knip-en-plakwerk, brain-computerinterfaces, 'lerende' neuroprothesen, 3D-orgaanprinting: de ene na de andere fascinerende ontwikkeling tekent zich af.



Het is zeker niet ondenkbaar dat mens en computer in de verdere toekomst zodanig zullen versmelten dat er tussen de software van het computerdeel en de geest van het mensdeel nog nauwelijks onderscheid te maken is. Dan worden we een cyborg, een echte antropotechnische hybride. Vanuit deze optiek wordt er al volop gespeculeerd over een posthumane toekomst, een wereld waarin de homo sapiens een opvolger heeft gekregen die sterker, gelukkiger, mooier en vitaler is.

In 2001 schreef de ietwat excentrieke futuroloog Ray Kurzweil een essay, 'The law of accelerating returns', waarin hij een veralgemening van de wet van

Moore postuleerde. Deze wet heeft betrekking op het exponentieel groeipatroon van de complexiteit van computerchips. Naar analogie baseerde hij hierop zijn concept van 'technologische singulariteit', dat erop neerkomt dat de exponentiële ontwikkeling van technologie op een gegeven moment zó zal accelereren dat ze ons petje volkomen te boven zal gaan. Binnen enkele decennia zal machine-intelligentie de menselijke intelligentie overstijgen en leiden tot veranderingen die een echt breekpunt zullen vormen in de menselijke geschiedenis.

Sommige van deze technieken zijn al bijna gemeengoed, andere zijn nog volop in ontwikkeling of vooralsnog sciencefiction.

Maar in elk geval roepen ze een aantal ethische vragen op waarmee men, merkwaardig genoeg, al worstelde in de klassieke oudheid.

MYTHES

Het bekende verhaal van Daedalus en Icarus is zo'n oermythe over 'de grens van de mens'. Deze bannelingen poogden uit Kreta te ontsnappen door vleugels te maken van was en veren. Daarom mochten ze niet te dicht bij de zon komen, want dan smolt de was. Helaas raakte Icarus zo in vervoering dat hij alsmaar hoger vloog tot zijn vleugels uiteenvielen en hij neerstortte. In deze mythe zitten, volgens filosoof Peter-Paul Verbeek, alle

“De vrijheid wordt bedreigd als sommigen de macht hebben over de erfelijke eigenschappen van anderen.”

elementen van de huidige problematiek over mens en technologie vervat: het verlangen om de menselijke beperkingen te overwinnen, de fascinatie door techniek en het zoeken naar een balans tussen overmoed en terughoudendheid.

Ook in de klassieke mythe van Prometheus liep het slecht af. De protagonist, die het vuur van de goden naar de mens had gebracht, werd daarvoor gestraft door Zeus met een lever die door een adelaar werd opengereten en steeds opnieuw aangroeide. Prometheus toont aldus het droeve lot van de mens die zijn eigen bestemming poogt te overstijgen, maar die tegelijk door zijn ‘hybris’ de kans op eindeloos lijden alleen maar groter maakt. Daardoor rijst de vraag of wij de wetenschap, die zo’n ijdel gereedschap en dubieus perspectief aanreikt, wel moeten willen.

In onze tijd vindt men deze oervragen terug in het debat tussen bioconservatieven en transhumanisten. Bioconservatieven beroepen zich op een ‘natuurlijke orde’ waaraan men niet straffeloos kan morrelen. Transhumanisten menen dan weer dat de mens zichzelf naar een hoger niveau kan tillen door zijn biologische limieten te overstijgen.

Transhumanisten onderschrijven over het algemeen de standpunten van het traditionele humanisme, maar beogen wel de uiterste grenzen ervan te verkennen en te verleggen. Ze zien dit gewoon als een logisch vervolg van de evolutie.

In een betrekkelijk korte tijd is de mens geëvolueerd van een vrij onbelangrijke aap tot de onbetwiste heerser van deze planeet. Als toevallige evolutie al zo’n kwantsprong kan bewerkstelligen, wat zouden we dan wel niet kunnen realiseren wanneer we doelgericht gaan streven naar verbetering?

POSTHUMANS

Het transhumanisme combineert dus een open attitude tegenover technologische vooruitgang met een sterk geloof in een verheven toekomst van de mensheid. Een van de pijlers van dit vooruitgangsgeloof is de toenemende psychische verbondenheid van alle mensen, steunend op geavanceerde communicatiemiddelen en de verdere digitalisering van de samenleving. De Franse priester en paleontoloog Teilhard de Chardin sprak decennia geleden al over een ‘collectieve personalisatie’ in de verre toekomst. Het individuele, tijdgebonden menselijke bewustzijn zal dan geheel getransformeerd worden in een hogere werkelijkheid. De Canadese auteur Clive Thompson voorspelt dat we hierdoor zelfs een haast paranormaal omgevingsbewustzijn zullen ontwikkelen: voortdurend zullen we voelen wat anderen denken en doen. Transhumanisten zijn ervan overtuigd dat ooit de aarde, het zonnestelsel en uiteindelijk de rest van het universum zullen worden aangepast aan de behoeften van ‘posthumans’ met behulp van megaschaal- en ruimtetijdtechnologie.

“Technologie is gif en medicijn tegelijk.”

Sciencefiction? Misschien wel. Maar het is en blijft een fascinerend perspectief dat blijft opduiken in het hoofd van visionaire denkers. In feite vormt het transhumanisme de technologische realisering van Nietzsches ‘Übermensch’, de mens die zichzelf overstijgt en daarmee de beperkingen van het leven. Zoals Nietzsche schreef in ‘Also sprach Zarathustra’: “De mens is een touw tussen dier en Übermensch, een touw dat gespannen is boven een afgrond.”

En die afgrond is net datgene waar bioconservatieven voor waarschuwen: de vrije val van Icarus.

Ze hebben daarvoor diverse argumenten, het ene al redelijker dan het andere. Voor eerst is er het bekende ‘hybris’-argument dat poneert dat de mens zijn plaats moet kennen en derhalve niet ‘op de stoel van

God moet gaan zitten’. Ook is er het ‘helend vlak’-argument dat doemscenario’s schetst van eugenetische designbaby’s. Belangrijk is ook het onzekerheidsargument: roekeloze interventies kunnen allerlei collaterale gevolgen hebben die niet volledig te overzien zijn.

EXISTENTIËLE BEDREIGING

Om dergelijke risico’s te bestuderen werd ‘The Cambridge Project for Existential Risk’ opgericht: een denktank die de potentiële gevaren onderzoekt van biotechnologie en artificiële intelligentie. De tijd tussen een idee en de ontwikkeling ervan wordt immers steeds korter, zodat er amper tijd is voor een risicoanalyse. Vooral het idee van ‘autonome machinale dominantie’ is verontrustend: machines die de wereld overnemen ten koste van de naïeve mens die hen heeft voortgebracht.

Moeten we, in navolging van de dinosaurus, stilaan plaats gaan ruimen voor de volgende soort in de rij? Stevenen we af op een periode die vergelijkbaar is met de co-existentie van de neanderthaler en de cro-magnonmens destijds, waarin de mens de wereld zal delen met de machine, tot we uiteindelijk zelf verschrompelen tot fossielen? We zullen dan niet langer een vast ijkpunt zijn, maar wel een brug naar iets nieuws, met als nalatenschap een creatie ontsproten uit ons brein. Superintelligente machines die de mens qua creativiteit en vaardigheden radicaal overklassen, zouden inderdaad weleens onze laatste uitvinding kunnen zijn en zonder meer een existentiële bedreiging vormen. In Cambridge maakt men zich daar ernstig zorgen over, misschien niet onterecht.

Bioconservatieven hebben ook een aantal sociologische argumenten. Elk natuurlijk levensproces (zoals voortplanting) wordt technologisch gemedicaliseerd, en daardoor kan er een afnemende acceptatie of tolerantie ontstaan voor ziekte en imperfectie. Technieken zoals genetische manipulatie kunnen ook afbreuk doen aan de autonomie van toekomstige generaties die een designproduct worden van de vorige, of ongelijkheid creëren tussen personen die zich dergelijke ingrepen financieel kunnen permitteren en de anderen. Hierdoor komt er een fundament van →

de democratie in gevaar: de grondwaarde van vrijheid wordt bedreigd als sommigen de macht hebben over de erfelijke eigenschappen van anderen. Misschien is het transhumanisme wel de nieuwe verschijningsvorm van de infame eugenetica van weleer?

In elk geval blijven er een aantal vragen sluimeren die zeer moeilijk te beantwoorden zijn. De ideale mens, hoe zou die er dan wel moeten uitzien? Wiens ideaal zou dat moeten zijn? Hoe moet dat ideaal in de praktijk gerealiseerd worden? En door wie? Gaan al die betere en slimmere mensen daarna effectief aan een betere wereld werken? Wordt de wereld daarvoor een technologisch Utopia vol vrede en voorspoed? Geen mens die het weet.

“Ons lichaam lijkt wel ontworpen door een krankzinnige loodgieter.”

APATHIE

Ten slotte is er nog een waardeargument: veel wat mensen écht belangrijk vinden (kinderen, familie, gezondheid, seks, muziek, sport, lekker eten...) heeft direct te maken met onze lichamelijkeheid. Met het feit dat wij geëvolueerde apen zijn, dus. Stel nu dat men er in slaagt om de mens en zijn brein technologisch te upgraden, zou dit dan niet kunnen leiden tot een verarming van wat het intrinsiek betekent om 'mens' te zijn?

Storten we onszelf daarmee niet, zoals die onfortuinlijke Icarus, in ons eigen ongeluk? Zoals de Amerikaanse filosoof John Haugeland het omschrijft: “Computers have gigantic potential, but the problem with them is that they don't care about anything.” Is dat wel een aantrekkelijk perspectief: perfecte bionische mensen ‘who don't care about anything’? Worden wij ooit empathieloze machines? Trouwens, wat zou de mens eigenlijk betekenen zonder de horizon van zijn sterfelijkheid? De Britse ethicus Bernard Williams zei ooit droogweg: “Millions dream of immortality, but they don't even know what to do on a rainy Sunday afternoon.”

Dat kan behoorlijk vervelend worden, daar in cyborgland.

Transhumanisten erkennen de legitimiteit van deze bedenkingen, maar toch zien ze technologische vooruitgang niet zozeer als iets bedreigends, doch eerder als een middel om de wereld leefbaarder te maken. Zo denken zij bijvoorbeeld bij genetische manipulatie niet direct aan horrorscenario's, maar wel aan therapieën die erfelijke ziekten kunnen genezen. Het zou jammer zijn dat de enorme potentiële voordelen hiervan zouden worden veronachtzaamd vanwege irrationele technofobie.

AMBIGUÏTEIT

Elke technologiefilosoof zal vertellen dat technologie waardeneutraal is: de mens kan ze zowel ten goede als ten kwade gebruiken. Dat was al zo met een van de oudste technieken die de mens ontwikkeld heeft: het schrift. Oorspronkelijk diende dit als geheugensteun, later is het haast een tweede natuur geworden. In Plato's dialoog 'Phaedrus' wordt het schrift een 'pharmakon' genoemd, iets wat gif en medicijn tegelijk is. Die ambiguïteit, die door filosoof Bernard Stiegler de 'farmacologische kwestie' werd genoemd, blijkt inderdaad een constante te zijn in de techniekgeschiedenis: technologie is gif en medicijn tegelijk. Het is de blijvende taak van de bio-ethiek om nieuwe ontwikkelingen te toetsen op hun menswaardigheid.

Een andere bedenking is dat bioconservatisme gebaseerd is op een zwart-witdenken dat de intrinsieke verwevenheid van mens en techniek miskent. Wetenschap en technologie zijn immers al duizenden jaren ingeslepen in de cultuur van de homo sapiens. Al sinds de ontdekking van de eerste werktuigen maakt hij gebruik van technische hulpmiddelen om zijn naakte bestaan te verbeteren. De mens is een prothetisch wezen, een schlemielige tweevoeter zonder hulpstukken. De antropoloog Arnold Gehlen noemde mensen 'Mängelwesen' (tekortwezens) die op technologie zijn aangewezen om hun ontoereikende vermogens te compenseren. Transhumanisme is in die zin allang een feit. Zo raken veel mensen zelfs de straat niet meer over zonder hun contactlenzen.

DESIGNPRODUCT

Wie heeft er eigenlijk morele bezwaren tegen de tandprothese, de kunstheup of de insulinepomp? Waarom zou men dan meer ingrijpende technologie die onze levenskwaliteit kan verbeteren, principieel afwijzen? Ons hele gestel is het resultaat van een proces van miljoenen jaren 'trial and error'. Toch zijn er hierin een aantal weeffouten geslopen. Van de rare bekaabeling van ons netvlies tot de strapatsen van onze prostaat: wie ons lichaam met een functioneel oog bekijkt, moet concluderen dat het wel ontworpen lijkt door een krankzinnige loodgieter. Om het dan nog niet te hebben over onze eigen hersenen die ons voortdurend in het ootje nemen. Begint het jasje dat de evolutie ons heeft aangemeten niet stilaan behoorlijk te knellen? Misschien is het wel tijd voor een écht creationisme, deze keer met de mens achter de ontwerptafel.

“De mens is een prothetisch wezen, een schlemielige tweevoeter zonder hulpstukken.”

Zou het niet verkieselijk zijn om het designproduct te worden van menselijke hersenen, eerder dan dit van de blinde loterij die de evolutie nu eenmaal is? Indien we vandaag geen discriminatie meer accepteren op grond van het milieu waarin men wordt geboren, waarom zouden we dat dan wel moeten aanvaarden vanwege Moeder Natuur? Gewoon omdat dit het lot of de voorbeschikking heet? Onze creativiteit komt trouwens zélf voort uit een bewustzijn dat door natuurwetten is ontstaan, waarom ze dan niet optimaal gebruiken? We zijn ontstaan uit iets pre-menselijks, waarom zouden we dan niet evolueren naar iets post-menselijks? Is het niet zo dat die sacraliteit die sommigen toeschrijven aan 'het leven zoals het is' weinig meer verhuult dan fatalisme of weerstand tegen vooruitgang?

SERGE COOPMAN

LITERATUUR....

ACHTERHUIS, H.,
 Van stoommachine tot cyborg. Denken
 over techniek in de nieuwe wereld.
 Amsterdam: Ambo, 1997
 BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J.,
 Principles of biomedical ethics
 Oxford: Oxford University Press, 2008
 BOSTROM, N.,
 Superintelligence, paths, dangers,
 strategies
 Oxford: Oxford University Press, 2014
 BOSTROM, N.,
 Transhumanist values
[http://www.nickbostrom.com/ethics/
 values.pdf](http://www.nickbostrom.com/ethics/values.pdf), 2009
 BRIAN, C.,
 Een wedstrijd in menselijkheid. Wat het
 betekent om nu te leven.
 Amsterdam: Atlas Contact, 2010
 BRYNJOLFSSON E., McAfee, A.,
 The second machine age.
 Work, progress, and prosperity in a time
 of brilliant technologies.
 New York: Norton, 2014
 CLARK, A.,
 Natural Born Cyborgs. Minds, techno-
 logies and the future of human intelli-
 gence.
 Oxford University Press, 2003
 DE BEAUVOIR, S.,
 Niemand is onsterfelijk
 Bussum: Agathon, 1976
 DE MUL,
 J., Cyberspace odyssee
 Kampen: uitgeverij Klement, 2002
 DERKX, P.,
 Humanisme, zinvol leven en nooit meer
 ouder worden.
 Brussel, VUB Press, 2011
 FERNANDEZ-ARMESTO, F.,
 Dus jij denkt dat je een mens bent?
 Amsterdam: Bert Bakker, 2005
 FUKUYAMA, F.,
 Our posthuman future. Consequences
 of the biotechnology revolution.
 New York: Picador, 2012
 HABERMAS, J.,
 The future of human nature
 Cambridge: Polity Press, 2003
 HARRIS, J.; Enhancing evolution. The
 ethical case for making better people.
 New Jersey: Princeton University Press,
 2007
 HOUELLEBECQ, M.,
 Mogelijkheid van een eiland

Amsterdam: De Arbeiderspers, 2005
 KUITERT, H.,
 Mag alles wat kan? Ethiek en medisch
 handelen.
 Baarn: Ten Have, 1989
 KURZWEIL, R.,
 The singularity is near: When humans
 transcend biology.
 New York: Penguin Books, 2006
 KURZWEIL, R.,
 The age of spiritual machines
 New York: Penguin Books, 2000
 KURZWEIL, R.,
 How to create a mind? The secret of
 human thought revealed.
 New York: Viking Penguin, 2012
 LATOUR, B.,
 Pandora's hope
 Cambridge/Londen: Harvard University
 Press, 1999
 LEMMENS,
 Gedreven door techniek. De mense-
 lijke conditie en de biotechnologische
 revolutie.
 Box Press, 2008
 LEWIS, M.,
 Flitshandel
 Amsterdam: Carrera, 2014
 MATTHIJS, P., BORRY, P.,
 Iedereen GENiaal. Humane genetica in
 woorden en cartoons.
 Antwerpen: Ballon Media, 2014
 NIETZSCHE, F.,
 Aldus sprak Zarathoestra. Een boek
 voor allen en voor niemand.
 Amsterdam: Wereldbibliotheek, 1985
 SANDEL, M.,
 Pleidooi tegen volmaaktheid. Een ethiek
 voor gentechnologie.
 Uitgeverij Ten Hove, 2012
 SAVULESCU, J., PERSSON, I.,
 Unfit for the future. The need for moral
 enhancement.
 Oxford: Oxford University Press, 2012
 SCHERMER, M.,
 Minima philosophica. Onsterfelijkheid.
 Filosofie en Praktijk, 2011 nr. 3
 SCHMIDT, E., COHEN, J.,
 The New Digital Age. Reshaping the
 future of people, nations and business.
 Michigan: Brilliance Audio, 2014
 SHIRKY, C.,
 Cognitive surplus. Creativity and ge-
 nerosity in a connected age.
 New York: Penguin Press, 2010

SLOTERDIJK, P.,
 Regels voor het mensenpark
 Amsterdam: Boom, 2000
 STEVENSON, M.,
 Komt alles goed. Hoe wetenschap de
 wereld redt.
 Antwerpen: Manteau, 2012
 STICHTING TOEKOMSTBEELD DER
 TECHNIEK.
 Deus et Machina. De verwevenheid van
 technologie en religie.
 Redactie: Michiel D. Van Well, 2008
 STIEGLER, B.,
 Per toeval filosoferen
 Zoetermeer: Klement, 2014
 SWIERSTRA, T., WALHOUT, B.,
 BOENINCK, M., VAN EST, R.,
 Leven als bouw pakket
 Zoetermeer: Klement, 2009
 THE CAMBRIDGE PROJECT FOR
 EXISTENTIAL RISK
www.cser.org
 THOMPSON, C.,
 We worden steeds slimmer. Hoe apps,
 gadgets en social media ons intelligen-
 ter maken.
 Amsterdam: Maven Publishing, 2014
 TOFFLER, A.,
 Future Shock
 New York, Random House, 1970
 VALKENBURG, G.,
 Politics by all means. An enquiry into
 technological liberalism.
 Delft: Simon Stevin Series in Philoso-
 phy of Technology, 2009
 VERBEEK, P.P.,
 De grens van de mens
 Rotterdam: Lemniscaat, 2011
 VERBEEK, P.P.,
 Moralizing technology. Understanding
 and Designing the Morality of Things.
 Chicago: University of Chicago Press,
 2011
 VERMEERSCH, E.,
 Van Antigone tot Dolly. Veertig jaar
 kritisch denken.
 Antwerpen: Hadewijch, 1997
 VROON, P.,
 Prutswerk! Veertig klachten aan de
 Schepper.
 Amsterdam: Ambo/Anthos, 1997
 WEINER, J.,
 Eindeloos leven
 Amsterdam: Nieuw Amsterdam, 2011

Ingewikkeld

(Over)leven met een psychische aandoening

Het brein is “die wonderlijk trillende pudding tussen onze oren”, anderhalve kilo weefsel bestaande uit een kleine honderd miljard hersencellen waarbij neuronen tussen duizend en tienduizend onderlinge verbindingen maken.

Een kleine kink in de kabel kan dus grote gevolgen hebben en aanleiding geven tot vreemd gedrag zoals stemmen horen en beelden zien die er niet zijn.

De scheiding tussen niet-normaal en normaal, zin en waanzin, is flinterdun. Psychoses zijn daarom heel gewoon. Sterker nog: het creatief genie en de artistieke genialiteit leunen dicht aan bij de geestelijke stoornis. Depressies en occasionele bipolaire stoornissen komen voor bij drie procent van de populatie. Vijfentwintig procent krijgt af te rekenen met relatief ernstige psychische problemen. Eén procent wordt getroffen door een psychose, drieënhalf procent krijgt psychotische symptomen. Psychose en aanverwanten komen wereldwijd en in alle culturen evenveel voor. In België en Nederland lijden vijfhonderdduizend mensen aan een psychische stoornis of vertonen licht psychiatrische neigingen. Negentig procent van de zelfdodingen zou bovendien terug te voeren zijn op een psychisch probleem.

Geerdt Magiels geeft deze cijfers tussen door, maar eigenlijk heeft hij ze niet nodig: hij heeft het verhaal van Sven om de logica van een psychose uit te leggen. Een verhaal dat de velen vertegenwoordigt die zoiets meemaken en dat de misverstanden, vooroordelen en vooral het stigma illustreert rond alles wat met psychiatrie te maken heeft. Op zijn elfde moet Sven thuis al werken: tuinklusjes, binnenhuis-kusjes om zijn moeders liefde te verdienen. Toch krijgt hij een fiets en gaat verwoed fietsen om te ontsnappen aan die verstikkende thuissituatie. Hij fietst tweeduizend kilometer naar de paus in Rome, beklimt de Tourmalet in de competitie en loopt een blaasontsteking op – waarschijnlijk uitgelokt door te veel antibiotica.

Volgt een eerste psychose en opname in het psychiatrisch ziekenhuis van Kortenberg. In zijn hoofd zijn het de Zwitserse antibioticaproducten die hem schade toebrechten. “Alles wat mij tot mij maakte, verdween.” Met goede begeleiding krijgt hij er de kans een ontwerp te maken voor de binnentuin en dat wordt zijn medicijn.

“Komaf maken met classificatiesystemen en psychiatrische labels.”

Maar na zijn tocht door waanzinland moet hij weer optornen tegen de gewone wereld, waarin iemand die in de psychiatrie gezeten heeft met wantrouwen wordt bekeken. Hoe ermee omgaan als mensen denken dat je niet helemaal juist meer bent en je vermijden? Verbazingwekkend aan het verhaal is dat hij het toch weer doet: Sven volgt een opleiding als tuinarchitect, blijkt getalenteerd en zijn ontwerpen worden geselecteerd. Ondanks de vele opdrachten gaat hij nog vijftien jaar deeltijds in de Makro werken op de elektronica-afdeling, hoewel daar televisies staan – een van zijn fobieën.

Sven is vindingrijk, talentvol en ondernemend, maar na iedere psychose moet hij zichzelf heropbouwen, heruitvinden. Zijn verhaal wordt verteld zonder chronologie, soms met overlappingsen en herhalingen, organisch gegroeid vanuit de bereidheid en toenemende durf om te vertellen. Hij legt verbanden die enkel hij ziet, beseft dat hij met woorden speelt, gedachtesprongen maakt. Toch is dat verwoorden heel intens, fundamenteel. Nadien volgt de

bedenking: hij is dan wel geestelijk ziek, maar eigenlijk kan hij meer dan andere stervelingen. Daarenboven verwerkt Sven telkens zijn psychoses in kunstwerken: installaties met windels, snoeren en contactdozen van radiootjes, een tentoonstelling met doorgetrapte fietsen in het Leuvense M - Museum. Zijn leven wordt een kunstwerk.

De theoretische helft van het boek bestaat uit wat Magiels nederig “korte essays over kunst en waanzin, hersenen en neuronen, denken en voelen, therapie en gedrag, ziekte en gezondheid” noemt. Eigenlijk is dit het substantiële boekdeel waaraan Svens verhaal kleur geeft. Je leest een bezielend pleidooi voor begrip voor psychische problemen – een uiteenzetting over hoe psychische aandoeningen iedereen kunnen overkomen en niet meer zijn dan varianten op natuurlijke eigenschappen van de menselijke geest. Tevens is het een betoog voor opwaardering van de geestelijke gezondheidszorg, met raadgevingen, inlichtingen, zelfs vraagstellingen over onder meer euthanasieverzoeken rond psychisch ondraaglijk lijden. Maar vooral een pleidooi voor het herdenken van de psychiatrie “die laveert tussen de biologie en de neurologie, en de moerasen van de subjectiviteit”. De boodschap is dat men het best komaf zou maken met classificatiesystemen en psychiatrische labels, ten voordele van een goede relatie met de behandelaar en een ondersteunende, stimulerende omgeving.

VIKTOR DE RAEYMAEKER

‘Ingewikkeld. (Over)leven met een psychische aandoening’, Geerdt Magiels, Vrijdag, Antwerpen, 2016, ISBN 978 94 6001 419 2, 192 p., € 19,95





DE SUPERSAMENWERKER

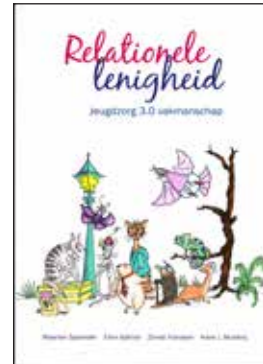
Bij 'survival of the fittest' denken we onder andere aan Darwin, het recht van de sterkste, eigenbelang en competitie. Darwin is natuurlijk juist, maar volgens de auteurs van dit boek komen de andere voort uit een historisch misverstand. Aan de hand van recent wetenschappelijk onderzoek van biologen, antropologen, neurowetenschappers en kinderpsychologen tonen Van Duppen en Hoebeke dat de mens in wezen supersociaal is, dus geen 'survival of the fittest' als norm. Of preciezer: Darwin klopt wel, maar niet het bijhorende eigenbelang noch de competitie en agressie. Want, zo stellen de auteurs, de succesvolste diersoorten bleken die die het beste konden samenwerken. Dit boek werpt een nieuw licht op ons mensbeeld en geeft een centralere rol aan empathie en sociaal gedrag.

'De supersamenwerker', Dirk Van Duppen en Johan Hoebeke, Epo, 2016, 9789462670655, 320 p., € 20

SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG IN DE ZORG

Vlaams minister Jo Vandeuren verplichtte de zorgsector begin 2015 een beleid te ontwikkelen voor een bewuste, structurele en doordachte omgang met structureel grensoverschrijdend gedrag van hulpverleners ten aanzien van zorgvragers. Deze pocket informeert organisaties over wat ze concreet kunnen ondernemen ter preventie van dit gedrag en wat er kan gebeuren als het gedrag toch voorvalt. Verder geeft het boekje een overzicht van het wetgevend kader, de historiek en de procedures en schenkt het aandacht aan de taboesfeer rond seksualiteit in een zorgsetting. Hiervoor nemen de auteurs een kijkje over de landsgrenzen en in andere sectoren. Naast een toelichting van het geanonimiseerde registratiesysteem via praktijkvoorbeelden tref je er kritische bedenkingen en beleidsaanbevelingen in aan.

'Seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg', Els Messelias, Ellen Van Houdenhove, Jan Van Velthoven, Politeia, 2015, 9782 509 02429 9, € 29



RELATIONELE LENIGHEID: JEUGDZORG 3.0 VAKMANSCHAP

Het bekende 'stoornisdenken' met zijn ziekmakende etiketteringen: werkt dat wel in de jeugdzorg? Deze uitgave laat zien dat een kind baat heeft bij een betekenisvolle werkrelatie tussen hulpverlener en -vrager. Via systeemdenken waarbij niet alleen het kind, maar ook alle relaties tussen kind, gezin, school en leefomgeving worden meegenomen, is het mogelijk om met relationele lenigheid te schakelen tussen protocol en non-protocolaire behandelingen.

Dit boek inspireert ertoe met het kind zelf te praten, en niet met de stoornis. De hulpverlener wordt uitgedaagd om expert van de vraag te worden en om actief te observeren en tegelijk te participeren. Met praktische informatie, geestige fabels en intermezzo's is het werk vooral bedoeld voor hulpverleners en studenten in de jeugdzorg.

'Relationele lenigheid: jeugdzorg 3.0 vakmanschap', Maarten Spaander, Ellen Aptroot, Zenda Franssen, Karel J. Mulderij, SWP, 2016, 9789088506727, 192 p., € 27,50



HIPPOCRATES IN DE HEL. DE ARTSEN VAN DE Vernietigingskampen

"Hier was het. Hier zijn menselijke proefkonijnen mishandeld door figuren die 'artsen' werden genoemd, artsen die mijn twee grootvaders, allebei omgekomen in dit sinistere kamp, misschien wel hebben ontmoet. Ik sta in Auschwitz-Birkenau. Dit

is een herdenkingsreis, een persoonlijke pelgrimstocht die ik dikwijls heb uitgesteld. Hier, voor dit gebouw, kan mijn doktershart het niet bevatten. Hoe kun je een beroep kiezen dat levens redden als hoogste doel heeft en vervolgens de levens beëindigen van diegenen die je niet langer beschouwt als mensen? Ze waren niet allemaal

krankzinnig, die gruweldokters, en niet allemaal onbekwaam." (fragment Michel Cymes)

'Hippocrates in de hel. De artsen van de vernietigingskampen', Michel Cymes (vert. Nele Ysebaert), Athenaeum, Polak & Van Gennep, 2016, 9789025301408, 175 p., € 19,99

Nierstenen in Denderleeuw



H HVV Denderleeuw organiseert jaarlijks een aantal lezingen. Vijf keer per jaar zorgen we voor een namiddagse lezing. In samenwerking met deMens, nu en UPV strikken we sprekers die bereid zijn een namiddag te besteden aan het toelichten van een of ander item met de bedoeling wat meer duiding te brengen in een sociaal, maatschappelijk, wetenschappelijk, cultureel of humanistisch aspect. Daarbij trachten we een aanbod na te streven dat zo verscheiden mogelijk is. Maar jaarlijks is er toch steeds één item dat zeker weerkeert: een lezing over een of ander gezondheidsaspect.

Opvallend daarbij is dat wanneer er een onderwerp rond gezondheid wordt behandeld, er ook steeds een ruimere belangstelling is bij zowel leden als niet-leden. Gezondheidszorg en -vragen zijn dus duidelijk items die bij de mens blijven leven. Zo werden in het verleden geheugenklachten en dementie behandeld, net als het gebruik van voedingssupplementen, de vraag waarvan we kanker krijgen en de aanpak in kankerbehandelingen en prostaatkanker. Dergelijke thema's aansnijden en begrijpelijk brengen is niet altijd eenvoudig en we danken dan ook

“Nierstenen, wie zijn ze, vanwaar komen ze, wat doen ze en wat doen wij eraan?”

UPV, die ervoor zorgt dat we in contact kunnen komen met interessante sprekers. Je zou daarbij een beroep kunnen doen op professoren die nieuwe technieken toelichten, maar helaas voor de doorsneemende amper begrijpbare woordenschat hanteren omdat ze gewoon zijn om met andere gespecialiseerde collega's van gedachten te wisselen. Niet elke getalenteerde wetenschapper is een even getalenteerde spreker die zijn publiek weet te boeien... De keuze om een medisch getint onderwerp te behandelen hangt dus samen met de vraag of de spreker het ook op een boeiende en verstaanbare manier kan brengen voor de gewone mens die erop uit is wat meer kennis op te doen over gezondheidsaspecten.

KRANTENKOPPEN

Dr. Johan Braeckman is uroloog aan de VUB, afdelingshoofd urologie van het UZ Brussel (Jette) en tevens een spreker die erin slaagt om zijn publiek te boeien en verstaanbaar te informeren. Dat konden we in 2012 zelf vaststellen toen hij een lezing kwam verzorgen over prostaatkanker. Dit jaar vernamen we dat hij nu ook een lezing over nierstenen brengt. Ons leek het een onderwerp dat ook wel even belicht mocht worden. Een item als nierstenen haalt dan misschien minder snel de krantenkoppen dan een dodelijke kanker of immuunziekte, maar toch worden heel veel mensen ermee geconfronteerd. Jaarlijks krijgen duizenden mensen niersteenbehandelingen. Toen we bij dr. Braeckman naar de inhoudelijke aspecten van zijn lezing informeerden, kregen we volgende kernachtige samenvatting van de lezing toegestuurd:

“Nierstenen, wie zijn ze, vanwaar komen ze, wat doen ze en wat doen wij eraan?” Het maakt duidelijk wat de toehoorder mag verwachten: wat zijn eigenlijk nierstenen, waarom krijgt iemand nierstenen, wat zijn de mogelijke gevolgen van nierstenen en vooral, hoe kunnen we heden-daags nierstenen aanpakken in zowel een preventieve als in een curatieve fase. En het zet ook meteen de toon van het gesprek: ooit deze woorden nog gehoord in een populair journalistiek duidingsprogramma... Gedurende ongeveer een uur geeft dr. Braeckman zijn uiteenzetting, nadien is er nog gelegenheid om als toehoorder vragen te stellen of eventueel dieper in te gaan op het onderwerp. Met deze lezing dragen we weer een stukje bij aan de gezondheidskennis van de geïnteresseerde luisteraar.

RUDY STERCK

SECRETARIS HVV DENDERLEEUEW

Lezing over nierstenen door dr. Johan Braeckman
Donderdag 29 september (14.00 uur) in 't Kasteeltje, Stationsstraat 7 te Denderleeuw
Inschrijven via info.hvvdenderleeuw@gmail.com
of T. 053 66 99 66

EERSTE
EDITIE

‘Dar-weetjes-dag’ De vrijzinnige jongerendag

De Vrijzinnige Ontmoetingscentra van Mechelen en Vlaams-Brabant (Leuven, Vilvoorde en Tienen) slaan de handen in elkaar om een jongerendag uit te werken. Dat doen we in samenwerking met het huisvan-deMens, deMens.nu en de Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging (HVV).

Het doel van de jongerendag, is vijfvoudig. Ten eerste zouden we graag jongeren de kans geven om gratis een museum te bezoeken. Ten tweede is deze dag een ideaal moment voor vrijzinnige jongeren van over de hele provincie én daarbuiten om met elkaar in contact te komen. Ten derde is het een terugkommoment voor de feestelingen van het voorbije Lentefeest en Feest Vrijzinnige Jeugd. De feestelingen zien elkaar nog eens en kunnen samen opnieuw een leuke dag beleven. Uiteraard kunnen de feestelingen van 2017 al inspiratie opdoen bij die van 2016. We proberen ook de ouders van de feestelingen te betrekken in de werking van de vrijzinnige gemeenschap. En tot slot is het de ideale gelegenheid om enkele vrijzinnig-humanistische waarden in het daglicht te zetten bij de jongeren, zoals kritisch denken, vrij onderzoek...

“Een mooie
brug tussen de
twee feesten.”

De doelgroep voor deze dag zijn kinderen en jongeren van het tweede leerjaar tot en met het tweede middelbaar. Zo vormen we een mooie brug tussen de twee

feesten en kunnen we de kinderen na het Feest Vrijzinnige Jeugd nog eens terugzien. De kinderen zullen ook nog een kleine attentie krijgen, maar dat blijft nog een verrassing.

Deze eerste editie heeft als bestemming het Natuurhistorisch Museum in Brussel, waar de nieuwe tentoonstelling ‘Galerij van de Mens - Onze evolutie, ons lichaam’ loopt. Camille Pisani, de algemeen directeur van het museum, licht de tentoonstelling als volgt toe: “De mens is zeker geen eenzame soort op deze wereld, want hij heeft een grote familie waarin voortdurend nieuwe leden en nieuwe verwantschappen opduiken. Sinds kort weten we dat we allemaal een beetje naderther in ons hebben, maar het gaat om veel meer. Zoals Charles Darwin al schreef: “In zijn lichaamsstructuur draagt de mens nog steeds de onuitwisbare stempel van zijn eenvoudige afkomst.” Het Museum voor Natuurwetenschappen is het allereerste museum dat de onverbreekelijke band tussen ons lichaam en onze evolutie als rode draad door zijn nieuwe Galerij van de Mens laat lopen. Een bezoek aan onze voorlopers – Toumai, Lucy, het kind van Taung, de mens van Spy... – vormt een uitstekende inleiding tot een interactieve verkenning van ons lichaam. Deze benadering is werkelijk baanbrekend.” (bron: persdossier tentoonstelling)

Nu, de praktische kant. De jongerendag vindt plaats op woensdag 2 november 2016, in de herfstvakantie. De kinderen kunnen zich dan begeven naar een van de vertrekplaatsen: Tienen, Leuven, Vilvoorde of Mechelen. Inschrijven is verplicht en volledig gratis via inschrijving VCdag@gmail.com. Vermeld het aantal kinderen en enkele contactgegevens zodat we u indien nodig kunnen contacteren.

Ook kunt u ons helpen! We zoeken nog volop naar een passende naam voor het evenement. Of misschien wil u wel mee-gaan als begeleider? Hebt u een goed idee of wilt u ons vergezellen? Neem dan contact op via inschrijvingVCdag@gmail.com. De voorlopige winnaar voor de naam van het evenement is: ‘Dar-weetjes-dag – Was mijn opa écht een aap?’ Hopelijk zien we elkaar op 2 november!

**JÜRGEN NICLAES,
STAFMEDEWERKER TIENSE VRIJZINNIGE KRING VZW**

DAR-WEETJES-DAG

Woensdag 2 november 2016
13h00-17h30

Vrij-zinnig bezoek aan het
Natuurhistorisch Museum Brussel
Inschrijvinge via:
inschrijvingVCdag@gmail.com

Activiteiten Kalender

VOOR MEER INFO: www.h-vv.be

Wilt u dat uw activiteiten opgenomen worden in het volgende nummer van Het Vrije Woord met de agenda voor december, januari, februari?
Stuur dan voor 1 november uw kalender door naar jessica.van.sintruyen@h-vv.be

SEPTEMBER

01/09

HVV/HV KORTRIJK Zahir-avond
HVV/GG VILVOORDE Praatcafé
HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN BLIKOPENER ♦ 'Van dierenproef tot behandeling', lezing door dr. Sigrid Van Laere

02-05/09

HVV/GG WAASLAND Vierdaagse reis naar Oost-Friesland (Duitsland)

04/09

HVV/GG ZOTTEGEM Vrijetijdsmarkt

05/09

HVV TIENSE VRIJZINNIGE KRING 'De jeugd IS tegenwoordig' – lezing door Pedro De Bruyckere

08/09

HVV/GG ZOTTEGEM Natuurwandeling in de Bourgoyen te Gent
HVV/HV GENT I.S.M. KUNST IN HET GEUZEN-HUIS, HUISVANDEMENS GENT EN GEUZEN-HUIS Passie & Humanisme
HVV/GG EEKLO 'Felix Nussbaum: chroniqueur van een tijdperk' – lezing door Patrick De Wulf

09/09

HVV/GG GENT Bezoek Spoorwegmuseum 'Train World' Schaarbeek
HVV WEST-LIMBURG I.S.M. HVV LEOPOLDSBURG Filosofisch café AGORA Leopoldsburg

11/09

HVV/HV HOBOKEN-WILRIJK (+MORTSEL) Ontdek het nieuwe Zeebrugge

17/09

HVV/GG WAASLAND Ode aan Wannes

17-18/09

HVV NOORD-LIMBURG Levensloop: 24 uur in beweging tegen kanker

18/09

HVV/OVM WESTHOEK I.S.M. VRIJZINNIG HUIS KOKSIJDE Op zondag in gesprek met... Joeri Stekelorum
HVV WILLEBROEK Fotozoektocht
HVV VRIJZINNIGE VROUWEN VLAAMS-BRABANT-TREMELO/KEERBERGEN Stand met info en iets meer op Cultuurmarkt Keerbergen
HVV VRIJGEZIND SINT-NIKLAAS 'Basisin-komen: Een droom of realiteit' – lezing door prof. Walter Van Trier (UGent)

19/09

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'Youth'

20/09

HVV/GG WAASLAND Poëtische rimpelingen

Linkeroeverse straatciten

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'Youth'

21/09

HVV MECHELEN Vuur aan de Schenen: Zin en onzin van vrijzinnigheid in onze gesecculariseerde maatschappij
HVV TIENSE VRIJZINNIGE KRING 'Je moet ze wel de baas blijven, hoor!', lezing door Celia Ledoux
HVV/GG VILVOORDE I.S.M. ETALAGE 'Reizen als ontmoeting met de andere(n)' – lezing door Walter Lotens

22/09

HVV/GG GENT Filmnamiddag 'Zingeving en verscheidenheid': 'The Danish Girl'
HVV WILLEBROEK Causerie door Yves Desmet: 'Ik ben Charlie niet', over de grenzen van de vrije meningsuiting

27/09

HVV VRIJZENKEND LIER I.S.M. UPV KERN LIER EN HUISVANDEMENS LIER 'Palliatieve zorg en euthanasie: een actuele stand van zaken' – lezing door prof. dr. Wim Distelmans

28/09

HVV HERENTALS I.S.M. HUISVANDEMENS 'Over geloof en ongeloof, racisme en integratie' (Dyab Abou Jahjah en Sylvain Peeters)
HVV DE GEUZEN LOCHRISTI Saskia Van Nieuwenhove over de bijzondere jeugdzorg

29/09

HVV DENDERLEEUEW Dr. J. Braeckman over nierstenen
HVV VRIJZENKEND TURNHOUT Absintdegustatie in Bon Bon Jour/Nuit
HVV/OVM OOSTKAMP 'Vrouwenrechten = een verworven recht?' – panelgesprek
HVV VRIJZINNIGE VROUWEN VLAAMS-BRABANT-TREMELO/KEERBERGEN 'Traliema-ma's' – lezing door Sabine De Vos

30/09

HVV-PAJOTTENLAND Peter Verelst; QNX, een plaats voor rituelen

OKTOBER

03/10

HVV TIENSE VRIJZINNIGE KRING 'Le tout nouveau testament' – Heropstart Open Lens, de maandelijkse filmavond

06/10

HVV/GG VILVOORDE Praatcafé
HVV/HV KORTRIJK Zahir-avond
HVV SCHOTEN 'Europese spanningen' – gespreksavond met prof. dr. Hendrik Vos
HVV VRIJZENKEND LIER I.S.M. UPV KERN LIER EN HUISVANDEMENS LIER 'Spinoza en de actualiteit' – lezing door dr. Tinneke Beeckman

HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN BLIKOPENER • 'Dr. Google. De invloed van het internet als bron voor gezondheid', lezing door dr. Edgar Eeckman

08/10

HVV/OVM AVELGEM Gezinsuitstap Ronse en omstreken

09/10

HVV/HV KORTRIJK 'En de 7e dag is er het woord' – lezing door Willem M. Roggeman

11/10

HVV/GG WAASLAND Bezoek aan het vernieuwde Plantin-Moretus Museum
HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN Gespreksavond in het kader van de 'Week van de Geestelijke Gezondheid'

13/10

HVV/GG GENT 'Nostradamus en de erfenis van de tempeliers' – lezing door dhr. Mark Van den Daele

HVV/GG VILVOORDE I.S.M. UPV Op zoek naar een antwoord #1: Europa, een heet hangijzer – lezing door prof. Hendrik Vos
HVV LEUVEN 'Brengt digitale technologie ons dichterbij elkaar of niet?' – lezing door Kathleen Gabriëls

HVV LIMBURG SAMEN MET AL HAAR AFDELINGEN; EEN INITIATIEF VAN DE HASSELTSE VRIJZINNIGE HUMANISTEN MET DE STEUN VAN IMD LIMBURG 'Die dagen van de maand... wanneer het geld op is' – lezing door Celia Ledoux 21

14/10

HVV LEUVEN Vijfdelige lezingreeks over filosofie van het humanisme (14/10, 21/10, 28/10, 18/11 en 25/11)
HVV DENDERMONDE 'Islam, religie van vrede of oorlog?' – lezing door Maarten Boudry

15/10

HVV DRUIVENSTREEK Daguitstap naar Mons met bezoek aan het Mundaneum en de tentoonstelling rond pacifisme
HVV/HV GENT Tweede Geuzenquiz

16/10

HVV/HV KORTRIJK 'Kjirrekéwé vanaf de joaren vifteg int Kortriks'

17/10

HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN Fototentoonstelling 'Armoede door Kinderogen'

20/10

HVV WILLEBROEK Voordracht door prof. em. JP De Greve: 'Het Gelijk van Einstein', over zwarte gaten en gravitatiegolven
HVV LEUVEN Ontmoetingsavonden in het kader van het project 'Bijt in je Vrije tijd' (20/10, 27/10, 4/11 en 10/11)



HVV WEST-LIMBURG I.S.M. HVV LEOPOLDS-BURG 'Kankerimmunotherapie, een nieuwe hoop' – lezing door Mathieu Snykers

21/10

HVV IZEGEM I.S.M. WERKGROEP BOEKEN-FEEST STADSBIJBLIOTHEEK Boekvoorstelling 'Leve de burn-out' – Jessie De Caluwé
HVV-PAJOTTENLAND Lezing door Alain Remue van de Cel Vermiste Personen

23/10

HVV/HV HOBOKEN-WILRIJK (+MORTSEL) Kasteel van Modave en Val-Saint-Lambert
HVV/GG ZOTTEGEM Viering 10 jaar Grijsje Geuzen
HVV IZEGEM I.S.M. HVV/HV ROESELARE 'Hotel' – Theatervoorstelling van Carloconi
HVV WILLEBROEK Optreden Jo Lemaire

24/10

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'The Martian'

25/10

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'The Martian'

26/10

HVV/GG ZOTTEGEM Bezoek Vlaams Parlement en museum Vrijmetselarij
HVV HERENTALS I.S.M. HUISVANDEMENS 'Partizanen in de Kempen' – lezing door Ward Adriaens

27/10

HVV/GG GENT Filmnamiddag 'Zingeving en verscheidenheid': 'Achter de wolven'
HVV LIMBURG SAMEN MET AL HAAR AFDELINGEN; EEN INITIATIEF VAN DE HASSELTSE VRIJZINNIGE HUMANISTEN MET DE STEUN VAN IMD LIMBURG
Op zoek naar een antwoord #2: Een ander perspectief op Turkije – lezing door prof. Dries Lesage

29/10

HVV DE DEMER Fotowedstrijd 'Technologie'
HVV HASPENGOUW I.S.M. HUISVANDEMENS SINT-TRUIDEN EN HET WILLEMSFONDS SINT-TRUIDEN Dag van de Armoede 2016: Trendwatching 2100 rond armoede, verarming en ongelijkheid

NOVEMBER

02/11

SAMENWERKING TUSSEN TIENSE VRIJZINNIGE KRING, VRIJZINNIG VILVOORDE, HUIS VAN DE TOLERANTIE LEUVEN, VRIJZINNIG MECHELEN, HUISVANDEMENS & HVV
Provinciale uitstap voor kinderen naar Natuurhistorisch Museum Brussel

03/11

HVV/GG VILVOORDE Praatcafé

HVV/GG ZOTTEGEM Poppentheater Perdo-lino

HVV/HV KORTRIJK Zahir-avond

HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN BLIKOPENER • 'Planeten buiten ons zonnestelsel: kans op buitenaards leven?' – lezing door prof. dr. Jean-Pierre De Greve
HVV VRIJZINNIGE VROUWEN VLAAMS-BRABANT-TREMELO/KEERBERGEN One-woman-show 'Nele Goossens – 't Zal wel zijn'

05/11

HVV/GG WAASLAND Steven Goedgebeur – Man van de wereld

06/11

HVV/GG WAASLAND 'Till we meet again

07/11

HVV TIENSE VRIJZINNIGE KRING Open Lens filmavond: 'Agora

08/11

HVV/GG WAASLAND '100X PARIJS' – voordracht door Chris Rachel Spatz

10/11

HVV ATHEÏSME VLAANDEREN I.S.M. OUT OF A BOX Novemberlezingen: 'Charlie Hebdo en de gevolgen ervan' – lezing door Willy Laes
HVV/GG VILVOORDE 'Hercule Poirot en de Belgische vluchtelingen in Engeland tijdens WO I' – voordracht door Martine Vermandere
HVV VRIJZENKEND LIERI.S.M. UPV KERN LIER EN HUISVANDEMENS LIER 'Hoe gebruik maken van het immuunsysteem om kanker te verslaan?', lezing door dr. Ann De Becker

11-13/11

HVV-PAJOTTENLAND HVV-Pajottenland weekend in Maastricht

14/11

HVV/GG HASSELT Driving Down the Blues Highway – muzikale lezing

15/11

HVV WEST-LIMBURG I.S.M. HVV LEOPOLDS-BURG 'De Genetische Revolutie' – lezing door em. prof. dr. Jean-Jacques Cassiman
HVV ATHEÏSME VLAANDEREN I.S.M. OUT OF A BOX Novemberlezingen: 'Voorbij het atheïsme?' – lezing door Jurgien Slembrouck

17/11

HVV/GG GENT Filmnamiddag 'Zingeving en verscheidenheid': 'Offline'
HVV LEUVEN Drie lezingen in het kader van 'Nationale dagen van de gevangenis'

18/11

HVV/HV KORTRIJK Theater: 'De kinderen van Herakles' door het Pan-Theater

19/11

HVV/HV HOBOKEN-WILRIJK (+MORTSEL)

Lezing over humanisme, wilsverklaring, alzheimer en euthanasie

21/11

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'Son of Saul'
HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN Cinema Burbure: 'Carnotstraat 17'

22/11

HVV VRIJZINNIG ANTWERPEN Cinema Burbure: 'Black'

HVV SCHOTEN Filmvoorstelling 'Son of Saul'
HVV LEUVEN Filmdocumentaires met als thema 'Tegen geweld op vrouwen' (22-24/11)

23/11

HVV DE GEUZEN LOCHRISTI Dr. Johan Verbraecken over slapeloosheid, snurken en slaapapneu

HVV HERENTALS I.S.M. HUISVANDEMENS Dominique Verté over de toekomst van de ouderenzorg in Vlaanderen

24/11

HVV DENDERLEEUV HVV DENDERLEEUV 'Religieus geweld tussen joden, christenen en moslims' – lezing door Marc Heirman
HVV VRIJZENKEND TURNHOUT Het Vliegend Spaghettimonster – lezing door ir. Jan Deconinck

HVV ATHEÏSME VLAANDEREN

Novemberlezingen: 'Wat betekent de verlichting vandaag?' – lezing door Tinneke Beeckman

HVV/GG ZOTTEGEM

Tentoonstelling Seniorenweek

HVV LIMBURG SAMEN MET AL HAAR AFDELINGEN, EEN INITIATIEF VAN DE HASSELTSE VRIJZINNIGE HUMANISTEN MET DE STEUN VAN IMD LIMBURG.

Op zoek naar een antwoord #3: Gespreksavond met en tussen twee Ministers van Staat; Willy Claes en Mark Eyskens

HVV TIENSE VRIJZINNIGE KRING I.S.M.

EXTENSION ULB JODOIGNE 'Wetenschap en godsdienst, oorlog of vrede?' – tweetalige lezing door prof. Charles Susanne

25/11

HVV LEUVEN Flamboyante Quiz

26/11

HVV GENT I.S.M. GEUZENHUIS, IMD
Nacht van de vrijdenker

NIEUW ADRES!!!

HVV LIMBURG – SECRETARIAAT

MONIQUE SEVENS

Nieuw e-mailadres:

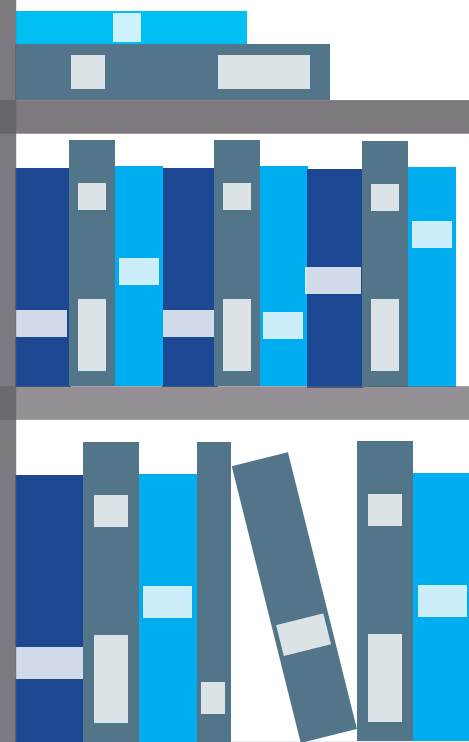
secretariaathvvlimburg@telenet.be

011/21.40.04

A. Rodenbachstraat 18

3500 Hasselt





Romans lezen is een genot

Hij was lid van verschillende commissies medische ethiek en een fervent verdediger van het recht op zwangerschapsafbreking en het recht op euthanasie. Onlangs werkte hij nog mee aan de uitbreiding van het recht op euthanasie voor minderjarigen. “Al tijdens mijn opleiding kinderchirurgie werd ik geconfronteerd met ethische problemen bij pasgeborenen met ernstige afwijkingen”, zegt Peter Deconinck (°1936).

HET VRIJE WOORD: Peter Deconinck behaalde zijn diploma geneeskunde aan de UGent in 1960 en volgde de opleiding chirurgie en kinderchirurgie in de USA en Canada. Aan de VUB was hij dertig jaar lang kinderchirurg en hoogleeraar kinderchirurgie. Maar stilzitten en uitbollen doet hij niet. Immer geëngageerd – “Het zit in de genen, mijn vader (Lucien De Coninck, n.v.d.r.) was medeoprichter van het Humanistisch Verbond” – blijft hij ijveren voor een betere en rechtvaardigere maatschappij. En als de discussies aan de grote houten tafel dreigen stil te vallen, mag hij zijn gesprekspartners graag vergasten op een zelfbereide stevige pasta alla puttanesca. Of er bij al die

bezigheden nog tijd blijft om af en toe een boek te lezen?

PETER DECONINCK: Ja, en dat heb ik te danken aan mijn ouders, de opvoeding en de opleiding die ik genoten heb. We waren amper twee toen mijn drie broers en ik onze eerste boekjes kregen. Lezen ben ik altijd blijven doen. Romans lezen is een genot. Ik herinner me dat toen ik 16-17 jaar was, ik er zeker van was dat ik altijd zou blijven lezen. De laatste twee jaar op het atheneum, en van tijd tot tijd later nog, heb ik inderdaad vooral Nederlandse en Vlaamse auteurs gelezen: Boon, Claus, Couperus, Daisne, Elsschot, Gijsen, Lampo, Multatuli, Mus-sche, Roelants, Schouwenaars, Streu-

vels, Teirlinck, Timmermans, Van Eeden, Vermeylen, Vestdijk, Walschap, en nog vele anderen stonden in de ouderlijke bibliotheek, ook wel enkele Franse auteurs. Maar sinds mijn universiteitsjaren hielden de studies en mijn engagement in de humanistische jongerenbeweging me ervan om verder romans te verslinden. En ook nu ik met pensioen ben, heb ik andere interesses en engagementen die maken dat ik er niet toe kom om regelmatig fictie te lezen. Ik lees nu dus vooral non-fictie. Sinds mijn pensioen vind ik eindelijk tijd om me voor van alles te interesseren.

En kan zo'n veelbelezener nog door een auteur beïnvloed worden? Wie heeft er echt indruk op je gemaakt?

Zonder twijfel zijn het meerdere werken van Bertrand Russell geweest die ik sinds mijn twintigste gelezen heb. De lectuur die me doet nadenken en mijn denken bijstuurt, is non-fictie over uiteenlopende natuurwetenschappen, over sociologische en politieke problemen, over filosofische en bio-ethische onderwerpen... Ik krijg er geen genoeg van.

“We moeten de waarden die we sinds de verlichting koesteren – vrijheid, gelijkheid, solidariteit en broederschap – blijven verderdedigen.”

ALEXANDRIA QUARTET

Er zijn natuurlijk ook romans en dichters die ik prachtig gevonden heb, maar ik kom er niet meer toe die te lezen. Op vakantie durf ik weleens een novelle mee te nemen, meestal Amerikaans. Ik kan ook genieten van een mooi gedicht, zoals van Herman Gorter, Werumeus Buning, Jotie T'Hooft en Rainer Maria Rilke. Maar, nu ik erover nadenk, 'The Alexandria Quartet' van Lawrence Durrell is voor mij een van de mooiste boeken die ik ooit gelezen heb. Het is een vierluik, dat vertelt over gebeurtenissen en relaties, voor en tijdens WO II, in Alexandrië, Egypte, telkens bekeken door de ogen van verschillende personages. Het is geschreven in een zeer rijke, beeldrijke taal. Ook 'Samarcande' van Amin Maalouf, een prachtige historische roman, heeft me niet onberoerd gelaten. En vooral zijn 'Les identités meurtrières', geen roman, maar een aanklacht tegen nationalisme en communautarisme.

En in de non-fictie is het John Harris' 'The Value of Life' dat voor mij heel belangrijk is. Dit boek over bio-ethiek was voor mij een openbaring. Ik had hem als spreker gehoord op een cursus bio-ethiek in Londen, dertig jaar geleden. John Harris is

een van de weinigen die logisch durven verder te denken, vrij van elk dogma, die onderzoekt wat ethisch het meest gefundeerd is, dit wil zeggen voor het grootste goed voor de meeste mensen, ook mijn ethische benadering van de samenleving.

En zo zitten we weer bij de non-fictie...

Tja, als ik een boekenwinkel binnenkom, ga ik rechtstreeks naar de non-fictieafdeling. Het spreekt ook voor zich dat door ouder te worden niet alleen de contacten met familie en vrienden – en ik heb er wel heel veel (lacht) – ook de ervaring als kinderchirurg me verder gevormd hebben. Dat beroep kun je enkel op een bevredigende wijze uitvoeren in samenwerking met medewerkers, kinderartsen, kinderanesthesisten, kinderpsychologen en andere paramedici in een universitaire setting. Het kan moeilijk anders dan dat je leesgedrag verandert in de loop van je leven.

Wat lees je momenteel?

Op dit ogenblik Hind Fraihi: 'Undercover in Klein-Marokko'.

En dan is er dat ene boek, dat je mag meenemen naar een onbewoond eiland...

Doe me dat niet aan! Dat zou een hele koffer zijn.

Schrijf je zelf nog eens een boek?

Ik denk het niet. Maar ik moet toegeven soms te spelen met het idee iets over de vrijmetselarij te schrijven. Als liberale, niet-dogmatische maçons hebben we immers een verantwoordelijkheid. Ik ben ervan overtuigd dat de maçonnerie zal ophouden te bestaan als we niet opnieuw proberen een rol te spelen in de bevordering van een rechtvaardige samenleving, een verbintenis die we allen aangegaan zijn. We moeten de waarden die we sinds de verlichting koesteren – vrijheid, gelijkheid, solidariteit en broederschap – blijven verderdedigen.

Wat betekent vrijzinnigheid voor jou?

Ik denk dat ik me vrijzinnig mag noemen. Mijn opvoeding heeft daar zonder twijfel veel mee te maken. Het hangt ervan af wat met vrijzinnig bedoeld wordt. Voor mij betekent vrijzinnigheid wellicht niet helemaal hetzelfde als 'laïcité' in het Frans, of 'vrijdenken' in het Nederlands. Voor mij betekent vrijzinnig zijn dat je bereid bent iedere keer opnieuw alles kritisch



FOTO'S MARIE-JEANNE MAES

“John Harris is een van de weinigen die logisch durven verder te denken, vrij van elk dogma.”

te onderzoeken, na te gaan wat wetenschappelijk onderzoek ons leert, vooroordelen te vermijden (niet altijd gemakkelijk), bereid te zijn in gesprek te gaan met andersdenkenden, elkaar beter te leren kennen en begrijpen, ja zelfs aanvaarden, tenzij de tegenpartij daar zelf ook niet toe bereid is.

Ik wil blijven trachten de wereld te verbeteren, de samenleving, het Europese project (de Europese Unie), ons eigen land, Vlaanderen. Dogmatisch denken op levensbeschouwelijk vlak en op het vlak van socio-economische en politieke doctrines is gevaarlijk en dient plaats te maken voor een globale aanpak van problemen, zoals de opwarming van de aarde en de overbevolking.

We moeten trachten andersdenkenden te doen inzien dat een seculiere samenleving de enige is die ruimte geeft aan alle levensovertuigingen.

ERIK STRIELEMAN

Novemberlezingen 2016: “Atheïstische reflecties”



DONDERDAG 10 NOVEMBER ‘CHARLY HEBDO EN DE GEVOLGEN ERVAN’ door Willy Laes

In zijn boek ‘Een jaar na Charlie Hebdo. Een pamflet’ verdedigt Willy Laes de stelling dat vrije meningsuiting niet onderworpen kan worden aan godsdienstvrijheid. Dat aanslagen begaan in naam van een religie wel degelijk hun wortels vinden in die religie. En dan vertelt hij de woelige geschiedenis van Charlie Hebdo.

Willy Laes was leraar, pedagogisch coördinator en adjunct-directeur van het Koninklijk Atheneum Keerbergen. Sinds 1974 is hij actief als vrijwilliger bij Amnesty International, o.a. als voorzitter van Amnesty Vlaanderen tussen 1978 en 1984 en als bestuurslid en voorzitter van AI EU Association tussen 1994 en 2000.

Van 1981 tot 2012 was hij lid van de Raad van Bestuur van IPIS (International Peace Information Service), een onafhankelijke onderzoeks-NGO met focus op wapenhandel, nationale rijkdommen en maatschappelijk verantwoord ondernemen in Sub Sahara Afrika.

Locatie: Out of a box – Vrijzinnig Trefpunt, De Burburestraat 11, 2000 Antwerpen
De lezingen starten telkens om 20.00 uur.
Voorinschrijvingen (facultatief maar aanbevolen) via contact@atheïsme-vlaanderen.be
Een activiteit van HVV-Atheïsme Vlaanderen, in samenwerking met Vrijzinnig Antwerpen en HVV nationaal.



DINSDAG 15 NOVEMBER ‘VOORBIJ HET ATHEÏSME?’ door Jurgén Slembrouck

Sinds de aanslagen van 9/11 is er bij vrijzinnig humanisten opnieuw veel aandacht voor het atheïsme. In die mate zelfs dat er sprake is van een ‘nieuw atheïsme’. Hoewel de argumenten die worden aangedragen zelden origineel zijn, is de toon en stijl van deze nieuwe atheïsten dat wel. Zonder schroom en volgens sommigen ook zonder ‘respect’ wordt de onredelijkheid, schadelijkheid en overbodigheid van het godsgeloof aan de kaak gesteld...

Deze lezing is gebaseerd op het gelijknamige boek ‘Voorbij het atheïsme? Over de relatie tussen atheïsme en humanisme’, samengesteld door Jurgén Slembrouck. Het boek biedt een neerslag van de gelijknamige lezingenreeks georganiseerd door de Vrijzinnige Dienst van de Universiteit Antwerpen. Met bijdragen van Jurgén Slembrouck, Jef Van Bellingen, Tinneke Beeckman, Bart Coenen en Joachim Pas, Jean Paul Van Bende-gem, Ludo Abicht, Paul Cliteur, Dirk Verhofstadt, Patrick Loobuyck en Herman Philipse.

Jurgén Slembrouck is vrijzinnig academicus en werkt voor de Vrijzinnige Dienst van de Universiteit Antwerpen.



DONDERDAG 24 NOVEMBER ‘WAT BETEKENT DE VERLICHTING VANDAAG’ door Tinneke Beeckman

In haar nieuwste boek ‘Macht en onmacht’ gaat Tinneke Beeckman op zoek naar de oorzaken van de vertwijfeling waarmee onze samenleving geconfronteerd werd in de nasleep van de aanslag op Charlie Hebdo. Op erudiete wijze beschrijft ze hoe de commotie rond de aanslag in Parijs aantoonde dat verlichtingsidealen als het streven naar waarheid en gelijkheid definitief in onbruik zijn geraakt. In de plaats daarvan overheerst een ambigu postmodern denken, dat voortdurend verwarring schept en waarheidsaanspraken onmogelijk maakt. Ontsporingen als sinister fundamentalisme en hardnekkig neoliberalisme zijn daarvan het gevolg. Aan de hand van historische en actuele denkers legt Beeckman de gevoeligheden van de hedendaagse democratie bloot en toont ze waar er mogelijkheden zijn van herstel.

Tinneke Beeckman studeerde moraalwetenschappen en filosofie aan de VUB en de ULB. Ze is doctor in de moraalwetenschappen en werkte jarenlang als onderzoeker voor het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen. In 2012 verscheen ‘Door Spinoza’s lens’. Het boek stond op de longlist van de Socrates Wisselbeker en werd bekroond met de Liberales-prijs. Tinneke Beeckman geeft lezingen over filosofie, is columnist bij De Standaard schrijft opiniestukken over de vele uitdagingen van de postmoderne, superdiverse samenleving.



WOMEN



*'MEN, ENTER AT YOUR OWN RISK! ☺'

TED-talks ★ Comedy ★ Eten & drinken ★ 70-80iesParty ZATERDAG 26 NOVEMBER 2016

Cultureel Centrum Mechelen, Minderbroedersgang

14.30 u. ★ ONTHAAL

15.00 u. ★ TED-TALKS

Vier straffe vrouwen brengen een persoonlijk, inspirerend en bekijvend verhaal

★ LEONA DETIÈGE: voormalig politica

Over Bom, vrouwen, feminisme en carrière

★ KRIS SMET: actrice, producer, auteur

Over huiselijk geweld.

★ CELIA LEDOUX: schrijfster, columniste en oprichtster van iBaby.help

Over maatschappij, emancipatie en mama's

★ TINA DE GENDT: historica, schrijfster, spreker

Over vijftig jaar vrouwen in migratie

17.00 u. ★ COMEDY

Nele Goossens, comédienne en actrice,

spetterende One Woman Show, geïnspireerd door haar eigen leven.

Nele is meester(es) in de kleinkunst en bekend van theater, televisie en revue.

Zij is vooral bijzonder grappig ...

18.30 u. ★ TAPAS CORNER

20.00 u. ★ 70-80IES PARTY

Met coverband Slick en zangeres Sonia Pelgrims

Allerlei lekkers met onder meer volstrekt foute 70-80ies cocktails

Mijmeren over vroeger maar vooral niet stilstaan: Let's Dance!

INFO ★ INSCRIVINGEN

Voor alle info en inschrijvingen (verplicht): nationaal secretariaat HVV,

secretariaat@h-vv.be, T 03 233 70 32 of britt.ballings@h-vv.be, 0495 53 33 20

Inkom: € 10 ter plaatse te betalen (volledig programma, exclusief hapjes en drankjes),

VROUWI is een initiatief van HVV, HVV Mechelen, HVV Vrijzinnige Vrouwen Vlaams-Brabant- Tremelo/ Keerbergen en deMens.nu



www.h-vv.be



La Guerre est déclarée

De druk van de ziekte van een kind op een relatie

In 2011 deed 'La Guerre est déclarée' heel wat stof opwaaien in Frankrijk omdat de beroemde acteurs Valérie Donzelli en Jérémie Elkaïm, ooit een stel, het verhaal en de strijd van hen en hun zoontje, die als baby een hersentumor bleek te hebben, op een niet-alledaagse manier in beeld brachten. Het is een heel realistische film geworden die zich ver van alle tearjerkers uit de Hollywood-fabriek distantieert. Dat maakt dat de emoties, de twijfels en de kibbelpartijen zo griezelig herkenbaar zijn. Knap is ook dat getoond wordt dat mensen die het medische betoog van dokters vaak niet begrijpen, daar niet voor durven uit te komen. Het feit dat er met bestaande ziekenhuizen gewerkt wordt waar de talloze figuranten in het ware leven ook ziekenhuispersoneel zijn, maakt het allemaal aanvaardbaarder.

Valérie Donzelli en Jérémie Elkaïm werken niettegenstaande hun scheiding nog vaak samen en deze film die zij regisseert en waarin ze samen de hoofdrollen spelen, is nog meer van hen beiden dan hun andere samenwerkingen. 'La Guerre est déclarée' laat de kijker dan ook de lange en slopende jaren volgen die ze met ups en downs doorleefden. Op een feestje raken een jonge man en vrouw met elkaar aan de praat. De hilariteit is groot wanneer ze Roméo en Juliette blijken te heten. Het mooie stel wordt verliefd, Juliette raakt zwanger en de kleine Adam komt ter wereld. Het geluk wordt echter verstoord wanneer

Adam een hersentumor blijkt te hebben. Er breekt een periode van chaos, onzekerheid en verdriet aan. Toch lukt het Roméo en Juliette om hun humor en speelsheid te behouden en de liefde te laten zegevieren. De manier waarop het eigentijdse stel wordt getekend is grandioos: er wordt gezongen en gedanst. De camera brengt alles mooi in beeld. Het is een prachtige visuele film.

“Chaos, onzekerheid en verdriet.”

De commentaren van drie verschillende voice-overstemmen zijn verhelderend en houden de kijker bij de les. Regisseur Donzelli – vooral bekend als actrice – kent haar klassiekers goed, want regelmatig dacht ik: ja, dat zou Jacques Demy, Truffaut of Agnès Varda ook gedaan hebben. Zoals de scène waarin Juliette net in Marseille de tragische diagnose heeft vernomen van hun zoon Adam en Roméo totaal overstuur vanuit Parijs komt overgereisd: op afstand van elkaar zingen ze toch samen in split screen een duet, het doet denken aan 'Les parapluies de Cherbourg'.

Het is allemaal zo mooi in evenwicht dat het voor sommige mensen misschien iets te lichtvoetig lijkt. Maar dat is niet zo, er wordt heel veel aandacht besteed aan de twijfels, de ontreddering, dat gevoel van mislukking, operaties, behandelingen, en

de druk van de ziekte van een kind op een relatie.

'La Guerre est déclarée' is een uiterst geslaagde film, met sublieme vertolkingen en een spetterende soundtrack waarin ruimte gemaakt wordt voor Vivaldi en Laurie Anderson met 'O Superman, O Mom and Dad'. Ennio Morricone, Benjamin Biolay en Georges Delerue. Jérémie Elkaïm, ooit de grote ster uit 'Presque rien', schittert ook hier weer, maar nu in de rol van een jonge, vitale, sexy vader. Deze film is op dvd beschikbaar.

ANDRÉ OYEN, PUBLICIST EN LID VAN DE VERENIGING VAN DE VLAAMSE FILMPERS



REGISSEUR: VALÉRIE DONZELLI
DUUR: 100 MINUTEN
MET: VALÉRIE DONZELLI, JÉRÉMIE ELKAÏM, CÉSAR DESSEIX
LAND: FRANKRIJK
GENRE: DRAMA
JAAR: 2011

?

WIE

WORDT DE VOLGENDE LAUREAAT? PRIJS VRIJZINNIG HUMANISME 2017

OPROEP VOOR KANDIDATUREN

Op 18 juni 2017, de Internationale Dag van het Humanisme, reikt de Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging (HVV) voor de 15de keer de Prijs Vrijzinnig Humanisme uit.



De Prijs Vrijzinnig Humanisme wordt om de twee jaar toegekend aan een vooraanstaand humanist die in zijn leven en werk blijk heeft gegeven van (een of meer van) de volgende karakteristieken:

- een bijzondere prestatie hebben geleverd die getuigt van een vrijzinnig humanistisch engagement
- boeiende inzichten hebben ontwikkeld die waardevol zijn voor de verdere ontwikkeling van het vrijzinnig humanistische gedachtegoed
- een opgemerkte daad van verzet hebben gepleegd tegen eenheidsdenken of autoritair denken
- blijk hebben gegeven van een consequent volgehouden vrijzinnig humanistische levenshouding, in het denken of in de praktijk.

Om de nieuwe laureaat te kiezen vragen we graag uw mening. We nodigen u uit om ons de naam of namen te bezorgen van de kandidaat of kandidaten die uw

voorkeur genieten, graag vergezeld van een korte motivatie.

Wie kan kandidaten voordragen?

- Individuele leden van HVV
 - Het bestuur van lokale afdelingen van HVV
 - De provinciale geledingen van HVV
 - De Raad van Bestuur van HVV
- Uiterste deadline voor het indienen van de kandidaturen: 10 december 2016.

U kunt uw voorstellen schriftelijk bezorgen aan: HVV

T.a.v. de heer Mario Van Essche, voorzitter HVV en voorzitter beoordelingscommissie Prijs Vrijzinnig Humanisme
Pottenbrug 4,
2000 Antwerpen
Of u kunt mailen naar:
info@h-vv.be Met de vermelding:
Prijs Vrijzinnig Humanisme 2017

DE VORIGE LAUREATEN

Hein Picard (1989)
Lucienne Herman-Michielsens (1991)
Regine Beer (1993)
Leo Apostel (1995)
Hubert Dethier (1997)
Dr. Willy Peers Centrum (1999)
Hubert Lampo (2001)
Wereldculturencentrum
Zuiderpershuis (2003)
Raymond Mathys (2005)
Jaap Kruithof (2007)
Karel Poma (2009)
Etienne Vermeersch (2011)
Marleen Temmerman (2013)
Wim Distelmans (2015)

HET VRIJE WOORD

is een publicatie van de Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging (HVV).
Zij wordt bezorgd aan alle leden van de vereniging.
Losse verkoop
aan niet-leden: 5 euro.
Jaarabonnement
voor 4 nummers: 20 euro.
Rekeningnummer:
BE72 0011 7775 6216
BIC: GEBABEBB

VOOR MEER INFO

info@h-vv.be
03 233 70 32
Humanistisch-Vrijzinnige
Vereniging vzw
www.h-vv.be

VOORZITTER

Mario Van Essche
Pottenbrug 4,
2000 Antwerpen

HOOFDREDACTIE

Erik Strieleman

COÖRDINATIE

Gert De Nutte

EINDREDACTIE

Jessica Van Sintruyen

TEKSTCORRECTIES

Kris Panis

VORMGEVING, FOTO'S & ILLUSTRATIES

An Avonds

REDACTIE

Anna Goovaerts
Magda Heeffe,
Sien Simoens,
Jessica Van Sintruyen
VERANTWOORDELIJKE UITGEVER
Mario Van Essche p/a
Pottenbrug 4,
2000 Antwerpen

De artikels vallen onder de verantwoordelijkheid van de auteur. Niets uit deze publicatie mag door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook verveelvoudigd of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Meer informatie over de Prijs Vrijzinnig Humanisme vindt u op www.h-vv.be
Contactpersoon voor de Prijs Vrijzinnig Humanisme:
Laura Michiels, laura.michiels@h-vv.be, 03 233 70 32

Save
the
date

donderdag
29 september 2016

'DE GODEN LOSSEN HET OP'

Boekvoorstelling en startdebat HVV
Jaarthema gezondheidszorg



© illustratie Klaas Verplancke

Een boek dat de grote uitdagingen in de gezondheidszorg
op een ongewone en ludieke manier belicht.

Een debat waarbij belangrijke actoren uit de zorg de dingen scherpstellen.

Patiënten die de andere kant van het verhaal vertellen.

Een filosoof die verwonderd toekijkt.

PLAATS

Campus Jette VUB

(Faculteit Geneeskunde en Farmacie),
Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel

TIJD

Donderdagavond 29 september,
ontvangst vanaf 19.00 uur,
aanvang programma 19.30 uur

PROGRAMMA

- * Presentatie door **Michèle Willekens**,
patiënte en vrijwilligster UZ Brussel
- * Verwelkoming door **Mario Van Essche**,
voorzitter HVV, en **Marina Van Haeren**,

voorzitter HVV Brussels Gewest

* Voorstelling publicatie **'De goden lossen
het op'**, geschreven door **Edgard Eeck-
man**, communicatiemanager UZ Brussel,
en **Marc Noppen**, gedelegeerd bestuurder
UZ Brussel

* Groot debat over gezondheidszorg:
• moderator: **Guy Tegenbos** (De Standaard)
• sprekers: **Lieven Annemans** (UGent),
Paul Callewaert (Socialistische mutualitei-
ten), **Peter Degadt** (Zorgnet-Icuro), **Pedro
Facon** (kabinetschef minister De Block),
Marc Moens (Vlaams Artsensyndicaat).

* Filosofische Intermezzo's door **Jean**

Paul Van Bendegem

* Slotwoord door borstkankerpatiënte
Gertje Brijssinck

Receptie

INFO EN INSCHRIJVINGEN

Inkom: € 10 / € 5 (studenten), ter plaatse te
betalen. Inbegrepen: publicatie 'De goden
lossen het op' en dossier gezondheidszorg
Het Vrije Woord

Inschrijvingen en info: nationaal secreta-
riaat HVV, Pottenbrug 4, 2000 Antwerpen,
secretariaat@h-vv.be, T 03 233 70 32

EEN INITIATIEF VAN HVV BRUSSELS GEWEST, HVV NATIONAAL, UPV VUB, STUDIEKRING VRIJ ONDERZOEK VUB, UZ BRUSSEL, MET STEUN VAN IMD BRUSSEL