

Wetenschap én werkveld
presenteren samen

Acht noodzakelijke stappen

voor Ouderenzorg en Preventie





Elke vijf jaar ziet de wereld er volledig anders uit. Dat geldt net zo goed voor ieders persoonlijke leven (op je 18^e ben je een andere persoon dan op je 23^{ste}) als voor de beroepscontext waarbinnen we functioneren. Het hoger onderwijs bereidt studenten van vandaag voor op de arbeidsmarkt van morgen. Dat betekent dat het voor het hoger onderwijs belangrijk is om de evoluties binnen het werkveld goed op te volgen. Maar dat betekent ook dat het werkveld op geregelde tijdstippen nieuwe ontwikkelingen moet signaleren. Hoger onderwijs en het werkveld moeten communicerende vaten zijn. Het is nodig om regelmatig na te gaan of de keuzes van gisteren ook vandaag nog de juiste zijn. En vooral om de vraag te stellen of we klaar zijn voor toekomstige ontwikkelingen. De partners van de Associatie Universiteit & Hogescholen Antwerpen zijn ervan overtuigd dat de band tussen hoger onderwijs en werkveld nog versterkt kan worden. Daarom zal de associatie via haar Genius_Antwerp-project (Connecting Business & Higher Education in Antwerp) sectoren en hoger onderwijs nauwer met elkaar in contact brengen. De sector gezondheids- en welzijnszorg liep op deze oefening voorop en zette samen met het hoger onderwijs al belangrijke stappen. Dat lovenswaardige initiatief resulteerde in bijgevoegde beleidsadviezen, gericht op de gezondheids- en welzijnszorg van morgen en stuk voor stuk de moeite waard.

Gezien de snelle evoluties in onze maatschappij, worden problemen steeds complexer. Ook op het vlak van gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk dat vanuit de diverse disciplines de verschillende zorgbeoefenaars betrokken worden. Samenwerken over de beroepsgrenzen heen, wordt een evidentie. En dat moeten studenten al tijdens hun opleiding leren. Binnen onze associatie werken de verschillende gezondheidsopleidingen van onze instellingen samen aan IPSIG (Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg): onder begeleiding van tutores leren de studenten over de beroepsgrenzen heen samen te werken.

Onze associatie stimuleert de samenwerking tussen hoger onderwijs en de samenleving. Ik ben als associatievoorzitter dan ook bijzonder trots op de meerwaarde die binnen onze gezondheidsopleidingen gecreëerd wordt. Door de interne samenwerking en de samenwerking met het werkveld, slagen we er als Antwerpse instellingen in toonaangevend te zijn in Vlaanderen. Maar om dit te blijven, is het nodig om de bijgevoegde beleidsadviezen niet alleen te formuleren maar ze ook ter harte te nemen en concreet te implementeren.

Jan van den Nieuwenhuijzen

voorzitter Associatie Universiteit & Hogescholen Antwerpen



De zorg- en welzijnssector is in regio Antwerpen een complexe structuur met veel enthousiaste en gedreven professionals. Maar de werkdruk is hoog en neemt toe.

Om o.a. de toenemende zorgzwaarte bij ouderen met een chronische zorgvraag te blijven ondersteunen, dient de zorg- en welzijnssector zich anders te organiseren. Patiënt en mantelzorger moeten meer aan het roer komen.

Als Universiteit Antwerpen en als Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen willen we een actieve rol opnemen om dit proces in regio Antwerpen mee te begeleiden.

Er is heel veel kennis en praktijkervaring binnen de universiteit en faculteiten aanwezig. De Universiteit Antwerpen heeft de laatste jaren sterk ingezet op het verbinden van expertises over de faculteiten heen. Daarnaast kan kennis delen en samenwerken met het lokaal, provinciaal, regionaal en federaal beleid tot goed onderbouwde oplossingen leiden voor bestaande en complexe problemen. Tevens werd de dienst valorisatie sterkt uitgebreid om vragen vanuit de praktijk te verbinden met de expertise van de onderzoekers, maar ook om de nodige financiering te vinden om onderzoeken te kunnen opstarten en hiervoor nieuwe experts aan te trekken of op te leiden.

Daarom hebben we in 2014 de *Universitaire Medische Campus Antwerpen (UMCA)* opgericht. UMCA is een netwerkorganisatie die niet alleen de partners uit de zorg- en welzijnssector bijeenbrengt op onze campus, maar ook verbinding maakt met patiënten, mantelzorgers en seniorenexperten. Dit gebeurt op een actieve manier.

Er werden symposia georganiseerd rond de thema's ouderenzorg in de stad en regio Antwerpen en rond het thema buurtzorg en zorgzame buurten. Daarnaast werden tal van initiatieven vanuit de zorggraden in de regio opgestart of ondersteund zoals de werkgroep ontslagmanagement, de werkgroep transmurale zorg voor kankerpatiënten samen met Kom Op Tegen Kanker, en de uitbouw van een regionaal zorgplatform in de regio Antwerpen.

Al deze initiatieven werden genomen om kennis op te bouwen en om de samenwerking tussen de zorggraden in de regio en de twee ziekenhuisnetwerken te versterken. Het is een wisselwerking. Het laat ook toe dat die kennis opgenomen zal worden in de opleidingen van de studenten – de toekomstige zorg- en welzijnsprofessionals.

En het momentum is er.

Vandaag hebben de twee ziekenhuisnetwerken in de regio hun regionale zorgplannen voorbereid, ze stemmen deze onderling met elkaar af en willen hierbij de zorggraden betrekken. De faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen kan met UMCA hierin een rol opnemen met als doel transmurale geïntegreerde zorgprojecten uit te bouwen en in onze regio te implementeren.

Door de ruime expertise binnen het domein van interprofessionele en geïntegreerde samenwerking werden verschillende leerstoelen en doctoraatsthesisen opgestart die elkaar aanvullen in dit proces. De leerstoel PAZOE (zorgberoepen in evolutie) ondersteund door de provincie Antwerpen, is hiervan een voorbeeld. Praktijkonderzoek en implementatieonderzoek is essentieel om samen met zorg- en welzijnsprofessionals en andere partners te zoeken naar oplossingen.

Onze universiteit wil sterk inzetten op haar maatschappelijke rol en verantwoordelijkheid als centrum van kennis en onderwijs in de ruime regio Antwerpen, om zich van daaruit nationaal en internationaal te positioneren. Onze universiteit is continu in beweging, net als een stroom – en dat tonen we graag – ook in ons logo. We houden voortdurend voeling met wat leeft in het werkveld en nemen actief deel aan het maatschappelijk debat. Daarmee bepalen we mee de toekomst, ook van onze gezondheids- en welzijnszorg in de grootstedelijke regio Antwerpen.

Herman Van Goethem
rector Universiteit Antwerpen



7 Algemene inleiding

13 Denktank Transmurale geïntegreerde ouderenzorg en buurtzorg

13 Inleiding

16 Stap 1 Noden van ouderen en communicatie met ouderen

24 Stap 2 Samenwerking tussen formele en informele zorg in zorgzame buurten

34 Stap 3 Beter opleiden inzake ouderenzorg - naar anders werken, taakverschuiving en subsidiariteit

42 Stap 4 Proactief Populatiemanagement in de ouderenzorg

49

Denktank **Preventie en 'health literacy'**

49 Inleiding

54 **Stap 1** Preventie voor personen met beperkte gezondheidsvaardigheden in een superdiverse samenleving

66 **Stap 2** Gezondheidsbevordering, ziektepreventie en communicatiecompetenties in eerstelijnsopleidingen

76 **Stap 3** Digitale hulpmiddelen voor preventie

82 **Stap 4** Hoe kunnen we beter en vroeger detecteren? Wie doet wat?

91

Epiloog



Algemene inleiding

Gezondheids- en welzijnszorg zijn belangrijke maatschappelijke domeinen die het afgelopen decennium al beduidende veranderingen hebben ondergaan. Maar de uitdagingen voor de toekomst zijn groot en zullen in ons land blijvend grote maatschappelijke investeringen vergen.

In de regio van Antwerpen beoogt de Universitaire Medische Campus Antwerpen (UMCA) de uitbouw van een netwerk van iedereen die betrokken is met gezondheids- en welzijnszorg. In het verleden heeft UMCA al een mooie rol gespeeld door academische inzichten en veldwerkervaringen over ouderenzorg en buurtzorg te verbinden.

Denktank

In 2022 hebben we Antwerpse veldwerkers, academici, patiënten, mantelzorgers, senioren en vertegenwoordigers van koepelorganisaties zoals Gezond Leven en Zorgnet Icuuro bijeengebracht in een denktank om beleidsadviezen uit te werken voor de stedelijke en gemeentelijke, provinciale, federale en Vlaamse overheid en de instellingen uit de sector. Het doel was om na te denken en overeenstemming te bereiken over strategische veranderingen en prioriteiten op gebieden van onderwijs en onderzoek in verband met gezondheidszorg en welzijn, met een specifieke focus op de regio Antwerpen, zowel de grootstedelijke als de regionale context. De regio is een incubator voor kennisopbouw en nieuwe initiatieven, waarbij het delen en uitwisselen van deze kennis en ervaring met andere regio's essentieel is.

Er werd gekozen om rond twee trajecten in een denktank verder te werken:

1. **transmurale geïntegreerde ouderenzorg en buurtzorg en**
2. **preventie en 'health literacy'.**

Deze thema's zijn gekozen omdat ze belangrijke uitdagingen betekenen en dus dienen opgenomen te worden door onze beleidsmakers, en dit op alle niveaus: lokaal, regionaal, Vlaams en federaal.

Te gescheiden, te weinig gecoördineerd

Ouderen zijn en worden een almaar belangrijker groep in onze westerse maatschappij. Het aandeel 65-plussers is momenteel 21 % en zal de komende decennia nog verder stijgen. Vooral vanaf 2030 zal met de babyboomgeneratie de groep 80-plussers sterk toenemen. Daarmee zal ook het aantal mensen met zorgnoden omwille van hun leeftijd,



beperking of chronische aandoening stijgen. Dat zal een belangrijke impact hebben op onze gezondheids- en welzijnszorg, op de acute en chronische zorg.

Tijdens de recente Covid 19-epidemie is eens te meer gebleken dat verschillende sectoren in de gezondheidszorg, ziekenhuizen en eerstelijnszorg, gezondheid en welzijn nog te veel gescheiden werelden zijn. Daardoor kwamen ook een aantal problemen in de ouderenzorg aan het licht. Personen in een kwetsbare positie krijgen vaak te veel, te weinig of verkeerde zorg. Zij moeten nog te veel zelf de weg in het kluwen van zorgaanbod trachten te vinden. Ouderen en chronisch zieken dienen zichzelf in te lezen en zelf op zoek te gaan op de markt, en ten dele vergroot dat hun mogelijkheden van autonomie, zelfmanagement en inspraak. Maar het ontbreekt aan coördinatie en begeleiding, wat een belangrijk verschil zou kunnen geven, zeker ook met garantie op volledige of juiste informatie.

Transmurale ouderenzorg

Verdere afstemming tussen alle sectoren en actoren is nodig via interprofessionele samenwerking en geïntegreerde zorg. Dat wordt ook aangegeven in vele andere beleids- en visiedocumenten over ouderenzorg (Beke, 2022; Vlaamse Ouderenraad, 2022; WRR, 2021). Vooral transmurale ouderenzorg, doelgerichte zorg, zorgtrajecten voor ouderen met zorgcontinuïteit tussen eerstelijns- en thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuiszorg, met garantie voor een warme overdracht, moeten verder uitgebouwd worden.

Transmurale zorg is een containerbegrip dat wordt gebruikt om deze geïntegreerde vormen van zorg te beschrijven. Transmurale zorg kunnen we definiëren als alle vormen van zorg die, op behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.

Zorgzame buurten

Vlaanderen heeft een belangrijke keuze gemaakt voor vermaatschappelijking van de zorg (Vandeurzen, 2017) en om projecten van buurtzorg te installeren (Vlaamse overheid, 2021). Voor ouderen in een wijk of buurt zal dit moeten vertrekken vanuit hun wensen en behoeften. Zorgzame buurten bieden een kader om al de betrokkenen met elkaar te verbinden in een bottom-up en participatieve werking. Mantelzorgers en vrijwilligers kunnen een belangrijke rol opnemen naast de formele en informele zorg. En ook woonzorgcentra hebben daarin een belangrijke opdracht. Maar dat vraagt verder ondersteuning – en zo'n buurtzorg moet divers, dynamisch, complementair en vooral nabij zijn voor de ouderen. De vraag die zich hierbij stelt, is vooral hoe we ouderenzorg transmuraal en op buurtniveau verder moeten ontwikkelen, en hoe we dat duurzaam tot stand kunnen brengen.

Preventie vroeger/sterker inzetten

Preventie heeft nog altijd een beperkte positie in het gezondheidsbeleid en -budget - amper 2,2 % van het totale budget voor gezondheidszorg (OECD, 2019) -, terwijl het voldoende is bewezen dat we tegen relatief lage kosten veel gezondheidswinst kunnen boeken door het vroeger en sterker inzetten van preventie (WWR, 2021). Bij het positioneren van preventie wordt nog te vaak een enge definitie gebruikt. Preventie houdt niet enkel in dat ziekten moeten voorkomen worden of in een zo vroeg mogelijk stadium worden opgespoord, de zogenaamde ziektepreventie. Meer aandacht en investering moet er gebeuren voor gezondheidsbevordering, door het versterken van beschermende factoren van gezondheid via een gezonde leefstijl in een gezonde omgeving. Preventie moet ook ingebouwd worden in alle sectoren en domeinen, zoals gezondheidszorg, (woon)omgeving, mobiliteit, sport en economie en dus niet alleen op Vlaams of regionaal niveau, maar ook in de federaal gefinancierde activiteiten van eerste-, tweede- en derdelijnszorgers en -instellingen. Op termijn biedt dit ook winst op het totale gezondheidszorgbudget en dus ook economisch op het totale begrotingsbudget.

Meer gezondheidsgeletterdheid

De gezondheidskloof in ons land daalt niet, integendeel. Een van de belangrijkste oorzaken van ongelijkheid op het vlak van gezondheid is een lage gezondheidsgeletterdheid. Op basis van de Gezondheidsenquête van Sciensano (2019) is één op drie Belgen onvoldoende gezondheidsgeletterd om informatie over gezondheid te kunnen begrijpen, waardoor hij/zij ook geen juiste keuzes kan maken om zijn/haar gezondheid en kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren.

Over de thema's preventie en 'health literacy' is er al veel inkt gevloeid. Er is voldoende kennis hierover. Maar toch slagen we er niet in om de dynamiek hierover verder op gang te brengen en die vanuit een brede visie op deze thema's op te schuiven in de prioriteitenlijst van onze beleidsmakers. De denktank wil concreet nagaan hoe de dynamiek hiervoor kan omgezet worden naar beleid en prioritering.

Het denktanktraject

In elke denktank werd met alle deelnemers telkens volgens een gelijkaardig traject gewerkt. Allereerst werd goed beschreven hoe de huidige toestand is en welke problemen zich daarin voordoen. Van daaruit werd bepaald wat mogelijke acties zijn, wat de bijdrage kan zijn van verschillende actoren en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Academische en veldwerkervaring werden zoveel mogelijk geïntegreerd. Vanuit een helikopterperspectief hebben de deelnemers getracht om een visie naar de toekomst op te bouwen.

Op basis daarvan werden per denktank vier thema's gekozen om verder uit te werken. Het moest



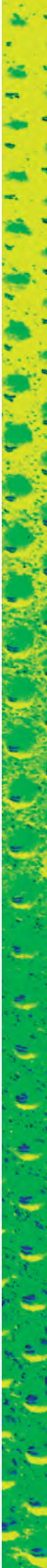
gaan over belangrijke thema's waarvoor de nood aan verdere aanbevelingen en acties hoog is. Bij voorkeur zijn het thema's waarbij expertise beschikbaar is in de Antwerpse regio via veldwerk en onderzoeksprojecten. De aanbevelingen moeten interessant genoeg zijn om zowel naar het beleid als het werkveld impact te kunnen hebben.

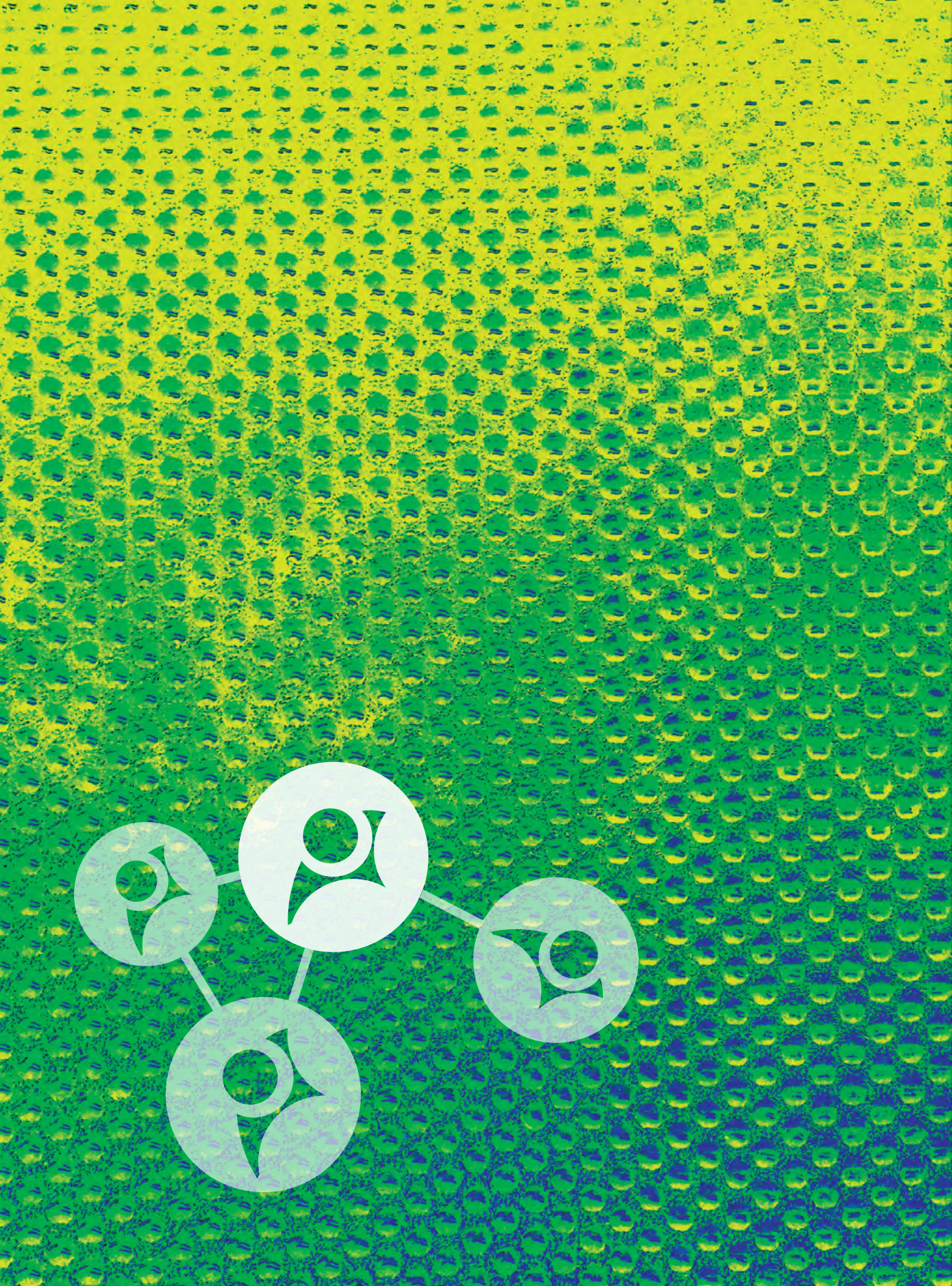
Rond elk thema werd een basistekst uitgewerkt. Stellingen werden ter consensus aangeboden aan de deelnemers. Schrijvers hebben dit op basis van de consensus en de basisteksten verder uitgewerkt. In een laatste ronde werden per denktank de teksten besproken, aangepast en vervolgens redactioneel afgewerkt. Het resultaat is een reeks teksten die zo concreet mogelijke beleidsaanbevelingen leveren voor twee trajecten die cruciaal zijn voor onze toekomstige gezondheids- en welzijnszorg.

Paul Van Royen
Guy Tegenbos

Bronnen

- Beke, W. (2022). Vlaams ouderenbeleidsplan 2020 – 2025
- FOD Volksgezondheid (2015). Gids voor het ontwikkelen en het communiceren van een visie over transmurale zorg in het kader van het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017. Opgehaald van: www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015-gids_transmurale_zorg.pdf
- OECD, 2019 www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/belgium-country-health-profile-2019_3bcb6b04-en;jsessionid=nw4KS3WyD4VpvAIbooRh_3U5.ip-10-240-5-29
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Wat is preventie? www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie
- Sciensano (2018). Gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsenquête 2018. Opgehaald van: www.sciensano.be/sites/default/files/hl_nl_2018.pdf
- Vandeurzen, J. (2017). *Nabije zorg in een warm Vlaanderen*. Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020. Opgehaald van: www.vlaanderen.be/publicaties/nabije-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020
- Vlaamse ouderenraad (2022). Memorandum lokale verkiezingen 2024. Opgehaald van: www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/verkiezingsmemoranda/
- Vlaamse overheid. (2021). *Zorgzame buurten. Inspiratiekader bij projectoproep*. Opgehaald van: www.zorgenvoormorgen.be/sites/default/files/media/20210610_inspiratiekader_FINAL.pdf
- WWR (2021) Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Rapport 104. Opgehaald uit: www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg





1

Denktank Transmurale geïntegreerde ouderenzorg en buurtzorg



Paul Van Royen

Inleiding

De vergrijzing van onze samenleving vormt een uitdaging door de toegenomen en veranderende zorgvraag. Ze zet vele aspecten van onze gezondheidszorg en maatschappij onder druk. Blijft de chronische en langdurige zorg wel betaalbaar? Gaan we voldoende en goed opgeleid personeel blijven vinden om die zorg te kunnen bieden? En is er een voldoende maatschappelijk draagvlak om de inspanningen voor ouderenzorg te blijven garanderen? Om die uitdagingen aan te gaan zullen concrete zorgtrajecten moeten uitgetekend worden die voldoende continuïteit bieden tussen eerstelijnszorg/thuiszorg en de daaraan gekoppelde buurtzorg, de dienstcentra, de woonzorgcentra (WZC's) enerzijds en de geriatrische dagklinieken en ziekenhuizen anderzijds, en dat allemaal binnen een vernieuwd zorglandschap.



Iedereen betrekken

Deze zorgtrajecten moeten rekening houden met alle componenten van geïntegreerde zorg. Horizontale netwerken met focus op zorg (eerstelijnszorg, thuiszorg, WZC's) dienen afgestemd te worden op klinische en op specialisatie gerichte netwerken (ziekenhuizen, specialistische ouderenzorg). Binnen een geïntegreerde aanpak die zich richt naar transmurale ouderenzorg en buurtzorg moeten we veel meer partners betrekken dan in de al bestaande netwerken. Ook ouderen moeten meer betrokken worden en zelfs de centrale partner zijn voor het uittekenen van transmurale ouderenzorg. Hierbij moeten we zowel rekening houden met de actieve ouderen waarbij het behoud van (positieve) gezondheid vooropstaat, als met de kwetsbare ouderen die begeleid moeten worden in het stellen van zorgdoelen, het beheer van polyfarmacie en een goede zorgplanning.

Een belangrijke uitdaging is om in de ouderenzorg een kwaliteitsvolle, doeltreffende en persoonsgerichte communicatie te garanderen, met voldoende aandacht voor de groeiende diversiteit van de oudere populatie. De uitdaging is om in een buurt- en wijkgerichte aanpak zowel ouderen als hun zorg en welzijn duurzaam te integreren.

Ondanks deze uitdagingen blijft ouderenzorg te weinig opgenomen als focus in het gezondheids- en welzijnszorgbeleid. Om ouderenzorg duurzaam en inclusief uit te bouwen, zijn er vier thema's of cruciale aspecten die dringend verder aandacht moeten krijgen. Zowel de betrokken academici als terreinexperts en veldwerkers hebben duidelijk aangegeven dat deze vier stappen moeten genomen worden: betere communicatie en meer inspraak van ouderen, samenwerking tussen formele en informele zorg, aangepaste opleidingen en proactief populatiemanagement.

Betere communicatie & meer inspraak

Om een gepaste en persoonsgerichte ouderenzorg te bieden, moeten we vertrekken vanuit de noden en behoeften van de ouderen en daarop het beleid richten. En dat is vandaag zeker nog niet altijd het geval. Onze maatschappij is niet ouderenvriendelijk. Goede en toegankelijke informatie ontbreekt. Bovendien hapert de communicatie met ouderen en krijgen ze onvoldoende inspraak. We formuleren aanbevelingen over: wat hebben ouderen nodig en hoe communiceren we met hen. We vermelden een geschikte tool om noden en kwetsbaarheid te detecteren. Daarnaast geven we enkele Antwerpse *good practices* aan, om te komen tot meer toegankelijke informatie en inspraak van ouderen.

Samenwerking formele & informele zorg

Het Vlaamse beleid zet sterk in op zorgzame buurten. Voor ouderen en personen met een zorg- en ondersteuningsnood is de aanwezigheid van zorg en welzijn in hun nabijheid cruciaal. Maar samenwerking tussen formele en informele zorg in een buurt is verre van gerealiseerd.

We gingen na op welke manier we meer samenwerking kunnen bereiken tussen formele en informele zorg, tussen welzijn en zorg in zorgzame buurten, als een geïntegreerd geheel. We formuleren een hele reeks concrete praktijken, acties en aanbevelingen. Hoe kunnen we mantelzorgers concreet ondersteunen? Wat zijn mogelijke initiatieven van en voor lokale overheden? Verbinding, een geïntegreerde aanpak, participatie en ondersteuning zijn daarbij sleutelwoorden.

Aangepaste opleidingen

Opleiding zou wel eens de motor kunnen zijn tot verandering. Er zijn veel handen en competenties nodig in de ouderenzorg. Maar de maatschappelijke beeldvorming over oudere volwassenen staat het aantrekken van meer kandidaten voor opleidingen in de ouderzorg in de weg. Ook de opleidingen zelf lijken niet meer aangepast aan wat er nodig is op het terrein. Dat moeten we dringend veranderen. Zowel de opleidingsinstellingen als het werkveld moeten daar samen hun verantwoordelijkheid in nemen. Drie strategieën worden naar voor geschoven: interprofessionele samenwerking in het onderwijs, zorgzame buurten als medium voor onderwijs, en levenslang leren op de werkplek.

Proactief populatiemanagement

Gezondheids- en welzijnszorg is te veel verkokerd. Professionele hulpverleners komen pas in actie als de problemen zich stellen - en dan bieden ze meestal nog los van elkaar hulp aan. De Covid19-epidemie heeft ons geleerd dat deze benadering van zorg en welzijn op regionaal vlak of naar bepaalde doelgroepen faalt. Vooral de vaccinatiedcampagne heeft aangetoond dat een andere aanpak mogelijk was. Zeker in de ouderenzorg is een proactieve en integrale benadering van zorg en welzijn nodig. De vierde stap concentreert zich dan ook op een proactief 'populatiemanagement': Wat zou dat kunnen betekenen voor de groep van oudere volwassenen? Om dat echt te realiseren, moet voldaan worden aan bepaalde voorwaarden, zoals een zorgthermometer en -barometer, naast structurele inzet van personeel. Transmuraal overleg en samenwerking tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorg worden via proactief populatiemanagement ook doelgericht en structureel ingebed.

De uitdagingen in de ouderenzorg vormen een complex probleem met vele uitdagingen. We krijgen er soms moeilijk greep op en juist daarom wordt de discussie hierover gemeden of wordt ze in een negatief daglicht gesteld. Er zijn zeker nog andere aspecten die aandacht moeten krijgen. Maar deze vier genoemde stappen moeten genomen worden om ouderenzorg de plaats te geven in het gezondheids- en welzijnszorgbeleid die ze verdient.

■ Paul Van Royen - voorzitter

Denktank transmurale chronische geïntegreerde
ouderenzorg en buurtzorg

Stap 1

Noden van ouderen en communicatie met ouderen

Paul Van Royen

Robbert Gobbens

Saloua Berdai

Ferre Weustenraad

Sophie Sambre

Ann Dingemans

Wat hebben ouderen nodig en hoe communiceren we met hen?



Samenvatting

Onze maatschappij is absoluut niet ouderenvriendelijk. Er is wel professionele zorg, maar die is te veel ‘verkokerd’ - verschillende disciplines bieden totaal los van elkaar een bepaald hulpaanbod – en ook te veel toegespitst op het puur lichamelijke. Bovendien komt die professionele zorg pas in actie als de problemen zich stellen. Er is dus weinig sprake van proactief handelen. Mantelzorgers nemen het grootste deel van de emotionele zorg op zich, maar worden niet als volwaardige partners beschouwd in de totaliteit van het zorgaanbod. Digitalisering en verkoking verhinderen de toegankelijkheid van de zorg. De oplossing ligt in een inclusieve samenleving waarin mensen dezelfde kansen en mogelijkheden hebben, ongeacht hun leeftijd, geslacht, achtergrond, opleidingsniveau, godsdienst, seksuele voorkeur en ongeacht of ze een ziekte of beperking hebben. Een zorgzame buurt waar men zijn burens kent, waar woningen kunnen aangepast worden als daar nood aan is en waar voorzieningen op wandelafstand of makkelijk te bereiken zijn, zullen hiertoe een wereld van verschil maken.

Holistische ouderenzorg

Om een gepast, persoonsgericht zorgantwoord te kunnen bieden aan ouderen in onze samenleving, is het noodzakelijk hun **noden en behoeften** te kennen, en van daaruit te vertrekken. Veel van deze noden zijn al gekend, maar de verwachtingen evolueren en dus moeten ze voortdurend en blijvend gemonitord worden, met aandacht voor diversiteit. Noden en behoeften van ouderen hebben niet enkel te maken met hun fysieke welzijn en lichamelijk functioneren en kunnen dus niet op een strikt medische wijze worden beantwoord. Hun noden en behoeften hebben ook te maken met hun psychische en sociale welzijn, en met existentiële, relationele en culturele dimensies.

Naast de noden en behoeften van ouderen moeten we ook nagaan wat hun **krachten en mogelijkheden** zijn en welke zorg- en ondersteuningsdoelen ze vooropstellen (goal-oriented care). Het garanderen van levenskwaliteit in al zijn dimensies is belangrijker dan het verlengen



van de levensduur. De echte winst op het gebied van welbevinden is maar te bereiken door **een holistische benadering**, die geen enkel levensdomein uitsluit en daarnaast ook aandacht heeft voor de omgeving waarin een individuele oudere zich bevindt, wat ook aansluit bij de definitie van 'positieve gezondheid' (Huber, 2011) .

Alle ouderen gehoord

Belangrijk is om ook de noden en behoeften te kennen van alle groepen ouderen. Een deel van de komende generaties ouderen zijn hoger opgeleid en digitaal vaardiger, waardoor ze ook mondiger, kritischer en veeleisender zijn dan de vorige generaties. Deze groep wil meer eigen regie opnemen en ze hebben vaak ook andere ideeën over wat voor hen belangrijk is. Daarnaast moeten ook de noden van ouderen die zich in de meest kwetsbare posities bevinden, gehoord en gemonitord worden: ouderen die weinig gebruikmaken van zorg of minder toegeleid worden naar zorg- en welzijnsorganisaties, ouderen met een migratieachtergrond, ouderen in armoede, ouderen die laag opgeleid zijn en geen digitale vaardigheden hebben, enzovoort. Zorgkundigen en huishoudhulpen dienen ingeschakeld te worden als kanaries in de koolmijn om zorgproblemen te signaleren. Maar ook burgerinitiatieven en informele zelforganisaties kunnen deze rol opnemen. Daarnaast moeten geschikte detectie- en meetinstrumenten meer bekend en gebruikt worden, zoals de D-scope kwetsbaarheidsbalansvragenlijst (zie hieronder).



D-scope

Het IWT-SBO project **D-SCOPE** (Detection – Support and Care for Older People; Prevention and Empowerment - www.d-scope.be) heeft een adequaat detectie- en meetinstrument verder ontwikkeld om de kwetsbaarheidsbalans van ouderen te meten, zodat preventief en proactief handelen mogelijk wordt. De vragenlijst meet de verschillende domeinen van kwetsbaarheid (fysiek, psychisch, cognitief, sociaal en omgeving), het welbevinden van ouderen en factoren van kwetsbaarheid. De vragenlijst is bedoeld voor gemeenten, mutualiteiten, organisaties, enzovoort die kwetsbaarheid preventief willen opsporen. Vrijwilligers of professionals kunnen deze vragenlijst gebruiken als triage-instrument of als leidraad bij een intakegesprek, waarbij kwetsbaarheid maar ook sterktes in kaart worden gebracht.

Zorgzame buurten

Om noden en behoeften te detecteren, wordt er best **gewerkt vanuit nabijheid**, niet zozeer op de individuele persoon met een ondersteuningsnood, maar vanuit een buurtgerichte reflex en **zorgzame buurten**. Buurtgericht detecteren van noden en behoeften vertrekt vanuit een buurtanalyse. De noden en behoeften van ouderen gaan immers niet alleen over zorg, maar ook over sociaal welbevinden, een comfortabele en **aangepaste/aanpasbare woning, mobiliteit en een gezonde en geschikte woonomgeving**. Een niet geschikte en ongezonde woon- en

leefomgeving maakt ouderen meer kwetsbaar (Gobbens, 2017). Overheden van gemeenten en steden dienen in hun beleid meer ruimtelijke ordening op te nemen, zodat inclusieve buurten en dorpen uitgerold worden, met groen op wandelafstand, bereikbare diensten, winkels en zorgvoorzieningen, goede mobiliteitsmogelijkheden (begaanbare voetpaden en goed openbaar vervoer), en aanpasbare woningen zodat die geschikt en adequaat zijn voor ouderen.

Eén beleidsniveau voor welzijn en zorg

Verbindend werken tussen informele en formele actoren in de buurt leidt tot tijdige signalering en betere toeleiding naar gepaste zorg. Ook om die reden dienen zorgzame buurten structureel ingebed te worden. Daarom is ook **ontschotting** en ontkokering van sectoren en vooral **tussen welzijn en zorg** noodzakelijk, zowel op micro-, als meso- en macroniveau. Gezondheids- en welzijnszorg dienen organisatorisch volledig geïntegreerd te worden. Om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van ouderen dient het beleid rond welzijn en gezondheid, preventie en curatie en thuiszorg en residentiële zorg vanuit één beleidsvoeringsniveau te gebeuren.

Goede toegankelijke info

De oudere persoon wil bovenal **goede en toegankelijke informatie** krijgen. Zoals andere groepen is ook de oudere mondiger geworden: er is de wil om beter geïnformeerd te zijn. Om tot meer geïntegreerde zorg te komen, is het verder ontwikkelen van een **elektronisch patiëntendossier** noodzakelijk. Het moet een plek zijn waarop alle gezondheids- en welzijnsgegevens van de zorgvrager terug te vinden zijn. Integratie van bestaande platformen zoals CoZo, Vitalink, mijngezondheid.be en andere, is nodig om toegankelijke en juiste, dus ook goede informatie, te garanderen.

Om miscommunicatie en informatieongelijkheid te vermijden, moet er meer en speciale aandacht gaan naar een laagdrempelige, toegankelijke en inclusieve communicatie. Daarbij worden alle groepen ouderen bereikt, ook bijvoorbeeld de ouderen met gezondheids- ongeletterdheid. De verregaande digitalisering in de zorg maakt sommige diensten voor ouderen nog ontoegankelijker en meer afhankelijk van anderen. Voor ouderen in een kwetsbare positie dienen communicatie-initiatieven op maat, zoals het project met de gele doos, of de (cultuursensitieve) zorgambassadeurs, opgezet te worden. Daardoor kunnen zij ook hun medische, administratieve en financiële situatie beter organiseren en onder controle houden. Ook de mantelzorgers zijn een belangrijke doelgroep voor toegankelijke en juiste informatie. Hen enkel financieel ondersteunen is onvoldoende, ook ontzorgen en beter omkaderen is nodig. Zij worden momenteel overbevraagd, omdat ze verschillende rollen tegelijkertijd opnemen. Zij moeten de weg kunnen vinden in het kluwen van diensten en voorzieningen, vooral tijdens het mantelzorgtraject. Daarom is het bijvoorbeeld een goed idee om mantelzorgcoaches in te zetten om de mantelzorgers buurtgericht te detecteren en te ondersteunen.



De gele doos

Met de steun van Welzijnszorg Kempen en het Interreg project HAIRE werd het project 'gele doos' uitgerold in 21 gemeenten in de Kempen. De gele doos is een doos voor belangrijke medische en andere informatie (zoals een kopie van je identiteitskaart, je medische fiche en medicatielijst) voor hulpdiensten. Je bewaart ze in de koelkast. Door een sticker te plakken op de binnenkant van de voordeur, weten hulpverleners dat er een gele doos in de koelkast zit. Op die manier vinden ze snel de nodige informatie om gepaste hulp te bieden in een noodsituatie. Juist in een tijd waarin alles digitaliseert, biedt de gele doos een veiligheid naar alle kwetsbare groepen ouderen. Ook als je niet digitaal vaardig bent, kan je gemakkelijk zelf (eventueel met hulp uit de omgeving) de documenten invullen/vernieuwen. De gele doos ligt in het zicht (in de koelkast), dus je denkt er gemakkelijker aan om ze up-to-date te houden (anders dan een app-icoontje tussen vele andere). Het idee van een gele doos in de koelkast ontstond in Canada. Ondertussen wordt het concept ook al gebruikt in Luxemburg, in Wallonië en heel wat Vlaamse gemeenten. Lokale besturen dienen goed betrokken te worden. Een volledig draaiboek met een stappenplan werd uitgewerkt.

Meer informatie op www.welzijnszorgkempen.be/gele-dooos



Cultuursensitieve zorgambassadeurs

Ouderen met een migratieachtergrond doen weinig beroep op thuiszorg- of welzijnsdiensten. Ze kennen het aanbod niet of herkennen er zich te weinig in wegens gebrek aan informatie, verschil in taal, levenswijze of opvattingen. In Schaarbeek en Anderlecht werden daarom cultuursensitieve zorgambassadeurs ingezet, een samenwerking tussen EVA bxl en diverse andere partners. Cultuursensitieve zorgambassadeurs zijn mensen met een migratieachtergrond, die daartoe opgeleid worden en in duo gaan werken met zorgprofessionals uit de buurt. Ze werken als 'community health workers': ze nemen contact op met de ouderen in de buurt, ze slaan een babbel met hen, informeren naar hun noden en brengen hen in contact met thuiszorg- en welzijnsdiensten. Op die manier overbruggen ze de kloof tussen ouderen in een kwetsbare positie en stedelijke zorgorganisaties.

Meer informatie op www.evabxl.be/nieuw-item/cultuursensitieve-zorgambassadeurs-je-weet-niet-wat-je-mist/

Inspraak en participatie

De oudere verwacht ook **inspraak en participatie**. In een echt ouderenbeleid zitten ouderen zelf mee aan het stuur. Eigen regie in de ouderenzorg veronderstelt dat ouderen hierin versterkt worden (*patient empowerment*), zelf kunnen beslissen en keuzes maken, ook als

ze afhankelijk worden of kwetsbaar zijn. Die eigen regie moet ook gestalte krijgen binnen instellingen zoals woonzorgcentra. Ouderen moeten daar proactief kunnen participeren aan beleidsvoorbereidend werk en gehoord worden. Er moet geïnvesteerd worden in goedwerkende **ouderenvoorspraken** met een sterker statuut, wiens expertadviezen ook serieus genomen worden. Daarnaast moeten ook andere vormen van burgerparticipatie blijven bestaan. Dat vereist een inclusieve werkwijze met veel aandacht voor ouderen in de meest kwetsbare posities. Het doel van dit participatieve model is streven naar een inclusieve samenleving die alle mogelijke drempels wegneemt, zodat de oudere zichzelf kan zijn, kan deelnemen en mee vorm kan geven aan ouderenbeleid.

Inpraak betekent ook samenwerken met de oudere bij het **opstellen van het zorg- en welzijnsplan**, rond zelfregie en zelfmanagement en het bereiken van de vooropgestelde levens- en zorgdoelen. Idealiter is een 'ouderenbeleid' op maat in de toekomst niet meer nodig en kan er echt inclusief gewerkt worden. Dan is er in elk zorg- en welzijnsbeleid oog voor het betrekken van alle doelgroepen in een kwetsbare positie.



Eigen regie

Eigen regie gaat om de volgende vier aspecten:

1. **Uitgaan van het positieve: wat kan ik wel als cliënt, waar ligt mijn kracht?**
2. **De cliënt versterken door inzicht in zijn eigen drijfveren en situatie: op welke gebieden gaat het goed, op welke gebieden gaat het niet zo goed, wat wil ik nog of weer graag kunnen doen?**
3. **De zeggenschap over ondersteuning en hulp zoveel mogelijk bij de cliënt laten: wat wil ik met mijn leven, waar wil ik aan werken, welke hulp heb ik daarbij nodig en hoe wil ik dat die hulp eruit ziet?**
4. **Het versterken en inschakelen van informele en sociale netwerken.**

Overgenomen van: www.zorgvoorbeter.nl/zelfredzaamheid/zelfmanagement

Structureel ingebedde dagbesteding

Eigen regie in de ouderenzorg veronderstelt ook dat **vrijtijds- en dagbestedingsmogelijkheden** voor ouderen verder **inclusief en structureel** uitgebouwd worden, zodat er een breder, betekenisvol en divers aanbod ter beschikking komt. Dat moet voor elke oudere beschikbaar zijn, niet enkel als na-pensioensaanbod voor diegenen bij wie het economisch productieve leven stopt. Momenteel wordt er onvoldoende gegarandeerd dat een oudere zijn sociale netwerk kan behouden of blijven ontwikkelen, en dat kan leiden tot meer vereenzaming.

Vrijtijds- en dagbestedingsmogelijkheden moeten vanuit de buurten uitgebouwd worden, met



voldoende oog voor andere organisatiemogelijkheden en innovaties die hiervoor de nodige financiering kunnen krijgen. Projecten zoals **Zorgzame Straten** (zie hieronder) stimuleren participatie en betrokkenheid van buurtbewoners, ook van de oudere buurtbewoners. Lokale besturen, woonzorgcentra en lokale dienstencentra kunnen in deze buurtgerichte aanpak en zorg een essentiële rol vervullen. Daarom is het ook belangrijk om de lokale dienstencentra structureel te financieren.



Zorgzame straten

Zorgzame straten is een burgerinitiatief in Antwerpen stad dat participatie en betrokkenheid van buurtbewoners stimuleert. Het project loopt in samenwerking met het Zorgbedrijf, eerstelijnsdiensten, lokale dienstencentra en andere partners. Er zijn 24 straten en twee wijken betrokken: Sint-Andries en Seefhoek in Antwerpen. Via sensibiliserings- en andere communicatieacties worden de mensen alerter gemaakt voor elkaars noden. Ze zien ook beter elkaars wensen, elkaars talenten en elkaars krachten. Dat draagt bij tot een sterkere sociale cohesie in de straat of wijk en een grotere zorgzaamheid voor elkaar.

Beschikbare en betaalbare zorg

De oudere persoon verwacht tot slot een **goede, beschikbare, toegankelijke, gepaste én betaalbare zorg**. Wachtlijsten moeten beperkt worden. Dat kunnen we enkel bereiken als naast de professionele zorg ook de informele zorg (door niet-professionelen: de persoon zelf, directe familie, mantelzorgers en vrijwilligers) complementair wordt versterkt. De overheid moet een actieplan uitrollen om deze informele zorg structureel een plaats te geven in welzijns- en gezondheidszorg. Daarnaast moeten initiatieven zoals dagopvang en vervangende zorg of respijtzorg (het tijdelijk overnemen van de zorg van een mantelzorger) verder uitgebouwd worden.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

1. **Tracht op het niveau van de eerstelijnszone regelmatig de noden & behoeften, de krachten, de mogelijkheden én de zorgdoelen van ouderen - ook de meest kwetsbaren - in kaart te brengen.**
2. **Realiseer inclusieve, gezonde en geschikte woonomgevingen met voldoende focus op sociaal welbevinden, comfortabele en aangepaste/aanpasbare woningen, groen op wandelafstand, bereikbare diensten, winkels en zorgvoorzieningen, alsook goede en structurele mobiliteitsmogelijkheden (begaanbare voetpaden en goed openbaar vervoer)**
3. **Bouw de vrijetijds- en dagbesteding van ouderen verder uit en maak ze inclusiever voor kwetsbare groepen.**
4. **Bouw een echt ouderenbeleid uit waar ouderen, eventueel met hun naasten en mantelzorgers, zelf mee aan het stuur zitten, onder andere via ouderenadviesraden.**
5. **Maak van beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg een prioritaire doelstelling, zeker voor ouderen in kwetsbare posities.**

Bronnen

- Trends in ouderenzorg 2018-2030 – digitaal.scp.nl/ouderenzorg/
- D-scope project en vragenlijst – www.d-scope.be en www.d-scope.be/dscope/wp-content/uploads/2018/11/cahier_3_kwetsbaarheidsbalansvragenlijst1.pdf
- Gobbens R, van Assen M. Kwetsbaarheid van ouderen: de invloed van leefomgevings-factoren. *Geron Tijdschrift voor ouder worden & samenleving* 2017 (1): 44-7
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163
- Eigen regie, mensgerichte ouderenzorg – zie: mensgerichteouderenzorg.nl/themas/eigen-regie/

Denktank transmurale chronische geïntegreerde
ouderenzorg en buurtzorg

Stap 2

Samenwerking tussen formele en informele zorg in zorgzame buurten

Stefan Van Eeckhout

Leen Heylen

Ferre Weustenraad

Ann Dingemans

Saloua Berdai

Paul Van Tendeloo

Paul Van Royen

Welzijn en zorg verbonden in zorgzame buurten

Voor ouderen en personen met een zorg- en ondersteuningsnood is de nabije woonomgeving op verschillende vlakken belangrijk. De aanwezigheid van zorg en welzijn in de buurt (bijvoorbeeld huisarts, apotheek, lokaal dienstencentrum,...), maar ook vrienden, familie, mantelzorgers, burens, basisvoorzieningen en ontmoetingsplaatsen, enzovoort: het kan allemaal bijdragen aan een kwaliteitsvol leven, aangepast aan de doelen van de ouderen. Het beleid zet gelukkig al sterk in op 'zorgzame buurten'.



Wat is een zorgzame buurt?

Een **zorgzame buurt** wordt door de Vlaamse Overheid begrepen als een buurt waar *“mensen comfortabel in hun woning of vertrouwde buurt wonen. Het is een buurt waar jong en oud elkaar kennen en helpen. In een zorgzame Buurt staat levenskwaliteit centraal, voorzieningen en diensten zijn er voor iedereen toegankelijk. Iedereen voelt er zich goed en wordt geholpen, ongeacht de ondersteuningsbehoeften”* (Vlaamse Overheid, 2021). Het verbinden van formele en informele actoren in zorg en welzijn wordt hierbij expliciet benoemd als één van de luiken van zorgzame buurten met oog op vroegdetectie van kwetsbare mensen, preventie van gezondheidsongelijkheid en de ondersteuning van informele zorgverleners (Vlaamse Overheid, 2021).

Niet evident

Een samenwerking tussen formele en informele actoren in een zorgzame buurt is niet evident. Ook voldoet niet elke buurt aan de juiste voorwaarden om een zorgzame buurt te worden: niet iedereen heeft zorg in de nabijheid, heeft een sociaal netwerk van (potentiële) informele zorgverleners zoals mantelzorgers, burens, vrijwilligers in de buurt, woont op een plaats met toegankelijke diensten en voorzieningen. Bovendien is er de maatschappelijke context: de vermaatschappelijking van de zorg, een toenemende zorg- en ondersteuningsvraag, mantelzorg die onder druk staat, de problematiek van gegevensdeling in de zorg en het groeiend tekort aan professionele zorgverleners.

Deze realiteit vraagt om de nodige aandacht opdat formele en informele zorg wezenlijk, vanuit een juist evenwicht, met elkaar verbonden kunnen worden. Wat hebben we nodig als basis voor een zorgzame buurt? **Nabijheid, inclusiviteit, complementariteit en samenwerking van informele en formele actoren.**



Belang van nabijheid

Voor ouderen - en breder: elke persoon met een zorg- en ondersteuningsnood - is de nabijheid van zorg en ondersteuning in de eigen woonomgeving belangrijk. Hoe groter de zorg- en ondersteuningsnood van ouderen, hoe groter ook de impact van de (onmiddellijke) omgeving op het dagelijks functioneren. Denk hierbij in het bijzonder aan de impact op de mantelzorgers. Ook vanuit preventief standpunt kan de nabijheid van zorg en welzijn betekenisvol zijn (vb. initiatieven die sociale netwerken versterken, informatie over diensten en tegemoetkoming, sensibilisering, ...).

Nabijheid gaat niet alleen over **toegankelijke en laagdrempelige zorg- en welzijnsvoorzieningen in de buurt**, het gaat ook over wonen en de woonomgeving. Op latere leeftijd wordt de woning en de nabije woonomgeving belangrijker; de oudere brengt er immers veel tijd door. Er is dus een nood aan **aangepaste en aanpasbare woningen**, alsook aan een 'aangepast' overheidsbeleid hiervoor (<http://www.meegroeiwonen.info/>). Tevens is er ook nood aan een **groter aanbod en een grotere toegankelijkheid van (betaalbare) woonzorgalternatieven** (zoals mobiele zorgunits, cohousing...). Bij ruimtelijke ordening en de fysieke (her)inrichting van wijken en buurten is meer aandacht nodig voor '**leeftijdsvriendelijke omgevingen**' (<https://www.neighbourhoodguidelines.org/>). Ook dient het tijdig verhuizen naar een gepaste woonomgeving gesensibiliseerd en mogelijk gemaakt te worden. ('moving in time, to age well in place'). Niet elke woonomgeving is immers geschikt om 'goed oud te worden' (bv. lintbebouwing, grote afstand tot voorzieningen, weinig of geen burens,...). Vele verhuisbewegingen in de buurt kunnen er bovendien toe leiden dat ouderen die allang in de buurt wonen, zich er minder thuis voelen. Door in te zetten op 'moving in time to age well in place' kunnen ouderen oud worden in een omgeving waar niet alleen de woning is aangepast, maar diensten, voorzieningen en ontmoetingsplaatsen dichtbij zijn. Inzetten op nabijheid is niet het antwoord op alle noden (vb. complexe zorgnoden) van alle ouderen (vb. ouderen die heel afgelegen wonen). Het is één manier, naast vele anderen, om in te zetten op een kwaliteitsvolle oude dag.

Inclusieve diversiteit van informele actoren

Het concept van zorgzame buurten erkent informele zorg als een belangrijke actor, partner in het realiseren van zorgzame buurten. Het betreft verschillende vormen van informele zorg, elk met hun eigenheid. Zo kunnen we onder deze brede noemer **burenhulp, vrijwilligerswerk en mantelzorg** onderscheiden. Waar burenhulp vaak sporadische wederzijdse hulp omvat - veeleer het kleine helpen -, kan mantelzorg veel intensiever en belastender zijn. Vrijwilligerswerk vindt dan weer plaats in een afgebakende context. Wat verwacht wordt, is doorgaans duidelijk en afgebakend in tijd. Maar ook **burgerinitiatieven, zelforganisaties, liefdadigheidsinstellingen, religieuze organisaties, online gemeenschappen, initiatieven binnen de deeleconomie, sociaal-sportieve praktijken, wijkcomités**, evenals antenneberoepen zoals **bakkers, kappers**

en kruideniers, hebben een (potentiële) rol als actor binnen zorgzame buurten. Belangrijk om te vermelden hierbij is dat **ouderen zélf** met een zorg- en ondersteuningsnood eveneens een informele actor in de buurt kunnen zijn: als vrijwilliger, als buur die anderen helpt en steunt, Net het kunnen geven en helpen kan heel betekenisvol en inclusief zijn. Het kan het gevoel versterken dat je erbij hoort, ondanks een mogelijke zorg- of ondersteuningsnood.

Samenwerking in zorgzame buurten met deze diversiteit van informele actoren houdt rekening met het specifieke DNA van elk van deze informele actoren, met respect voor de eigenheid en grenzen aan deze verschillende vormen van informele zorg en ondersteuning.

(in)formele zorg complementair en gelijkwaardig

Informele zorg past vaak niet in het keurslijf en de regels van de formele, professionele zorg. En dat hoeft ook niet. Net in hun nabijheid en hun informele, laagdrempelige karakter - zij het als buur, mantelzorger, vrijwilliger van een buurt- of burgerinitiatief, kapper, cafébaas - ligt hun kracht én hun complementariteit. Idealiter werken informele en formele zorg op een gelijkwaardige basis samen om de nodige ondersteuning te bieden.

Verbindende professionals en organisaties

Zorgzame buurten als beleidsconcept verbinden vanuit een geografische gemeenschappelijke noemer een diversiteit aan formele en informele actoren. Dat vergt **verbindende professionals** die het aanspreekpunt in de buurt kunnen zijn en een verbindende rol kunnen opnemen tussen de verschillende formele en informele actoren. Dat vraagt ook om professionals die uitreiken, aanwezig zijn in de straten, en netwerkversterkend kunnen werken.

Partnerschappen en brede communicatie

Verbindende professionals op zich volstaan echter niet. Samenwerking tussen informele en formele actoren vraagt om partnerschappen en communicatie over verschillende organisaties heen. Het vraagt om **geïntegreerde zorg**. Verschillende organisaties in het zorg- en welzijnslandschap kunnen hier elk, vanuit hun specifieke taak of opdracht, een rol in spelen.

Zo hebben alle woonzorgactoren decretaal de opdracht om in te zetten op **buurtgerichte zorg**. De **lokale dienstencentra** (LDC) hebben vanuit hun decretale opdracht hierin een specifieke, faciliterende rol. Als woonzorgvoorziening in een buurt hebben ze immers de opdracht in de nabije omgeving van de gebruiker (kwetsbare personen en ook ouderen met een diverse achtergrond) een verbindende, preventieve en laagdrempelige werking te ontwikkelen. Prioritaire aandacht moet hierbij gaan naar het ondersteunen van ouderen,



mantelzorgers en andere personen in een kwetsbare positie, met het oog op het versterken van het zelfzorgvermogen en hun sociaal netwerk (op basis van een kwantitatieve en kwalitatieve buurtanalyse en hieraan gekoppeld een meerjarenplanning).

Daarnaast worden ze onder meer verwacht de **sociale cohesie in de buurt te versterken**. Deze opdracht sluit naadloos aan bij wat een zorgzame buurt beoogt. Dat realiseren vraagt echter een blijvende en sterkere ondersteuning. LDC's dienen bijzondere inspanningen te leveren om de meest kwetsbare ouderen en ouderen met een diverse achtergrond te bereiken. Er is nood om meer 'uit te reiken', maar dat vergt een inclusief organisatiebeleid en aanbod. We mogen ook niet uit het oog verliezen dat niet elke gemeente een lokaal dienstencentrum heeft (de Vlaamse overheid subsidieert slechts 0,5 VTE bachelor).

Geïntegreerde aanpak over beleidsdomeinen heen

De samenwerking van informele en formele zorg in Vlaanderen duurzaam en structureel verankeren vanuit het beleidsconcept van zorgzame buurten vraagt dan ook oog voor deze verschillen, in context en beschikbaarheid van woonzorgactoren. Vele andere actoren kunnen eveneens een belangrijke, laagdrempelige verbindende rol in de buurt spelen. Zo hebben ook andere woonzorgactoren (cf. woonzorgdecreet) alsook de eerstelijnszones buurtgerichte zorg in hun opdracht staan. De beoogde doelstellingen van zorgzame buurten sluiten daarnaast nauw aan bij het 'decreet lokaal sociaal beleid'. Verschillende onderzoeken (zie referenties / bronnen) wijzen bovendien op het belang van het beleidsdomein 'overschrijdend werken' in zorgzame buurten en ook verbinding te maken met andere beleidsdomeinen zoals 'ruimtelijke ordening', 'wonen' en 'mobiliteit'. Zorgzame buurten vragen dan ook om een geïntegreerde aanpak, over de beleidsdomeinen heen. Om zorgzame buurten structureel en gebiedsdekkend te implementeren, is het belangrijk om de verschillende betrokken actoren die hierin een opdracht in hebben, structureel te ondersteunen.

Concrete praktijken, acties en aanbevelingen

We formuleren enkele concrete praktijken, acties en aanbevelingen die kunnen bijdragen aan de **verbinding tussen formele en informele zorg binnen zorgzame buurten**. Belangrijk hierbij is om die vanuit een dynamisch perspectief te bekijken. Burgergericht werken is immers een **participatieve manier van werken, op maat van en samen met buurtbewoners**. Werken in de buurt aan zorg en welzijn vraagt dan ook de nodige aandacht voor **voortdurende opvolging en bijsturing**; het is een cyclisch proces.

De praktijken, acties en aanbevelingen hieronder richten zich zowel op de formele en informele actoren, als (en in het bijzonder) ook op de lokale besturen en de Vlaamse & federale overheid.

1. Onderzoek nieuwe manieren van samenwerken tussen formele en informele actoren in zorgzame buurten (zoals vrijwilligers, burger- en buurtinitiatieven,...)

2. Ondersteun en bescherm mantelzorg nog beter als belangrijke informele zorgactor



Mantelzorg ondersteunen, hoe doe je dat concreet?

- Alle zorg- en welzijnsvoorzieningen (van thuiszorg tot residentiële zorg) betrekken de mantelzorger het best van in het begin volwaardig bij de zorg en ondersteuning van de zorgbehoevende persoon (o.a. het aanleren van zorghandelingen; advies en psycho-educatie; psychologische ondersteuning en ontzorging, respijtzorg,...)
- Alle woonzorgcentra zouden - naast residentiële opvang - ook over de functies 'oriënterend kortverblijf', 'klassiek kortverblijf & herstelverblijf', 'dagopvang- en dagverzorging' (respijtzorg) moeten beschikken om mantelzorgers tijdelijk te ontzorgen (in plaats van de huidig rigide programmatienormen uitgedrukt in het aantal erkende plaatsen).
- De centra voor dagopvang (= collectieve gezinszorg) zouden maximaal verder uitgebouwd moeten worden (loslaten van programmatienormen).
- In elke wijk of gemeente zouden er vormen van en mogelijkheden tot opvang en zinvolle dagbesteding moeten georganiseerd worden (o.a. in buurtaccommodaties / buurthuizen) in samenwerking met informele actoren. Een plek waar elke oudere, ongeacht zijn beperking, voor ontmoeting en activiteiten opgevangen kan worden, voor de gehele of een deel van de dag. En dat volgens de eigen interesses, de culturele achtergrond en de levensgeschiedenis, m.a.w. met keuzemogelijkheden die aansluiten bij de diverse samenstelling van de ouderen.
- In elke wijk wordt best ook een lokaal advies- en aanspreekpunt georganiseerd (opdracht voor ELZ).

3. Stimuleer een zorgzame houding bij formele en informele actoren en buurtbewoners.

Dat wil ook zeggen: wees je bewust van eigen blinde vlekken en mogelijkheden tot vorming en uitwisseling. Het ecogram (= schema van het sociaal netwerk van het cliëntsysteem) kan hiervoor als hulpmiddel systematisch gebruikt worden. Verzorgenden van de diensten Gezinszorg kunnen (wegens hun langdurige aanwezigheid) eventueel een informeel netwerk rond het cliëntsysteem uitbouwen of het bestaande versterken. Belangrijk hierbij is ook de link met doelgerichte zorg (zie verder).



4. **Zet verbindende professionals in, met ruimte voor interdisciplinariteit.** Hou rekening met een diversiteit aan competenties en profielen: niet alleen zorg- maar ook agogische profielen, beleidsmatige competenties, buurtwerkers, buurtteams,...
5. **Kies voor een geïntegreerde en doelgerichte aanpak binnen een ecosysteem van formele en informele actoren** (vanuit de verschillende decretale opdrachten van o.a. het lokaal sociaal beleid, woonzorgdecreet, eerstelijnszorg, GBO,...)
6. **Integreer faciliterende acties en initiatieven van lokale overheden.**



Initiatieven van/voor lokale overheden:

- Richt wijken in volgens het principe van ‘leeftijdsvriendelijke omgevingen’, met oog voor woonomgevingen die geschikt zijn voor alle leeftijden, en in het bijzonder ook voor ouderen(=> inzetten op een beleid dat ‘moving in time to age well in place’ mogelijk maakt).
 - Voorzie en stimuleer een voldoende grote diversiteit aan aangepaste en/ of aanpasbare, betaalbare woonvormen. De lokale overheden zouden bij het afleveren van stedenbouwkundige vergunningen voorwaarden kunnen stellen volgens de principes van het ‘meegroeiwonen’. Ook in het opleidingscurriculum van architecten zou dat veel nadrukkelijker aan bod moeten komen. In plaats van in te zetten op premies en subsidies voor aanpassingen aan woningen, zou de Vlaamse overheid beter (preventief en financieel) inzetten op een globaal leeftijdsonafhankelijk woonzorgbeleid (zie ook punt 2).
 - Neem initiatieven die de sociale cohesie, de ontmoeting, en een zorgzame houding in de buurt initiëren en stimuleren. Lokale besturen dienen initiërend, inspirerend en faciliterend te werken op dit vlak: met o.a. straatfeesten, speelstraten, grote straatschoonmaak, speciale zitbanken, ruimte voor ontmoeting, buurtrestaurants,...
 - Ondersteun initiatieven van informele zorg en ondersteuning (bv. burgerbegroting).
7. **Voorzie structurele middelen voor alle actoren die een decretale opdracht hebben in buurtgerichte zorg.** Dit zijn lokale dienstencentra, woonzorgactoren, eerstelijnszones en andere relevante actoren. Neem hen mee in een inclusieve samenwerking met als doel: zorgzame buurten realiseren die iedereen bereiken en gepaste kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning kunnen bieden. Ondersteun nieuwe initiatieven die mee innoveren, maar nog niet erkend of gevaloriseerd worden. Ondersteun en **versterk lokale dienstencentra als hub en facilitator** van zorgzame buurten. Dat vraagt om een voldoende kwantitatieve en kwalitatieve personeelsinzet, die op correcte wijze wordt gesubsidieerd (minstens een voltijdse centrumleider). In het toekennen van subsidies worden best ook incentives of voorwaarden rond inclusiviteit als kwaliteitsnorm meegenomen.

Stimuleer vooral samenwerking tussen informele actoren en burgerinitiatieven met het lokale dienstencentrum of andere professionele actoren in de buurt. Voor het lokale dienstencentrum geldt specifiek dat het zich vanuit de vernieuwde decretale opdracht (cf. art. 6 tot en met art. 13 in Bijlage 1. van het geactualiseerde woonzorgdecreet) sterker buurtgericht dient op te stellen en aldus een laagdrempelig aanspreekpunt is voor vragen en noden die het 'kleine helpen' van burens overstijgen.

- 8. Zet in op doelgerichte zorg**, en maak samen de omslag naar zorg die vertrekt van de levensdoelen van personen met zorg- en ondersteuningsnoden. Het gebruik van een digitaal zorg- en ondersteuningsplan kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Er dient wel over gewaakt te worden dat het ook om 'collectieve doelen' kan gaan en niet alleen om individuele doelen (ouderen zijn vaak niet los te koppelen van hun omgeving). De overheid moet in co-creatie met informele en formele zorgverleners een **beveiligd platform voor een zorgdossier (e-Care / digitaal zorg- en ondersteuningsplan)** ontwikkelen **waar informele en formele zorgverleners nuttige en noodzakelijke informatie kunnen uitwisselen**. Een link met het Vlaamse e-platform BelRai is hierbij wel noodzakelijk. Er dient bovendien volop ingezet te worden op de krachten en sterktes van de burger.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

Om formele en informele actoren in zorgzame buurten wezenlijk te verbinden, opdat ouderen en personen met een zorg- en ondersteuningsnood de nodige zorg en ondersteuning ontvangen, zijn volgende punten essentieel :

1. De nabijheid van zorg en welzijn (walkability & reachability) is essentieel. Zorg voor nabijheid van toegankelijke zorg- en dienstverlening, de ruimtelijke beleidsdimensie van 'zorgzame buurten' met oog voor aangepaste en aanpasbare woonvormen en een beleid dat inzet op 'moving in time to age well in place' en levensloopbestendig wonen.
2. Benader ouderen in zorgzame buurten inclusief en op hun sterktes. Word je bewust van structurele uitsluitingsmechanismen voor ouderen in kwetsbare posities, ouderen die geen sociaal netwerk hebben, ouderen in minderheidsgroepen, enzovoort. Maak ruimte voor een 'divers-sensitieve aanpak' die ouderen in al hun diversiteit in hun kracht zet.
3. Heb oog voor de diversiteit en eigenheid van verschillende vormen van informele zorg.
4. Benader formele en informele zorg in zorgzame buurten als complementair en gelijkwaardig.
5. Zorg voor een betere samenwerking tussen de informele en formele zorg- en welzijnsactoren op verschillende geografische niveaus: de buurt, het lokale niveau, de eerstelijnszones, het Vlaamse én het federale niveau. Alleen zo gaan we versnippering tegen.
6. Investeer in verbindende professionals en organisaties om de samenwerking tussen formele en informele zorg in zorgzame buurten over organisaties en disciplines heen duurzaam te verankeren.
7. Zet in op doelgerichte zorg en op een beveiligd platform voor een zorgdossier (e-Care / digitaal zorg- en ondersteuningsplan) waar informele en formele zorgverleners nuttige en noodzakelijke informatie kunnen uitwisselen.

Bronnen

- Bracke, M., Mortelmans, D., Declercq, A., Raeymaeckers, P., De Koker, B., Heylen, L. (2022). *Zorgenquête 2021: Inhoudelijk rapport*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- De Donder, L., Hoens, S., Stegen, H., Kint, O., Smetcoren, A.S. (2021). *Lokaal samenwerken in zorgzame buurten*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- De Jong, Y., Schutte, W. & van Tienhoven, P. (2018). *Wensen, verwachtingen en grenzen in de driehoek. Handreiking over gelijkwaardig samenwerken in de ouderenzorg tussen formele en informele zorg*. Vilans, opgehaald van: www.vilans.nl/kennis/wensen-verwachtingen-en-grenzen-in-de-driehoek
- INTER – Ontwerpgids meegroeiwonen - www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/wonen/ontwerpgids-meegroeiwonen
- www.inter.vlaanderen/sites/default/files/Ontwerpgids_meegroeiwonen_2009.pdf
- Gryp, D., De Pauw, H., & Heylen, L. (2021). *(In)formele zorg eindrapport*. Geel: Thomas More hogeschool.
- Gryp, D., Heylen, L., & Lommelen, L. (2022). *Onderzoeksrapport: Minder mazen, meer net*. Geel: Thomas More hogeschool.
- Heylen, L., & Gryp, D. (2020). Zorgzame buurten als antwoord op de uitdagingen van een ouder wordende bevolking? *Geron*, 22(4).
- Lopez Hartmann, M. (2020). *Social support for informal caregivers of community-dwelling frail elderly*. Antwerpen: UAntwerpen.
- Pless, S. & Buntinx, J. (2022). *Samenwerken rond zorg en welzijn breed bekeken. Een exploratieve case studie van samenwerking en haar stimulerende en remmende factoren in Beernem, Geraardsbergen, Ninove, en Tongeren*. Opgehaald van www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/Rapport-Samenwerken-rond-zorg-en-welzijn-breed-bekeken.pdf
- Schrooten, M., Debruyne, P. & Thys, R. (2019). *Meer waardering voor bijdrage van informele welzijnsaanbieders graag*. Sociale Vraagstukken, opgehaald van: www.socialevraagstukken.nl/meer-waardering-voor-bijdrage-van-informele-welzijnsaanbieders-graag/
- van Bergen, M., Herder, M., Liefhebber, S., van Steekelenburg, B.A. (2020). *Hoe zorg je voor samenspel tussen formeel en informeel. Een handreiking voor gemeenten*. Movisie, opgehaald van: www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-04/handreiking-Movisie-onafhankelijke-clientondersteuning-Samenspel-formeel-informeel_0.pdf
- Vlaamse Overheid (2021). *Zorgzame buurten. Inspiratiekader bij projectoproep*. Opgehaald van: www.zorgenvoormorgen.be/sites/default/files/media/20210610_inspiratiekader_FINAAL.pdf
- Volckaert, E. (2022). *Oud vasthouden. Over vergrijzing, wonen en beleid*. Antwerpen / 's Hertogenbosch: Gompel&Svacina
- Woonzorgdecreet van 15 februari 2019. Opgehaald van: codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document/787,1372788,1372843,1372836,1372822,1372824,1372831,1372835,1372844,1372845,1372864
- Doelgerichte zorg: kbs-frb.be/nl/symposium-doelgerichte-zorg
- Koning Boudewijnstichting, *Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst*, september 2022. media.kbs-frb.be/nl/media/9926/NL_Publicatie_Kiezen%20moet%20kunnen

Denktank transmurale chronische geïntegreerde
ouderenzorg en buurtzorg

Stap 3

Beter opleiden inzake ouderenzorg - naar anders werken, taakverschuiving en subsidiariteit



Sophie Albrecht

Robbert Gobbens

Nexus beeldvorming ouderen & onderwijs

Andere beeldvorming over ouderen

De huidige opleidingen in de ouderenzorg komen niet meer ten volle tegemoet aan de noden van een verouderende populatie en noodzakelijke veranderingen in het werkveld om hier aan tegemoet te komen, dus dringen aanpassingen zich op. Een eerste belangrijke stap om dit te doen, is de maatschappelijke beeldvorming rond “ouderen” helpen veranderen door in de curricula niet alleen de aandacht op het negatieve te vestigen. *Ageism*, met name stereotypen, vooroordelen en discriminatie op het gebied van leeftijd (zoals bv. voortdurend de nadruk leggen op de kosten van de vergrijzing, het blijven uitdragen van het deficit-model,...) hebben nog altijd de bovenhand in de maatschappij (1). Dat heeft gevolgen voor de oudere personen zelf, op zowel hun gezondheid, hun welzijn en het borgen van hun rechten. **Healthy ageing** en het zogenaamde **competentiemodel** zijn nog niet ten volle doorgedrongen in de maatschappij en daarmee samenhangend ook niet in het medische zorglandschap. Dat heeft zijn weerslag op hoe er naar oudere volwassenen wordt gekeken. De maatschappij (de oudere volwassenen inclusief) moet een realistisch en meer divers beeld te zien krijgen. Net zoals dit het geval is bij kinderen, jongeren en volwassenen, zijn ook oudere volwassenen een **zeer diverse groep**. Sommige ouderen zullen heel actief blijven en bijvoorbeeld vrijwilligerswerk gaan doen, waar anderen zich terugtrekken in hun thuisomgeving of een grotere zorg en ondersteuningsnood hebben (2).

Ouderencommissie

De opleidingen kunnen zelf een actieve rol spelen in het hervormen van het maatschappelijke beeld over ouderen door bijvoorbeeld ouderen zelf in te schakelen in het uittekenen van de lesinhouden. In plaats van alleen een beroep te doen op de zogeheten ‘werkveldcommissies’ (die verschillende actoren in het werkveld bij elkaar brengen om een kritische blik te werpen op het curriculum), kunnen ze immers ook een **‘doelgroepcommissie’ met ouderen** laten deelnemen.

Om een brede blik te bekomen, moet er eveneens over de grenzen van de verschillende opleidingen heen gewerkt worden. Door de kruisbestuiving tussen zorg- en welzijnsberoepen zoals bijvoorbeeld orthopedagogen, sociaal werkers en verpleegkundigen te faciliteren, krijgen de toekomstige gezondheids – en welzijnswerkers een breder beeld op de oudere populatie. Stages buiten het reguliere ‘medische’ veld zijn hier een groot pluspunt, zoals stages in buurtzorg, communitybuilding enzovoort.



Beleid rond ouderenzorg

De verandering in het maatschappelijk beeld kan niet ‘ontwikkeld’ worden, maar moet ‘gefaciliteerd’ worden, en daar heeft naast het onderwijs ook de overheid een cruciale rol te spelen. Ze kan dat doen door onder meer de campagnes van de **Vlaamse Ouderenraad** onder de aandacht te brengen en hen naar voren te schuiven als **volwaardige partner in het uittekenen van beleid**.

Het vraagstuk naar hoe ouderenzorg optimaal georganiseerd moet worden, is niet aan zijn proefstuk toe. Waar momenteel de nadruk erg ligt op het ‘*ageing in place*’ (verouderen binnen de eigen vertrouwde omgeving) en de kwaliteit van leven en wonen, mag ook het medische aspect niet uit het oog verloren worden. Hierdoor is er dus een **shift nodig naar anders werken** voor de professionelen die tewerkgesteld worden in de (chronische) ouderenzorg. Om de zorg in residentiële ouderenzorg nog te kunnen uitvoeren, worden steeds meer ‘niet-medisch’ geschoolden ingezet in de sector. Dit zorgt voor nog grotere uitdagingen om tot een gemeenschappelijke visie rond leven, zorg en wonen te komen. De populatie van ouderen met verschillende chronische zorg problemen, zullen een medische zorg ondersteuning nodig hebben om een kwaliteitsvol leven te leiden. Nu lijkt de balans vanuit de visie van de overheid soms over te slaan naar “het wonen garanderen”, waarbij het medische ondergeschikt wordt. Er moet dus nagedacht worden hoe deze twee componenten met elkaar kunnen matchen. Dat brengt een uitdaging met zich mee: **voldoet de huidige regelgeving rond de zorgberoepen nog aan de noden in de maatschappij?** Daarin heeft het onderwijs een sleutelrol in het interprofessioneel opleiden binnen zorg- en welzijnszorg beroepen.

Interprofessionele samenwerking in onderwijs

Om aan de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsnoden van de ouderen te voldoen, is dus een **interprofessionele samenwerking (IPS)** noodzakelijk. Vanuit de overheidsinstanties wordt verwacht dat het individu (dus de oudere) de eigen regie over zijn zorg en welzijn behoudt, het liefst binnen de eigen vertrouwde omgeving. De nadruk ligt in de visie van de beleidsmakers op wat de oudere nog wél kan en op waar die zelf belang aan hecht in het leven (doelgerichte zorg) (6). Dat vraagt een benadering waarbij verschillende actoren samenwerken om de continuïteit van de ondersteuning te kunnen garanderen. Door in te zetten op ‘**leren van elkaar**’ **binnen verschillende onderwijsrichtingen (gezondheidszorg, welzijnswerk, onderwijs, kunst, enzovoort)** kan er gewerkt worden aan een bredere ondersteuning van de oudere en verbreding van de visie van de zorgverleners. Om een doorgedreven IPS en doelgerichte zorg mogelijk te maken, moet hier al in de opleiding veel aandacht aan geschonken worden en moeten de zorgverleners hier degelijk in opgeleid worden. Echter is het onvoldoende om alleen de studenten hier in op te leiden. Als er op het werkveld geen weerspiegeling is van wat er in de opleidingen aan bod komt, wordt IPS door de studenten gezien als “mooi in theorie” en zetten ze het niet verder in de praktijk. Een ideale link tussen opleiding en stages zijn hier de initiatieven in Zorgzame Buurten. Waar de link tussen professionele zorg- en

welzijnsmedewerkers, mantelzorgers en de oudere zelf sterker zichtbaar is dan elders in het werkveld.

Zorgzame Buurten als medium voor onderwijsverandering

Zorgzame Buurten, buurtzorg,... is een domein in volle ontwikkeling. In de praktijk is het nog niet helemaal duidelijk hoe dit concept precies moet vormgegeven worden (7). Dat zorgt ervoor dat er een opportuniteit is voor opleidingen om out of the box klinisch onderwijs te organiseren bijvoorbeeld. In 2022 gingen 113 projecten van start onder impuls van de Vlaamse Overheid met een looptijd van twee jaar. Om de resultaten te borgen kan een nexus met het onderwijs worden gemaakt. Zo kunnen studenten Gezondheidszorg en Welzijnswerk ingeschakeld worden om de opgestarte projecten verder vorm te geven door ze bijvoorbeeld aan te bieden in het kader van een stage.

De aanpak en het opzet van deze Zorgzame Buurten reikt veel verder dan de klassieke gezondheidszorg, want het heeft betrekking op zowel de oudere zelf, de zorgverleners en de omgeving van de persoon. Die samenwerking brengt een **aantal uitdagingen** met zich mee:

- Het netwerk kan momenteel nog moeilijk in kaart gebracht worden;
- Ouderen voelen zich niet sterk genoeg om bepaalde beslissingen te nemen;
- Gezondheidsvaardigheden en gezondheidsgeletterdheid zijn niet altijd aanwezig bij de oudere;
- Zorgverleners hebben vaak nog een paternalistische houding naar de oudere toe;
- Zorgverleners weten niet van elkaar op wie ze een beroep kunnen doen om de ondersteuning te verbeteren.



Voorbeelden van interprofessionele samenwerking in het onderwijs

IPSIG & IPSIG2

Er bestaan in Antwerpen al initiatieven zoals de IPSIG en IPSIG2, waarbij studenten in zorgrichtingen van alle hogescholen en de Universiteit Antwerpen gezamenlijk een week worden ondergedompeld in het interprofessioneel samenwerken (IPS). Dat helpt om de visie en de standpunten van de andere zorgverleners te begrijpen en de onderlinge verstandhoudingen te verbeteren. Dat resulteert uiteindelijk in betere kwalitatieve ondersteuning van de oudere. Om dat echter in het DNA van de verschillende zorgverleners te verankeren, is een week helaas nog te kort.



Karel De Grote-Hogeschool

Het kan nuttig zijn om ook buiten de scope van IPSIG interprofessionele lessen te organiseren. In de Karel de Grote-Hogeschool bijvoorbeeld worden studenten verpleegkunde vanaf het eerste jaar van de opleiding getraind in 'soft skills' en communicatie bij patiënten. Dat is een uitgelezen kans om verschillende disciplines bij elkaar te brengen en hen op die manier te trainen in communicatie met elkaar.

Academie voor de Eerste Lijn (AVDEL)

De Academie Voor De Eerste Lijn (AVDEL) is een onderzoeks- en onderwijsnetwerk van vier Vlaamse universiteiten, zes hogescholen, het Wit-Gele Kruis en patiëntvertegenwoordigers. AVDEL richt zich op het uitbouwen van een meer omvattende en interdisciplinaire eerstelijnszorg voor populaties met een matig complexe zorgbehoefte. AVDEL zal in het najaar van 2023 een *position paper* lanceren over krachtig onderwijs in eerstelijns. Deze tekst kan een leidraad zijn om onderwijs af te stemmen op wat studenten ook zelf aangeven dat ze missen. Aandacht voor de **toegenomen digitalisering van de zorg** hoort hier zeker bij, met Zipster en BelRai als enkele prominente voorbeelden. Zipster is een digitaal doorverwijzingsplatform dat zorgverleners helpt bij het doorverwijzen van patiënten naar lokale welzijnsactoren. De BelRAI is een psychosociale vragenlijst om na te gaan wat iemand wel en niet meer kan en hoeveel zorg iemand nodig heeft. In elk geval moet er binnen de opleidingen meer aandacht komen voor dit digitale luik.

Levenslang leren op de werkplek

Het onderwijs van de gezondheidszorgberoepen, en dan voornamelijk dat van de bachelor Verpleegkunde, onderging de afgelopen jaren heel wat aanpassingen. Naast een verlengde duurtijd (van 3 naar 4 jaar) wordt er ook verwacht dat de nieuw afgestudeerde medewerkers binnen de zeven verschillende domeinen van gezondheidszorg inzetbaar zijn (moeder/kind, pediatrie, eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, geriatrie en chronische zorg, heelkunde en geneeskunde). Omdat het onmogelijk is de studenten alle nuances van alle domeinen aan te leren tijdens deze vier jaar, wordt het levenslang leren van vitaal belang om bij te blijven met vernieuwing binnen de verschillende domeinen in het zorglandschap, en al zeker binnen de ouderenzorg.

De aanbieders van opleidingen in zorg- en welzijnsberoepen zijn er al langer van overtuigd dat interprofessioneel samenwerken nodig is om degelijke zorg en ondersteuning te bieden. Dat blijkt uit verschillende initiatieven die opgezet worden tussen universiteiten en hogescholen in Antwerpen en daarbuiten. De Leerwerkplek of Leerzorgcentrum - de afdeling als leeromgeving om beroeps- en persoonsgerichte competenties binnen verpleegkunde te verwerven - is hier een voorbeeld van. Zowel de opleidingen bachelor als HB05 Verpleegkunde gebruiken deze vorm van klinisch onderwijs om de studenten in verschillende teamrollen te laten functioneren.

Om dat in de toekomst nog meer vorm te geven en te laten aansluiten bij de noden in de maatschappij, moet er een mogelijkheid gecreëerd worden om onderwijsvernieuwing door te voeren. Dat moet kunnen gebeuren in co-creatie met het werkveld en het doelpubliek.

Toekomstige noodzakelijke initiatieven

Ondanks het feit dat studenten een doorgedreven cursusaanbod hebben in ouderenzorg (althans toch binnen Verpleegkunde) en dat dit volgens onderzoek een positieve invloed heeft op de beeldvorming, blijkt het huidige aanbod toch nog ontoereikend en moeten er verdere initiatieven worden genomen binnen alle opleidingen van toekomstige gezondheids- en welzijnswerkers:

1. **Bied Ouderenzorg** - zowel het proces van de normale veroudering (gerontologie) als geriatrie - **aan in ALLE basisopleidingen van gezondheids- en welzijnswerkers**. Maak een breed Vlaams onderzoek mogelijk, uitgevoerd door universiteiten en hogescholen, van alle opleidingen die een rol spelen in het ondersteunen van de oudere. In dat onderzoek, dat nu deels versnipperd gebeurt, moet een doorgedreven analyse gemaakt worden van de mate waarin ouderenzorg nu al aan bod komt, en wat adviezen zijn tot verbetering. Borg de resultaten ervan in een **Kenniscentrum voor Gezondheids- en Welzijnszorg Onderwijs**.
2. Zorg ervoor dat alle opleidingen van toekomstige gezondheids- en welzijnswerkers een aangepast beeld van zorg voor oudere volwassenen hebben. Dat omvat **aandacht voor zowel het competentiemodel als *healthy ageing***. Kennisoverdracht is hiervoor onvoldoende. Opleiden in ouderenzorg moet meer praktijkgericht zijn en toepassingen in de praktijk stimuleren.
3. Omdat de theorie die de studenten aangeboden krijgen en die geënt is op de laatste state of the art onderzoeken, nog niet doorgesijpeld is naar de werkvloer, blijft er een eerder negatief beeld bestaan ten aanzien van werken in de ouderenzorg (Castellano-Rioja, 2022). **Zet meer in op adequate stagebegeleiding in de ouderenzorg**. Investeren in goed opgeleide stagementoren/begeleiders die de student van kortbij begeleiden 'aan het bed'. Benader het als een volwaardige (gesubsidieerde) functie in de personeelsnorm van woonzorgcentra en thuiszorgdiensten opgenomen worden. Dit is mogelijk ook een kans om oudere verpleegkundigen – met de juiste competenties en ingesteldheid –, die het moeilijk hebben met het shiftensysteem of met gezondheidsproblemen kampen, toch zinvol aan de slag te houden in de sector, als referentiepersoon stagebeleid.
4. Heb in de opleidingen zorg en welzijn **aandacht voor samenwerking met informele actoren**. Interprofessioneel (leren) samenwerken dient verruimd te worden tot **integrale samenwerking** met alle relevante actoren, met bijzondere focus op de mantelzorgers. Zij zijn de grootste en belangrijkste groep zorgverleners in Vlaanderen.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

1. **Betrek ouderen in een 'doelgroepcommissie' om samen met de opleidingen te kijken of de curricula zijn afgestemd op de noden van de doelgroep. Maak hier een wettelijke bepaling van.**
2. **Werk alternatieve stages uit in samenwerking met verschillende opleidingen (sociaal werk, orthopedagogie, ergotherapie, ...) en kom zo los van het louter medische veld (verpleegkundigen) of sociaal welzijn (sociaal werk, orthopedagogie,...).** Een student Verpleegkunde kan zo bv. stage lopen rond 'community building' onder begeleiding van een psychologe in een woonzorgcentrum, of een stage binnen de projecten van Zorgzame Buurten, ...
3. **Hertekende regelgeving rond de zorgberoepen naar de noden die zich stellen in de maatschappij. Hou er hierbij rekening mee dat er taakverschuiving tussen functies mogelijk moet zijn en dat er eventueel nieuwe profielen moeten (h)erkend worden (vb. gerontologisch consulent, seniorenconsulent,...).** Maak ook werk van de 'verpleegkundige specialisten' in ouderenzorg, niet alleen in hoogtechnische diensten.
4. **Neem stagebegeleiding in de personeelsnorm van woonzorgcentra en thuiszorgdiensten op als een volwaardige (= gesubsidieerde) functie. Motiveer organisaties in de ouderenzorg in het aanbieden van 'niet-conventionele' stages of werkplekieren door financiële ondersteuning te bieden hierin. Dat kan bijdragen aan de innovatie binnen de sector.**
5. **Voorzie *incentives* om levenslang leren aan te moedigen binnen de beroepscategorieën (cfr. uren bijscholing om titel te behouden).** Een terugkeer naar het werkveld van enkele uren per jaar kan ertoe bijdragen dat docenten de voeling met hun vakgebied niet verliezen en zo ook de veranderingen in de maatschappelijke noden beter aanvoelen.
6. **Maak middelen vrij voor onderzoek naar krachtige leeromgevingen en curricula van alle opleidingen die een rol spelen in de ondersteuning van ouderen. Borg deze kennis in een Kenniscentrum voor Gezondheids- en Welzijnzorg Onderwijs. Zo kunnen best practices en up-to-date kennis vlot verspreid worden.**

Bronnen

- Global report on ageism. Geneva: World Health Organization 2021.
- Moerenhout M. Beeldvorming over ouderen. In: vzw VO, editor.
- Woonzorgdecreet 2019 Agentschap zorg en gezondheid 2022 [
- Beke W. Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 2019-2024. Brussel: Vlaamse Parlement; 2019.
- fem. Je wordt in het ziekenhuis straks niet meer verzorgd door een "gewone" verpleger. Nieuwsblad. 2022 10/11/2022.
- De Maeseneer JeB, P. Multimorbiditeit, doelgeoriënteerde zorg en sociale rechtvaardigheid. Huisarts Nu. 2012;41(3):12-9.
- Verté E. Buurtzorg: Van Definitie tot Raamwerk. In: Lijn AvdE, editor. 2021.
- Castellano-Rioja E, Botella-Navas M, López-Hernández L, Martínez-Arnau FM, Pérez-Ros P. Caring for the Elderly Enhances Positive Attitudes Better Than Knowledge in Nursing Students. Medicina (Kaunas). 2022;58(9).

Denktank transmurale chronische geïntegreerde
ouderenzorg en buurtzorg

Stap 4

Proactief Populatiemanagement in de ouderenzorg



Jan Van Emelen

Paul Van Royen

Proactief 'populatiemanagement' in de ouderenzorg

Populatiemanagement?

Wat is 'populatiemanagement' precies? Het is een relatief ongekende term, maar toch is die in de covid-periode uitgebreid ingezet. 'Populatiemanagement' betekent dat je de gezondheidszorg gaat vormgeven op populatieniveau om de zorg en het welzijn van een bepaalde groep mensen te verbeteren. Dat gebeurt steeds in een **traject van 4 fases**:

1. Bepaal welke mensen deel uitmaken van je populatie en wat hun noden en behoeften zijn (met een omgevingsanalyse);
2. Deel je populatie op in doelgroepen (op basis van leeftijd of locatie (buurt/wijk)) en bepaal gepaste acties in samenwerking met de nodige lokale partners;
3. Voer die acties op maat van de doelgroepen uit;
4. Meet en monitor de uitkomsten en evalueer je acties.



COVID ALS TESTCASE VOOR POPULATIEMANAGEMENT

De covid-vaccinatiecampagne was een keerpunt voor de toepassing van 'populatiemanagement' in onze gezondheidszorg. De campagne werd uitgevoerd in een 'public health'-modus. Dat wil zeggen:

- Er was een centrale uitnodiging voor de vaccinatie;
- De patiënt kreeg geen vrije keuze voor het vaccin, de vaccinator of de plaats van vaccinatie;
- Er kon slechts beperkt geschoven worden met data;
- Specifieke populaties werden door populatiemanagement van dichterbij opgevolgd.

Er is in mei 2022 overwogen om van public health- naar RIZIV-modus over te gaan (nl. individuele vaccinatie bij huisarts en vrije keuze mogelijk), maar de resultaten van de public health-modus waren zó indrukwekkend – 97% van de doelpgroep werd 3x gevaccineerd op die manier –, dat die aanpak dringend en prioritair vervolgd werd tot ze afgesloten werd op 8 december 2022.

www.coronaviruscovid19.be/coronavirus-vaccinatie



Veranderingen nodig

Kan 'populatiemanagement' als tool worden ingezet voor **betere transmurale zorg** (zorg aangeboden door meerdere zorgverleners) **en preventie**? Ja zeker, maar daarvoor moeten er wel een aantal dingen veranderen:

- Er is nu weinig specifieke opleiding rond populatiemanagement;
- Er is geen duidelijke omschrijving van de opdrachten en de verantwoordelijkheden;
- Een financieel kader is nog onbestaande;
- Populatiemanagement moet structureel ondersteund worden vanuit de eerstelijnszorg;
- Huisartsen, ziekenhuizen en andere eerstelijns zorgverstrekkers kennen nu nog onvoldoende de voordelen van populatiemanagement;
- De afzonderlijke beroepsgroepen die betrokken moeten worden, werken momenteel verlamvend op de besluitvorming;
- De impact op gezondheid en sterfte, op gezondheidszorg, en de totale zorguitgaven is voorlopig onbekend.

Populatiemanagement voor 65+

Wat kan populatiemanagement betekenen voor de bevolkingsgroep van 65+'ers?

- Momenteel wordt maar 65% van de 65+'ers bereikt voor de vaccinatie van infectieziekten zoals bv. griep. Populatiemanagement kan hogere percentages realiseren.
- Met populatiemanagement kunnen we chronische aandoeningen sneller opsporen en de juiste trajecten starten, met nadruk op de preventie van complicaties.
- Het kan helpen bij de opsporing en begeleiding van 'ondervoeding en kwetsbaarheid'. Nu komen nog te veel 65+'ers hierdoor in ziekenhuizen terecht.
- Populatiemanagement kan eveneens een hulp zijn bij het welzijn en de mentale gezondheid van 65+'ers, bijvoorbeeld bij de detectie van depressie.

Om populatiemanagement zo efficiënt mogelijk in te zetten, is het nodig om in overleg met de verschillende actoren wel **specifieke doelstellingen vast te leggen per populatie-eenheid**, bv.:

- Stel voorop welke vaccinatiegraad je wil bereiken voor covid, griep, RSV, pneumokokken,...;
- Bepaal het reductiecijfer voor jaarlijkse hospitalisaties in de geriatrie door chronische aandoeningen: hartfalen, COPD, diabetes, neuro-psiatrie beelden,...;
- Bepaal de beoogde stijging van de participatiegraad aan screeningsprogramma's en vroegdetectie;
- Bepaal de beoogde daling van de totale geïntegreerde zorgkost;
- Enzovoort.

Voorwaarden voor optimaal populatiemanagement



We stellen 3 voorwaarden voorop waaraan moet voldaan worden om aan optimaal populatiemanagement te doen:

1. Op niveau van de eerstelijnszone moet er een 'zorgthermometer' en een 'zorgbarometer' geïnstalleerd worden.
2. Elke eerstelijnszone in Vlaanderen moet een 'unit of care' worden met een jaarlijks populatiegericht plan voor geïntegreerde zorg voor 65+.
3. Per eerstelijnszone is er een jaarlijkse basisfinanciering voor 2 FTE populatiemanagers: een medische en een administratieve kracht.

1. Zorgthermometer & zorgbarometer

De zorgthermometer meet: 'Is de zorg ok?' (bv. het percentage van diabetici met HbA1c onder 7)

De zorgbarometer meet: 'Welke zorg is nodig op korte en lange termijn door demografische en technische evolutie?'

Een zorgbarometer is voorspellend en meet de druk van een fenomeen op een bestaande structuur. Bepaalde aandoeningen vergroten onheilspellend door demografische evoluties en kunnen zo druk zetten op het zorgsysteem, bv. in de domeinen infectieziekten, chronische zorg, oncologie, geriatrie en welzijn. Schommelingen in de barometer moeten de aanzet zijn van acties die <zorgstrategisch> zijn op niveau van eerstelijns en algemeen ziekenhuis. Waar stijgt de druk precies? Is dat geografisch te duiden of binnen bepaalde sociale groepen of families?

2. Units of care

Elke eerstelijnszone in Vlaanderen wordt een 'unit of care' met een jaarlijks **populatiegericht plan voor geïntegreerde zorg voor 65+**. Dat plan is idealiter gebaseerd op de zorgthermometer en de zorgbarometer. In het plan worden de concrete doelen bepaald, met veel ruimte voor structureel overleg met de huisartsen en de ziekenhuizen. Door zorgtrajecten op te zetten in de gestructureerde geïntegreerde zorg worden alle lokale zorgverstrekkers betrokken in het plan.

Digitalisering van de zorg maakt een essentieel onderdeel uit van het plan.

Thuisverpleegkundigen moeten opgeleid worden in de toepassingen van 'mobile health', aangezien zij de patiënten begeleiden. Alle gegevens worden centraal verzameld in een 'decision center' waar met behulp van adequaat populatiemanagement gerichte acties kunnen worden uitgewerkt.



Inspiratiecase ‘Gesundes Kinzigtal’ – Hamburg

Dit plan vindt inspiratie in enkele succesvolle ondernemingen voor geïntegreerde zorg in Duitsland, waaronder “Gesundes Kinzigtal” in Hamburg (2). Drie elementen staan centraal in de aanpak:

- *Preventieprojecten met vroegtijdige opsporing van risico’s en gezondheidspromotie*
- *Zorgtrajecten voor chronische pathologie*
- *Dataverzameling, analyse en terugkoppeling naar beleid.*

Zonder in detail te gaan (zie bron) kunnen we alvast vertellen dat de resultaten ronduit indrukwekkend zijn: betere gemeten zorg, betere klantvriendelijke zorg, én efficiëntere zorg met een uitgavenvermindering van 160 euro per inwoner (in totaal 80.000 inwoners, dus 12 miljoen 800.000 euro winst).

3.2 FTE populatiemanagers per ‘unit of care’

Per eerstelijnszone komt er een **jaarlijkse basisfinanciering voor 2 FTE** populatiemanagement-medewerkers: een **medische en een administratieve populatiemanager**. De medische populatiemanager is een specifiek hiervoor gecertificeerde huisarts. Tot nu toe contacteert een arts zijn patiënten meestal niet preventief, want dat lijkt aanzetten tot consumptie, ook al bedoelt de arts dit anders. Een medische populatiemanager kan dit in het kader van een gecertificeerde public health-activiteit - type vaccinatiecampagne covid - wél doen: zowel naar een individu als naar een groep. Deze ‘public health’-modus is erg verschillend van de reactieve, prestatiegerichte RIZIV-modus van werken, waar de arts enkel mag reageren op een klacht van de patiënt met een retrograde terugbetaling aan de patiënt. Deze nieuwe ‘public health’-modus gaat zoals bij de covid-vaccinatiecampagnes uit van gestructureerde uitnodigingen per doelgroep, planning van elke te vaccineren persoon via een code en een afspraak, opvolging via e-mail en telefoon, centrale controle en registratie van vaccinaties. De administratieve populatiemanager is een hiervoor specifiek gecertificeerd persoon die onder meer de lokale data verzamelt en analyseert in samenwerking met de Vlaamse overheid (cfr. ‘zorgatlas’). Beide populatiemanagers werken als een gestructureerd ‘dienstencentrum’ voor de huisarts. Elke huisarts krijgt van dit centrum de nodige informatie, bv. medisch: de overzichten van te vaccineren patiënten, administratieve attesten voor terugbetaling, ed.

De focus ligt op een goede samenwerking tussen populatiemanagers en lokale overheden. Het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO) - als samenwerkingsverband tussen sociale centra (vroegere Openbare Centra voor maatschappelijk welzijn of OCMW’s), Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW’s) en erkende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen - kan patiënten bereiken die mogelijk geen vaste huisarts hebben of onvoldoende toegang hebben tot de zorg, zowel op vlak van vaccinatie als algemene preventie. Lokale besturen kunnen ook instaan voor het uitsturen van de vaccinatie-uitnodiging en screening, en daarbij elke burger bereiken. Essentieel voor de efficiëntie en effectiviteit van populatiemanagement is de toegang tot en

het gebruik van gezondheidsdata. Hiervoor kan datadonatie worden toegepast: net zoals bij donatie van organen kan voor elke persoon van 65 en ouder via de huisarts de **datadonatie** worden geregeld. De data worden gebruikt voor concrete proactieve planning en actieve evaluatie in de domeinen zorg, klantvriendelijkheid en efficiëntie.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

Populatiemanagement voor 65+'ers kan zeer concreet worden ingevuld in de lokale 'units of care'. De covid-vaccinatiecampagnes hebben aangetoond dat dit kan met uitstekende resultaten en een correcte financiering. Daarom onze adviezen voor besluitvorming:

1. Laat de regionale overheden structureel populatiemanagement installeren voor 65+'ers in elke eerstelijnszone. Pas de organisatie en financiering van de eerstelijnszones aan, zodat populatiemanagement mogelijk wordt.
2. Faciliteer en ondersteun het verzamelen en analyseren van gezondheidsdata op lokaal niveau, met het oog op proactieve voorspelling en planning enerzijds, en retroactieve evaluatie anderszijds.
3. Decentraliseer maximaal de besluitvorming en planning naar het lokale niveau, met centrale ondersteuning.
4. Creëer opleidingen in populatiemanagement en erken deze bijzondere bekwaamheden.

Bronnen

- Valentijn P. In vijf stappen naar populatiegerichte zorg 2021. www.essenburgh.com/blog/in-5-stappen-naar-populatiegerichte-zorg
- OptiMedis AG. Gesundes Kinzigtal, Hamburg, Duitsland – zie en.wikipedia.org/wiki/Gesundes_Kinzigtal
- Document van WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in Nederland) mbt Houdbare zorg - vrij te downloaden via web. www.wrr.nl
- www.researchgate.net/publication/265041586_Op_weg_naar_populatiemanagement_een_regionale_aanpak_voor_integratie_van_preventie_zorg_en_welzijn



2

Denktank Preventie en 'health literacy'



Guy Tegenbos

Inleiding

Er verschijnt dezer dagen geen tekst of verklaring over gezondheids- en welzijnsbeleid die niet spreekt over meer preventie in gezondheids- en welzijnswerk. Terecht. We geven nog steeds miljarden uit voor het genezen of het verminderen van de gevolgen van aandoeningen die voorkomen hadden kunnen worden of alleszins sterk ingeperkt hadden kunnen worden, als ze sneller gedetecteerd waren.

Dat is niet zo verstandig, zeker niet omdat niet alleen geld, maar ook mankracht schaars wordt in de zorg. Preventief inzetten op het beschermen en versterken van gezondheid heeft niet alleen economische voordelen, maar draagt ook bij aan de levenskwaliteit van personen en hele gemeenschappen. Het is dus jammer dat de focus op preventie nog grotendeels beperkt blijft tot teksten en verklaringen en vrome voornemens.



Wat is preventie?

Preventie (hier preventieve gezondheidszorg) heeft als doel de gezondheid van mensen te bevorderen en te beschermen (gezondheidsbevordering) en ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen (ziektepreventie).



Wat is gezondheid?

Gezondheid is een **breed begrip**, dat niet enkel verwijst naar fysieke aspecten, maar ook naar aspecten van mentale en sociale gezondheid, zingeving,...

We werken met het begrip **positieve gezondheid**: het gaat inderdaad om de afwezigheid van ziekte, maar ook om aanwezigheid van beschermende factoren van gezondheid: een gezonde leefstijl, betekenisvolle sociale contacten, maatschappelijke participatie,...

Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende **determinanten**: biologische determinanten, omgevingsdeterminanten (van fysieke, sociale, culturele, politieke en economische/commerciële aard) en leefstijlfactoren. Deze determinanten zijn ongelijk verdeeld onder sociaaleconomische bevolkingsgroepen: mensen die sociaaleconomisch minder geprivilegieerd zijn, genieten minder kansen op een gezond leven (vb. omdat ze in minder gezonde omgevingen wonen en minder mentale bandbreedte hebben om een gezonde leefstijl te handhaven).

De **verantwoordelijkheid** voor gezondheid is gedeeld onder burgers, beleidsmakers en politici, organisaties, media, industrie,...

Waarom kunnen we werken?

Preventief werken aan gezondheid kan via twee benaderingen die aan elkaar complementair zijn: gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Gezondheidsbevordering is een benadering die vertrekt vanuit een positieve insteek. Het gaat hierbij om het *versterken* van beschermende factoren van gezondheid. Dat gaat via twee sporen:

1. Gezonde omgevingen creëren op school, het werk, de publieke ruimte, vrijetijdsumgevingen, ...
2. Een gezonde leefstijl (op vlak van het gebruik van tabak, alcohol en drugs, ongezonde voedingspatronen, fysieke inactiviteit, mentale en seksuele gezondheid, emotieregulatie, slaap, sociale contacten,...) bij individuen en gemeenschappen ondersteunen en faciliteren. Dat veronderstelt bijvoorbeeld werken aan de 'health literacy', aan gezondheidskennis en -vaardigheden.

Ziektepreventie is een benadering die vooral inzet op het *eliminieren* van risicofactoren die aan de basis liggen van gezondheidsproblemen. Het doel is dus het voorkomen van gebeurtenissen en omstandigheden die een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheid en het welzijn, op het welbevinden. Ervoor zorgen dat die factoren verdwijnen of de (gezonde) persoon niet bereiken, valt onder **primaire preventie**. Vaccinatie hoort daarbij.

Ervoor zorgen dat deze risicofactoren in een vroeg stadium worden opgemerkt en weggenomen nog voor er ernstige of onomkeerbare schade is aangericht, is vroeg-detectie. Dat hoort bij de **secundaire preventie**. Screeningsprogramma's horen hierbij. **Tertiaire preventie** is het voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

Twee invalshoeken van preventie

Preventie en haar beide benaderingen (gezondheidsbevordering en ziektepreventie) kent ook twee invalshoeken: een individuele invalshoek en een 'public health'-invalshoek.

De **individuele invalshoek** impliceert dat er zo sterk mogelijk op maat van een concreet individu en diens context wordt gewerkt. Eerstelijnsprofessionals zoals de huisarts, de verpleegkundige, de maatschappelijk werker en de buurtapotheker kunnen hier een belangrijke rol spelen, evenals diëtisten, bewegingscoaches, enzoverder, maar ook professionals binnen andere sectoren (vrije tijd, middenstand,..) én niet-professionelen ('peers', 'buddy's', brugfiguren,...). Nieuwe technologieën bieden binnen de piste van de individuele benadering mogelijkheden om, bijvoorbeeld via het ethische gebruik van data, nog meer op maat van een individu te werken. Modellen zoals dat van positieve gezondheid van Machteld Hubert met bijhorende gesprekstoel kunnen ondersteuning bieden om in de context van een coachingsessie, een preventief consult, een gezondheidsapp,... de gezondheid van een individu te bevorderen.

Via de **public health-invalshoek** richt men zich naar een bredere populatie (bv. 'de Vlaming', 'De Antwerpenaar') en versterkt en beschermt men de gezondheid van die populatie als geheel (met aandacht voor bijzondere risicogroepen). Modellen als dat van Dahlgren & Whitehead omschrijven determinanten die vooral buiten het individu liggen, maar wel een grote invloed hebben op de gezondheid van de mens. Brede campagnes en omgevingsinterventies behoren tot de scope van de public health-invalshoek.

Beide benaderingen van preventie (gezondheidsbevordering en ziektepreventie) en beide invalshoeken ervan (individueel en *public health*) kennen een nog onderbenut potentieel.



Lacunes in de preventie

De uitbouw van die beschreven benaderingen en invalshoeken van preventie en de inbouw ervan in alle facetten van het gezondheids- en welzijnsbeleid komt maar uiterst traag tot stand bij ons. Het is een zeer hobbelig parcours. De goede voornemens struikelen omdat in de weg naar meer goede preventie grote gaten zitten. We focussen ons in dit boek op vier van die lacunes. Het gaat om vier cruciale aspecten van preventie waarin dringend vorderingen moeten worden gemaakt. Voor die vier cruciale aspecten vertrokken we van de sterktes van de bij dit project betrokken academici en veldwerkers.

1. Gezondheidsboodschappen missen doelpubliek

Eerste pijnlijke vaststelling: gezondheidsboodschappen bereiken niet wie ze het meest nodig heeft. Weten we hoe je de doelgroepen bereikt bij wie de preventieve gezondheids- en welzijnsboodschappen zelden of nooit aankomen? Met name de personen met beperkte gezondheidsvaardigheden uit de superdiverse groepen van onze samenleving? Neen. We formuleren aanbevelingen over: hoe bepalen we wie deze groepen zijn en wat hun noden zijn, en hoe de communicatiekloof kan worden gedicht. We bespreken drie Antwerpse *best practices*: één over HIV-preventie, één over spuitenruil en de gezondheidskiosk.

2. Personeel niet voldoende geschoold in preventie

Preventie lukt ten tweede niet als het personeel van de gezondheids- en welzijnssectoren niet afdoende vertrouwd is met en geschoold is in preventie. Het PROPELLER-onderzoeksproject (UA-KBS) leert dat dit onvoldoende het geval is. Preventie zit onvoldoende in de opleidingen die universiteiten en hogescholen verstrekken. Dat moet veranderen. Er moet dringend een competentiekader komen dat geïmplementeerd wordt in alle relevante opleidingen én ook in de stages. Daartoe doen we een reeks aanbevelingen. Stap 4 leert ons nog dat ook verzorgenden en zorgkundigen afdoende opleiding en vorming moeten krijgen: zij moeten bijvoorbeeld in staat zijn de zogenaamde niet-pluis-situaties te herkennen.

3. Preventie te weinig digitaal

Preventie zal altijd gebrekkig blijven als de digitale mogelijkheden om die te ondersteunen, niet voluit worden gebruikt en dat is nog lang niet het geval. Preventie zal maar effectvol gebeuren als we ze kunnen aansturen vanuit data. Dat is vereist om zowel de noden in kaart te brengen en dan keuzes te maken, als om de effectiviteit van de maatregelen te monitoren. Ernstige investeringen in dataverzameling, datakoppeling en dataontsluiting zijn noodzakelijk. Er wordt daaraan gewerkt, Europees, federaal, Vlaams, en aan de Universiteit Antwerpen, maar er moet een flinke versnelling hoger worden geschakeld. We moeten mikken op de cartografie van de noden, zodat we op verschillende niveaus - maar beginnend met de eerstelijnszones - prioriteiten kunnen bepalen. De digitale wereld produceert daarnaast ook tal van apps en VR-toepassingen die een bijdrage zouden kunnen leveren tot de preventie in gezondheid en welzijn, maar dan moeten kwaliteitsstandaarden en -criteria ontwikkeld worden, en *best practices* naar voren geschoven.

4. Vroeg-detectie niet voldoende ontwikkeld

Preventie blijft hol als de vroeg-detectie niet beter ontwikkeld wordt in onze contreien. Vroeg-detectie zorgt ervoor dat aandoeningen, chronische aandoeningen of beperkingen vroeg aan het licht komen, zodat ze nog kunnen gekeerd worden of zodat de effecten ervan kunnen beperkt worden. Dat moeten we nog sterker ontwikkelen. Tal van buitenlandse voorbeelden tonen dat dit veel beter kan en hoe dat kan. Die vroeg-detectie vraagt een degelijke scholing van al het personeel uit de welzijns- en gezondheidssector, de formulering van minimale doelstellingen en een coördinatie van de multidisciplinaire en transmurale uitvoering, waarbij de financiering de opdrachten moet volgen, zodat de middelen afhankelijk van de lokale noden worden verdeeld. De middelen dienen om mensen aan te trekken, de werking te ondersteunen en technologie in te zetten.

Deze vier boodschappen bevatten niet alles wat gezegd kan worden over preventie. Maar als deze vier gaten niet eerst gedicht worden, als hieraan niet met voorrang gewerkt wordt, dan zal de ontwikkeling van de preventie hier nog jaren blijven struikelen door de gaten in de hobbelige weg naar verbetering.

Guy Tegenbos - voorzitter
Leen Van Brussel
Patricia Van Pelt

Denktank Preventie en 'health literacy'

Stap 1

Preventie voor personen met beperkte gezondheidsvaardigheden in een superdiverse samenleving

Leen Van Brussel

Dirk Avonts

Patricia Van Pelt

Preventie in een superdiverse samenleving



Samenvatting

Ieder moet de mogelijkheden hebben om zo gezond mogelijk te leven. Preventief een gezonde leefstijl handhaven, beschermt mensen tegen gezondheidsproblemen en de gezondheidszorg komt zo minder onder druk te staan. Preventieve gezondheidsboodschappen vormen - naast andere strategieën zoals omgevingsgericht werken - een belangrijke strategie om mensen te ondersteunen om gezond te leven. Maar het is nodig dat die boodschappen zijn afgestemd op de gezondheidsvaardigheden van diverse groepen, zeker die met een gezondheidsbeperking. Mensen op het kruispunt van een precare socio-economische situatie en een migratieachtergrond vormen een prioritaire doelgroep. De afstand tussen hen en de aanbieders van preventieboodschappen verkleinen, zal een cruciaal aandachtspunt zijn. Dat kan via het bestuderen van succesvolle voorbeelden uit het verleden, waaruit we belangrijke lessen kunnen trekken.

Gezondheidsvaardigheden

(Preventieve) gezondheidsboodschappen moeten iedereen bereiken en voor iedereen bruikbaar en dus herkenbaar zijn. Om deze doelstelling te realiseren, is het **proportioneel universalisme** een leidend principe: een gebalanceerde inspanning voor de juiste doelgroepen, zodat iedereen in de mogelijkheid is om geïnformeerde keuzes over de eigen gezondheid te nemen. Een doelgroep met bijzondere aandacht vormen personen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Gezondheidsvaardigheden refereren aan de vaardigheden die nodig zijn om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen, te evalueren en toe te passen. Dat behelst niet alleen kennis, maar ook een breed arsenaal aan competenties zoals lees- en schrijfvaardigheden, digitale vaardigheden, communicatievaardigheden, planningsvaardigheden en kritische vaardigheden (Sørensen K. et al 2012).

Gezondheidsvaardigheden zijn onder andere nodig voor:

- het juist innemen van medicijnen,
- het begrijpen van een bijsluiter,
- het opvolgen van preventieve leefstijladviezen,
- het begrijpen van en ingaan op uitnodigingsbrieven voor preventief onderzoek,



- de weg vinden binnen het (preventieve) zorglandschap,
- klachten en bezorgdheden over de gezondheid bespreekbaar maken met een zorgverlener,
- doelen voor een gezonde(re) leefstijl kunnen maken,
- enzovoort.

Beperkte gezondheidsvaardigheden

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben het moeilijk om de gezondheidsinformatie te vinden, te verwerken en toe te passen in de context van hun eigen leefwereld en levenswijze. Onderzoek toont consequent de relatie aan tussen beperkte gezondheidsvaardigheden enerzijds en **gezondheid en levensverwachting** anderzijds.

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden:

- lijden meer aan chronische aandoeningen,
- hebben meer te maken met comorbiditeit,
- komen vaker in het ziekenhuis terecht,
- en hebben een lagere levensverwachting.

Gevolgen

De sociale en economische gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden op zowel het individu als op de maatschappij zijn groot (Van den Broucke, 2014; Van den Broucke, S. & Renwart, A. 2014, Vandenbosch et al. 2016; Baccolini, V, 2021;). Beperkte gezondheidsvaardigheden hebben zelden te maken met 'beperkt intellect' (al vormen mensen met een mentale beperking uiteraard een risicogroep), maar wel met het verwerven van kansen op het ontwikkelen van de gezondheidsvaardigheden die onze samenleving vandaag vergt. Beperkte vaardigheden hebben dus te maken met en vloeien (deels) voort uit **sociale ongelijkheid**. Hoewel beperkte gezondheidsvaardigheden ook bij hoogopgeleide mensen voorkomen, is het zo dat een precaire socio-economische situatie het risico op beperkte gezondheidsvaardigheden vergroot. De verbanden tussen gezondheidsongelijkheid (=verschillen in gezondheidsstatus tussen sociale groepen) en beperkte gezondheidsvaardigheden zijn aangetoond: beperkte vaardigheden zijn een mediator voor gezondheidsongelijkheid (Nutbeam, D.&Lloyd, J.E. · 2021; Rondia et al, 2020).

Precaire SES én migratieachtergrond

Mensen op **het kruispunt van een precaire sociaaleconomische situatie en een migratieachtergrond** (zeker mensen die nog niet lang in België verblijven) vormen nog een bijzonder **prioritaire groep** wanneer het gaat om gezondheidsvaardigheden. Zij hebben het omwille van mogelijke **taalverschillen** moeilijker met het vinden, begrijpen en toepassen van gezondheidsinformatie. Bovendien is de afstand tussen hun culturele kaders en die waarin

gezondheidsboodschappen ingebed zitten, potentieel groter, en zijn die boodschappen voor hen daarom minder herkenbaar en bruikbaar. Daarenboven toont divers onderzoek aan dat mensen met een migratieachtergrond, zeker mensen met een donkere huidskleur, vaker te maken krijgen met ervaringen van **discriminatie en uitsluiting, ook binnen de gezondheidszorg** (Pharos, 2022).

Uiteraard is de groep van 'mensen met een migratieachtergrond' breed en divers op vlak van land van herkomst, cultuur, religie, maar uiteraard ook op vlak van andere identiteitsaspecten zoals leeftijd en levensfase, seksuele oriëntatie, en socio-economische achtergrond. Belangrijke nuance is dat uiteraard niet alle mensen met niet-westerse etniciteit beperkte gezondheidsvaardigheden hebben. Wél is het zo dat binnen de groep van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden een migratieachtergrond een bijkomende risicofactor is die het vinden, begrijpen en toepassen van gezondheidsboodschappen nog kan bemoeilijken, omdat gezondheidsboodschappen onvoldoende aansluiting vinden bij hun taal en leefwereld. Daarom kan het goed zijn om te onderzoeken hoe groot de afstand is tot de preventieve gezondheidszorg voor diverse bevolkingsgroepen in Antwerpen, om op gerichte acties te kunnen focussen.

Onvoldoende afgestemde gezondheidsboodschappen

Om gezondheidsongelijkheid en de impact van beperkte gezondheidsvaardigheden te verkleinen, moeten boodschappen over hoe gezond te leven en oud te worden zéker bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden terechtkomen, verstaanbaar zijn en de betrokkenen moeten in de mogelijkheid zijn om ze in praktijk te brengen. Zowel vanuit onderzoek als in de praktijk gaat er dan ook meer aandacht uit naar de **verantwoordelijkheid van gezondheidsprofessionals en -organisaties** om zich toegankelijk te organiseren en toegankelijke gezondheidsboodschappen te verspreiden (Rondia et al 2020; KBS, 2021). Gezondheidsboodschappen kunnen onvoldoende toegankelijk zijn wanneer ze te weinig zijn afgestemd op het referentiekader van de ontvanger.

Buiten het eigen **referentiekader** treden en met een 'andere' bril kijken is voor niemand makkelijk, ook niet voor hulpverleners en preventiewerkers. Dat geldt voor kijken met een andere culturele bril, met een andere socio-economische bril, met de bril van een andere levensfase, seksuele voorkeur, enzoverder. Wanneer er in het **personeelsbestand** op bepaalde vlakken **weinig diversiteit** aanwezig is, dan wordt het nog moeilijker om andere referentiekaders te integreren. We weten dat preventiewerkers voornamelijk een westerse etniciteit hebben en dat ze leven in een omgeving die socio-economisch als (hogere) middenklasse kan omschreven worden en cultureel ingebed is in de westerse waarden, met een individueel gerichte aanpak van gezondheidsbevorderend gedrag. Dat culturele referentiekader staat op verschillende vlakken ver af van culturen waar, bijvoorbeeld, groepsdenken en -handelen meer op de voorgrond staan.



Omwille van bovengenoemde redenen zijn gezondheidsboodschappen vaak sterk gericht op het feitelijk informeren van individuen en hen aanspreken op gedragsverandering via vaardigheden die te weinig rekening houden met de leefwereld, drempels én krachten van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Groepen op het kruispunt van een precaire socio-economische situatie en een migratieachtergrond vormen hier een belangrijke risicogroep. Taalbarrières, culturele verschillen en verschillen in socio-economische achtergrond zorgen voor **ruis in de communicatie** tussen aanbieders en ontvangers van preventieboodschappen, zowel op het niveau van inhoud en vorm als medium. Het is een uitdaging, maar absoluut noodzakelijk dat preventiewerkers en personen uit de hierboven omschreven prioritaire groepen (i.e. mensen op de as van een precaire socio-economische situatie en een migratieachtergrond) samen - dat wil zeggen in een **co-creatief** proces - doeltreffende strategieën ontwikkelen opdat preventieboodschappen ontdaan worden van die ruis, en dus in de juiste toonaard en via de juiste kanalen tot bij personen geraken die er het meeste nood aan hebben (mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op het kruispunt van socio-economische situatie en migratieachtergrond voorop).



Beleidsaanbevelingen

- In samenwerking met een onderzoeksinstituten kan worden nagegaan hoe personen uit de prioritaire doelgroepen de huidige gezondheidsboodschappen ervaren. Het antwoord legt de basis om preventieboodschappen en gezondheidsacties aan te passen.
- De stad Antwerpen kan de samenwerking tussen verschillende betrokken organisaties en partners uit de doelgroep initiëren om een communicatiestrategie te ontwikkelen. Vertegenwoordigers uit de prioritaire doelgroepen krijgen mede-eigenaarschap bij de ontwikkeling van de communicatiestrategie.
- Daarnaast wordt best ook een bredere klankbordgroep met mensen uit de doelgroepen samengesteld waarbij de communicatiestrategie kan worden afgetoetst.
- Er wordt samen met de sector (preventieve) gezondheid en welzijn onderzocht welke drempels er zijn voor een meer etnisch-cultureel diverse werkomgeving en hoe die kunnen worden verkleind.
- Via ervaringsverhalen wordt de kracht van een divers personeelsbestand zichtbaar gemaakt. Vanuit deze inzichten wordt een plan opgesteld om (naast andere vormen van diversiteit) meer etnisch-culturele diversiteit te injecteren in de werkomgeving van deze sector.

Inspanningen voor meer afgestemde gezondheidsboodschappen

Om de afstand tussen aanbieders en ontvangers van gezondheidsboodschappen te verkleinen, zijn er **meerdere inspanningen** nodig. Het verbeteren van de toegang tot het ontwikkelen van een sterkere geletterdheid en scholing, evenals het creëren van gelijke kansen op maatschappelijke participatie in verschillende sectoren, vormen de basis en randvoorwaarden om de gezondheidsvaardigheid van de ontvangers te versterken. Op diverse niveaus hebben de aanbieders van gezondheidsboodschappen de taak om kennis en voeling te verwerven over en met de culturele achtergrond van gezondheidsgedrag. Ze moeten eveneens deskundig zijn in het communiceren met en naar mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, en ze moeten meer oog hebben voor de krachten en 'andere' vaardigheden die de gezondheid kunnen beschermen en bevorderen. Iedereen zou voldoende deskundig moeten zijn om te communiceren met mensen met een migratieachtergrond en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, **niet alleen gezondheidswerkers**. Ook wie werkzaam is in het onderwijs, het verenigingsleven, de jeugdwerking, de sociale dienstverlening, inburgeringstrajecten en andere diensten moet minimale vaardigheden hebben. Dat klinkt logisch voor een stad als Antwerpen, waar 54% van de inwoners een niet-Belgische afkomst heeft. Binnen alle sectoren, maar zeker binnen die van gezondheid en preventie, moet dan ook kritisch gekeken worden naar de diversiteit (etnisch, socio-economisch,...) van de huidige werkomgeving.



Beleidsaanbevelingen

- Alle gezondheidswerkers hebben nood aan bevordering van hun deskundigheid op het vlak van cultuursensitieve en interculturele hulpverlening, diversiteitscommunicatie en het aanleren van gezondheidsvaardigheden.
- Gezondheidsprofessionals hebben nood aan laagdrempelige 'tools' die hun communicatie ondersteunen in het werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Om bovenstaande zaken te realiseren wordt in kaart gebracht welk kwalitatief en toegankelijk aanbod al voorhanden is en welke hiaten er nog zijn.
- De verschillende (deel)sectoren worden actief betrokken zodat het aanbod aan tools en deskundigheidsbevordering volledig op maat is.



Communicatiekloof dichten

Het dichten van de communicatiekloof tussen aanbieders en ontvangers vraagt om het herschikken van de preventieboodschappen. Volgende vragen zijn cruciaal in het bepalen van een geschikte strategie voor het ontwikkelen en verspreiden van gezondheidsboodschappen:

- Welke boodschappen zijn prioritair voor welke doelgroep vanuit hun leefwereld?
- Welke komen bovendien vanuit epidemiologisch perspectief?
- Hoe kunnen beide invalshoeken in mekaar schuiven?
- Hoe kunnen we vanuit de krachten van mensen met diverse sociaaleconomische en culturele achtergronden preventieboodschappen ingang doen vinden?
- Vanuit welke verbindende factoren kunnen we communiceren naar een brede en diverse groep?
- Wanneer is een specifieke aanpak naar bepaalde groepen of gemeenschappen nodig?
- Welke voorbeelden van afstemming van preventieboodschappen kunnen inspireren?
- Hoe vertalen we die naar de grootstedelijke context van Antwerpen?
- Welke sleutelfiguren kunnen aangesproken worden als intermediaire figuren; zowel bij de aanbieders als de ontvangers?

De **juiste boodschappen** formuleren is een eerste stap, maar de volgende is even cruciaal: **welke communicatiekanalen** gebruiken? Die moeten natuurlijk laagdrempelig zijn. Zo zijn schriftelijke boodschappen niet het beste idee voor mensen die laaggeletterd zijn, maar videoboodschappen misschien wel. Bovendien moet de informatie in een veilige omgeving gebracht worden: een boodschapper die gezag, herkenbaarheid en vertrouwen uitstraalt naar de doelgroep (zogenaamde sleutelfiguren). Dat impliceert een **outreachinge aanpak**, waarbij je proactief werkt naar de doelgroep vanuit hun vertrouwde omgeving en leefwereld, hun bestaande netwerken en ontmoetingsplaatsen.

Tot slot dient 'communicatie' verder te gaan dan enkel het overbrengen van informatie. Effectief werken aan gezondheidsvaardigheden vergt ook een **empowerende of krachtgerichte aanpak**. Het versterken van de mogelijkheden bij de ontvangers om boodschappen in de praktijk om te zetten: geloof in eigen gedragsverandering, individueel of als gemeenschap of groep.

We dienen ons de vraag te stellen: wat is essentieel voor de prioritaire doelgroepen op het vlak van gezondheidsboodschappen: bekommernissen, voorkeuren, noden, informatiekkanalen en inhoud van boodschappen? Die onderzoeksvraag kan uitgewerkt worden in een participatief, actiegericht en beleidsvoorbereidend onderzoek. En de implementatie van de besluiten uit dit onderzoek dient gegarandeerd te worden.

Proportioneel universalisme

In het bereiken en versterken van diverse groepen in de maatschappij met gezondheidsboodschappen is het al vermelde principe van **proportioneel universalisme** richtinggevend. Wat houdt dat concreet in?

- Ga na wat diverse gemeenschappen met elkaar verbindt (vb. welke bekommernissen, interesses, waarden en normen) en laat gezondheidsboodschappen daarop inspelen;
- Ga na welke de bekommernissen, drempels en noden zijn van de meest prioritaire groepen (in dit geval mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden met niet-westerse etniciteit) en hoe je daaraan tegemoet kan komen in een aanpak die ook voor een bredere groep werkt. Visuele ondersteuning en beeldverhalen komen bijvoorbeeld specifiek tegemoet aan de noden van prioritaire groepen, maar zijn ook voor andere groepen aangenaam en geschikt;
- Ga na welke extra inspanningen je moet leveren (welke 'proportionaliteiten' je moet toevoegen) om zeker prioritaire groepen te bereiken, bijvoorbeeld samenwerken met sleutelfiguren uit de gemeenschap om boodschappen mee over te brengen;
- Ga na of de drempels, noden en leefwereld van een prioritaire gemeenschap dermate specifiek zijn, zodat het nodig is zich met aangepaste boodschappen en kanalen specifiek tot die gemeenschap te richten (een 'categoriale' aanpak).

Het (preventief) gezondheidsbeleid van diverse actoren in Antwerpen wordt best getoetst aan en aangepast volgens de principes en de werkwijze van proportioneel universalisme.

Best practices

Een voor de hand liggende volgende stap is het bestuderen van *best practices* en reflecteren over de concrete vertaling naar de grootstedelijke context van Antwerpen en de diversiteit van mensen met migratieachtergrond met beperkte gezondheidsvaardigheden. Die kennis vanuit (buitenlandse) succesvolle voorbeelden effent de weg naar maatschappelijke actoren die ervaring hebben met het preventief werken met prioritaire risicogroepen, zoals druggebruikers, sekswerkers, specifieke etnisch-culturele gemeenschappen en meer algemeen mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties.

Zo wordt 'outreaching werken' op een innovatieve manier ingezet in het Antwerps preventief gezondheidsbeleid. Gezondheids- en welzijnsprofessionals hanteren een actieve participatieve basishouding. Aanwezigheid 'zonder klink' in de publieke ruimte draagt bij tot het laagdrempelig informeren over (preventieve) gezondheid en de toegang tot gezondheid. Informele momenten creëren de mogelijkheid te praten over gezondheid en preventie. Op die manier worden ook de meest kwetsbaren in de maatschappij betrokken. Samenwerkingen tussen (preventieve) gezondheid, welzijn en andere sectoren (vb. vrije tijd) moeten gestimuleerd worden. En het is tevens van belang dat de stem van de kwetsbare groepen integraal wordt betrokken bij het ontwerp en de uitvoering van onderzoeksprojecten, het bepalen van de prioriteiten en daaraan verbonden acties met betrekking tot gezondheid.



HIV-SAM

Het HIV-SAM Project van het Instituut Tropische Geneeskunde biedt informatie op maat voor de Sub-Saharaanse gemeenschap via een outreachende aanpak. Het project wil seksuele gezondheid en hiv-preventie in de gemeenschappen van sub-Saharaans-Afrikaanse migranten in Vlaanderen bevorderen. In Vlaanderen zijn sub-Saharaans-Afrikaanse migranten, net zoals in de meeste West-Europese landen, disproportioneel getroffen door hiv/aids. Ze vormen een kleine groep (circa 60.000 personen of 0,94 % van de Vlaamse bevolking en 9,43 % van alle migranten), maar toch vertegenwoordigen zij 33 % van het totaal aan hiv-diagnoses (2013). Ze vormen de tweede grootste bevolkingsgroep - na mannen die seks hebben met mannen - die getroffen wordt door hiv. Het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin reageerde op de hiv-crisis in deze bevolkingsgroep en gaf opdracht tot gerichte hiv-preventie. Die ging in 1996 van start. Door te kiezen voor een brede, participatieve benadering, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, willen we bijdragen tot een efficiënte 'combination-prevention'. Die omvat:

- Het verhogen van het bewustzijn rond hiv-preventie en seksuele gezondheid;
- Het leveren van cultuursensitieve informatie en vorming op maat;
- Het ontwikkelen en testen van interventies, met inbegrip van het bevorderen van hiv-testen en het doorverwijzen van mensen naar de gezondheidszorg;
- Het bevorderen van het welzijn van mensen met hiv.

We trachten ook de capaciteit inzake hiv-preventie van gemeenschapsorganisaties en professionele dienstverleners te verbeteren. Door samen te werken met gemeenschapsorganisaties en hun leiders, willen we hen een krachtadig antwoord op hiv laten bieden, in een omgeving vrij van hiv-gerelateerd stigma en discriminatie. De culturele diversiteit van de Sub-Saharaans-Afrikaanse gemeenschappen wordt ook weerspiegeld in het interdisciplinair- en multicultureel team. <http://www.hivsam.be/>



SPUITENRUIL

In de jaren 1970 was de drughulpverlening helemaal gericht op het ontwennen, en in een volgende fase op het onderhouden van een drugvrij leven. Herval kwam (vaak) voor en dat werd toen nog niet gezien als een leerkans, maar voelde als een falen van de aanpak van de drughulpverlening of de verslaafde zelf.

De plotse komst van hiv in de eerste helft van de jaren 1980 gooide heel het model van drughulpverlening overhoop. Er was nu een veel grotere bedreiging voor de gezondheid van de druggebruiker; niet de verslaving maar een (toen) ongeneeslijke ziekte die via het ruilen van spuitgerief zich heel snel kon verspreiden. De aidspreventie in Antwerpen speelde toen een voortrekkersrol door de 'spuitcultuur' van de drugverslaafde te gebruiken als vehikel voor preventieve boodschappen:

haal propere spuiten bij de apotheker. Apothekers werden ook intensief benaderd als sleutelactoren in de nieuwe aanpak van de drughulpverlening.

Het 'omarmen' van een door hulpverleners zo verfoeide gewoonte (spuiten van drugs) zorgde voor een totale ommekeer. Drugverslaafden werkten actief mee aan de aidspreventie en (anonieme) spuitenruil vormde een hefboom om gebruikers ook aan te spreken op hun verslaving en hulp aan te bieden. Dankzij deze culturele revolutie in de drughulpverlening tijdens de jaren 1980 is de verspreiding van hiv onder drugsputters zeer beperkt gebleven. Bovendien gaf het de mogelijkheid om een gevarieerd model van preventie, hulp en schadebeperking uit te bouwen: informatie, ontraden, opvang, ontwennen, substitutie met methadon en veilige plekken om onder toezicht te spuiten.



DE GEZONDHEIDSKIOSK – Health Literacy Hub

De gezondheidskiosk verleent op een laagdrempelige manier informatie over een gezonde levensstijl en ziektepreventie aan personen en groepen in kwetsbare situaties, mensen die door de mazen van het net dreigen te glijpen. Omdat ze de taal niet spreken, de weg niet vinden, of omdat ze zoveel meer andere zorgen om het hoofd hebben.

De gezondheidskiosk is ontstaan vanuit de nood aan het vergroten van gezondheidsvaardigheden van de kwetsbare doelgroepen, zij die onder de radar leven. Toch blijkt het effect van de kiosk veel verder te gaan.

De hele community wordt betrokken: niet enkel de bewoners, maar ook de organisaties uit verschillende sectoren, alsook de werkende populatie. Gedurende het voorbije jaar is de kiosk goed ingebed in de buurt. Er is een breed draagvlak gecreëerd. De gezondheidskiosk is uitgegroeid tot een ware **Health Literacy Hub**.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

We bundelen hieronder graag nog eens onze beleidsaanbevelingen rond *health literacy* en kwetsbare doelgroepen:

1. Onderzoek hoe groot de afstand is tot de preventieve gezondheidszorg voor diverse prioritaire bevolkingsgroepen in Antwerpen. Het antwoord op deze onderzoeksvraag laat toe om acties op te starten en prioriteit te geven.
2. Onderzoek hoe personen uit de prioritaire doelgroepen de huidige gezondheidsboodschappen ervaren. Het antwoord legt de basis om preventieboodschappen en gezondheidsacties aan te passen.
3. Ontwikkel samen met de stad Antwerpen een communicatiestrategie, waarbij vertegenwoordigers uit de prioritaire doelgroepen betrokken worden. Stel daarnaast ook een bredere klankbordgroep samen om de communicatiestrategie af te toetsen bij mensen uit de doelgroepen.
4. Onderzoek samen met de sector (preventieve) gezondheid en welzijn welke drempels er zijn voor een meer etnisch-cultureel diverse werkomgeving en hoe die kunnen worden verkleind. Maak via ervaringsverhalen de kracht van een divers personeelsbestand zichtbaar en stel een plan op om meer etnisch-culturele diversiteit te injecteren in de werkomgeving.
5. Ontwikkel laagdrempelige 'tools' voor gezondheidswerkers die hun communicatie en vaardigheden ondersteunen in het werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
6. Breng in kaart wat er al qua aanbod voorhanden is en waar de hiaten zitten.
7. Betrek de verschillende gezondheidswerkers mee in het ontwikkelen van en kwalitatief en toegankelijk aanbod.
8. Onderzoek wat essentieel is voor de prioritaire doelgroepen op het vlak van gezondheidsboodschappen: bekommernissen, voorkeuren, noden, informatiekanalen en inhoud van boodschappen? Werk die onderzoeksvraag uit in een participatief, actiegericht en beleidsvoorbereidend onderzoek en garandeer de implementatie van de besluiten.
9. Toets het (preventieve) gezondheidsbeleid van diverse actoren in Antwerpen volgens de principes van proportioneel universalisme en pas aan.

Bronnen

- www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.1069255/full?utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Public_Health&id=1069255

Denktank Preventie en 'health literacy'

Stap 2

Gezondheidsbevordering, ziektepreventie en communicatiecompetenties in eerstelijnsopleidingen

Kathleen Van Royen

Sophie Albrecht

Sara Bertels

Waarom zijn competenties in gezondheidsbevordering, preventie en communicatie van belang?

Omwille van een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder het toenemende belang van gezondheidsbevordering en preventie, zullen zorg- en welzijnsverleners meer deskundigheid moeten verwerven op het vlak van gezondheidsbevordering en communicatie.

Enkele van deze maatschappelijke ontwikkelingen die de nood aan deze competenties onderstrepen:

- Chronische aandoeningen nemen almaar toe, door de vergrijzing, een verhoogde prevalentie van ongezonde levensstijlfactoren en een ongezondere omgeving (Busetto, Luijkx et al. 2017) en daarmee gepaard gaande economische uitdagingen. Daarom is er nood aan **deskundigheid in gezondheids- en welzijnsbevordering en ziektepreventie.**
- Technologische ontwikkelingen en digitalisering in de zorg onderlijnen de nood aan meer **communicatie- en digitale vaardigheden.**
- Onze samenleving wordt alsmaar meer divers, wat **aangepaste en cultuur-sensitieve communicatie vereist.** Ook wordt in gezondheidsboodschappen nog **te weinig rekening gehouden met de leefwereld, drempels én krachten van personen met beperkte gezondheidsvaardigheden.**
- Bovendien is er door **een gebrek aan diversiteit in de zorg,** ook meer nood aan het bevorderen van interculturele competenties van eerstelijnsactoren. Het is namelijk niet eenvoudig vanuit een ander referentiekader te denken en te communiceren. Dat vraagt meer kennis en begrip van andere culturen.

Er is dus een dringende verschuiving gewenst voor eerstelijnsprofessionals die in hun zorgtaken voldoende oog moeten hebben voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, ook als dat buiten de specifieke zorgvraag valt (Agentschap Zorg & Gezondheid 2018). Hoewel de focus op *'cure & care'* belangrijk blijft en in de praktijk grotendeels de tijd en activiteiten van de zorgverlener bepaalt, zal de zorgverlener daarnaast ook gezond gedrag moeten bevorderen en ondersteuning moeten bieden voor een gezonde omgeving voor iedereen (Schokkaert E., Aerts J.-M. et al. 2023).



Algemeen competentieprofiel

Een **gezamenlijke taal, kennis en uitgangspunten** voor alle professionals in de eerste lijn zijn **essentieel voor interprofessionele samenwerking met het oog op meer geïntegreerde zorg** (Tsakitzidis, Goesaert et al. 2020). Daarom moeten we gezondheidsbevordering, ziektepreventie en ook communicatiecompetenties inbedden in het continuüm van de basisopleiding tot aan specifieke professionele opleidingen en continue navorming, met **professie-overschrijdende kaders die samenwerking bevorderen**.

Onderzoek uitgevoerd onder lesgevers en curriculummanagers van verschillende Vlaamse opleidingen gezondheidszorg onderstreept ook het draagvlak en dus de nood aan een algemeen competentieprofiel voor de eerstelijnsprofessional (Vanneste, Haverals et al. 2022). Lesgevers gaven aan niet op de hoogte te zijn op welke manier de brede eerste lijn aan bod komt in de verschillende opleidingen en ze missen samenwerking tussen verschillende opleidingen.

Competentiekaders

Welke kaders bestaan voor gezondheidsbevordering (GB) en ziektepreventie (ZP), en wat kunnen we leren van goede praktijken? Op basis van een literatuuronderzoek, uitgevoerd binnen het PROPELLER-onderzoeksproject¹ (KBS, 2021) naar bestaande modellen werden 2 competentiekaders voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïdentificeerd; het **CompHP framework** en **WHO ASPHER framework**. Die werden samengenomen en daaruit werden de onderstaande domeinen van competenties afgebakend. Competenties omvatten een geïntegreerd geheel van vaardigheden, kennis en attitudes (Dochy and Nickmans 2005).



Competentiedomeinen Gezondheidsbevordering en Ziekte Preventie vanuit CompHP en WHO ASPHER Framework

- 1. Ethische waarden als basis voor competenties rond GB en ZP**
Waarden zoals: gezondheid als basisrecht, aandacht voor verkleinen gezondheidsongelijkheid, GB mag geen schade berokkenen, respect voor autonomie en keuzevrijheid van individuen/groepen, Samenwerking als basis,...
- 2. Algemene kennis, principes en modellen voor GB en ZP**
Omvat inzicht in: definities van en visies op GB en ZP, determinanten van gezondheid, impact van culturele en sociale diversiteit op gezondheidsongelijkheid, gedragsverandering (modellen & aanpak)

1 Het PROPELLER-onderzoek wordt gecoördineerd door het Centrum voor Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen, in samenwerking met UC Louvain en Vlaams Instituut Gezond Leven. Dit project wordt gefinancierd door het KBS fonds Mulders-Moonens en loopt van februari 2022 tot en met september 2023.

- 3. Kennis met betrekking tot gezondheidssituatie en (preventief) zorgsysteem in België**
Omvat inzicht in: oorzaken mortaliteit en morbiditeit, structuur/organisatie van het zorgsysteem, Health in All Policies, kosten/baten-analyse bij beslissingen rond preventieve maatregelen
- 4. Kennis met betrekking tot gezondheidsthema's vanuit een preventieve insteek**
Inhoudelijke kennis gerelateerd aan specifieke gezondheidsthema's vanuit een preventieve insteek bv. aanbevelingen gezonde voeding, fysieke activiteit, seksuele gezondheid, ...
- 5. Competenties om anderen in staat te stellen voor gezondheidsbevorderende acties**
Zoals: werken aan gezondheidsvaardigheden en -geletterdheid, (kwetsbare) burgers empoweren en participatie van de doelgroep stimuleren, een omgeving creëren die de gezondheid beschermt en gezonde keuzes gemakkelijk maakt
- 6. Competenties voor pleitbezorging gericht op het verbeteren van gezondheid (en welzijn)**
Stakeholders in gezondheidssysteem kennen, strategieën/technieken om belangen te behartigen voor GB en ZP (waaronder ook aandacht voor vermindering gezondheidsongelijkheden, publieke opinie beïnvloeden rond gezondheidskwesaties, pleiten voor health in all policies,..)
- 7. Competenties voor partnerschappen en samenwerking**
Inzicht in onderlinge afhankelijkheid tussen verschillende stakeholders binnen de gezondheidszorg (en daarbuiten), opzetten en beheren van succesvolle (interdisciplinaire/intersectorale) partnerschappen ifv preventieve acties en bereiken van gezondheidsdoelen, werken in (interdisciplinaire) teams, werken met verschillende overheden en organisaties
- 8. Communicatiecompetenties**
Geschikte technieken gebruiken voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen; op een ethisch, positieve en cultuur sensitieve manier, op maat van de doelgroep, interprofessioneel communiceren, weten hoe IT (en digitale media) werken om informatie te ontvangen/verspreiden, feiten en evidentie op een verstaanbare manier communiceren



9. Leiderschapscompetenties voor GB en ZP

Voorbeelden: netwerken met en motiveren van stakeholders tot verandering die gezondheid bevordert, gezondheidsongelijkheid vermindert; uitwisseling tussen praktijk, beleid en onderzoek stimuleren en faciliteren; professionalisering van het team en de organisatie bevorderen, interdisciplinaire teams opleiden om op een gecoördineerde manier te werken, bijdragen aan het werven en beheren van middelen voor GB en ZP

10. Competenties met betrekking tot analyse ivf planning van acties rond GB en ZP

Voorbeelden zijn: verzamelen, analyseren en toepassen van informatie, data, good practices en literatuur om gezondheidsinterventies te onderbouwen; doelen, waarden en behoeften van patiënten/cliënten/stakeholders identificeren op een participatieve manier; kwantitatieve en/of kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken

11. Competenties voor de ontwikkeling van GB en ZP acties

Geschikte strategieën en gedragsveranderingstechnieken selecteren, op maat van de patiënt/cliënt en gericht op de overeengekomen doelstellingen; een haalbaar actieplan ontwikkelen volgens de mogelijkheden/behoeften van patiënt/cliënt (eventueel ook materialen en/of diensten); methodieken, materialen en diensten (vb. coachingtraject) creëren of hanteren en testen bij de patiënt/cliënt

12. Competenties voor implementatie van acties voor GP en ZP

Zoals: ethische, empowerment, cultureel passende en participatieve processen gebruiken om GB-acties te implementeren; faciliteren van continuïteit van het programma en betrokkenheid van stakeholders bij GB-acties door voortdurend overleg en samenwerking

13. Competenties voor de evaluatie van acties rond GB en ZP

Voorbeelden van deze competenties omvatten: opvolgen/evalueren door het gedrag van de patiënt/cliënt te observeren en/of door feedback te vragen aan de patiënt/cliënt (gesprek, dagboek, enz.); effectiviteit kunnen evalueren van acties ter bevordering van de gezondheid; communiceren over evaluatieresultaten of ze beschikbaar stellen

14. Competenties gerelateerd aan wetgeving en beleid voor GB en ZP

Voorbeelden: internationale, Europese en nationale wet- of regelgeving kunnen toepassen met het oog op bevordering van gezondheid en welzijn te maximaliseren; het uitvoeren van gezondheids- en sociaal beleid zoals beleidsmaatregelen toepassen die een gezondheidsbevorderende omgeving mogelijk maken, en het bijdragen aan het waarborgen van het recht op gelijke en effectieve gezondheidszorg

Competentiekader voor eerstelijnsprofessionals

Momenteel zijn de competenties uit beide kaders voornamelijk gericht op *public health* en *health-promotors*. Dit bovenstaande competentiekader moet nog verder vertaald worden naar een competentiekader voor de context van eerstelijnsprofessionals. Dat is ook een doelstelling van het PROPELLER-onderzoeksproject.

► **In de toekomst zal het belangrijk zijn om een basispakket van noodzakelijke competenties voor eerstelijnsprofessionals uit te werken.**

Een kader kan bijvoorbeeld uitgewerkt worden met de CanMEDS of IPEC Core Competencies als leidraad. In verschillende eerstelijnsopleidingen wordt momenteel het CanMEDS Model gebruikt. Dat model beschrijft welke competenties de zorgverlener moet verwerven om tegemoet te komen aan de noden van de zorgsector (Royal College 2022). Er worden 7 rollen beschreven waaronder de zorgverlener als medisch expert, communicator, collaborator, scholar, manager/leader, health advocate (of ook wel gezondheidscoach), en de professional. Binnen deze rollen moeten meer accenten op GB en ZP komen te liggen, of er moet nog een bijkomende rol voor gezondheidsbevordering gedefinieerd worden.

Een ander voorbeeldkader, gelijkaardig aan het CanMEDS model, is het Generic professional capabilities framework (General Medical Council, 2022) waarbinnen een aparte rol voor 'Capabilities in health promotion and illness prevention' beschreven staat.

► **In co-creatie tussen de verschillende opleidingen en instellingen is het nodig om relevante competenties voor GB, ZP en communicatie in een gezamenlijk competentiekader te gieten.**

Nood aan competenties op verschillende niveaus

Een bevraging van de lesgevers en curriculummanagers uit verschillende Vlaamse eerstelijnsopleidingen (Vanneste, Haverals et al. 2022) geeft aan dat een gezamenlijk kader lesgevers zou helpen om te selecteren of er al lesinhoud rond het concept wordt gegeven, maar met een andere term wordt benoemd.

Bovendien zou het voor lesgevers ondersteunend zijn als nieuwe lesinhoud ingedeeld wordt in verschillende niveaus, bijvoorbeeld: beginner, gevorderd en expert (en gekoppeld aan de niveaus van opleiding, bv. bachelor afstudeerniveau 6, master afstudeerniveau 7).

Per niveau worden verschillende lespakketten beschikbaar gesteld die verschillende didactische methoden volgen (Vanneste, Haverals et al. 2022). De didactische methoden worden afgestemd op de te bereiken competenties en op de doelgroep. Op die manier kunnen lesgevers per niveau een eigen keuze maken tussen de ontwikkelde lespakketten, gestaaft met de competenties.



Huidige implementatie van competenties in eerstelijnsopleidingen

Competenties rond GB en ZP en de bijhorende communicatie naar alle bevolkingsgroepen zitten veelal versnipperd doorheen de curricula, en blijven vaak achterwege in de stages. Het PROPELLER-onderzoeksproject bracht in kaart in welke mate GB en ZP in het curriculum vervat zijn van 8 eerstelijnsopleidingen: geneeskunde, kinesitherapie, psychologie, verpleeg- en vroedkunde, farmaceutische wetenschappen, mondzorg en tandheelkunde, maatschappelijk/sociaal werk en voedings- en dieetkunde. Daarvoor werd een vragenlijst verspreid onder de opleidingscoördinatoren van de verschillende eerstelijnsbasisopleidingen.

De resultaten voor de Vlaamse eerstelijnsopleidingen ($N=35$) geven aan dat het belang van preventie en gezondheidsbevordering voor de opleiding algemeen erkend wordt ($M=8.24$ op schaal van 0-10; $SD = 2.18$). Maar de inschatting of competenties voor GB en ZP momenteel geïntegreerd zijn in de opleiding, ligt wat lager ($M = 7.32$ op schaal van 0-10; $SD = 2.11$).

Competenties die op dit moment het meest geïntegreerd zijn, betreffen onder meer: inzicht in structuur en organisatie van het gezondheidszorgsysteem in België, communicatietechnieken voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen, interprofessionele communicatie, determinanten van gezondheid, en algemene definities en visie rond gezondheidsbevordering en preventie. Enkele competenties die momenteel minder geïntegreerd zijn, betreffen onder meer competenties rond pleitbezorging en het beïnvloeden van de publieke opinie over het belang van preventie, competenties gericht op samenwerking rond GB en ZP met partners van verschillende sectoren en organisaties, en competenties rond het gebruik van IT en digitale gezondheidstools.

Wel blijkt ook uit deze bevraging dat het merendeel van de competenties voor GB en ZP voornamelijk op het niveau van kennis en vaardigheden worden aangeleerd, maar veel minder in de praktijk en tijdens stages aan bod komen. De resultaten komen trouwens overeen met een gelijkaardige bevraging van verschillende Europese eerstelijnsopleidingen naar de huidige training van zorgprofessionals in GB en ZP (Patja, Huis in 't Veld et al. 2022).

Naar implementatie toe blijkt uit focusgroepen met lesgevers en curriculummanagers van verschillende Vlaamse opleidingen gezondheidszorg, dat nieuwe wetenschappelijke inzichten in de opleiding voornamelijk geïmplementeerd worden vanuit eigen initiatief van de lesgevers (Vanneste, Haverals et al. 2022). Momenteel is er niet voldoende doorstroom van de nieuwe inzichten uit de onderzoekswereld naar het onderwijs. Bovendien geven de bevroegde lesgevers en curriculummanagers van eerstelijnsopleidingen aan dat het niet evident is om curriculumwijzigingen door te voeren wegens gebrek aan ruimte in het programma. Vaak zijn er onvoldoende financiële middelen en onvoldoende tijd om zelf iets uit te werken of om zélf een opleiding te volgen.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

In wat volgt, vatten we nog even onze beleidsaanbevelingen samen rond het thema 'eerstelijnsopleidingen en preventie':

Aanbeveling 1: Er moet een *basiscompetentieprofiel* rond Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie voor de eerstelijnsprofessional ontwikkeld worden. Dat profiel heeft de vorm van een gezamenlijk begrippenkader en een gemeenschappelijke visie die kan helpen om een beter inzicht te bekomen in gezondheidsbevordering en ziektepreventie en waar het voor staat.

Aanbeveling 2: Alle eerstelijnsopleidingen in zorg en welzijn moeten in het curriculum en in de stages stapsgewijs een minimum aan competenties aanreiken voor ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

1. Acties met het oog op aanbeveling 1

Volgend op inventarisatie van gaps en good practices (uit binnen- en buitenland) door het PROPELLER-project is het nodig om een **professioneel overschrijdend competentiekader voor GB en ZP te bepalen met differentiatie per discipline.**

- Een eerste stap hiertoe is de organisatie van **co-creatiesessies** met opleidingsinstellingen en het werkveld (PROPELLER-onderzoeksproject) vanaf begin 2023.
- Belangrijke competenties in GB en ZP zijn onder andere: cultuursensitieve communicatievaardigheden om op maat van en naar verschillende doelgroepen te communiceren, digitale vaardigheden voor het inzetten van technologie in de zorg, pleitbezorgingstechnieken voor het belang van preventie en gezondheidsbevordering, samenwerking rond GB en preventie met andere organisaties/sectoren, visie rond belang van preventie, competenties met betrekking tot gedragsverandering.



2. Acties met het oog op aanbeveling 2

- Opleidingen die leiden tot een beroep in zorg- en hulpverlening, moeten kennis en tools aanreiken in het verplicht lessenpakket om preventie, welzijns- en gezondheidsbevordering te kunnen uitvoeren. Belangrijk is ook om **meer mogelijkheden te voorzien in stages om deze competenties te verwerven.**
- Een **plan van aanpak** (resultaat PROPELLER-onderzoeksproject) is nodig voor de implementatie in de curricula.
- De **co-creatiesessies** in het kader van het PROPELLER-onderzoeksproject moeten mee **bijdragen aan het bouwen van een draagvlak** voor de integratie van GB en ZP in de curricula.
- Een **actie/lobbygroep** moet gevormd worden om te zorgen dat opleidingen hiermee aan de slag gaan en dat structureel inbedden. Dat moet een gedeelde verantwoordelijkheid zijn en kan geïnitieerd worden vanuit beroepsgroepen, de sector gezondheidsbevordering, samen met andere partners die een stem hebben.
- **Vanuit UMCA** moeten werkveldpartners, lokale besturen en opleidingsinstellingen samengebracht worden om dat algemene competentieprofiel en het plan van aanpak voor te stellen en te implementeren in de Antwerpse context.
- **Onderwijsinstellingen in de Antwerpse context** kunnen competenties rond GB en ZP implementeren in bepaalde opleidingen, wat empowerend/inspirerend kan werken naar andere opleidingen en onderwijsinstellingen toe.

Bronnen

- Agentschap Zorg & Gezondheid (2018). STRATEGISCH PLAN DE VLAMING LEEFT GEZONDER IN 2025.
- Busetto, L., et al. (2017). "Exploration of workforce changes in integrated chronic care: Findings from an interactive and emergent research design." *PLOS ONE* **12**(12): e0187468.
- Companion Report (2019). State of Health in the EU: Companion Report 2019, European Commission's Directorate General of Health and Food Safety.
- Dochy, F. and G. Nickmans (2005). *Competentiegericht opleiden en toetsen: theorie en praktijk van flexibel leren*, Lemma, Utrecht, 2005.
- General Medical Council (2022). www.gmc-uk.org/-/media/documents/generic-professional-capabilities-framework--2109_pdf-70417127.pdf#page=19
- Koning Boudewijnstichting (2021-2022). PROPELLER-Onderzoeksproject. <https://kbs-frb.be/nl/gezondheids promotie-en-ziektepreventie-de-opleidingen-voor-de-eerstelij-n-een-belgische-kader-vanuit>
- Patja, K., et al. (2022). "Health promotion and disease prevention in the education of health professionals: a mapping of European educational programmes from 2019." *BMC Medical Education* **22**(1): 778.
- Royal College (2022). "CanMEDS Diagram and Framework." from <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>.
- Schokkaert E., et al. (2023). De gezondheids- en zorgberoepen van de toekomst. *Metaforum visietekst 20*. Leuven, Werkgroep Metaforum: 1-124.
- Tsakitzidis, G., et al. (2020). Implementatiestrategie Interprofessioneel Samenwerken in de eerste lijn Vlaams Instituut Voor De Eerste Lijn.
- Vanneste, L., et al. (2022). Implementatie van nieuwe concepten uit de eerste lijn in basisopleidingen zorg en welzijn, Academie Voor De Eerste Lijn.
- Masquillier, C., Van Royen, K., Van Pelt, P., Onsea, D., & Bastiaens, H. (2023). Development and implementation of a community health literacy hub, 'Health Kiosk'—A grassroots innovation . *Front. Public Health, Sec. Public Health Education and Promotion*; **10**. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1069255>

Denktank Preventie en 'health literacy'

Stap 3

Digitale hulpmiddelen voor preventie



Jo De Cock

Guy Tegenbos

De digitale wereld als hulpmiddel

De digitale wereld in al zijn facetten, van eenvoudige dataverzameling en -interpretatie tot artificiële intelligentie (AI), kan de preventie een stevige boost geven. In dit hoofdstuk bekijken we die mogelijkheden en formuleren we aanbevelingen over waarop vooral moet worden ingezet.

Data saves lives

Om preventie efficiënt te kunnen organiseren, moeten we gegevens hebben. En de verzameling en verwerking van die gegevens moet zodanig zijn, dat kan gedetecteerd worden **waar en in welke groepen de hoogste noden bestaan en waar en hoe het meest effectief kan opgetreden worden** om een maximum aan gezondheidswinst te boeken en om de gezondheidsongelijkheid te verkleinen. Data zijn de grondstof om aan een doelmatig populatiemanagement te werken – ze geven een beter inzicht in de gezondheidsproblemen in een bepaald gebied –, maar ook om het effect van interventies te monitoren. Dat vergt een solide data-infrastructuur en de mogelijkheid om verschillende databronnen te kunnen combineren. In de praktijk is dat geen eenvoudige opdracht.

Dataverzamelingsinitiatieven

Er bestaat gelukkig al heel wat. Zowel op nationaal als op internationaal vlak werden al belangrijke initiatieven genomen. Zo formuleerde de Europese Commissie op 3 mei 2022 een voorstel voor een verordening betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens. In toepassing van die verordening zal een breed scala aan elektronische gezondheidsgegevens worden ontsloten die “nieuwe mogelijkheden voor de preventie en behandeling van ziekten van natuurlijke personen opleveren”. Anticiperend op die verordening richtte de federale regering in juli 2022 een wetsontwerp tot oprichting van een gezondheidszorgdata-autoriteit op. Ondertussen zijn al heel wat data aanwezig of in opbouw om een preventief populatiemanagement te ondersteunen. Hierbij kunnen we verwijzen naar verschillende initiatieven:



Dataverzamelingsinitiatieven

Preventiebarometer

De Preventiebarometer die door Sciensano zal worden uitgewerkt (Braekman, E., Fiers, S., Preventiebarometer: methodologie, 2022) heeft als doel informatie te verzamelen over determinanten gelinkt aan gezondheidsgerelateerd gedrag in de Vlaamse bevolking via een enquête bij 4.000 personen van 18 jaar en ouder.



IMA-atlas

In de IMA-atlas van het Intermutualistisch Agentschap (<http://atlas.ima-aim.be/databanken>) kan je indicatoren raadplegen over socio-demografische kenmerken en het gebruik van gezondheidszorg. Die indicatoren zijn beleidsrelevant en opgesteld op basis van de permanente databanken van het Intermutualistisch Agentschap. Als bezoeker heb je toegang tot op verschillende geografische niveaus. Indien statistisch relevant worden indicatoren tot op wijkniveau en statistische sector berekend. Specifieke indicatoren zijn beschikbaar per ziekenhuis.

Save Data-project

Het Save Data-project van de Vlaamse Regering (www.save-data.be) wil data, technologische bouwstenen en kennis beschikbaar maken om preventieve en curatieve gezondheidstrajecten toegankelijker te maken voor alle spelers in de maatschappelijke vijfhoek (individuele, kennisinstellingen, overheden, bedrijven/non-profit en financiers). Het project wil dat doen op een veilige, ethische en transparante manier.

iCAREdata

Het project iCAREdata van de universiteit www.uantwerpen.be/nl/projecten/icaredata/ is momenteel de grootste onderzoeksdatabase in Vlaanderen met gegevens over patiëntcontacten in de niet-planbare eerstelijnszorg. Sinds het ontstaan in 2014 heeft iCAREdata nu gegevens over 34 van de 44 bestaande wachtpostlocaties in Vlaanderen. In het voorjaar van 2022 werd de database verrijkt met gegevens uit de welzijnszorg, dankzij de nauwe samenwerking met het **Zipster-project**. Apothekers, diensten voor spoedgevallen, huisartsenwachtposten en andere partners uit de gezondheids- en/of welzijnszorg kunnen aansluiten.

Cartografie van de zorgnoden

Het komt er nu op aan om de aanwezige data beter te ontginnen en te verfijnen. Daarbij kan ook de ontwikkeling van cohortestudies worden overwogen. Niet enkel de gezondheidsgegevens in de strikte zin van het woord moeten aan bod komen, ook de welzijnsgegevens, de sociale stratificatie, enz. Om in een bepaald gebied (wijk, gemeente, eerstelijnszone, ziekenhuisnetwerkgebied, regio, gewest) een populatieaanpak uit te werken, is het wenselijk om een **cartografie** van de betrokken streek (wijk, gemeente,...) te maken die toelaat een aantal probleemgebieden te identificeren en hierop te focussen. De aloude **Atlas van de achtergestelde buurten** van Kesteloot e.a. uit 1996 kan nog steeds fungeren als voorbeeld. Bij de uitwerking van zorgstrategische plannen en andere beleidskeuzes zou van dergelijke cartografie uitgegaan moeten kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is de Atlas van achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel (2008):

www.researchgate.net/publication/324569490_Atlas_van_achtergestelde_buurten_in_Vlaanderen_en_Brussel

De uitbouw van die cartografie gebeurt het best in het kader van een gestructureerd overleg, én met een multidisciplinaire aanpak. Wellicht is de eerstelijnszone het beste niveau om die cartografie-beweging op gang te brengen. Die cartografie – noden in kaart brengen – is de eerste meetbeweging die moet worden uitgevoerd. De tweede beweging is de effecten meten van maatregelen genomen op basis van die cartografie, met het oog op monitoring. Die moet geleidelijk mee opgebouwd worden.

Hierbij moet ook wetenschappelijke evidentie worden aangedragen over de adequate aanpak. Gedragsexpertise is hierin eveneens een belangrijke factor www.lifestyle4health.nl. We moeten beseffen dat dit een hele opdracht is, die een hele reeks van op elkaar ingrijpende ontwikkelingen vergt.

An app a day, keeps the doctor away

De verzameling van die gegevens zou een aanvulling kunnen krijgen vanuit de talrijke gezondheids- en welzijnsapps die op de markt komen. Die zijn doorgaans op het individuele niveau gericht, maar zouden een belangrijke bron van aanvullende gegevens kunnen zijn. Dan moeten er wel een aantal veiligheids- en privacykwesties opgelost worden.

De belangrijkste bijdrage van deze apps ligt in hun begeleidende en preventieve werking. Ze kunnen een bijzondere bijdrage leveren aan de gezondheids- en welzijnspreventie, voor individuen, maar ook voor groepen. Gezondheidsapps kunnen onder meer bijdragen tot een gezondere leefstijl en een beter ziekte-inzicht.

De toegankelijkheid van de talloze apps die op de markt zijn en komen, is voorlopig nog beperkt. De kostprijs is vaak niet verwaarloosbaar, ze zijn moeilijk toegankelijk voor de niet-digitaal-geletterden en voor mensen met een beperkte gezondheidsgeletterdheid, maar zelfs voor andere bevolkingsgroepen is de drempel om de apps effectief te gebruiken, vaak te hoog. Een tweede fundamentele probleem is dat het kaf van het koren moet gescheiden worden. Welke toepassingen zijn veilig en zeker? Welke toepassingen dragen bij tot het doel dat we wensen te bereiken?

Kwaliteitsstandaarden

Het is dus dringend nodig om kwaliteitsstandaarden en -criteria te ontwikkelen. Op 1 juli 2022 ging het **Europese onderzoeksproject Label2Enable** van start. De bedoeling is een kwaliteitslabel voor gezondheidsapps in Europa te ontwikkelen. Een kwaliteitslabel kan bijdragen tot het tot stand brengen van vertrouwen en kan het gebruik van goede apps bevorderen label2enable.eu.

In ons land werd een validatiepiramide ontwikkeld voor *mhealth*-apps of mobiele medische toepassingen mhealthbelgium.be. In dat kader heeft het Riziv al goedkeuringsprocedures ingezet en de **Move Up Coach App** was de eerste app die zo terugbetaald geraakte. Het is een



app bestemd voor patiënten die een knie- of heupprothese kregen.

Het is niet voldoende dat apps gevalideerd worden, ze moeten ook getest worden op hun werkzaamheid om uitspraken te kunnen doen over de toegevoegde waarde en doelmatigheid ervan. Daarbij moet uiteraard rekening gehouden worden met een aantal kritische succesfactoren doi.org/10.1093/heapro/daab134 en apps, stap voor stap demaakbaremens.org.

Begin januari 2023 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg de studie “Hoe digitale medische toepassingen evalueren met het oog op terugbetaling?”. Daarin wordt ingezoomd op digitale medische toepassingen die patiënten gebruiken in overleg met zorgverleners. Digitale medische toepassingen die autonoom door zorgverleners of patiënten worden gebruikt, blijven in deze studie buiten de scope. De kernboodschap is dat er nood is aan de toepassing van een evaluatiekader waarbij naast klinische criteria ook patiëntgerichte elementen worden gehanteerd zoals de acht effectiviteitsprincipes voor *caring technology* www.fondsdanieldeconinck.be/caring-technology.

Digitale vaardigheden

De kwaliteitsvolle apps uitkiezen is één zaak; even belangrijk is digitale vaardigheden ontwikkelen voor het gebruik van deze tools. Ook op dat vlak is het belangrijk dat een goede wisselwerking ontstaat tussen de verschillende actoren die programma's ontwikkelen voor gezondheidsbevordering en preventie en de specifieke en noodzakelijke wetenschappelijke expertise. Dergelijke samenwerking is een belangrijke component van het preventiesysteem van de toekomst.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

We bundelen hieronder graag onze beleidsaanbevelingen rond digitale preventiehulpmiddelen.

1. Stel per geografische zone (bv. eerstelijnszone) een gezondheidskaart op met het oog op de identificatie van een aantal prioritaire risicofactoren. Breng de beschikbare gegevens uit verschillende bronnen samen, waar mogelijk met data over sociale stratificatie.
2. Ga na waar er *blind spots* opduiken en hoe de gegevensinzameling kan geoptimaliseerd worden.
3. Identificeer op basis van de gezondheidskaart van de geografische zone de punten en problemen die een bijzondere aandacht verdienen, en ontwikkel daarvoor acties vanuit die eerstelijnszone en andere zorgplatformen.

4. In afwachting dat door de Federale Overheid en/of de deelstaten een globale strategie wordt ontwikkeld voor de aanbevelingen 1 tot 3, stellen we voor een projectgroep op te richten met de eerstelijnszones van de provincie Antwerpen en de belangrijkste dataleveranciers (zoals ziekenfondsen, Sciensano, Agentschap Zorg en Gezondheid) om die gezondheids- en welzijnsgegevens bijeen te brengen per eerstelijnszone. Dat project kan als proeftuin fungeren. Het kan gefinancierd worden met middelen uit onderzoeksfondsen, de provincie en de Vlaamse overheid.

5. Breng onderzoekers van de Universiteit Antwerpen en experts in medische technologieën samen om in kaart te brengen welke *mobile tools* in enkele domeinen als *good practices* kunnen worden beschouwd en in welke settings die optimaal kunnen worden gebruikt. Ook de VR-technologie moet hierin aan bod komen. Het moet mogelijk zijn deze *good practices* te vergelijken met klassieke *good practices* voor doelgroepen, zoals de gezondheidskiosk.

Bronnen

- Braekman, E., Fiers, S., *Preventiebarometer: methodologie*, Brussel, Sciensano, december 2022.
- atlas.ima-aim.be/databanken
- www.save-data.be
- www.uantwerpen.be/nl/projecten/icaredata
- www.researchgate.net/publication/324569490_Atlas_van_achtergestelde_buurten_in_Vlaanderen_en_Brussel
- www.lifestyle4health.nl
- label2enable.eu
- mhealthbelgium.be
- demaakbaremens.org
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, *Hoe digitale medische toepassingen evalueren met het oog op terugbetaling?* DOI: 10.57598/R362AS
- www.fondsdanieldeconinck.be/caring-technology

Denktank Preventie en 'health literacy'

Stap 4

Hoe kunnen we beter en vroeger detecteren? Wie doet wat?



Pieter Jan Simons

Jan Van Emelen

Een brede kijk op preventie

Er zijn veel gebeurtenissen en omstandigheden die een negatieve invloed kunnen hebben op iemands welbevinden (wat men percipieert) of gezondheidsstatus (objectief, waarvan men zich al dan niet bewust is). Ervoor zorgen dat deze factoren de persoon niet bereiken, is preventie in enge zin. Ervoor zorgen dat deze risicofactoren in een vroeg stadium worden weggenomen, nog voor er ernstige en/of onomkeerbare schade wordt aangericht, is 'vroegdetectie'. Ook het op zoek gaan naar en het detecteren van een (al dan niet potentiële) aandoening in een zeer vroeg stadium is vroegdetectie. Samen vormen ze het *preventiebeleid*.

Risicobeheersing

Een breed preventiebeleid leidt tot **risicobeheersing** in plaats van risicoverzekering zoals we die nu kennen in de gezondheidszorg. Om heel precies te zijn: dat alles is **primaire preventie**. Secundaire preventie is het nemen van maatregelen om een volgende zelfde of gelijkaardige aandoening te voorkomen, zoals bijvoorbeeld het nemen van bloeddrukverlagers na een hartinfarct om een nieuw hartinfarct of een andere cardio- of cerebrovasculaire aandoening te voorkomen. Maar dat valt buiten de scope van het preventiebeleid in dit boek.

Preventie beweegt zich op de verschillende domeinen van risicobeheersing. Onderscheid tussen die domeinen door ze op te splitsen in enerzijds welzijn en anderzijds medische gezondheid (afwezigheid van ziekte) willen we niet maken en daarom gebruiken we het concept 'positieve gezondheid'^[1]. Dat is een geïntegreerd model. De mate waarin iemand 'zich gezond voelt', hangt af van vele determinanten. Zowel persoonlijke (intrinsieke) factoren - fysiologische veranderingen, veranderingen in betrokkenheid in een samenleving, het zich wel-voelen - als extrinsieke factoren bepalen onze weerbaarheid en hoe we omgaan met tegenspoed.

De manier waarop we aan preventie doen, kent twee verschillende benaderingen: vanuit een individuele benadering en vanuit een *public health*-benadering. Een veelgebruikt model voor dat laatste is dat van Dahlgren & Whitehead. 'Positieve gezondheid' werd ontwikkeld als model voor individuele gezondheid. Zoals beschreven in een paper van de Koploperafel Publieke gezondheid in Nederland^[2] kan je beide modellen combineren. Zo coveren we het hele brede spectrum als we preventie van hieruit gaan benaderen.

Hoe preventie aanpakken: de scope reduceren

Als we ons bewust zijn van de volle omvang van de gezondheidsdeterminanten en door wie of wat en hoe die bepaald worden, moeten we voor een adequate aanpak ervan **de scope verengen**. Dat kan **vanuit een bevoegdheid** die een overheid heeft en die ze – eventueel



gedeeltelijk - overdraagt naar een 'werk-eenheid'. Dat kan een (semi-)publieke organisatie, een privé-initiatief of een beroepsgroep zijn. Evenzeer kan het **vanuit een aandoening door een gekend risico** waarnaar onderzoek verricht wordt binnen een brede bevolkingslaag.

Een preventie-benadering **vanuit een populatie**, op basis van die gecombineerde benadering, kan maar als de populatie omschreven is (bv. een populatie langs een autoweg of in een overbevolkte wijk, of obese kinderen,...).

Eén belangrijk startpunt van preventie, **vanuit het individu zelf**, is niet verwaarloosbaar. Het individu moet dan wel via een instantie of op eigen kracht preventieve maatregelen kunnen nemen om bepaalde negatieve determinanten te kunnen voorkomen of stoppen (bv. roken) en positieve te stimuleren (bv. bewegen).

De aanpak van preventie begint met of maakt gebruik van wetenschappelijke kennis vooraf of wetenschappelijke methoden *en cours de route* om een **risicoanalyse** te kunnen uitvoeren: waar ligt het gevaar? In welke populatie? Hoe kan die bereikt worden? Wat zijn de gezondheidsbepalende determinanten?



Voorbeelden van een succesvolle preventieaanpak

1. Covid

De Vlaamse regering heeft de bevoegdheid voor de preventie- en vaccinatiecampaagnes voor Covid op niveau van de eerstelijnszones (ELZ) gelegd. In de Covid-teams werden er populatieanalyses uitgevoerd tot op wijkniveau, clusters beschreven, en daardoor gewerkt aan het verhinderen van verspreiding van het virus. Dankzij de zorgatlas was er inzicht in de besmettingshaarden tot op straatniveau. De vaccinatiecentra van de ELZ konden een aanklampend beleid voeren omdat ze de populatie kennen - ook de moeilijk bereikbaren - en daar ook erg op inzetten. De vrijwilligers waren woonachtig in de gemeenten van de ELZ.

2. Basel

Sarcopenie (verlies aan spiermassa en spierkracht), vaak gezien bij ouderen, verhoogt het valrisico en geeft aanleiding tot fysieke fragiliteit, zorgkosten en overlijdensrisico. Wetenschappelijk onderzoek in Basel (CH)^[3] heeft bij zelfstandig wonende ouderen verbetering van gangproblemen, fysieke en psychosociale fragiliteit teweeggebracht door de Jaques Dalcroze Eurythmics^[4] dansinitiatieven. Deze danstraditie heeft een fysieke, maar ook een sociale component. Recent werd hieruit ook positie genomen om het Zwitserse gezondheidszorgsysteem aan te spreken om in preventieve opstellingen niet fragiele en pre-fragiele personen toegang te verlenen tot fysieke therapie en cognitieve gedragstherapie.

3. Japan

In Japan is het de gemeente - ter grootte van onze eerstelijnszone - die de populatie boven de 45 jaar stratificeert volgens risico, in samenwerking met de lokale huisartsen in het kader van LTCI: 'long term care insurance'^[5]. Op die manier slaagt de Japanse gezondheidszorg erin zich toe te spitsen op specifieke clusters, waardoor zowel kwaliteit als efficiëntie gebaat zijn.

4. Lokale Dienstencentra

Lokale Dienstencentra (LDC) staan open voor de bevolking. Zeer veel verschillende initiatieven en instanties vinden er onderdak. Het versterken van de sociale cohesie, preventie en vroegdetectie vormen een belangrijke opdracht. Een deel van de mensen vindt zelf de weg vanuit een ervaren gebrek dat gelenigd kan worden door het LDC. Als de nood is gedefinieerd, is er toeleiding naar professionele instanties.

5. Gezinszorg

Dankzij gezinszorg zijn personen met een zorg- en ondersteuningsnood (en dankzij hun mantelzorger) in staat om langer zelfstandig en zelfredzaam thuis te blijven wonen in hun vertrouwde buurt. Medewerkers gezinszorg zijn langere tijd bij de zorgvragers in hun vertrouwde thuismilieu en kunnen dus zaken vaststellen (niet-pluis-gevoel op diverse gebieden zoals bv. voeding, medicatiegebruik, vallen, welzijnsproblemen, draagkracht mantelzorg, uitstelgedrag zorg, eenzaamheid, ouderen mishandeling, psychische problemen,..) die andere gezondheids- en welzijnswerkers niet of onvoldoende kunnen capteren. M.a.w. medewerkers gezinszorg kunnen via vroegdetectie van risicofactoren en vroegsignalering het ontstaan of verergering van gezondheids- en welzijnsproblemen voorkomen en dus kwetsbaarheid verminderen, levenskwaliteit behouden en hogere maatschappelijke kosten voorkomen.

Succesfactoren van preventie

De corona-pandemie laat ons zien dat de vaccinatiecampaagnes succes hebben gehad door de volgende factoren:

- een ernstig gezondheidsrisico dat *top of mind* was bij iedereen;
- een redelijk eenvoudig middel (vaccin) dat in de buurt werd toegediend;
- op een datum die je voorgelegd kreeg;
- ambassadeurs in de vorm van vrijwilligers die in de vaccinatiecentra werkten en in de wijk woonden;
- en een duidelijk voordeel op korte termijn.



Naast gezondheid kwamen in de volgende golven ook andere *drivers* naar boven: een Covid-safe-ticket om op reis te kunnen gaan; en minder lastige covid-maatregelen zoals extra testingen. Er waren dus verschillende motivatoren die de populatie overtuigden. Tevens was er een aanklampend beleid en werd specifiek ingezet op bepaalde risicovolle populaties, wijken of gemeenschappen om hen te overtuigen. Het individu moet het begrijpen, de dreiging is duidelijk en ernstig genoeg, de interventie gebeurt in de nabijheid, lokale ambassadeurs kunnen overtuigen, er moet een concreet voordeel zijn op eerder korte termijn, er is een aanklampend beleid, en de groep waartoe het individu behoort, ondergaat hetzelfde beleid. Als niet aan de basisbehoeften (brood, bad, bed, dak) voldaan is, met andere woorden: als er hogere noden zijn in het sociaal-economische spectrum, dan zal er weinig ruimte zijn voor preventie in de enge zin. Dat brengt ons bij de basis: vroegdetectie van de noden en risicofactoren.

Vroegdetectie in het preventiebeleid

Vroegdetectie van negatieve gezondheidsdeterminanten kan aanzien worden als een apart onderdeel van een matuur preventiebeleid, naast risico- en populatie-analyse, en een operationele strategie op maat van (deel)populaties. Voor vroegdetectie is het van het grootste belang dat de keten van de nood tot aan de opvolging van de aangereikte oplossing zeer vlot verloopt. Het vroegtijdig opsporen en signaleren is een belangrijke schakel. Dat kan op individueel niveau (bv. een zorgverlener die aan huis komt) of op populatieniveau (na risicoanalyse).



Voorbeelden van vroegdetectie in preventiebeleid

1. Spierverlies in Denemarken

In 2019 werd een cohortonderzoek afgerond in Denemarken^[6] waar bij de populatie referenties voor normale spiermassa en sarcopenie werden vastgelegd. Hieruit werd de PROTECT-studie in Deense ziekenhuizen gestart met systematische spiermassamonitoring om de zorgresultaten te verbeteren. Er werden bio-impedantiemeters voorzien vanuit het gezondheidszorgsysteem om deze monitoring mogelijk te maken.

2. Gezinszorg

We hebben het al vermeld: Verzorgenden van de diensten gezinszorg zijn de 'ogen en oren' van het eerstelijnssteam. Ze kunnen een belangrijke 'brugfunctie' vervullen naar de andere zorg- en welzijnsactoren in de eerste lijn. Door frequent en langere tijd aanwezig te zijn in het thuismilieu kunnen verzorgenden vaak als eerste probleemsituaties vroegtijdig vaststellen én

gericht intern of extern signaleren naar actoren binnen het eerstelijnssteam. Dat kunnen signalen zijn die te maken hebben met lichamelijke, psychosociale of emotionele zorg, of de nood aan pedagogische of agogische ondersteuning zoals problemen met het opvoeden van de kinderen, problemen met mobiliteit, therapietrouw, ... Ook het tijdig en gepast toeleiden naar andere woonvormen hoort hierbij. Essentieel is de melding van de 'niet plus'-situatie aan de huisarts. In de toekomst kan een structuur van het type 'preventiecentrum' in de eerstelijnszone deze melding verwerken met respect voor de regels van de privacy. Bij ouderen kan dat bijvoorbeeld door 'data donorship' te structureren via het dossier van de huisarts.

3. Halt2Diabetes

Op medisch vlak kennen we vele initiatieven van de overheid of (semi-) publieke partners die zich richten op detectie van aandoeningen die in een vroeg stadium zeer grote kans op genezing hebben. De vroegdetectie ontstaat door het repetitief aanbieden van testings, bv de bevolkingsonderzoeken voor darmkanker en borstkanker. Nog een voorbeeld van samenwerking tussen verschillende partners is Halt2Diabetes, een screeningsmethode voor Diabetes Mellitus Type 2 op basis van een gevalideerde vragenlijst. Bij een verhoogd risico word je doorverwezen naar huisarts. Het is een initiatief van de Diabetes Liga en in nauwe samenwerking met het Vlaams Instituut Gezond Leven, Domus Medica, Eetexpert en met de steun van de Vlaamse Overheid.



Conclusies en adviezen voor besluitvorming

Het vroegdetectie- en preventiebeleid vraagt onderbouwde en up-to-date scholing en bewustwording, formulering van minimale doelstellingen en een coördinatie van de multidisciplinaire en transmurale uitvoering. De financiering moet de opdrachten volgen, zodat de middelen verdeeld worden afhankelijk van de lokale noden. De middelen dienen voor het aantrekken van mensen, het ondersteunen van de werking en de inzet van technologie. Hieronder nog even concreet onze beleidsaanbevelingen:

1. Neem kennis over een minimale levensstandaard, (on)gezonde gewoontes en het nut van preventie op in de eindtermen voor het onderwijs.
2. Reik alle opleidingen die leiden tot een beroep in zorg- en hulpverlening, kennis en tools aan in het verplichte lessenspakket om de signaleringsfunctie in vroegdetectie en de ambassadeursfunctie bij preventiecampagnes op te kunnen nemen.
3. Geef preventie en vroegdetectie een plaats in de vakken wetenschap en maatschappelijke vorming in middelbare scholen.

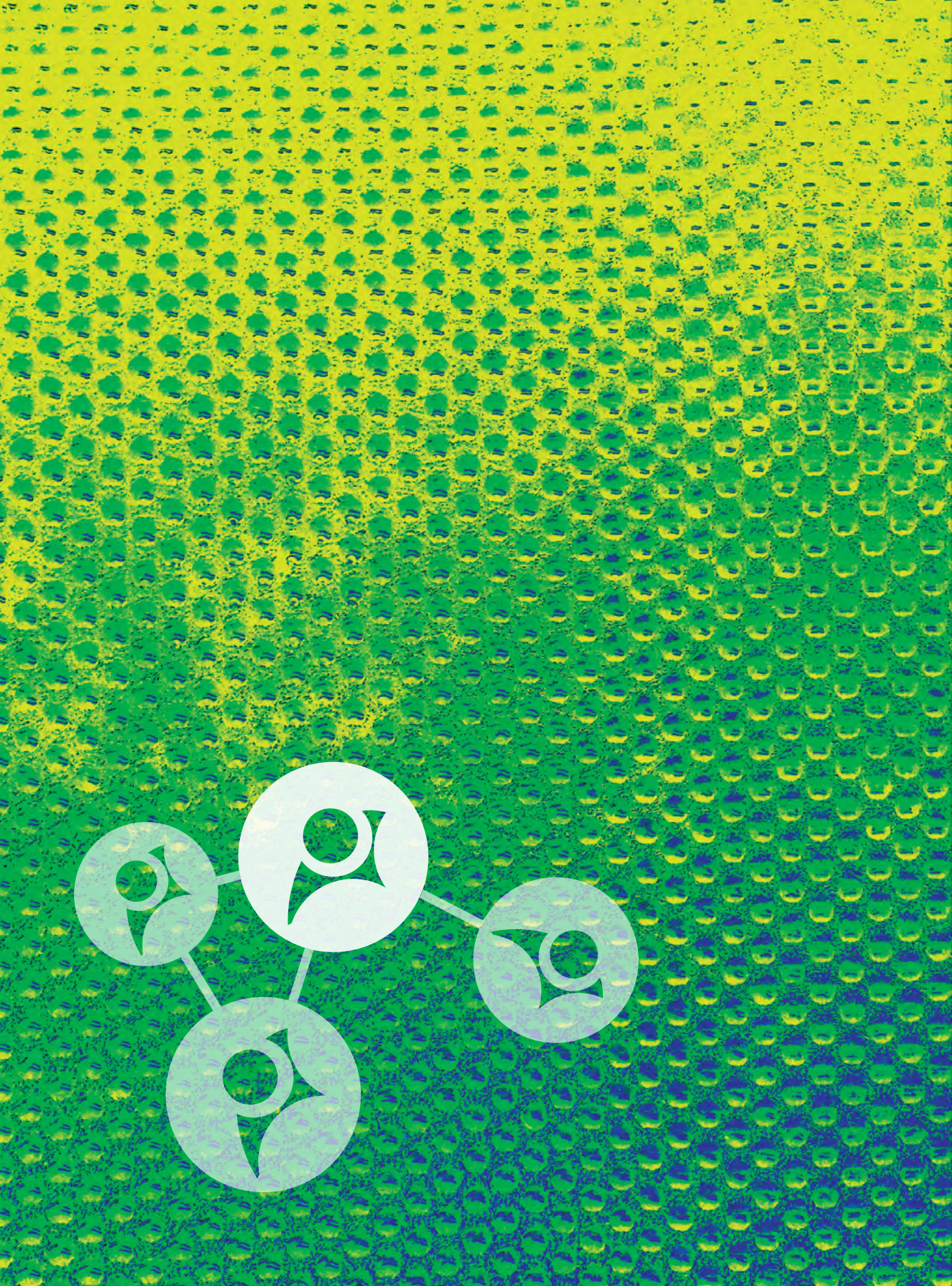


4. Voer wetenschappelijk onderzoek om de leerstof te onderbouwen en aan te passen aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten.
5. Stimuleer wetenschappelijk onderzoek op basis van cohortstudies om op regionaal niveau risicogroepen eenvoudig in kaart te brengen en de juiste preventiemethodes in te zetten.
6. Bepaal in samenspraak met de sector de minimale doelstellingen in het vroegdetectie- en preventiebeleid, en de daaraan gekoppelde financiering voor de uitvoering ervan. De uitvoering wordt gecoördineerd via een cascadesysteem (vb. België, Vlaanderen, eerstelijnszone, gemeente, lokale initiatieven) waarbij er, hoe dichter bij de mensen, almaar meer ruimte is om in te spelen op de noden van de bevolking, zonder de minimale doelstellingen van de overheid uit het oog te verliezen. Dat kan geconcretiseerd worden door volgende ingrepen:
 - Leg een samenwerking op van de verschillende niveaus op gebied van preventie en vroegdetectie, door wetgevende initiatieven die de federale en Vlaamse bevoegdheden overspannen.
 - Kies per jaar een aantal thema's voor verschillende doelgroepen – bv. de basisvaccinatie bij kinderen uit kwetsbare groepen verbeteren, darmkankerpreventie, campagne om niet te starten met roken,...- en koppel daar een urgente doelstelling aan. Een groot gezondheidsprobleem kan als groter beleidsthema over meerdere jaren gekozen worden en opgeknipt worden naar de verschillende actoren. Laat de individuele zorg- en welzijnsmedewerkers de praktische uitvoering ondersteunen, als ambassadeurs dichtbij de mensen.
 - Organiseer ruime bewustwordingscampagnes, laat ervaringsdeskundigen spreken in de gemeente, laat het remgeld voor bepaalde onderzoeken gedurende dat jaar wegvallen om bewustzijn te creëren.
 - Begeleid de campagnes vanuit de academische wereld om te leren wat werkt en wat niet.
7. Investeer in ontwikkeling en onderzoek naar observatie-tools, zoals we voor acute situaties in ziekenhuizen kennen, en ook naar communicatietools, om verzorgenden (ook mantelzorgers!) te ondersteunen in hun belangrijke brugfunctie bij vroegdetectie.
8. Ontwikkel een wetgevend kader voor het inzetten van *big data* voor de populatie-analyse, waarbij de individuele privacy ondergeschikt is aan het algemeen nut. De wetgever moet voldoende controlerende maatregelen inbouwen om misbruik tegen te gaan.

9. Stel de gegevens van de populatie-analyse ter beschikking van alle beleids- en operationele niveaus om te voorkomen dat omgevingscans verschillende keren opnieuw gebeuren.
10. Voorzie niet alleen *big data*, maar ook kleinere technologische hulpmiddelen om op grote schaal gezondheidsdeterminanten te meten, en ondersteun die op supraregionaal, regionaal en gemeentelijk niveau.

Bronnen

- ^[1] cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0.pdf
- ^[2] www.iph.nl/assets/uploads/2018/07/notitie-koploperafel-publieke-gezondheid-en-positieve-gezondheid-aug.-2018.pdf
- ^[3] Lenouvel E. et al. Preventive treatment options for fear of falling within the Swiss healthcare system, a position paper. , *Z Gerontol Geriat* 2022 · 55:597–602; <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01957-w>
- ^[4] Ferguson-Stegall L, Vang M, Wolfe AS, Thomsen KM. A 9-Week Jaques-Dalcroze Eurhythmic Intervention Improves Single and Dual-Task Gait Speed in Community-Dwelling Older People. *J Phys Act Health*. 2017 Sep;14(9):740-744. doi: 10.1123/jpah.2017-0416. PMID: 28885115.
- ^[5] Yamada M, Arai H. Long-Term Care System in Japan. *Ann Geriatr Med Res*. 2020 Sep;24(3):174-180. doi: 10.4235/agmr.20.0037. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32829572; PMCID: PMC7533196.
- ^[6] Suetta C, Haddock B, Alcazar J, Noerst T, Hansen OM, Ludvig H, Kamper RS, Schnohr P, Prescott E, Andersen LL, Frandsen U, Aagaard P, Bülow J, Hovind P, Simonsen L. The Copenhagen Sarcopenia Study: lean mass, strength, power, and physical function in a Danish cohort aged 20-93 years. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019 Dec;10(6):1316-1329. doi: 10.1002/jcsm.12477. Epub 2019 Aug 16. PMID: 31419087; PMCID: PMC6903448.





Epiloog



Gert Verbruggen

Is dit nu het einde?

Het was een mooi traject dat we samen gelopen hebben. Maar is dit dan het einde?

In naam van de voorzitters professor Paul Van Royen en Guy Tegenbos willen we graag iedereen danken die aan dit project heeft deelgenomen. Het was een leerrijk proces met boeiende en open dialogen van alle deelnemers, telkens met een verhaal, een grote portie passie en een brede blik op de toekomst. Een bijzonder woord van dank aan de decaan van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, professor Guy Hubens, en de directeur Gino Verwimp die dit project mogelijk hebben gemaakt.

Maar is dit dan het einde?

Het doel van elke denktank was om samen beleidsprioriteiten en acties te benoemen. We hebben telkens rond vier hoofdthema's gewerkt vanuit de verschillende visies en voorkeuren van een gemengde groep van mensen uit de praktijk, wetenschappers en organisaties.

De voorzitters zijn ervan overtuigd dat dit document een leidraad kan zijn voor de beleidsmakers om de juiste prioriteiten te benoemen voor de volgende legislatuur. Covid leerde ons dat het erg moeilijk is als beleidsmaker op lokaal, regionaal, provinciaal, Vlaams of federaal vlak om de juiste keuzes te maken op lange termijn. Door deze thema's en acties te benoemen, hebben we in dit proces draagkracht gecreëerd en we pleiten ervoor om deze keuzes mee op te nemen in beleidsdoelstellingen of beleidsacties.

De leden van de denktank hebben samen een proces en een band opgebouwd waar in open gesprekken en op een begripvolle manier naar elkaar werd geluisterd. Dat schiep onderling vertrouwen en maakte de nodige connectie om in een volgende fase deze ideeën in de praktijk om te zetten.

De regionale zorgzone Antwerpen is een uniek kader waar de grootstedelijk context en het regionale karakter (zoals de Kempen) elkaar kunnen versterken. Een regio van 1.2 miljoen inwoners, twee ziekenhuisnetwerken en 7 zorgraden is een complexe regio. Maar er is gedrevenheid en gedragenheid om nieuwe veranderingsprocessen uit te bouwen parallel met de initiatieven van de beleidsmakers, en dat op alle niveaus.

In een volgende stap zullen we initiatieven nemen voor de uitbouw en de implementatie van een transmuraal en geïntegreerd zorgtraject in regio Antwerpen. Ook organisaties met andere expertises en werking rond preventie en palliatieve zorg kunnen dan eveneens een rol opnemen. Gezien onze link naar alle onderwijsinstellingen in de regio zullen we ook samenwerken met onze jonge zorg- en welzijnsprofessionals in spe om deze beleidsvoorstellen mee te helpen implementeren.

Neen, dit is niet het einde, maar eerder het begin van een volgende stap waar we onze nieuwe ervaringen uit de regio met plezier zullen delen met andere regio's, om elkaar zo te versterken.

Dankjewel.

De coördinator – Gert Verbruggen

UMCA *Universitaire Medische Campus Antwerpen* – *Universiteit Antwerpen*
gert.verbruggen@uantwerpen.be



Hoop doet leren

De student is bezorgd.

Kersvers zijn wij in het holistisch interprofessioneel samenwerken en leren. Pril vertrouwd met de grondbeginselen van Antwerpens eerstelijnszorg en veelbelovende lokale raamwerken, kriebelt het om te werken in en aan een uiterst uitdagende welzijnssector in enorme verandering. Conferenties en adviezen over de toekomst van de eerstelijnsgezondheidszorg lijken elkaar in recordtempo op te volgen. Zo luidde “Together we change” een fundamentele verandering in de beleidsvorming over de gezondheidszorg in, vanuit die ‘eerste lijn’ als scharnier en katalysator. Ook het huidige Regeerakkoord van de Vlaamse Regering beschrijft de toekomst zonneklaar: “Eerstelijnsactoren voorzien een integrale zorgbenadering met vraag en aanbod in balans”. Met die structurele plannen zouden wij als toekomstige zorgverleners met een gerust hart de toekomst tegemoet gaan...

Maar toch.

Jonge zorgverleners in opleiding worden teugelloos bestookt met koppen als “Het stormt in de gezondheidszorg”, “Crisisvragen verdubbeld”, “Tekorten zorgverleners”... Zulke krantenkoppen incuberen onzekerheid en bezorgdheid bij jongvolwassenen. De meest beduidende, actuele uitdagingen zijn inderdaad gekend: thema’s als toegankelijkheid, geletterdheid, vergrijzing, gezondheidspromotie en vroeg-detectie zijn dringend aan grondige concretisering en duurzame implementatie toe.

Maar wat bezorgt de patiënt, cliënt of zorgverlener vandaag slapeloze nachten? In de gesprekken dringt zich een noodzakelijke verandering van ingesteldheid op, een nieuwe *mindset*. Misschien zien wij te weinig om naar elkaar, verliezen mensen onverhoopt een netwerk waaraan de zorgsector niet tegemoetkomt.

Paradoxaal, niet? Mist het bestaande beleid dan kracht en pragmatiek?

In ieder geval is ieders inzicht en deelname aan de beleidsvorming op lange termijn broodnodig. Het is de enige weg naar het vrijwaren van het menselijke vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. We moeten gaan naar een pragmatische beweging, samen met de mens achter de ziekte of mantelzorg, samen met ons.

In de schoot van de Universiteit Antwerpen werden zoveel mogelijk mensen betrokken, uit een eerstelijnszorg die blakend van ambitie volop in beweging is, evolueert en bijleert. Zelfs wij, studenten! En wij staan open voor verandering. Open voor moeilijke gesprekken en intrinsieke aandacht voor de Sense of Coherence (SoC) van elke mens. Open om samen met de patiënt of cliënt mogelijkheden te exploreren met respect voor elkaars 'bril' en situatie. Het zou een staaltje van menselijkheid kunnen zijn in de wetenschappelijke hardheid die geneeskunde soms kenmerkt. We popelen met andere woorden vol hoop. Wij hebben er zin in, jullie ook?

Zorgen om de zorg loont immers absoluut de moeite. Barbara Starfield correleerde een sterke eerste lijn al in 2004 aan meer tevredenheid van de bevolking, minder sociale ongelijkheid, een betere *outcome* qua gezondheid, lagere kosten en minder gebruik van gezondheidszorg.

Toen aan Margaret Mead, antropologe, de vraag gesteld werd welke archeologische vondst het begin van onze menselijke beschaving vertegenwoordigde, zou ze geantwoord hebben: 'een gebroken bot, dat weer geheeld was'. 15.000 jaar geleden stond zo'n gebroken dijbeenbot immers gelijk aan een doodsvonnis. Maar inderdaad: een geheeld bot impliceert de hulp van een ander, zorg. Die zorg mag dan wel alledaags en overal aanwezig zijn, zorg is ook kwetsbaar en niet onbeperkt voorradig.

Begrijp onze bezorgdheid en de aanzet tot coöperatie van UMCA's denktank. Nodig alle actoren uit tot gesprek en actie. Hoop doet leren. Hoop doet zorgen. **Samenkomen is een start, samenwerken een succes, samenblijven is vooruitgang.**

Max Kips - student
Leen Galicia - student



Colofon

De voorzitters

Tegenbos Guy Journalist/columnist

Van Royen Paul Huisarts –
Gewoon Hoogleraar | Universiteit
Antwerpen – Huisartsgeneeskunde en
Bevolkingsgezondheid

De deelnemers

Albrecht Sophie Onderzoeker
Onderzoekscentrum Zorg in Connectie
KdG Research | Karel De Grote
Hogeschool (KdG), Antwerpen

Allonsius Camille Projectmanager
Curieuzeneuzen en Isala | Universiteit
Antwerpen – Biologie

Anthierens Sibyl Hoofddocent
Universiteit Antwerpen – Huisarts-
geneeskunde en Bevolkingsgezondheid

Avonts Dirk Hoofdredacteur Huisarts
Nu | Domus Medica

Bastiaens Hilde Huisarts –
Hoogleraar | Universiteit Antwerpen –
Huisartsgeneeskunde en Bevolkings-
gezondheid

Beeckman Katrien Universiteit
Antwerpen – Verpleegkunde en
Vroedkunde

Berdai Saloua Onderzoeker en
Researcher Expertisecentrum
Krachtgericht Sociaal Werk | Karel De
Grote Hogeschool (KdG), Antwerpen

Bertels Sara Coördinator | Logo
Antwerpen

Botteldooren Lucky | Universiteit
Antwerpen – Centrum
Huisartsgeneeskunde en
Verpleegkunde en Vroedkunde

Cantillon Bea gewoon hoogleraar
em. | Universiteit Antwerpen –
Departement Sociologie

Claes Brigitte Coördinator
Transmurale Zorg | Universitair
Ziekenhuis Antwerpen (UZA)

De Boeck Linda Directeur | Vlaams
Instituut Gezond Leven vzw

De Bruyne Naomi Coördinator
Steuipunt Mantelzorg

De Cock Anne-Marie Diensthof
Universitair Centrum
Geriatric | Ziekenhuis Netwerk
Antwerpen

De Cock Jo Adjunct-administrateur-
generaal | Rijksinstituut voor ziekte-
en invaliditeitsverzekering (RIZIV)

De Graeve Diana gewoon hoogleraar
Universiteit Antwerpen – Departement
Economie

De Meyer Magda Mantelzorgexpert
Steuipunt Mantelzorg

Dillis Tinne Universiteit Antwerpen –
Verpleegkunde en Vroedkunde

Dingemans Ann Expert externe relaties
eerste lijn | i-Mens

Gobbens Robbert | Universiteit
Antwerpen – Huisartsgeneeskunde
en Bevolkingsgezondheid - Domein
Gezondheid, Sport en Welzijn,
Hogeschool Inholland, Nederland –
Zonnehuisgroep Amstelland, Nederland
Tranzo, Tilburg School of Social and
Behavioral Sciences, Tilburg University,
Nederland

Henkens Guy Directeur | Woon- en
Zorgcentra Zusters Van Berlaar

Heylen Leen Expertisecentrum Zorg &
Welzijn | Thomas More, Geel

Kool Emy Expertisedomein-
verantwoordelijke Chronische
Zorg | Domus Medica

Lemmens An Q-partner, Klantbeleving
en Kwaliteitszorg | Zorgbedrijf
Antwerpen

Maetens Arno Hoofd
Onderzoekscentrum Zorg in
Connectie | Karel De Grote Hogeschool
(KdG), Antwerpen

Maetens Arno Hoofd
Onderzoekscentrum Zorg in Connectie
KdG Research | Karel De Grote
Hogeschool (KdG), Antwerpen

Maher Naziha Expert mensen met een
migratieachtergrond | Kom Op Tegen
Kanker

Marrin Geert Lecturer & international
coördinator in Social Work | AP
Hogeschool, Antwerpen

Nelen Vera Directeur | Provinciaal
Instituut voor Hygiëne (PIH), Antwerpen

Nysmans Eric Directeur | Welzijnzorg
Kempem

Pardon Koen Ondersteunende klinische
wetenschappen – verantwoordelijk
voor het communicatie-onderwijs in
de basisopleiding Geneeskunde en
de master na master specialistische
geneeskunde | Vrije Universiteit Brussel
VUB

Sambre Sophie Accreditatie- en
kwaliteitscoördinator | MKL – algemeen
diensten en kwaliteit

Simons Pieter Jan Hoofddarts – medisch
directeur | AZ Voorkepen, Malle

Van Brussel Leen Stafmedewerker
gedragsinzichten en gezondheids-
ongelijkheid | Vlaams Instituut Gezond
Leven vzw

Van de Velde Sarah | Universiteit
Antwerpen – Departement Sociologie

Van Eeckhout Stefan
Zorgstrategie | Zorgbedrijf Antwerpen

Van Emelen Jan Arts | JVN Consult

Van Hal Guido Sociale Epidemiologie
en Gezondheidsbeleid | Universiteit
Antwerpen – Huisartsgeneeskunde en
Bevolkingsgezondheid

Van Overmeire Bart Arts
Kind en Gezin

Van Pelt Patricia Gezondheids-
promotor | Logo Antwerpen

Van Praag Lore | Universiteit Antwerpen –
Departement Sociologie

Van Royen Kathleen Gezondheids-
promotor – Onderzoeker
onderzoekscentrum Zorg in
Connectie | Karel De Grote Hogeschool
(KdG), Antwerpen

Van Tendeloo Paul Algemeen Directeur
Woonzorg Emmaüs

Vanceulebroeck Valerie Lector
Verpleegkunde | AP Hogeschool,
Antwerpen

Vermeiren Sofie Lector en onderzoeker
Verpleegkunde
AP Hogeschool, Antwerpen

Verté Dominique Gerontologie – Belgisch
onderzoekscentrum voor ouderen-
studies | Vrije Universiteit Brussel VUB

Weustenraad Ferre Seniorenexpert

UMCA

Hubens Guy Decaan Faculteit Genees-
kunde en Gezondheidswetenschappen
Universiteit Antwerpen

Verwimp Gino Directeur Faculteit Genees-
kunde en Gezondheidswetenschappen
Universiteit Antwerpen

Verbruggen Gert Coördinator UMCA
Universiteit Antwerpen

Eindredactie

Katrien Verreyken Departement
Taalkunde

Grafische vormgeving

Ann Roelant Nieuwe Media Dienst

© 2023 | Universiteit Antwerpen

