

Dossier: milieu en gezondheid



Huisartsen ervaren hoge werkdruk,
patiënten vinden niet altijd een vaste huisdokter:
project toegankelijke huisartsenpraktijken onderzoekt hoe het beter kan



HOE ONZE OMGEVING MEE ONZE GEZONDHEID BEPAALT

De gevolgen van klimaatverandering laten zich voelen: hittegolven, wateroverlast, nieuwe infectieziekten. Dit raakt niet alleen ons leefmilieu, maar ook onze gezondheid – en dus ook de zorg. Ook geluidsoverlast en de kwaliteit van onze binnenlucht hebben invloed op onze gezondheid.

Klimaatarts Jules Vertriest legt zijn focus vooral op hittegolven. Die komen steeds vaker voor, zijn intenser en houden langer aan dan vroeger. Daarnaast kunnen ook

overstromingen voor gezondheidsrisico's zorgen: vuil water kan ziektes veroorzaken, en in overstroomde huizen kunnen schadelijke schimmels zich nestelen in de natte muren. Vlaamse beleidsmakers richten steden en leefomgevingen zoveel mogelijk in om met de gevolgen van de klimaatverandering om te gaan, en ondersteunen burgers om hun huizen aan te passen aan deze omstandigheden. Denk maar aan het isoleren van woningen tegen oververhitting. “Vanuit het Departement



TOEGANKELIJKE HUISARTSENPRAKTIJKEN

Veel mensen hebben geen vaste huisarts. Sommige artsen hebben zelfs een patiëntenstop. Huisartsen zelf klagen over toenemende werkdruk. Daarom deed het Departement Zorg van de Vlaamse overheid in 2024 een oproep voor innovatieve projecten om huisartsenpraktijken op een efficiëntere manier te organiseren. “Alle functies zijn nodig om deze puzzel te leggen, van de werkvloer tot de minister.”



TWEDE MAZELENVACCIN VERVROEGD

Onlangs werd de toediening van de tweede vaccinatie tegen mazelen vervroegd. De beslissing kwam er niet zomaar: de afgelopen tijd waren er twee zware uitbraken van mazelen. “Door de vervroeging van het tweede vaccinatiemoment, zal iedereen bij wie de eerste dosis niet aansloeg, sneller een ‘tweede kans’ krijgen. Op die manier zullen we vroeger groepsimmunitet bereiken”, aldus Heidi Theeten van de afdeling Preventief Gezondheidsbeleid van het Departement Zorg.

Zorg focussen we op gezondheidseffecten”, aldus Jules Vertriest, “maar de oplossingen liggen breder. Samenwerken met andere sectoren en beleidsdomeinen is een must.”

Wie zelf gezond leeft, is fysiek beter gewaard tegen de hitte. Het project Gezonde Publieke Ruimte probeert onze leefomgeving zo in te richten dat ze uitnodigt om te bewegen, te rusten en af te spreken met andere mensen. “Door te ontharden en te vergroenen werk je tegelijk aan waterbeheer, hittestress, kindvriendelijke ruimtes, ontmoetingsplekken en mentaal welzijn. Het is een krachtige hefboom”, aldus Wim Verheyden van Gezondheidsmakers.

Werken aan een gezonde buitenlucht is noodzakelijk, maar ook de kwaliteit van de binnenlucht heeft veel invloed op onze gezondheid. Zowel thuis, als in zorgvoorzieningen. Dat binnen roken echt geen goed idee is, weten we allemaal. Maar ook minder opvallende bronnen van vervuiling van de binnenlucht, zoals een geurkaars of parfums, kunnen een invloed hebben op onze gezondheid. Het goede nieuws is dat we veel zelf in handen hebben: van de producten die we in huis halen, tot de manier van ventileren en verluchten.

Een laatste belangrijke link tussen milieu en gezondheid is geluidsoverlast. Uit het grootschalige burgeronderzoek De Oorzaak blijkt dat wegverkeer de

grootste bron van geluidsoverlast is. Het veroorzaakt gezondheidsproblemen zoals slaapttekort en stress. Natuurgeluiden worden dan weer unaniem als positief ervaren. Dat brengt nog maar eens de bevestiging dat investeren in meer groen niet alleen ecologisch of esthetisch waardevol is, maar ook rechtstreeks bijdraagt aan gezondheid en welzijn.

Je leest alles over de link tussen milieu en gezondheid in ons dossier vanaf p.11.

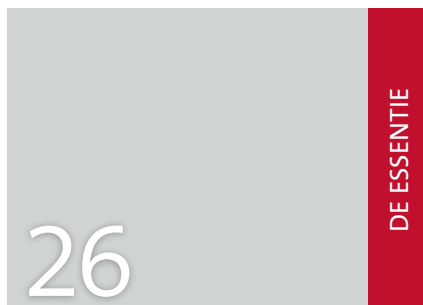
Liesbeth Van Braeckel,
Hoofdredacteur Weliswaar



DOSSIER

MILIEU EN GEZONDHEID

De gevolgen van klimaatverandering laten zich voelen: hittegolven, wateroverlast, nieuwe infectieziekten. Dit raakt niet alleen ons leefmilieu, maar ook onze gezondheid – en dus ook de zorg. “Hittegolven komen vaker, duren langer en zijn intenser dan vroeger. Onze taak is om mensen daar zo goed mogelijk tegen te beschermen”, aldus klimaatarts Jules Vertriest.



DE ESSENTIE

DE ESSENTIE VOLGENS ALAIN REMUE

30 jaar lang stond hij aan het hoofd van de Cel Vermiste Personen. Bij zijn afscheid van het werkende leven kijkt Alain Remue terug op een rijkgevulde carrière waarin hij vaak samenwerkte met hulp- en zorgverleners: “Werken bij de Cel Vermiste Personen is een job die soms toelaat om het verschil te maken tussen leven en dood. Je moet het aankunnen, maar als je het aankan, is het een hele mooie job.”



DENKERS IN WELZIJN

DE DENKER: LODE GODDERIS

Als we ons niet anders organiseren, wordt het toenemende aantal langdurig zieke mensen onhoudbaar voor ons socialezekerheidsstelsel. De krappe arbeidsmarkt lijdt eronder, maar ook de betrokken langdurig zieken zelf. Om meer mensen aan het werk te krijgen, pleit Lode Godderis voor een mentaliteitswijziging: benader langdurig zieken positief.

Omslagillustratie Pieter Van Eenoghe

Naar minder werkdruk voor huisartsen en meer toegankelijkheid voor patiënten

INNOVATIEVE PROJECTEN ONDERZOEKEN TOEGANKELIJKHEID HUISARTSEN

Veel mensen hebben geen vaste huisarts. Sommige artsen hebben zelfs een patiëntenstop. Huisartsen zelf klagen over toenemende werkdruk. Daarom deed het Departement Zorg van de Vlaamse overheid in 2024 een oproep voor innovatieve projecten om huisartsenpraktijken op een efficiëntere manier te organiseren. Zeven projecten in verschillende regio's onderzoeken nu twee jaar lang op welke manieren dat kan.

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto's Domus Medica & Jan Locus

Imke Pichal, zorgstroomcoach bij Domus Medica, coacht de zeven projecten en zorgt dat hun kennis en informatie gedeeld worden. Domus Medica is de grootste huisartsenvereniging van Vlaanderen. Ze verdedigt de belangen van huisartsen en ondersteunt hen met kennis. Met projecten speelt Domus Medica in op concrete noden, zoals nu met de toegankelijkheid van huisartsen, het afstemmen van het aanbod op de vraag, en de verlaging van de werkdruk voor artsen. Domus Medica trok samen met partners als Vivel en VVSG aan de alarmbel na de melding van een stijgend aantal patiëntenstops en klachten over hoge werkdruk. Wat de innovatieve projecten dan exact onderzoeken? “Wat hebben huisartsen bijvoorbeeld nodig om

hun praktijk anders te kunnen organiseren? Welke zorgen en drempels ervaren ze?”, steekt Imke van wal. “Een aspect daarvan is Vlaamse en federale regelgeving waarop huisartsen botsen. Elk project heeft drie verplichte projectpartners: een huisartsenkring, een eerstelijnszone en een lokaal bestuur. In de begeleidingsgroep zijn VVSG, Vivel, Domus Medica, het ICHO, KPMG en uiteraard het Departement Zorg actieve partners. We willen dat het een breed gedragen verhaal wordt.”

VICIEUZE CIRKEL

Een andere kwestie is de ongelijke verdeling van huisartsen over het land. “We merken bijvoorbeeld dat universiteitssteden waar

“Alle functies zijn nodig om deze puzzel te leggen, van de werkvloer tot de minister.”

(IMKE PICHAL, DOMUS MEDICA)

de opleiding huisartsengeneeskunde wordt gegeven meestal voldoende artsen hebben. Mensen studeren daar geneeskunde en blijven er na hun studies hangen”, legt Imke uit. “De ongelijke verdeling zorgt voor een vicieuze cirkel. In regio's waar er voldoende huisartsen zijn, is het aangenaam om te werken. Daar heb je als arts tijd om extra zaken te doen of je af en toe bij



IMKE PICHAL, DOMUS MEDICA:

“Het is een vicieuze cirkel: in regio’s waar veel huisartsen zijn, is het aangenamer om te werken als huisarts, want je hebt voldoende tijd voor patiënten en eventuele bijscholingen. Daardoor worden huisartsenrijke regio’s rijker, en huisartsenarme regio’s armer.”

te scholen. Nieuwe huisartsen zullen zich graag in een praktijk in die regio’s vestigen. Zo worden huisartsarme regio’s armer en huisartsrijke regio’s rijker.” Kunnen we jonge artsen doen verhuizen naar regio’s waar ze nodig zijn? “Dat is complexer dan het lijkt. Artsen hebben soms al kinderen wanneer ze afstuderen. Ze willen dus graag wonen waar goede kinderopvang is, onderwijs en betaalbare woningen. Vast staat dat er geen toveroplossing is. Net daarom is het zo zinvol dat zeven projecten heel bottom-up, vanuit de huisartsen, hierop kunnen werken. Centraal staat het belang van verandering en het erkennen van de uitdagingen die hierbij komen kijken. Mensen moeten hun – soms

jarenlange – manier van werken aanpassen en dat vraagt gerichte aandacht, dat gebeurt niet zomaar automatisch.”

Bijkomend staan we voor een aankomende pensioengolf, die vooral een probleem vormt in de landelijke gebieden waar er nog heel wat solo-artsen zijn met veel patiënten. “Vaak zijn het huisartsen wiens partner de administratie verzorgt, waardoor de arts zelf veel uren kan kloppen. Hun patiënten zullen binnenkort ‘op straat te staan’. Jongere artsen gaan vaker voor een goeie work-lifebalance, in een groepspraktijk, waar ze makkelijker vakanties en ouderschapsverlof kunnen regelen. Het is dan niet altijd evident om

die patiënten te verdelen over de nieuwe huisartsenpraktijken.”

LOKALE BESTUREN EN REGELGEVING

Wat kan een lokaal bestuur hierin betekenen? “Het welzijn van de inwoners is een belangrijke taak van een lokaal bestuur”, vindt Imke. “Elke gemeente heeft wel een dienst voor jeugd en voor vrije tijd. Maar gezondheidsambtenaren zijn er bijna niet. Zo’n ambtenaar zou burgers kunnen sensibiliseren wanneer je naar de dokter gaat en wanneer niet, om de werkdruk van de artsen te helpen verlichten. Maar die kan ook aanspreekpunt zijn

**SABIEN VAN RAMPENBERG,
ODISEE HOGESCHOOL:**

“De patiënten gezondheidsvaardigheden bijbrengen zodat ze aan zelftriage kunnen doen en een goed triagesysteem kunnen de werkdruk helpen verlagen. Je hoeft niet met elke klacht de dag zelf naar de dokter, sommige zaken kunnen gerust even wachten.”

voor bijvoorbeeld een huisartsenkring om samen te werken aan huisartsentoegankelijkheid. Informatiedoorstroming tussen lokale besturen en huisartsen, via de huisartsenkring, over nieuwe verkavelingen en hoe daarin huisartsenpraktijken een plek kunnen krijgen: dat kan bijvoorbeeld een quick win zijn. Dat lijkt eenvoudig, maar het gebeurt nog te weinig. Er kan proactiever en analytischer gewerkt worden.”

Een van de projecten werkt een externe, coöperatieve verpleegpost uit. Huisartsen kunnen er een beroep op doen voor bloedafnames of de begeleiding van diabetespatiënten. Op die manier moeten ze in hun eigen praktijk geen verpleegkundige tewerkstellen. “Er speelt dan wel wat regelgeving rond onder andere premies mee, en nog wat zaken die het soms wat ingewikkeld kunnen maken. Gelukkig volgt het Departement Zorg in ons projectteam en in de begeleidingsgroep alles van zeer

nabij op, zodat die als brug naar het beleidsniveau kan fungeren. Alle functies zijn nodig om deze puzzel te leggen, van de werkvloer tot de minister.”

Sabien Van Rampelberg is coördinator Healthcare Management aan de Odisee Hogeschool. Ze onderzoekt mee hoe de toegankelijkheid van huisartsen verbeterd kan worden in de regio rond Aalst. “Na een literatuurstudie om het probleem en de

mogelijke oplossingen te omschrijven, ondernamen we meteen al een aantal acties. Sommige huisartsen zullen een beroep doen op een telesecretariaat om de administratie te regelen. Een andere praktijk zal een verpleegkundige inschakelen om taken over te nemen. Andere artsen zullen zich verenigen in een groepspraktijk en bekijken hoe ze best kunnen samenwerken.”



“Topdokters en specialisten krijgen op tv een heldenprofiel. Het imago van de huisarts is misschien wat saaier, terwijl het zo’n dynamische en gevarieerde job is waarin je echt iets betekent voor de patiënt.”

(SABIEN VAN RAMPENBERG, ODISEE HOGESCHOOL)

TRIAGE EN ZELFTRIAGE

“Een goed triagesysteem zou ook kunnen helpen”, denkt Sabien. “In Vlaanderen kennen we dat niet – of toch niet overal op dezelfde manier – maar in Nederland bestaat er al een landelijk gevalideerd triagesysteem. Assistenten kunnen je als patiënt dan bijvoorbeeld vertellen dat de huisarts je een voorschrift zal bezorgen. Of dat je rechtstreeks advies kan vragen aan een apotheker, dat je bij de verpleegkundige terecht kan, dat je dringend bij de arts moet komen, of dat het nog wel even kan wachten en dat je twee dagen later een afspraak krijgt. Artsen moeten dan wel vertrouwen hebben in wie de triage doet of in de verpleegkundige die taken op zich neemt. Ze moeten er ook op vertrouwen dat die medewerkers de raad van de arts invoeren als het nodig is.”

Zelftriage hebben we in Vlaanderen nog niet allemaal onder de knie. “Niet alle patiënten hebben voldoende gezondheidsvaardigheden. Ook daarvoor kunnen we een blik over de grens werpen. Nederland werkt met de vragenlijst ‘Moet ik naar de dokter?’. Dat systeem wordt bij ons ook uitgetest in verschillende eerstelijnszones. Mensen moeten dan de reflex krijgen om naar de lijst te kijken of naar de richtlijnen op Gezondheid en Wetenschap. Zo kan je misschien gewoon thuis uitzieken of nog even afwachten om een dokter te consulteren.”

Quota voor huisartsen werden al opgetrokken, maar een specialist die geen werk vindt – die bestaan – zou ook geheroriënteerd kunnen worden naar huisartsgeneeskunde. Dat blijkt in de praktijk niet zo makkelijk, legt Sabien uit: “Specialisten die zich tot huisarts willen omscholen moeten nog twee jaar extra opleiding volgen. Dat verfijnen en beter

afstemmen op de competenties die de arts al heeft, zou ervoor zorgen dat er sneller huisartsen kunnen bijkomen. Maar zo’n assessment opstellen vraagt veel inspanning, en individuele programma’s opstellen ook. Een geriater heeft een van de langstlopende opleidingen, maar heeft geen pediatrie of verloskunde in zijn programma gehad. Die kunnen misschien wel snel huisarts worden. Misschien kunnen ze meelopen op de werkplek en al doende leren? Of in een groepspraktijk enkel de oudere patiënten behandelen? Er zijn verschillende mechanismen mogelijk.”

HET IMAGO VAN DE HUISARTS

Topdokters op tv geven specialisten een heldenprofiel, mensen kijken naar hen op. Hebben huisartsen misschien een wat saaier imago? “Terwijl het zo’n dynamische en gevarieerde job is”, vindt Sabien. “Je betekent echt iets voor de patiënt en bij uitbreiding voor zijn gezin. Het is een magere troost dat zo goed als alle Europese landen met gelijkaardige problemen te kampen hebben: hoge werkdruk, zoeken naar work-lifebalance, de pensioengolf, het lagere loon in vergelijking met dat van specialisten. Het beroep mag een beetje sexy gemaakt worden, vind ik. Er zou een goed rolmodel mogen ontstaan. We kennen allemaal een paar namen van specialisten, maar er zijn weinig of geen bekende huisartsen. Terwijl huisartsen ook mee onderzoek ondersteunen en academisch werk doen. Dat is weinig geweten. Hoe meer ik het beroep leer kennen, hoe mooier ik het begin te vinden”, besluit Sabien.

WERKGELUK IS VAN BELANG

Alice Traen van de huisartsenkring HABO Brugge coördineert het project in haar regio. “We onderzoeken op dit moment hoe het delegeren van managementtaken tijd kan vrijmaken om meer met de patiënt bezig te zijn. Maar de praktijken bepalen wel zelf wat ze willen uitbesteden en wat niet. We voelen dat de dokters in onze regio klaar zijn om het ‘huisarts zijn’ op een andere manier te bekijken. Hoe kan je je als huisarts organiseren in een groepspraktijk? Moet je dan mensen in dienst nemen? Of kan het met externe partners die administratie en secretariaat ondersteunen? Als we erover praten, merken we dat het heel wat losmaakt. We proberen nu alle taken die huisartsen achter de schermen doen te benoemen, en proberen te ontdekken of ze die al dan niet interessant vinden. Want werkgeluk is het allerbelangrijkste. Heb jij die afwisseling tussen zorgen en managementtaken nodig om gelukkig te zijn als huisarts? Prima, dan heb je waarschijnlijk geen externe hulp nodig. Maar weet dat het kan als het je kan helpen, als je echt geen tijd hebt om alles zelf te doen.”

Uit hun onderzoek blijkt dat de huisartsen in de Brugse regio nu al heel wat werk uit handen geven, van verpleegkundige tot administratieve taken. “Dat betekent wel dat er meer nadruk komt te liggen op de zwaardere zorgtaken en de organisatorische taken. Als we die laatste ook nog wegnemen, blijven enkel de zware zorgtaken over. We moeten ons afvragen of we dan echt de werkdruk aan het verlagen zijn”, aldus Alice. “Het leuke aan het beroep is net de afwisseling. We geloven dat taakdelegatie een stuk van de oplossing is om meer patiënten te kunnen zien. Op voorwaarde dat het past bij wie erbij betrokken is.”



**ALICE TRAEN,
HUISARTSENKRING HABO:**

“Managementtaken uitbesteden kan ervoor zorgen dat de huisarts meer tijd heeft voor consultaties. Maar werkgeluk staat voorop. Een gelukkige huisarts is een goede huisarts.”

Op dit moment ligt in het West-Vlaamse project de focus op Blankenberge. “We hopen dat er zoveel mogelijk Blankenbergse huisartsen meedoen met ons project. Er zijn drie stappen. We beginnen met een praktijkscan om alle mogelijke taken in een praktijk op te lijsten. We onderzoeken hoeveel tijd en geld alles kost, zodat we meer inzicht krijgen in de werking. Vervolgens gaan we

de taken waarderen: wat loopt er goed, wat niet? Tot slot zullen we toepassen wat we vastgesteld hebben, door taken uit te besteden en op die manier tijd vrij te maken voor patiënten. We zullen dat alles moeten uitleggen aan artsen, maar zeker ook aan patiënten. Als we bij iedereen een begrip kunnen opwekken, kunnen we tot een beter systeem komen. We delen onze bevindingen met de andere

deelnemende projecten en in een latere fase nog ruimer over heel Vlaanderen. We merken dat mensen ermee aan de slag gaan. Op die manier zetten we stappen in de richting van meer toegankelijke huisartsenpraktijken.”

» www.departementzorg.be/nl/zorgstroomcoach

Vervroeging vaccin zorgt voor snellere groepsimmunititeit

HET TWEEDE MAZELENVACCIN KRIJG JE ALS JE TWEE BENT

Onlangs werd de toediening van de tweede vaccinatie tegen mazelen vervroegd. De beslissing kwam er niet zomaar. De afgelopen tijd waren er twee zware uitbraken van mazelen, waarbij een aantal kinderen in het ziekenhuis belandde en zelfs stierf. Met de vervroeging van de tweede prik bereiken we sneller groepsimmunititeit en kunnen we opflakeringen vermijden.

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto Opgroeien

Het vaccin is een combinatievaccin mazelen/bof/rubella. Hoe werkt dit?

Heidi Theeten, afdeling Preventief Gezondheidsbeleid Departement Zorg: “In een vaccin zit verzwakt virus dat lijkt op het ziekmakende virus. Je immuunsysteem herkent het wel ondanks dat het een verzwakte versie is. Je immuunsysteem gaat aan het werk om antistoffen te maken, maar je wordt er niet ziek van. Waarom twee keer? Soms wordt het vaccin de eerste keer niet herkend door het immuunsysteem, maar meestal lukt het de tweede keer wel.”

Waarom werd het tot nu toe aan tienjarigen gegeven?

“Vroeger werd de prik tegen rode hond (rubella) kort voor de puberteit gegeven, zodat jongeren immuun zouden zijn voor ze seksueel actief worden. Toen het rubellavaccin vervangen werd door het combinatievaccin mazelen/bof/rubella is dat moment gehandhaafd.”

De vervroeging komt er niet zonder reden dit jaar. We kenden enkele stevige

uitbraken waarbij kinderen met de mazelen in het ziekenhuis belandden en zelfs overleden.

“Klopt, en de meeste gevallen waren kinderen tot tien jaar, dus tot de leeftijd waarop ze het tweede vaccin krijgen. Vandaar de vervroeging.”

“Het vraagt extra tijd om ouders uit te leggen waarom het vaccin vervroegd is. Dit is nodig om hen gemotiveerd een keuze te laten maken.”

Tine Cornelissen, adviserend arts Opgroeien, “Bij Kind en Gezin vaccineren we zo’n 85% van de pasgeboren kindjes een eerste keer. Tel daar de vaccinaties door huisartsen, kinderartsen en CLB’s bij, en dan komen we op een percentage boven 95% uit. Dat is een hoog bereik. Onze medewerkers zetten er dan ook sterk op

in om ouders te informeren. Nu is het zaak om ook voor de tweede prik tot een goed bereik te komen. De cijfers voor de consultatiemomenten zijn al goed, nu moeten we hen meenemen in die verandering rond de tweede vaccinatie.”

Heidi Theeten: “Het doel is met de tweede prik ook tot een cijfer van 95% te komen. Met het vervroegen van de tweede mazelenprik krijgen we meer kansen om een inhaalvaccin toe te dienen later in de lagere school, terwijl de eerste prik tot nu toe redelijk laat in de lagerschoolcarrière werd toegediend. Na de lagere school veranderen kinderen vaker van school, en ontsnappen ze zo wel eens aan het aanbod. Dat hopen we nu te vermijden. De kinderen bij wie het eerste vaccin niet aanslaat, krijgen nu sneller een ‘tweede kans’ waardoor we sneller de groepsimmunititeit zullen bereiken.”

Loopt er nu dan tijdelijk een dubbel traject voor kinderen tussen twee en tien jaar oud?

Heidi Theeten: “Voor kinderen in die leeftijdscategorie zal er inderdaad een

Door de vervroeging van het tweede vaccinatiemoment, zal iedereen bij wie de eerste dosis niet aansloeg, sneller een 'tweede kans' krijgen. Op die manier zullen we vroeger groepsimmunititeit bereiken.

inhaalbeweging plaatsvinden. De CLB's en Kind en Gezin gaan nu tijdelijk dubbel werk doen. Kind en Gezin zal nu zowel de één- als tweejarigen vaccineren, en het CLB zal in plaats van in het vierde leerjaar, de tweede mazelenprik terugschuiven naar het tweede leerjaar, zodat ze toch iets vroeger volledig beschermd zijn."

Tine Cornelissen: "We voeren sowieso de consultatiegesprekken op met ouders met kindjes van twee jaar en tweeëneenhalf jaar. Daarbij gebeurt nog veel meer dan enkel vaccineren. We kijken naar de algemene ontwikkeling en groei, en gaan in gesprek met ouders over gezondheid, opvoeding en zindelijkheid. Dit spuitje komt er extra bij. En dan gaat het niet over het prikken zelf. We leggen ook uit waarom de vaccinatie vervroegd is. Dat vraagt extra tijd. Maar die is vaak nodig om mensen te overtuigen om erin mee te gaan, zodat ze gemotiveerd een keuze kunnen maken. Soms zijn ze niet meteen overtuigd, maar ouders blijven altijd welkom bij ons als ze hun kind alsnog willen laten vaccineren: die deur blijft altijd open."

Is er een grotere groep mensen die minder vertrouwen heeft in vaccins?

Tine Cornelissen: "We zetten in gesprekken echt in op het vertrouwen van ouders. We zien dat niet zakken, het stijgt zelfs lichtjes. Ouders stellen vragen, en dat is prima. Ze moeten die kunnen en durven stellen. We hebben liever dat ze ons vragen stellen,



dan dat ze achter de schermen wantrouwig zijn."

Heidi Theeten: "Kinderen kunnen erg ziek worden van mazelen als ze niet gevaccineerd zijn, tot ziekenhuisopname toe. En als niet-gevaccineerde volwassene kan je even ziek worden als wanneer je het als kind krijgt. We horen mensen soms zeggen: had ik geweten dat het zo'n ingrijpende ziekte was, had ik wel laten vaccineren. Maar mensen kennen de mazelen niet meer, net omdat er zo weinig

uitbraken zijn. Je hoort het zelden of nooit in je vriendenkring."

Tine Cornelissen: "Ik geef tot slot graag een pluim aan onze artsen en verpleegkundigen voor de manier waarop ze deze verandering aanpakken. Het prikje is maar een klein onderdeel van het geheel. Je moet vragen beantwoorden, iedereen geruststellen. Dat vraagt extra tijd en werk, maar dat nemen ze er met plezier bij om mensen met vertrouwen te laten kiezen voor het vaccin."



DOSSIER: MILIEU EN GEZONDHEID

De gevolgen van klimaatverandering laten zich voelen: hittegolven, wateroverlast, nieuwe infectieziekten. Dit raakt niet alleen ons leefmilieu, maar ook onze gezondheid – en dus ook de zorg. Ook binnenlucht en geluidsoverlast hebben een invloed op onze gezondheid. Je leest er alles over in dit dossier.

De gevolgen van de klimaatverandering dwingen ons tot actie

IS ER EEN KLIMAATARTS IN DE ZAAL?

De gevolgen van klimaatverandering laten zich voelen: hittegolven, wateroverlast, nieuwe infectieziekten. Dit raakt niet alleen ons leefmilieu, maar ook onze gezondheid – en dus ook de zorg. Bij het Departement Zorg werkt sinds dit jaar een klimaatarts. Jules Vertriest legt hoe hij zorgverleners kan helpen.

Tekst Astrid De Vos | Foto Bart Van Gansen

VAN HITTEGOLVEN TOT WATEROVERLAST

Waar een arts doorgaans een breed medisch domein bestrijkt, legt **Jules Vertriest** zich volledig toe op de impact van klimaat op onze gezondheid. In zijn team werkt hij samen met biologen en epidemiologen die gespecialiseerd zijn in infectieziekten, vervuiling of organismen die ziekteverwekkers overdragen, zoals muggen. “Juist omdat iedereen vanuit een andere invalshoek kijkt, krijgen we samen een breed en veelzijdig beeld van de link tussen klimaat en gezondheid”, legt hij uit.

De focus van Vertriest ligt vandaag vooral op hitte en overstromingen. “Hittegolven zijn de grootste uitdaging. Ze komen vaker voor, duren langer en zijn intenser dan vroeger. Dat vraagt om actie. Zeker in Vlaanderen zijn sommige regio's bijzonder kwetsbaar.” Ook wateroverlast brengt risico's met zich mee. “Het gevaar

voor de bewoners is groot. Besmet water kan ziektes verspreiden. Huizen die onder water hebben gestaan, hebben te maken met hardnekkige schimmelvorming. Ook dat zijn ernstige gezondheidsrisico's.”

Kwetsbaarheid zit niet alleen in het klimaat, maar ook in de leefomstandigheden. “Wie in een slecht geïsoleerd huis woont, in een stad waar het 's nachts amper afkoelt en waar weinig groen is, kan de warmte nauwelijks buitenhouden. Maatschappelijk kwetsbare groepen en ouderen lopen daardoor extra risico.”

ZORGINSTELLINGEN VOORBEREIDEN

Klimaatverandering treft niet enkel de burger, maar ook de zorgsector. “Zijn woonzorgcentra of psychiatrische ziekenhuizen voorbereid als hun gebouwen onder water komen te staan? Weet iedereen wat te doen bij extreme hitte? Dat zijn

vragen die vandaag al relevant zijn en waar we ons op moeten voorbereiden.”

Het Departement Zorg ontwikkelt preventief beleid en werkt daarbij samen met andere beleidsdomeinen. Vertriest: “Klimaat raakt alles. Vanuit het Departement Zorg kijken wij naar de gezondheidseffecten, maar de oplossingen liggen breder. Hoe richten we onze steden en woningen in? Welke rol kan groen spelen bij het afkoelen van de leefomgeving? En hoe ondersteunen we mensen die de middelen niet hebben om hun huis aan te passen? Samenwerking met andere sectoren en beleidsdomeinen is onmisbaar.”

HOE KUNNEN BURGERS ZICH WAPENEN?

Ook burgers kunnen een rol spelen. “Een gezonde levensstijl is de eerste verdedigingslinie”, legt Vertriest uit. “Wie in goede gezondheid verkeert, is minder kwetsbaar



JULES VERTRIEST, KLIMAATARTS:

“Klimaat raakt alles.

Vanuit het Departement Zorg kijken we naar de gezondheidseffecten, maar de oplossingen liggen breder.”

toeleggen op klimaat en gezondheid”, legt Vertriest uit. “Voor mij is dit een logische combinatie van mijn twee achtergronden: geneeskunde en bedrijfskunde. Ik kijk graag naar systemen en hoe je die kan sturen. In deze functie kan ik mijn medische kennis koppelen aan dat bredere systeemdenken. Door op beleidsniveau te werken, bescherm je veel meer mensen tegelijk. De totale impact is dus groter.”

Betrouwbare informatie is daarbij cruciaal. “Er circuleert veel informatie over klimaat en gezondheid, maar niet alles klopt. Op de website van het Departement Zorg vind je goed onderbouwde informatie: van hoe je moet omgaan met hittegolven tot de bescherming tegen muggen. Zorgverleners kunnen daar terecht om hun patiënten en cliënten te informeren en praktische tips mee te geven.”

SAMEN VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN

Vertriest benadrukt dat klimaatverandering geen ideologisch vraagstuk is, maar een feitelijke realiteit. “Zelfs zonder klimaatverandering zouden we nog altijd te maken krijgen met hittegolven en wateroverlast. Het verschil is dat ze nu vaker en heviger worden. Onze taak is om daar zo goed mogelijk op voorbereid te zijn en mensen zo veel mogelijk te beschermen.”

“Hittegolven komen vaker, duren langer en zijn intenser dan vroeger. Onze taak is om mensen daar zo goed mogelijk tegen te beschermen.”

bij extreme hitte of andere klimaateffecten. We zien bijvoorbeeld dat mensen met hart- en vaatziekten een hoger sterfterisico hebben tijdens hittegolven. Daarnaast

zijn er praktische tips. Hou je woning koel door overdag de rolluiken naar beneden te doen, 's nachts ramen open te zetten, schaduw te creëren en groen in de buurt te behouden of aan te planten. Kleine ingrepen maken een groot verschil.”

NIEUWE TITEL

De titel ‘klimaatarts’ klinkt nieuw, maar de werking bestaat al langer. “Vroeger nam een collega-arts deze rol op naast haar andere taken. Intussen is er bewust voor gekozen om er een voltijdse functie van te maken, zodat iemand zich volledig kan

Gezonde binnenlucht bevordert kwaliteitsvolle zorg

“BINNENLUCHTKWALITEIT IS CRUCIAAL, ZEKER VOOR KINDEREN EN OUDEREN”

We brengen het grootste deel van onze tijd binnen door: thuis, op school, op het werk of in zorgvoorzieningen. De kwaliteit van die binnenlucht heeft een rechtstreekse invloed op ons welzijn en onze gezondheid. Toch krijgt het thema vaak minder aandacht dan voeding of beweging. “Binnenluchtkwaliteit is cruciaal, zeker voor kwetsbare groepen zoals kinderen en ouderen”, benadrukt Marianne Stranger, onderzoeker bij onderzoekscentrum VITO.

Tekst Astrid De Vos | Foto Jan Locus.

WAT ZIT ER IN ONZE BINNENLUCHT?

“Tot een twintigtal jaar geleden dacht men bij luchtkwaliteit vooral aan de buitenlucht, met beelden van druk verkeer, fabrieksschoorstenen en fijn stof”, vertelt **Marianne Stranger**. “Maar intussen weten we dat ook de lucht binnenshuis een grote impact heeft op onze gezondheid. Zodra je een deur of raam sluit, creëer je een eigen binnenmilieu. En dat kan heel verschillend zijn van de buitenomgeving.”

Volgens Stranger hangt de kwaliteit van binnenlucht af van meerdere factoren. “De omgeving speelt mee: buitenlucht op het platteland is anders dan in de stad. Ook de gebouwschil is bepalend. In een passief-huis kan je via gecontroleerde ventilatie filteren wat er binnenkomt, terwijl in een oud huis met kieren ventilatie spontaan gebeurt, maar tegelijk veel warmte verloren gaat.”

Daarbovenop komen de materialen en activiteiten binnenshuis. “Nieuwe meubels of vloerbekleding stoten in de eerste maanden vluchtige stoffen uit. En poetsmiddelen, luchtverfrissers of roken zorgen voor extra belasting van de luchtkwaliteit. Ook koken, frituren en zelfs douchen hebben hun invloed. Zonder voldoende ventilatie stapelt dat allemaal op. Bewoners worden dan blootgesteld aan veel hogere concentraties schadelijke stoffen dan buiten.”

GEZONDHEIDSRISICO'S EN OPLOSSINGEN

De gezondheidsrisico's zijn reëel. “Roken binnen is bijvoorbeeld een van de slechtste dingen die je kan doen. Maar ook minder opvallende bronnen, zoals geurkaarsen of parfums, dragen bij. Je wordt daar niet meteen ziek van, maar langdurige blootstelling kan wel leiden tot irritatie, astma of allergieën.”

MARIANNE STRANGER, VITO:

“Dat binnen roken slecht is, is evident. Maar ook minder opvallende bronnen, zoals geurkaarsen of parfums, dragen bij aan gezondheidsrisico's.”





ANN BEUSEN, VIPA:

“Tijdens corona zagen we dat voorzieningen niet altijd wisten of het aanwezige ventilatiesysteem ook de gewenste binnenluchtkwaliteit kon leveren.”

HET KWALITEITS-KADER VENTILATIE

Individuele keuzes en gewoontes maken dus al een groot verschil. “Door bewust om te gaan met productgebruik, door tijdens en na het schoonmaken extra te verluchten, of door een dampkap te gebruiken bij het koken, kan je al veel winst boeken”, zegt Stranger. “Elke kleine aanpassing maakt een verschil. Het draait om weten wat je binnenhaalt en hoe je je ruimte ventileert en verlucht.”

VAN ONDERZOEK NAAR BELEID EN PRAKTIJK

Maar ook in collectieve settings zoals kinderopvang en woonzorgcentra is opvolging en preventie cruciaal. Daarom voerde VITO, in opdracht van het Departement Zorg, al verschillende meetcampagnes uit. “Uit een studie in 17 opvanglocaties bleek bijvoorbeeld dat de ventilatie in opvanglocaties vaak ondermaats is”, vertelt Stranger. “Daaruit blijkt hoe onderzoek beleid kan versterken: deze vaststelling is een argument om verder in te zetten op de binnenluchtkwaliteit in kinderopvanglocaties.”

Ook bij heel concrete vragen van burgers, scholen of zorgvoorzieningen werken beide organisaties samen. “Wanneer een arts vermoedt dat gezondheidsklachten te maken hebben met het binnenmilieu kan dat via Gezondheidsmakers bij ons terecht komen”, legt Stranger uit. “In overleg met het Departement Zorg kunnen wij dan een meetplan opstellen. Dat kan bijvoorbeeld uitwijzen dat een ventilatiesysteem verkeerd afgesteld is, of dat een combinatie van bouwmaterialen een chemische reactie veroorzaakt. Zo'n inzichten helpen ons om gericht advies te geven en samen oplossingen aan te reiken.”

De coronacrisis maakte het belang van gezonde binnenlucht in zorgvoorzieningen pijnlijk zichtbaar. **Ann Beusen** van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) legt uit: “Vanaf 2003 werd mechanische ventilatie verplicht bij grotere nieuwbouw zorgprojecten met VIPA-subsidie. Toch zagen we tijdens corona dat voorzieningen niet altijd wisten of het aanwezige ventilatiesysteem ook de gewenste binnenluchtkwaliteit kon leveren.” **Sara Benoy** van het Departement Zorg vult aan: “De generieke richtlijn was vaak: ‘zet de ramen open’. Maar in een woonzorgcentrum is dat niet altijd haalbaar of zinvol. Daarom hadden voorzieningen nood aan duidelijke en werkbare richtlijnen.” Zo ontstond het kwaliteitskader ventilatie. “Dat kader moet voorzieningen houvast geven,” vervolgt Benoy. “Het bestaat uit vier bouwstenen die er samen voor zorgen dat ventilatie geen losse actie blijft, maar structureel ingebed raakt in de werking van een voorziening.”

“De urgentie van de coronajaren is wat weggeëbd, maar het bewustzijn rond gezonde binnenlucht is sterker dan vroeger.”

Voor Benoy gaat het vooral om de vertaalslag van theorie naar praktijk: “Niet elke medewerker hoeft de technische details te kennen. Belangrijk is dat men begrijpt wat gezonde lucht betekent voor bewoners en medewerkers, en dat men de juiste stappen zet om dat te bereiken. Met het

kwaliteitskader maken we die drempel zo laag mogelijk.” Het bewustzijn rond gezonde binnenlucht is dus sterker dan vroeger, maar de praktijk blijft uitdagend. Zorgverleners hebben al veel taken, en luchtkwaliteit behoort niet tot hun kerntaken. “Net daarom is het belangrijk dat we ondersteuning bieden”, zegt Benoy. “Een gezonde omgeving is een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle zorg.”

SARA BENOY, DEPARTEMENT ZORG:

“Het gaat er niet om dat elke medewerker alle technische details kent. Wel dat men begrijpt wat gezonde lucht betekent voor bewoners en medewerkers, en dat men de juiste stappen zet om dat te bereiken.”



» Lees op www.weliswaar.be hoe zorgvoorzieningen vandaag extra steun krijgen om hun binnenluchtkwaliteit te verbeteren.

De publieke ruimte als hefboom voor gezondheid

“WE WILLEN HET DE VLAMING MAKKELIJKER MAKEN OM GEZOND TE LEVEN”

Onze leefomgeving heeft een grote invloed op onze gezondheid. Toch staat ze vandaag stevig onder druk. Denk aan luchtverontreiniging, geluidshinder, hittestress of het verlies aan biodiversiteit. Het project Gezonde Publieke Ruimte helpt lokale besturen om hun omgeving zo in te richten dat ze gezondheidsrisico's beperkt en gezonde keuzes vanzelfsprekend maakt.

Tekst Astrid De Vos | Foto Gezondheidsmakers

“Met Gezonde Publieke Ruimte streven we naar een leefomgeving die beschermt tegen schadelijke invloeden, gezondheid bevordert en gezonde keuzes vanzelfsprekend maakt”, vertelt **Wim Verheyden**, preventiewerker bij Gezondheidsmakers. “In de publieke ruimte komen heel wat thema's samen: luchtkwaliteit, hittestress en geluidshinder, maar ook bewegen, voedselomgeving en mentaal welzijn.”

Zijn collega **Jonas Zondag** vult aan: “Een omgeving die uitnodigt tot bewegen, rusten en elkaar ontmoeten maakt gezonde keuzes meer vanzelfsprekend. Kort gezegd: we willen het de Vlaming makkelijker maken om gezond te leven.”

Deze integrale visie werd vastgelegd in de gezondheidsdoelstelling Milieu-gezondheidszorg. Deze gezondheidsdoelstelling wil Vlamingen gezonder laten leven door de impact van klimaatverandering

“De publieke ruimte kan de gezondheid tegelijk beschermen en bevorderen.”

te beperken, de blootstelling aan zeer zorgwekkende stoffen te verminderen en omgevingsfactoren zoals luchtvervuiling en geluidshinder aan te pakken.

EEN BREDE METHODIEK

Het project Gezonde Publieke Ruimte bestaat sinds 2018 en werd vanaf 2019 geïmplementeerd bij lokale besturen. “Het is geen afgebakend eindpunt, maar een proces”, aldus Verheyden. Corona gaf het project een onverwachte duw in de rug. Zondag: “Mensen waren meer aangewezen op hun directe leefomgeving. Ze merkten dat hun buurt vaak erg verhard was, of

dat wandelen en fietsen niet altijd aangenaam of veilig waren. Dat zorgde voor extra bewustzijn rond het belang van een gezonde publieke ruimte.”

SAMENWERKING OVER DIENSTEN HEEN

Een belangrijke pijler van het project is de samenwerking met lokale besturen. “Gezondheid is vaak versnipperd over verschillende diensten”, zegt Verheyden. “Daarom organiseren we Hia-workshops (Health in all Policies, nvdr.). We brengen diensten samen rond een tafel en zoeken naar synergie. Zo ontstaat een gedeelde verantwoordelijkheid. Niet enkel de lokale gezondheidsambtenaar, maar elke dienst draagt bij vanuit zijn eigen rol.”

Daarnaast zetten de gezondheidsmakers ook instrumenten in, zoals de gezondheidstoets, de gezondheidscalculator of de walkability-scoretool (die geeft aan hoe



makkelijk het is dagelijkse activiteiten te voet te doen, nvdr.). Die tools geven inzicht in hoe een omgeving scoort, maar zijn nooit een doel op zich. “Het bredere verhaal primeert”, benadrukt Zondag. “We combineren verschillende gegevens om een genuanceerd beeld te schetsen. Zo kan je naast de walkabilityscore ook fiets- en wandelknooppunten meenemen. Op die manier breng je een enthousiasmerend en coherent verhaal.”

MEERVOUDIGE GEZONDHEIDSWINST

Niet alle ingrepen zijn even eenvoudig, maar sommige maatregelen leveren op verschillende fronten gezondheidswinst op. Een vaak geciteerd voorbeeld is de 3+30+300-regel: overall minstens 3 bomen kunnen zien, in een buurt met 30% boomkroonbedekking, en binnen 300 meter toegang tot een park of bos.

Verheyden: “Door te ontharden en te vergroenen werk je tegelijk aan waterbeheer, hittestress, kindvriendelijke ruimtes, ontmoetingsplekken en mentaal welzijn. Het is een krachtige hefboom.” Zondag vult aan: “De uitdaging is om de publieke ruimte zo in te richten dat iedereen er zich in herkent. Een ingreep volstaat niet voor iedereen. Daarom

“Een omgeving die uitnodigt tot bewegen, rusten en elkaar ontmoeten maakt gezonde keuzes meer vanzelfsprekend.”

moeten we ook luisteren naar bewoners en hun noden meenemen.”

PARTICIPATIE LOONT

Bewoners betrekken blijkt cruciaal voor draagvlak. In Vosselaar werd de dorpskern heringericht na een brede bevraging waaraan 500 inwoners deelnamen. “De antwoorden maakten duidelijk dat mensen zelf ook een gezonde publieke ruimte wensen”, vertelt Zondag. “Ze vroegen om ontmoetingsplaatsen, speelruimte, groene plekken. Ze gebruiken onze termen niet, maar hun wensen sluiten er perfect bij aan.”

In Antwerpen liep een participatief traject om de publieke ruimte vrouwvriendelijker te maken. Vrouwen uit de buurt dachten mee over inrichting en veiligheid. “Dat is

de kracht van co-creatie”, zegt Zondag. “Je schrijft het verhaal samen met de bewoners. Dat vergroot het draagvlak en verkleint de weerstand tegen verandering.”

EEN PROCES IN BEWEGING

Volgens Verheyden gaat het vooral om het ondersteunen van processen: “We zien Gezonde Publieke Ruimte niet als een eindpunt, maar als een voortdurende beweging naar meer gezondheidswinst. We bouwen voort op wat er lokaal leeft. Soms vertrekt dat vanuit klimaatadaptatie, mobiliteit of jeugdbeleid. Wij voegen de link met gezondheid toe.”

Een inspirerend voorbeeld is Bonheiden, de eerste Vlaamse gemeente met een schepen van ontharding. “Vanuit dat beleidsdomein leggen ze verbindingen met mobiliteit, groenbeleid, klimaatadaptatie en jeugdbeleid”, zegt Verheyden. “Zo wordt ontharding ingezet om speelruimte en ontmoetingsplekken te creëren. Het toont hoe lokale processen richting een gezondere publieke ruimte kunnen bewegen.”



© De Oorzaak

Resultaten onderzoeksproject De Oorzaak

WEGVERKEER IS GROOTSTE BRON VAN GELUIDSHINDER

Mensen die aan sterke geluidshinder worden blootgesteld, kampen vaker met gezondheidsproblemen zoals slaaptekort en stress. Dat is een van de vaststellingen van De Oorzaak, het burgeronderzoek naar omgevingsgeluid.

Tekst Liesbeth Van Braeckel

Eind 2023 ging met De Oorzaak het burgeronderzoek naar omgevingsgeluid in Vlaanderen van start. De Universiteit Antwerpen, het UZA en *De Morgen* werkten daarvoor samen. Ze brachten in kaart welke geluiden we dagelijks horen, welke geluiden het luidst klinken en wat ze doen met onze gezondheid.

4 665 Vlamingen maakten een Geluidswandeling. 10 138 Mensen vulden de Grote Geluidsbevraging in. En op 1 452 locaties in Antwerpen, Gent en Leuven registreerden innovatieve geluidssensoren gedurende zes weken alle omgevingsgeluiden. Daarnaast ondergingen 101 Antwerpenaars een slaap- en gehooronderzoek en deelden 128 burgerwetenschappers de data van hun Apple Watch.

VERKEERSLAWAAI WEEGT OP LEEFKWALITEIT

Het AI-gedreven model bracht de geluidsbronnen in kaart. Het geluid werd onderverdeeld in negen verschillende klassen: van mensen en dieren tot alle types verkeersgerelateerd lawaai. “Het wegverkeer is de grootste bron van geluidshinder”, zegt Cedric Vuye (UAntwerpen), hoofdonderzoeker van De Oorzaak. “Zowel in Antwerpen, Gent als Leuven meten we geluidsniveaus die vaak hoger liggen dan de door de onderzoekers voorgestelde drempels: 60 decibel (dBA) voor het gemiddelde geluidsniveau over een hele dag, avond en nacht, en 50 dBA als richtwaarde voor de nacht.”

“Aan de straatkant ligt het geluidsniveau in 44% van de gevallen boven de 60 dBA. 's Nachts zien we dat de drempel van 50 dBA in bijna de helft van de gevallen wordt overschreden. Verkeerslawaaï is dus een structurele uitdaging in stedelijke

omgevingen. Er is bovendien een sterke link tussen geluidshinder en een slechtere slaapkwaliteit, stress en vermoeidheid. Antwerpenaren rapporteren meer hinder dan mensen in Gent en Leuven.”

Bij ongeveer drie op de tien deelnemers werden verhoogde scores voor hyperacusis, of geluidsgevoeligheid, vastgesteld. Deze groep rapporteerde meer hinder en stress door omgevingsgeluid dan gemiddeld. Uit speekselanalyses bleek bovendien dat mensen met hyperacusis hogere cortisolwaarden hebben, wat wijst op verhoogde stress.

» Lees op weliswaar.be verder over hoe geluidsoverlast ook een kwestie van sociale ongelijkheid is en hoe natuurgeluiden een tegengewicht kunnen bieden.



OZEMPIC IS GEEN QUICK FIX

In de Verenigde Staten is 40% van de bevolking obees. Meer dan één op tien Amerikanen gebruikt afslankspuitjes van Ozempic, Wegovy of Mounjaro. De nieuwe klasse vermageringsmiddelen, de GLP-1-analogen, oorspronkelijk ontwikkeld voor personen met diabetes type 2, scheert hoge toppen.

Tekst Marleen Finoulst | Foto Emy Elleboog

GLP-1 staat voor glucagon-like peptide-1, een hormoon dat in de darmen geproduceerd wordt na een maaltijd, de insuline-productie stimuleert en een gevoel van verzadiging veroorzaakt. Bij de ontwikkeling van de eerste GLP-1-analogen, geneesmiddelen die de werking van het lichaamseigen GLP-1 versterken, lag de focus op het regelen van de insulineproductie bij personen met diabetes. Het viel artsen op dat patiënten die het middel gebruikten, soms fors gewicht verloren. Daarom werden de geneesmiddelen steeds vaker ingezet in de strijd tegen zwaarlijvigheid. Ozempic (semaglutide) is het eerste GLP-1-analoog met een langdurige werking: één spuitje per week volstaat. Het groeide uit tot een blockbuster. Andere farmaproducten waren er als de kippen bij om het succes te kopiëren. Intussen zijn er al vijf op de markt. De concurrentie tussen de fabrikanten is moordend.

GLP-1-analogen helpen mensen met ernstig overgewicht om te vermageren. Met nadruk op helpen, want je moet ze combineren met een aangepaste levensstijl: gezonder en vooral minder eten en meer bewegen. Wie gewoon blijft eten zoals voorheen valt helemaal niet af. Het geneesmiddel helpt te vermageren omdat het makkelijker wordt te stoppen met eten. Minder eten en snacken gaat een stuk makkelijker als je minder honger hebt. Die honger komt helaas meteen terug, wanneer je stopt met de behandeling. De verloren kilo's komen er dan grotendeels opnieuw bij, tenzij je gezond blijft eten en leven.

Voor een blijvend resultaat zou je een middel als Ozempic blijvend moeten gebruiken. Recent onderzoek toont dat de meeste mensen ermee stoppen na gemiddeld twee jaar. De redenen zijn divers. Het middel werkt steeds minder goed na één jaar gebruik. Ongeveer één op de vijf gebruikers ontwikkelt maagdarmklachten, vooral misselijkheid, buikpijn en diarree. Anderen vinden dat ze te weinig vermageren en verhogen eigenhandig de dosis. Het anti-gifcentrum krijgt geregeld oproepen van mensen die zichzelf een dubbele of driedubbele dosis hebben toegediend en vervolgens dubbel geplooid van de buikpijn een paniekaanval krijgen.

Nog een reden om ermee te kappen is de prijs. Je moet rekenen op 100 tot 200 euro per maand. GLP-1-analogen vind je veel goedkoper op het internet, maar dat is meestal gevaarlijke namaak. Je stelt jezelf bloot aan ongekende risico's, want je weet niet wat je slikt of spuit. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) waarschuwde in augustus nog voor dit parallelle circuit van nep-GLP-1-analogen. Ze vormen een groot risico voor de gezondheid. De verkoop van voorschriftplichtige geneesmiddelen via het internet is trouwens verboden.

Digitale zorg en ondersteuning: naar een geïntegreerd beleid

“DIGITALISERING IS EEN MIDDEL OM ZORG TOEGANKELIJKER, KWALITATIEVER EN EFFICIËNTER TE MAKEN”

Digitale toepassingen vinden steeds meer hun weg in zorg en welzijn, van beeldbellen tot slimme platformen voor gegevensdeling en ondersteuning. Met het project ‘Realiseren van een geïntegreerd beleid rond digitale zorg en ondersteuning’ krijgt die digitale evolutie een duidelijke richting. Stijn Custers en Wouter De Jonghe van het Departement Zorg leggen uit wat dit kan betekenen voor het werkveld.

Tekst Astrid De Vos

Waar draait digitale zorg en ondersteuning om?

Stijn Custers, beleidsmedewerker bij het Departement Zorg, ziet al een hele tijd heel wat initiatieven rond digitalisering ontstaan: “Er was onlinehulp, er waren projecten rond gegevensdeling en er waren toepassingen die beleidsinformatie of onderzoek ondersteunden. Bij de overheid zelf ontwikkelen we instrumenten zoals BelRAI en Alivia. Al die puzzelstukken bestaan en met dit project brengen we ze steeds meer samen in een geheel. Zo kunnen we een geïntegreerd verhaal vertellen: waar willen we met digitale zorg en ondersteuning naartoe,

en welke randvoorwaarden zijn nodig? In de visietekst rond het project hanteren we volgende definitie van digitale zorg en ondersteuning: ‘het geheel van digitale toepassingen en processen die bijdragen aan kwaliteitsvolle, toegankelijke en inclusieve zorg en ondersteuning, waarbij technologie steeds aanvullend is en nooit een doel op zich vormt.’”

Volgens IT-expert **Wouter De Jonghe** is dat ook voor de buitenwereld essentieel: “Vanuit de samenleving is er een duidelijke verwachting dat de overheid de zorgsector ondersteunt met digitale innovaties. Maar voor zorggebruikers of organisaties leek het vaak alsof we zomaar platformen

of apps lanceerden, zonder samenhang. Met dit project tonen we dat digitalisering geen doel op zich is, maar een middel om zorg toegankelijker, kwalitatiever en efficiënter te maken. Op lange termijn moet dit bijdragen aan een geïntegreerde zorg waarin technologie een belangrijke motor is om de levenskwaliteit van mensen te verbeteren.”

WAT BETEKENT DIT VOOR DE ZORGSECTOR?

Voor verschillende groepen heeft digitale zorg en ondersteuning een meerwaarde. Voor zorggebruikers betekent het een duidelijker aanbod en meer mogelijkheden



“Een geïntegreerde visie zorgt ervoor dat digitale zorg en ondersteuning altijd een meerwaarde betekent: voor de gebruiker, de professional en de samenleving.”

om zorg en ondersteuning op maat te krijgen. “Digitale toepassingen kunnen de toegankelijkheid verbeteren”, zegt De Jonghe. “Voor sommige mensen is een digitaal kanaal net een laagdrempelige manier om hulp te zoeken. Tegelijk is het belangrijk dat digitale zorg en ondersteuning altijd aanvullend blijft en niet de enige vorm van ondersteuning wordt. Inclusie staat centraal.”

Voor professionals biedt digitalisering kansen om efficiënter te werken en de kwaliteit van dienstverlening te verbeteren. “Gegevensdeling kan administratieve lasten verlagen. Digitale hulpmiddelen maken meer tijd vrij voor de essentie: zorg verlenen en ondersteuning bieden”, vertelt Custers. “Denk aan een verpleegkundige die sneller toegang heeft tot de juiste informatie, of een begeleider die via digitale tools beter kan afstemmen met

collega's. Zo kan technologie bijdragen aan werkbaar werk.”

Ook voor organisaties is er winst. Zij krijgen houvast om eigen keuzes rond innovatie te maken en kunnen hun strategie beter afstemmen op een bredere visie. “Digitale zorg en ondersteuning hoeft geen lappendeken van losse toepassingen te zijn,” benadrukt De Jonghe. “Het project helpt om samenhang te zien en keuzes te maken die duurzaam zijn.”

VAN VISIE NAAR ACTIE

Alles begint bij een goede visie. De visietekst rond digitale zorg en ondersteuning is slechts een vertrekpunt. “Samen met het kabinet bekijken we nu het plan van aanpak voor verdere operationalisering. Op die manier wordt de visie op digitale zorg en ondersteuning ook daadwerkelijk in de praktijk gebracht en verankerd in het beleid”, concludeert Custers.

“Ook als organisatie begin je best met een duidelijke visie. Hoe zet je digitale technologie in op een kwaliteitsvolle manier? Aan welke criteria, regelgeving of standaarden moet je te voldoen op het niveau van de technologie, de organisatie en de medewerker? En dit terwijl je de burger of (zorg)gebruiker centraal zet? Met het kwaliteitskader digitale zorg en ondersteuning en het aftoetsingsinstrument kan je je kwaliteitsbeleid rond digitale zorg en ondersteuning verder uitbouwen.”

» Meer info: www.departementzorg.be/nl/digitale-zorg-en-ondersteuning

Onderzoek naar de (on)bereikbaarheid van ziekenhuizen

“DE BEREIKBAARHEID VAN ZIEKENHUIZEN IS OOK EEN SOCIAAL GESTRUCTUREERD FENOMEEN”

Afstand of reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vormt een belangrijk onderdeel van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In recent onderzoek analyseerde Stijn Daenekindt de bereikbaarheid van Belgische ziekenhuizen en bracht die in verband met sociodemografische kenmerken.

Tekst Liesbeth Van Braeckel

Stijn Daenekindt onderzocht de samenhang van de fysieke toegankelijkheid van ziekenhuizen in België met sociale structuren, zoals inkomen en de leeftijds-samenstelling van buurten. Als socioloog ziet hij de ruimtelijke organisatie van zorgvoorzieningen niet als neutraal: ze kan bestaande ongelijkheden versterken of net compenseren. “Eerdere analyses van bereikbaarheid van de gezondheidszorg focussen veelal op een bepaalde regio binnen België of op een specifieke groep van ziekenhuizen. Deze analyses passen telkens een andere methodologie toe waardoor de resultaten onderling niet vergelijkbaar zijn”, legt Stijn uit. “Ik wilde een eenvormige methodologie hanteren om op die manier tot een overkoepelend beeld te komen. Ik ben socioloog, dus het was voor mij logisch om die bereikbaarheid te linken met sociodemografische kenmerken.”

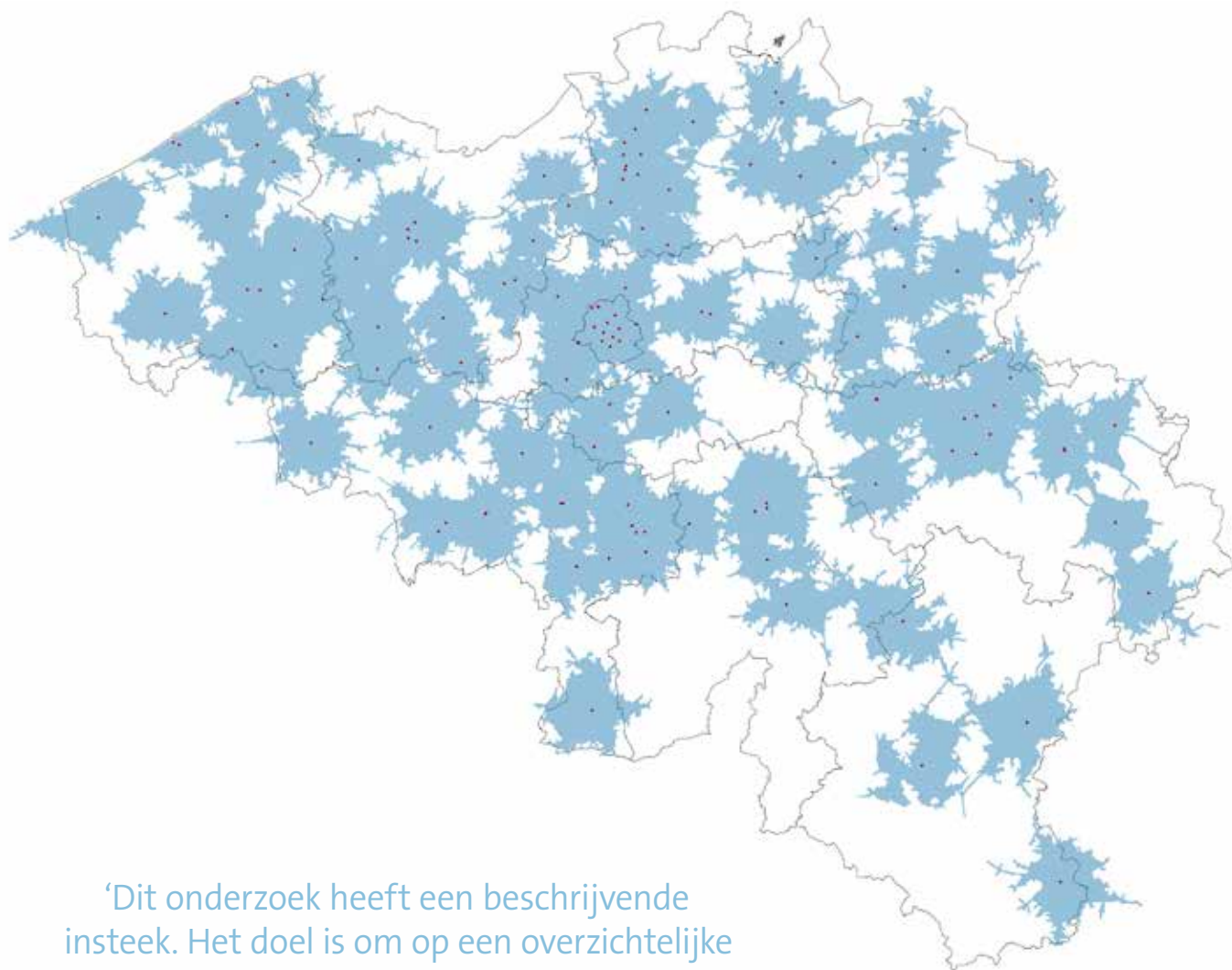
REISTIJD BELANGRIJKER DAN KILOMETERS

“Sinds een aantal jaren beklemtoont de overheid het belang van bereikbaarheid van zorg”, vertelt Stijn. Waarom is die bereikbaarheid zo cruciaal? “Die bereikbaarheid is uiteraard cruciaal voor urgente ingrepen. In mijn studie heb ik daarom gefocust op spoeddiensten. Geplande ingrepen of onderzoeken zijn meestal minder dringend. Toch zet de overheid ook voor deze onderdelen van het zorgaanbod in op een vlotte bereikbaarheid. Op die manier wil ze de algemene toegankelijkheid van de zorg optimaliseren.”

Daarom zijn analyses van aanrijtijden naar ziekenhuizen erg waardevol. Stijn onderzocht de bereikbaarheid van 124 campussen met spoeddienst volgens uniforme criteria. “Voor patiënten is de tijd

die nodig is om een ziekenhuis te bereiken vaak belangrijker dan de kale afstand in kilometers. Vooral bij spoedgevallen telt elke minuut. Maar precies omdat tijd zo afhankelijk is van verkeersdrukke, infrastructuur en meetmomenten, blijft het een lastig gegeven. Het is best complex om te meten hoelang je onderweg bent op een bepaald moment van de dag bij normale verkeersdrukke. Dat kan je op veel verschillende manieren invullen. Als je geen concreet kader gebruikt, kan je nooit tot betrouwbare en vergelijkbare resultaten komen. Iedereen werkt immers volgens een eigen methodologie. Dat maakte de bestaande analyses moeilijk vergelijkbaar.”

“De resultaten laten zien dat er substantiële verschillen zijn tussen de regio's in ziekenhuisbereikbaarheid. Voornamelijk in het Waalse Gewest zijn er uitgesproken verschillen. De blauwe vlekken op de kaart



‘Dit onderzoek heeft een beschrijvende insteek. Het doel is om op een overzichtelijke manier de bereikbaarheid van ziekenhuizen in België in kaart te brengen.’

(ONDERZOEKER STIJN DAENEKINDT)

van België geven aan vanuit welke regio’s je binnen 15 minuten in een ziekenhuis raakt.” (zie illustratie)

VERBAND TUSSEN REISTIJD EN INKOMEN

Vervolgens wordt die bereikbaarheid gekoppeld aan sociodemografische kenmerken. Door reistijden naar ziekenhuizen te koppelen aan sociodemografische kenmerken van regio’s, toont dit onderzoek hoe geografische en sociale ongelijkheden elkaar beïnvloeden. Een opvallende gelijkheid is dat er in de drie Belgische gewesten een verband bestaat tussen reistijd en inkomen. “Ziekenhuizen zijn beter bereikbaar vanuit minder welgestelde buurten”,

bevestigt Stijn. “En omgekeerd zie je dat vanuit de ‘rijkere’ buurten – die vaak in de groene rand van een stad liggen – de ziekenhuizen minder goed bereikbaar zijn. De relatie met leeftijd is complexer. In het Vlaamse en Waalse Gewest is er nauwelijks een verband. In het Brusselse Gewest daarentegen blijkt dat er vanuit buurten met een oudere populatie net een minder goede toegang tot ziekenhuizen is. Terwijl juist die oudere populaties een hogere zorgbehoefte hebben en vaak ook minder mobiel zijn.”

Op de achterliggende oorzaken van die verbanden gaat het onderzoek niet in. “Het is een beschrijvend onderzoek”, legt Stijn uit. “Het doel is om op een overzichtelijke

manier de bereikbaarheid van ziekenhuizen in België in kaart te brengen.” Dit kan dan ook een aanzet zijn voor andere onderzoekers om er verder iets mee te doen. Het laat alvast wel zien dat bereikbaarheid van gezondheidszorg niet alleen een geografische kwestie is, maar een sociaal gestructureerd fenomeen. Het illustreert hoe ruimtelijke structuren de sociale ongelijkheden in de toegang tot zorg kunnen reproduceren of versterken.”

» Op www.weliswaar.be vind je de link naar het volledige onderzoeksrapport dat via open access beschikbaar is.



19:17

Hans Geyskens (61) speelde al zijn hele leven tafeltennis. Tot hij de diagnose Parkinson kreeg. Hij bleef niet bij de pakken zitten, begon te wandelen en te zwemmen om in conditie te blijven. Maar oude liefde roest niet. Hans richtte een 'Parki-pongclub' op in Aarschot. "De coördinatie tussen ogen en handen, de focus op de nauwkeurigheid van de bewegingen, je evenwicht bewaren. Tafeltennis stimuleert de hersenen en zorgt ervoor dat er nieuwe routes worden aangemaakt in het brein. En los van de sportiviteit is het fijn dat lotgenoten mekaar kunnen ontmoeten in onze club, want er is veel eenzaamheid en gebrek aan kennis onder patiënten", aldus Hans. "Met Parki-pong willen we niet alleen voor meer evenwicht en conditie zorgen, maar ook voor sociale interactie, welzijn en plezier."

>> www.parkinsonliga.be - www.ttcsmashaarschot.be





Zeg nooit nooit...

Tekst Liesbeth Van Braeckel | Foto Stephan Vanfleteren

Na dertig jaar aan het hoofd van de Cel Vermiste Personen kijkt Alain Remue terug op een rijkgevulde carrière. Een carrière waarin hij vaak samenwerkte met hulp- en zorgverleners, en mee zorgde voor de ongeruste achterblijvers die wachtten op het terugvinden van hun vermiste familielid.

“Werken bij de Cel Vermiste Personen is een job die soms toelaat om het verschil te maken tussen leven en dood. Je moet het aankunnen, maar als je het aankan, is het een hele mooie job.”

Alain Remue krijgt weleens de vraag hoe hij die job zo lang heeft kunnen volhouden. “Mijn reactie daarop is: tja, het is gewoon mijn job. Als ik kijk naar mensen die in de zorg werken op palliatieve afdelingen, in woonzorgcentra of op de afdeling kinderoncologie, dan heb ik veel respect voor die mensen. Dan vind ik mijn job bij de Cel Vermiste Personen niet zo zwaar. Er zijn zorgjobs die volgens mij veel zwaarder wegen.”

Als hoofd van de Cel Vermiste Personen, kwam hij in contact met de ‘achterblijvers’. Zij hebben nood aan drie dingen, aldus Alain Remue, “Ten eerste: informatie. Je moet niet rond de pot draaien. Je moet geen beloftes doen die je niet kan waarmaken. Of we het vermiste familielid terugvinden? Dat kan. Snel, of later. Of nooit.” Een vader van een vermiste jongen noemde hem om die reden de ‘empathische realist’. Hij vindt dat zelf “een mooi compliment”.

Een tweede noodzaak voor achterblijvers is psychologische hulp en de mogelijkheid om emoties te ventileren. “Wat overkomt mij? Waarom gebeurt het bij ons? Mensen zeiden me vaak: ‘ik had nooit gedacht dat u in mijn zetel zou komen zitten’. Voor dat soort gesprekken hebben we gelukkig ook slachtofferbejegenars van de politie. We leerden hoe mensen te zoeken, maar ook hoe om te gaan met mensen die achterblijven.”

» Lees op weliswaar.be verder over wat een komsoep kan betekenen voor een ongerust familielid, over hoe gezocht wordt naar vermiste mensen met dementie, en met welke drie basisregels Alain Remue werkte.



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

Voor Lode Godderis sluiten werk en langdurige ziekte elkaar niet uit

WEG MET HET DOKTERSBRIEFJE

Als we ons niet anders organiseren dan wordt het toenemende aantal langdurig zieke mensen onhoudbaar voor ons socialezekerheidsstelsel. De krappe arbeidsmarkt lijdt eronder, maar ook de betrokken langdurig zieken zelf. Om meer mensen aan het werk te krijgen, pleit Lode Godderis voor een mentaliteitswijziging: benader langdurig zieken positief.

Tekst Harold Polis | Foto Jan Locus

Lode Godderis is gewoon hoogleraar aan het Centrum voor Omgeving en Gezondheid van KU Leuven en CEO bij de gekende preventiedienst IDEWE. Hij heeft een uitgesproken visie op de interactie tussen gezondheid en werk. We moeten volgens hem vooral kijken naar wat medewerkers tijdens of na hun ziekte aankunnen.

De manier waarop we over langdurige ziekte praten klopt volgens u niet.

“Het cliché wil dat langdurig zieken profiteurs zijn. Daar zet men fors beleid tegenover. Dat is menselijk. Er is een minderheid die profiteert en die bepaalt zeer sterk ons beeld van de langdurige zieken. We hebben een vertekend beeld van die groep. Zo komen we bij eenvoudige formules uit: strenge controles en sancties. Iemand die hulp nodig heeft, heeft echter vooral vertrouwen nodig, ondersteuning en incentives. Je kunt mensen financieel belonen in plaats van sancties te geven. Dat belonen werkt bij een noodzakelijke gedragsverandering veel beter.”

“Wetenschappelijk bekeken kun je de benadering van langdurig zieken beter anders organiseren. Maar maatschappelijk zijn we getraind om vooral te voorkomen wat we niet willen. Vanaf de eerste dag van de afwezigheid moet je bewijzen dat je ziek bent. Onze aanpak vertrekt vanuit een manifest wantrouwen.”

HOE KAN JE BLIJVEN PARTICIPEREN?

Voor u heeft doktersbriefje op dat moment geen meerwaarde?

“Inderdaad. Controle staat nu voorop. We willen zeker weten of je wel recht hebt op wat je krijgt. We zouden beter uitzoeken hoe langdurig zieken toch kunnen participeren en wat we daarvoor nodig hebben. Laat ons daarin investeren. Een minderheid zal misbruik maken van dat systeem. Ik vind dat je de bluts met de beul moet nemen. Maar dat ligt moeilijk. De klemtoon op streng optreden blijkt een hardnekkige weeffout te zijn in de benadering van langdurig zieke mensen.”

U legt veel nadruk op het maatschappelijke verwachtingspatroon rond langdurig zieken. Dat is verstand. Hoe verander je dat?

“We moeten lokaal werken. Brussel is te ver af. Daarom geloof ik heel sterk in de verbinding tussen al wat er in de eerste lijnszorg gebeurt. Ik zie dat er een grote kloof bestaat tussen de curatieve sector, die bepaalt of iemand kan gaan werken, en alle actoren die bezig zijn met mensen weer aan het werk te krijgen. Die twee groepen kennen en vinden elkaar niet. Die kloof moeten we dichten.”

“Participeren is voor mij een gezondheidsdoelstelling. En dus ook een gezondheidszorgdoelstelling. Ik wil dat de inbreng van de curatieve sector niet stopt na de behandeling. Ik neem iemand met kanker als voorbeeld. De kanker wordt behandeld en daarna is de job van de artsen gedaan. Ik bekijk dit niet als een kankerpatiënt, maar als een persoon met een aandoening. Die persoon moeten we helpen, het is iemand met zorgbehoeften. Hij of zij is ouder, familielid of vriend, en



“We moeten van de terugkeer naar werk een onderdeel maken van het zorgtraject.”

wil in die hoedanigheid kunnen bijdragen. Dat is voor mij een gezondheidszorgdoelstelling. En daar kunnen we ook op budgetteren. Want mensen luisteren goed naar centen. Je kan ze financiële incentives geven. We moeten van de terugkeer naar werk een onderdeel maken van het zorgtraject. Dan kun je mensen ook koppelen aan de juiste actor die zich met die terugkeer bezighoudt.”

Dat gebeurt vandaag toch al?

“Alle actoren richten zich min of meer op dezelfde personen: mensen die willen terugkeren, maar niet weten hoe. Dat is de makkelijkste groep. Je bereikt ze makkelijk en je hebt er altijd succes mee. Maar er is ook een grote groep mensen die we niet bereiken. We moeten ons systeem herorganiseren. We mogen niet wachten

tot de kritische grens van twaalf weken ziekte. Samenwerken in de eerste lijn is dus belangrijk. Daar kan je veel. Als lokale mensen elkaar kennen, dan kunnen ze elkaar goed helpen en naar elkaar doorwijzen. Vervolgens moeten we die samenwerking beleidsmatig organiseren. Daarvoor is er een grote hervorming nodig. We moeten bereiken dat mensen kunnen participeren, betaald of niet betaald.”

HOE COMMUNICEREN MET ELKAAR?

Waar begint de terugkeer naar werk als gezondheidszorgdoelstelling? Bij de arts of bij de werkgever?

“Het cruciale punt is preventie op het werk. Heel duidelijk. Dat moet meer gewicht krijgen. Vandaag worden er beslissingen genomen op het moment dat iemand met een probleem naar de arts gaat. Voor mij zit het ziektebriefje in de weg.”

“Mijn pleidooi is om je niet ziek te melden met een ziektebrief, maar om rechtstreeks contact met je leidinggevende te hebben.

LODE GODDERIS (KU LEUVEN EN IDEWE):

“Je kunt mensen financieel belonen in plaats van sancties te geven. Dat belonen werkt bij een noodzakelijke gedragsverandering veel beter.”

We houden contact en we dragen zorg voor elkaar. Dat moet je vooraf afspreken. In een zorgende organisatie dragen collega's en leidinggevenden zorg voor de persoon die het moeilijk heeft. Maar iemand die het moeilijk heeft, kan ook zorg dragen voor de collega's. Ik zet daar een vorm van wederkerigheid in. Door contact te houden kan iemand die ziek thuis zit ook mee nadenken hoe zijn collega's zich best organiseren tijdens zijn afwezigheid. Dat zijn gesprekken die eigenlijk nooit plaatsvinden. We weten niet goed of we de zieke wel dingen mogen vragen? Mogen we wel contact houden?”

Heeft dat met onze cultuur te maken? Onze werkcultuur is en blijft hiërarchisch opgebouwd.

“In Nederland zit het heel anders in elkaar. Daar hebben ze platte organisaties. We zijn een beetje paternalistisch. We hebben regeltjes. We weten wat goed is voor een ander. Het paternalisme zit soms ook in de defensieve reflex. We moeten de kwetsbaren beschermen. Ja, maar wacht eens, help je een kwetsbare mens echt door te zeggen dat niemand hem mag aanraken of bellen?”

“Als iemand ernstig ziek is, dan is het niet tof om te bellen. Terwijl dat een wereld van verschil maakt voor die persoon. Eigenlijk moet je ook niet zoveel doen. Tijd nemen en vragen: hoe voel je je?”

» Lode Godderis, *Vertrouwen zonder voorschrift. Een nieuwe blik op langdurige ziekte en herstel op het werk*, 2025, LannooCampus, 272 p. | ISBN 9789401434744 | 29,99 euro

» Lees het volledige gesprek met Lode Godderis op weliswaar.be.

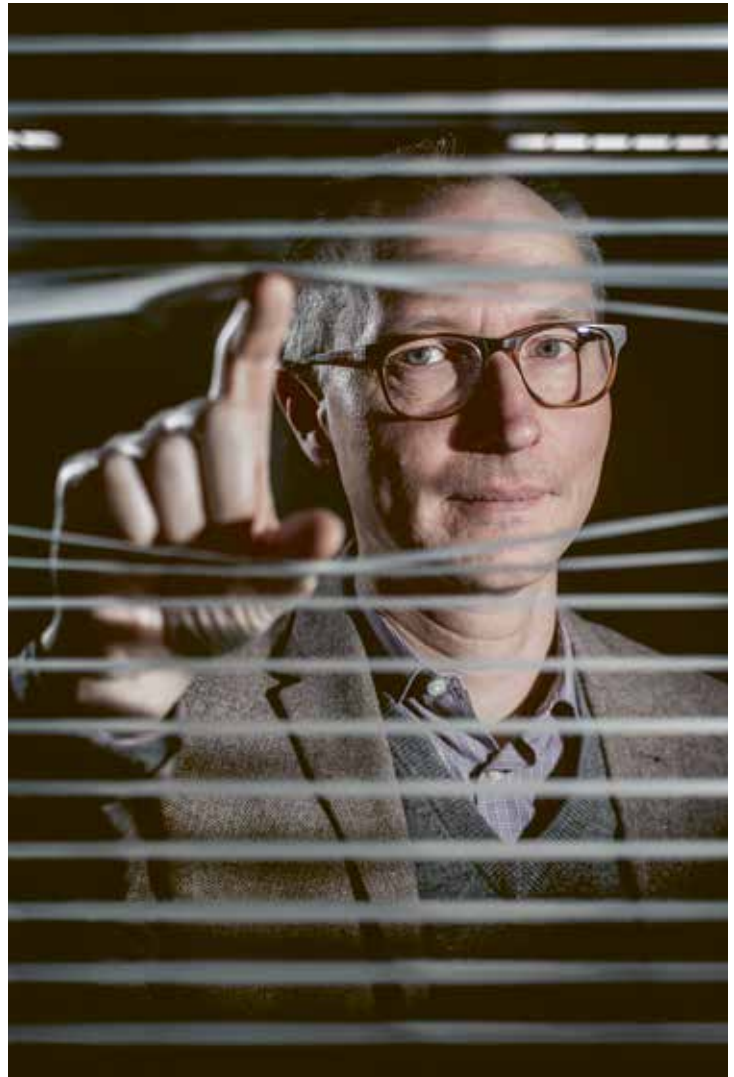
VLAANDEREN VALT (LIEFST ZO WEINIG MOGELIJK)

Mijn zoon Max is een jaar oud en laat zich enthousiast op het zachte vloerkleed vallen. Het is een spelletje voor hem. En die ene keer dat hij zich misrekent en zich echt bezeert, duren de tranen nooit lang. Hij is een soort levende stuiterbal. Een groter contrast met het valrisico op latere leeftijd ken ik niet. Uit recent onderzoek van BE-EMPOWERed blijkt dat één op drie Vlamingen ouder dan 65 minstens één keer per jaar een flinke val maakt. Bij tachtigplussers gaat het zelfs om de helft. Nog erger: na een ernstige val stijgt de kans op een opname in een woonzorgcentrum met 35%. Dat is niet zomaar een statistiek. Het is een sluipweg richting afhankelijkheid.

Een val is geen groot drama. Tot hij het wel is. Een misstap op de trap, een verkeerde beweging in de badkamer en je hebt er gelegen. Het is vaak niet de val zelf die het zwaarste weegt, maar de schaduw erna: minder bewegen, minder buitenkomen, minder leven. Wat de statistieken niet tonen is de blik van iemand die plots de trap niet meer durft. Het kan nog erger. Valpartijen vormen de tweede belangrijkste doodsoorzaak door onopzettelijk letsel bij 65-plussers.

Vlaanderen moet dus minder vallen, liefst zo weinig mogelijk. Om dat doel na te streven werkte het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) een valpreventieprogramma uit: BE-EMPOWERed. Het programma is succesvol getest in vier eerstelijnszones. Onderzoekster Sara Vandervelde KU Leuven ontwikkelde het programma mee in het kader van haar doctoraat dat ze deze zomer verdedigde.

De deelnemers aan BE-EMPOWERed vonden zelf dat hun fysieke activiteit en valpreventiegedrag verbeterde. Uit het onderzoek van Vandervelde blijkt dat er significante verbeteringen zijn in balans, kracht en beweeglijkheid. Dat resulteerde in een verminderd valrisico van 84%. De kracht van het groepsprogramma zit in het feit dat oudere personen zeven weken lang samenkomen. Sara Vandervelde: "Dat geeft hen voldoende tijd om valpreventiegedrag stap voor stap in hun dagelijkse routine te integreren. Alle deelnemers boekten vooruitgang in spierkracht, evenwicht en mobiliteit."



We hebben vaak de mond vol over grote hervormingen in de zorg, maar misschien schuilt de echte vooruitgang in zulke kleine, tastbare dingen. Een val die niet gebeurt. Een oudere die zich vrij genoeg voelt om wel naar buiten te gaan. Het zijn stille successen, zonder applaus of filmpjes op Instagram, maar ze maken het verschil tussen afhankelijkheid en autonomie.

Je ziet nooit een val die niet gebeurt. Maar voor wie rechtop blijft, en zichzelf nog eens koffie kan inschenken zonder bang te zijn voor de tegelvloer in de keuken, is dat groot nieuws.

Mijn eenjarige zoon weet nog niet dat leren vallen en opstaan een onderdeel vormt van de opdracht die iedereen tot het eind van zijn dagen naar goed vermogen vervult: het evenwicht bewaren.

Harold Polis



HET BORDERLINEWERKBOEK

Ontdek effectieve vaardigheden en strategieën om de symptomen van borderline persoonlijkheidsstoornis te beheersen en een prettiger leven te leiden.

» Daniel J. Fox, *Het borderlinewerkboek. Effectieve vaardigheden om uw symptomen te beheersen en weer een prettig leven te leiden*, Nieuwezijds, 2025, 256 p. ISBN 9789057126147 | €29,95

HET ONGEMAK VAN EEN LICHAAM. TWEE SCHRIJVERS OVER EETPROBLEMEN

Het aantal mensen met eetproblemen stijgt en de leeftijd van mensen met eetproblemen daalt – wat kunnen we hieraan doen? Jante Wortel en Corinne Heyrman vertellen over hun persoonlijke eetproblematiek.

» Corinne Heyrman & Jante Wortel, *Het ongemak van een lichaam. Twee schrijvers over eetproblemen*, De Arbeiderspers, 2025, 224 p. ISBN 9789029553421 | €22,99



HOE PRAAT JE MET ZIEKE WERKNEMERS? RECEPTEN VOOR COMMUNICATIE IN VERTROUWEN BIJ UITVAL

Hoe moet je communiceren met medewerkers in goede en minder goede tijden? Maak samen met je team een zorgende context, waarin afwezigheid verbonden blijven met hun collega's, en waarin ze blijvend en versterkt opnieuw aan de slag kunnen gaan.

» Lode Godderis, *Hoe praat je met zieke werknemers? Recepten voor communicatie in vertrouwen bij uitval*, Lannoo, 2025, 168 p. ISBN 9789059961050 | €27,99

GEWOON JONG. HOE WE SAMEN EEN HOUSTAST VOOR JONGEREN KUNNEN ZIJN

Steeds meer jongeren worstelen met mentale gezondheidsproblemen. De aanpak van de afgelopen jaren schiet tekort: we blijven te veel inzetten op genezen in plaats van voorkomen. Hoe keren we die crisis eindelijk echt?

» Koen Browaegs & Ingrid De Jonghe, *Gewoon jong. Hoe we samen een houvast voor jongeren kunnen zijn*, Lannoo, 2025, 168 p. ISBN 9789020926484 | €25,99



VAN DEBAT NAAR DIALOOG. OVER DE KUNST VAN HET OVERBRUGGEN

Dit boek onderzoekt hoe je succesvol een dialoog kunt aangaan, zelfs met mensen die er andere meningen op na houden dan jij. Een kompas voor wie via communicatie een verschil wil maken in een gepolariseerde samenleving.

» Paul Stamsnijder, *Van debat naar dialoog. Over de kunst van het overbruggen*, Boom, 2025, 256 p. ISBN 9789024473359 | €29,95

HET BESTE KAN NOG KOMEN. OVER GOED OUDER LEREN WORDEN

Hoe je naar de oude dag kijkt, bepaalt in grote mate hoe je die beleeft. Er valt bovendien veel te leren dat kan helpen om goed oud te worden. Sterker nog: goed leren ouder worden, is in wezen goed leren leven.

» Mathieu Vandenbulcke, *Het beste kan nog komen. Over goed ouder leren worden*, Lannoo, 2025, 168 p. ISBN 9789020999556 | €24,99



Welzijns- en gezondheidsmagazine voor Vlaanderen uitgegeven door de Vlaamse overheid – Departement Zorg

Jaargang 31 - nummer 5
Editie november - december 2025

Hoofdredacteur: Liesbeth Van Braeckel

Eindredactie: Harold Polis

Medewerkers:
Astrid De Vos, Lise Collin en Marleen Finoulst

Omslagillustratie en tekeningen:
Pieter Van Eenoghe

Fotografie: Jan Locus, Bob Van Mol en
Stephan Vanfleteren

Verantwoordelijke uitgever:
Karine Moykens, secretaris-generaal
Koning Albert II-laan 15 bus 495, 1210 Brussel

Redactiebegeleiding en lay-out:
artoos group

Druk en distributie: artoos group

Oplage: 14.725 ex

Gratis abonnementen, adreswijzigingen, annuleringen: weliswaar@artoosgroup.eu.
Bij adreswijziging oud én nieuw adres en abonneenummer vermelden.

Redactie: redactie@weliswaar.be
Vlaamse overheid – Departement Zorg
Weliswaar
Koning Albert II-laan 15, bus 495, 1210 Brussel

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

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



Weliswaar wordt gedrukt op milieuvriendelijk papier.

WIW 176.25 JG31/nr. 5

ISSN 1371-9092

Afgiftekantoor Antwerpen X
artoos group
Oudestraat 19, 1910 Kampenhout

TIJDSCHRIFT

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



Omdat je griep
geen plaats geeft
in jouw team.



Vaccineren? **Jij** weet waarom.

DEPARTEMENT
ZORG

allesovervaccineren.be

» Vervroeging vaccin zorgt voor snellere groepsimmunitet
Je leest op het op p.9.