Buurtgerichte Zorg

De ‘actief zorgzame buurt’ als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel

Buurtgerichte Zorg

De ‘actief zorgzame buurt’ als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel

Werkten mee aan deze tekst

Gespreksleiding

Professor Dominique Verté, VUB-Faculty of Psychology and Educational Sciences -Department of Adult Educational Sciences - Belgian Ageing Studies

Gesprekspartners

Ann Bekaert, OCMW Waregem, verantwoordelijke lokaal dienstencentrum

Bart Denys, OCMW Kortrijk, verantwoordelijke lokale dienstencentra, en VVDC (Vlaamse Vereniging van Dienstencentra)

Johan De Muynck, algemeen directeur Zorgbedrijf Antwerpen, of **Luc Foriers,** manager dienstencentra Noord, of **Guy Plas,** verantwoordelijke Zorgzame Buurt, Hof ter Beke, Antwerpen

Tine De Vriendt, stafmedewerker thuiszorg VVSG

Stijn Moons, BWR - Brusselse Ondersteuning Dienstencentra

Tinne Peeters, OCMW Beerse, centrumleidster lokaal dienstencentrum

Walter Sablon, Zorgnet Vlaanderen, verantwoordelijke ouderenzorg – LDC-werking

Herwig Teugels, directeur Kenniscentrum Woonzorg Brussel

Frans Theys, directeur ouderenzorggroep Alexianen Tienen, en voorzitter LDC-werkgroep Zorgnet Vlaanderen

Ward Tomsin, OCMW Genk, coördinator afdeling seniorenbeleid en thuiszorg

Ingrid Verhoeven, verantwoordelijke lokaal dienstencentrum De Vaartkapoen, Sint-Jans-Molenbeek

Christine Vervaet, OCMW Gent, centrumleidster lokaal dienstencentrum Wibier, Sint-Amandsberg

Brussel, februari 2016

Logistieke ondersteuning
opname en notities
Olivia Vanmechelen
Kenniscentrum Woonzorg Brussel

Foto's www.janvanbostraeten.be

Tekst en redactie
Stefaan Vermeulen
zelfstandig redacteur
nicolay@telenet.be

Opmaak www.hetgeelpunt.be

Dit is een uitgave van de Vereniging van Vlaamse Dienstencentra (VVDC) en het Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Depotnummer : D/2016/13.222/3
ISBN-NUMMER : 9789082089738

Gelieve als volgt naar deze publicatie te verwijzen:
Bekaert, A., Denys, B., De Muynck, J., De Vriendt, T., Foriers, L., Moons, S., Peeters, T., Plas, G., Sablon, W., Teugels, H., Theys, F., Tomsin, W., Verhoeven, I., Vervaet, C., Verté, D., Buurtgerichte Zorg. De actief zorgzame buurt als toekomstmodel voor Vlaanderen en Brussel. , Brussel, VVDC & Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2016.

Met dank aan

Inhoud

Het doel van deze visietekst 7
Kort samengevat 9
Inleiding 11
Wat is Buurtgerichte Zorg? 13
Zorg voor een aangename buurt 13
Een bundeling van krachten 13
Passende hulp en zorg voor elke buurtbewoner 13
Passende woningen in een toegankelijke buurt 14
Elke buurt is anders 15
Buurtgerichte Zorg is een nieuwe manier van werken 17
Iedereen in de buurt is betrokken partij 17
De cliënt staat centraal 17
De informele hulp- en zorgverleners 18
Buren 18
Vrijwilligers 18
Mantelzorgers 18
De vermaatschappelijking van de zorg 19
De professionele dienst- en zorgverleners 19
Een gevarieerd aanbod met een eigen dynamiek 20
Zonder samenwerking lukt het niet 21
Een coachende basishouding 21
De regie 23
De buurtzorgregie 23
Vorm een lokaal netwerk 23
Maak een grondige analyse van de buurt 23
Maak werkafspraken 24
Investeer in informele zorg 24
Investeer in communicatie 25
De buurtzorgregisseur 25
Het profiel 25
De taak 23
De opdrachtgever 26
Hoe vindt een cliënt de juiste hulp en zorg? 27
Detectie 27
Toeleiding 27
De steun en toeverlaat 27
Welke rol kan ICT spelen? 28
Wat als? 29
Financiering en regelgeving 31
Verschuiving van middelen 31
Financiële instrumenten 31
60 kleinstedelijke zorgregio's 31
Meer dan 600 actief zorgzame buurten 32
15 regionale zorgregio's 32
Cliënten 33
Budget 33
Hoeveel kost het? 33
Kosten – baten 34
Regelgeving 35
Bijlage: Het buurtzorgmodel 36

Het doel van deze visietekst

Het zorg- en welzijnslandschap in Vlaanderen staat voor ingrijpende veranderingen: demografische evoluties, budgettaire beperkingen, organisatorische uitdagingen, andere financieringsmodellen … de grenzen aan de groei zijn al langer in zicht. Alle betrokken overheden en dienstverleners staan voor grote uitdagingen. Er zijn veel vragen, en geen enkel antwoord is simpel. En toch is er een grote ***sense of urgency***.

Dat is de context waarin deze visietekst is ontstaan. Voorjaar 2015 kwamen een aantal mensen uit de zorg- en welzijnssector samen, op informele basis, om na te denken over mogelijke antwoorden op deze immense maatschappelijke uitdaging. Het begrip Buurtgerichte Zorg wordt naar voor geschoven als oplossingsstrategie. Maar wat houdt dat precies in? Wat zijn de essentiële kenmerken, de voorwaarden en de mogelijke effecten van Buurtgerichte Zorg? Hoe breed wordt het begrip zorg ingevuld? En wat betekent dat in de praktijk?

De vraag wat een hulp- en zorgbehoevende persoon nodig heeft, wordt op duizend plaatsen gesteld. Hulp- en zorgvragers stellen zich die vraag zelf. De familie, de buren, de mantelzorger stellen zich die vraag. De huisarts, de thuisverpleging, de poetsdienst, huishoudhulp of gezinszorg. De buurtwerker. De dagverzorgingscentra, de diensten-centra, de woonzorgcentra. Hopelijk ook de architect en de stads-planner. Allen zijn ze partner in dit verhaal.

De bedoeling van deze tekst is:

- stil te staan bij wat hulp- en zorgbehoevenden in hun dagelijks leven nodig hebben, en hoe die nood best kan gelenigd worden,
- met de zorg- en welzijnssector op lokaal vlak een adequate aanpak te ontwikkelen, vanuit een gemeenschappelijke visie,
- en na te gaan wat de bijdrage van alle betrokken partijen daarin kan zijn.

Dat ‘elke hulp- en zorgvraag een passend antwoord moet krijgen’ is met deze tekst niet opgelost. Deze tekst is wel een aanzet om daar samen werk van te maken. Deze discussie is zowel inhoudelijk, beleidsmatig, organisatorisch als praktisch. Ze moet gevoerd worden op het niveau van het Vlaams beleid, het RIZIV en de financiering, maar evengoed op het niveau van het lokaal beleid, concrete organisatieontwikkeling en praktische uitvoering van de dagelijkse dienstverlening. Het gaat niet alleen over zorg, ook over welzijn. Deze visieontwikkeling vraagt overigens een drone-perspectief, hoog uitstijgend boven de eigen organisatiebelangen.

De initiatiefnemers hopen dat deze visietekst een aanzet wordt tot verandering in een gemeenschappelijke richting. Dat het de basis wordt voor de ontwikkeling van een breed draagvlak.

Kort samengevat

Buurtgerichte Zorg is een toekomstmodel voor de organisatie van het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen, om zo de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Dit model biedt kansen om de kwaliteit van leven te verhogen en de kosten van de hulp- en zorgverlening te doen dalen. Het beoogt een samenhangende én buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn.

Dit organisatiemodel vertrekt vanuit een krachtenbundeling binnen een lokaal netwerk dat door neutrale gemandateerde buurtzorgregisseurs wordt aangestuurd en ondersteund.

In een zorgzame buurt zijn de voorwaarden vervuld opdat ouderen en zorgbehoevenden comfortabel in hun huis of vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Het is een buurt waar jong en oud samen leven, waar bewoners elkaar kennen en helpen, waar zorgbehoevende personen en mantelzorgers ondersteuning krijgen en waar zorggarantie en zorgcontinuïteit geboden wordt.

Buurtgerichte Zorg wil de best mogelijke hulp en zorg bieden aan iedereen in de buurt: ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen, kwetsbare groepen. Daartoe richt het zich tot iedereen in de buurt.

Buurtgerichte Zorg

- is vooral een sociaal model dat het welzijn van alle buurtbewoners beoogt en de versterking van de sociale cohesie.
- stimuleert de aanpassing van woningen en openbare ruimte, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.
- bundelt alle krachten op lokaal vlak om de best mogelijke hulp en zorg te bieden. Dit kan enkel mits een goede samenwerking tussen alle professionele actoren, samen met de informele zorg-verleners: buren, vrijwilligers en mantelzorgers.

Elke buurt in Vlaanderen is anders - omvang, sfeer, bewoners, rijk of arm, aantal voorzieningen, enzovoort. Buurtgerichte Zorg ent zich op die lokale context. Het wordt de taak van de lokale buurtzorgregisseur om de samenwerking tussen alle partners te bevorderen, zodat alle zorgbehoevenden in de buurt de zorgen krijgen die ze nodig hebben. Dit houdt initiatieven in op vlak van detectie, toeleiding, aanbodontwikkeling, afstemming en samenwerking tussen alle actoren op het terrein, communicatie en informatie, ondersteuning van de informele zorgverstrekkers, ICT-ondersteuning, enzovoort.

Kort op de bal spelen, preventief werken, tijdige detectie, individuele zorgbegeleiding, versterking van de informele zorg, en een goed volgsysteem maken de hulp- en zorgverlening financieel gunstiger. Samenwerking tussen professionele en informele zorgverleners is

kostenbesparend. Als mensen langer thuis blijven wonen, zal de toename van het aantal woonzorgbedden minder snel moeten stijgen. Wie inzet op Buurtgerichte Zorg en preventief werkt, realiseert belangrijke besparingen in de residentiële zorg.

Een transitie naar Buurtgerichte Zorg vraagt een investering en mogelijk een verschuiving van de financiële aansturing door de overheid. Investeren in Buurtgerichte Zorg betekent ook dat terugverdieneffecten op middellange en lange termijn in rekening moeten gebracht worden. Een dergelijke transitie moet echter niet alleen gericht zijn op de economische aspecten van de zorg, zoals het verhogen van de effectiviteit en de efficiëntie van de meer geïntegreerde zorg- en dienstverlening, maar moet ook en in het bijzonder een impact hebben op de kwaliteit van leven.

Inleiding

Het aantal hulp- en zorgbehoevenden in Vlaanderen stijgt: ouderen, personen met een handicap, psychiatrische patiënten, kwetsbare mensen. Men mag niet verwachten dat alle hulp en zorg alleen van de overheid of de social-profit zal komen. De kost van de ouderenzorg bijvoorbeeld stijgt – bij ongewijzigd beleid – van vandaag 2,2 procent van het BNP naar 5,4 procent in 2050.[1]

De budgettaire beperkingen van de overheid dreigen de hulp- en zorgfactuur steeds verder door te sturen naar de gebruiker. De concurrentie tussen dienstverleners voor middelen en klanten leidt bovendien tot een verharding van het professionele hulp- en zorglandschap. Vooral kwetsbare mensen en lage inkomens zijn hier de eerste slachtoffers van. Voor hen worden hulp en zorg steeds minder toegankelijk. Zonder ingrijpende bijsturingen dreigt een dualisering van de hulp- en zorgverlening: wie de weg niet kent, of niet kan betalen voor de hulp en zorg die hij nodig heeft, valt dan uit de boot. Dat is een zeer kwalijke evolutie. Om de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden, moét ze op een andere manier georganiseerd worden dan vandaag.

Buurtgerichte Zorg is een toekomstmodel dat de hulp- en zorgverstrekking efficiënter wil organiseren door radicaal in te zetten op actieve samenwerking op lokaal vlak. Daardoor kunnen middelen worden uitgespaard om de stijgende vraag aan hulp en zorg op te vangen. De 'vermaatschappelijking van de zorg' speelt daarin een belangrijke rol.

Een 'actief zorgzame buurt' is een buurt waar

- mensen zich thuis voelen, waar ontmoetingsplekken zijn, waar ze sociale contacten hebben,
- bewoners elkaar helpen, en daar ook in gestimuleerd en ondersteund worden,
- er voor elke bewoner een aanspreekpunt is voor informatie of hulp,
- alle mensen die informele of formele hulp en zorg nodig hebben, die ook kunnen krijgen,
- huisvesting en publieke ruimte zijn aangepast aan ouderen en zorgbehoevenden,
- professionele hulp- en zorgverstrekkers hun aanbod afstemmen op elkaar, op de noden in de buurt, en op de individuele noden van elke buurtbewoner.

Een betere Buurtgerichte Zorg biedt meer mensen de kans om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, in de eigen vertrouwde omgeving. Dat verhoogt hun kwaliteit van leven en verlaagt de kosten van de zorgverlening. Om voor zowel de zorgbehoevende als de sociale zekerheid tot een win-win situatie te komen, is daarom een zeer grondige reorganisatie van de dienst- en zorgverlening nodig.

Buurtgerichte Zorg biedt die kans.

Deze aanpak sluit aan op evoluties in de praktijk, op de zorgvernieuwingsprojecten in het kader van Protocol 3, op de toekomstvisie in het kader van Perspectief 2020 voor personen met een handicap, op artikel 107 in de geestelijke gezondheidszorg en op de mogelijke inkanteling van de OCMW 's in de gemeenten.

Wat is Buurtgerichte Zorg?

Zorg voor een aangename buurt

Het eerste wat telt, is dat mensen zich thuis voelen in de buurt waar ze wonen. In zo'n buurt zijn er ontmoetingsplekken en activiteiten voor iedereen, genoeg hulp- en zorgvoorzieningen, winkels, groen, speelruimte, veilig verkeer … alles wat nodig is om er aangenaam te wonen. Het is ook een buurt waar mensen elkaar kennen, waar ze sociale contacten hebben, een beroep op elkaar kunnen doen en ergens terecht kunnen als het nodig is.

Buurtgerichte Zorg ondersteunt de kwaliteit van leven en het welzijn van iedereen in de buurt, met extra aandacht voor mensen met hulp- of zorgvragen. Iedereen krijgt immers ooit met zulke vragen te maken. Dat kan als naaste van een zorgbehoevende, of wanneer het nodig wordt om zelf een beroep te doen op iemand.

Een bundeling van krachten

Buurtgerichte Zorg wil alle krachten op lokaal vlak bundelen en alle deskundigheid en capaciteit op elkaar afstemmen en aansturen, om samen de best mogelijke hulp en zorg te bieden aan iedereen in de buurt.
Het is een organisatiemodel

- dat gericht is op het welzijn van alle buurtbewoners,
- dat de sociale cohesie versterkt en blijvend ondersteunt,
- dat hulp en zorg beschikbaar stelt voor iedereen die het nodig heeft: ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen, kwetsbare groepen,
- dat zowel focust op preventie als interventie,
- dat op lokaal niveau voor een goede samenwerking zorgt tussen
  - buren, vrijwilligers en mantelzorgers,
  - basisdiensten zoals thuiszorg, huishoudhulp, poetsen, klussendiensten, warme maaltijden, handel en diensten …
  - medische verzorging zoals thuisverpleging, huisartsen, apothekers, kinesisten …
  - buurtoverschrijdende diensten zoals ziekenhuizen, verhuisdiensten, psychiatrische instellingen, palliatieve zorg, enz.
  - belendende sectoren zoals sport, cultuur, ruimtelijke ordening, lokaal sociaal beleid, enzovoort.

Passende hulp en zorg voor elke buurtbewoner

Buurtgerichte Zorg zorgt ervoor dat iedereen in de buurt

- weet dat hij altijd ergens terecht kan,
- alle dienstverlening, hulp en zorgen die hij nodig heeft kan krijgen, dicht bij huis, 24 uur per dag, 7 dagen per week,
- ondersteund wordt om voor zichzelf te zorgen, met behoud van eigenwaarde,
- steeds de passende hulp en zorgen krijgt, ook als die evolueren of

met het ouder worden toenemen,
- gestimuleerd wordt om tijdig na te denken en te beslissen over mogelijke woonvormen, de aanpassing van de eigen woning, opties om te verhuizen, enzovoort,
- zo lang mogelijk zelfstandig thuis kan blijven wonen, of als dat niet meer gaat, zo dicht mogelijk bij thuis in de vertrouwde omgeving kan blijven.

Passende woningen in een toegankelijke buurt

Om gelukkig thuis te kunnen blijven wonen, moet de woning van een zorgbehoevende aangepast zijn aan zijn noden. Dat vergt een waaier aan voorzieningen, zoals
- hulp bij het onderhoud van de eigen woning, klussendienst …
- steun om de eigen woning aan te passen (levenslang wonen, ergotherapie aan huis),
- aangepaste woonvormen (appartementen, groepswoningen, kangoeroewonen, gestippeld wonen …) ingebed in de buurt,
- voldoende zorgwoningen in de buurt (serviceflats, aanleunwoningen, woonzorgcentrum), dus niet op afgelegen campussen,
- de bevordering van een gevoel van veiligheid thuis (bv. crisistelefoon in de buurt),
- begeleiding en ondersteuning bij het zoeken naar een gepaste woning en bij verhuis.

In een zorgzame buurt zijn
- aangename, gemakkelijk bereikbare woonkernen,
- voldoende aangepaste woningen en verschillende soorten groepswoningen,
- voetpaden zonder obstakels, brede stoepen, voldoende zitbanken, openbare toiletten …
- voldoende voorzieningen zoals post, buurtwinkels, ontmoetingsplekken, ICT-hulp …
- gebouwen die toegankelijk zijn,
- straten die aangenaam en veilig zijn, met voldoende openbaar vervoer.

Buurtgerichte Zorg gaat hierover in dialoog met architecten, stadsplanners en lokale beleidsmakers.

Elke buurt is anders

Buurten vertonen een natuurlijke samenhang. Soms is een buurt maar een paar straten groot, soms is het een gehucht, een stadsdeel, een wijk, een deelgemeente. De schaalgrootte kan erg verschillend zijn. Buurtgerichte Zorg past zich flexibel aan, op maat van de buurt.

- Elke buurt heeft zijn eigen sterktes en zwaktes: stedelijk of landelijk, met veel oudere of eerder jonge bewoners, multicultureel of niet, met een hoge bevolkingsdichtheid of een meer gespreide bewoning, met een eigen sociaal weefsel, arm of rijk, waar alles vlot bereikbaar is of niet, met al dan niet aangepaste infrastructuur, diensten, voorzieningen, vervoer, enzovoort.
- Ook de groep van zorgbehoevenden kan heel verschillend zijn: oudere en jongere senioren, al dan niet mondige ouderen, zelfstandige en meer afhankelijke senioren, ouderen van vreemde afkomst, mensen met dementie die thuis wonen, kansarmen, personen met een mentale of een fysieke handicap, psychiatrische patiënten, mensen in multi-probleemsituaties, mensen met soms zwaar psychiatrische problemen, enzovoort. Het procentueel aantal hulp- en zorgbehoevenden verschilt erg van buurt tot buurt.

Elke inwoner in Vlaanderen moet een beroep kunnen doen op een hulp- en zorgaanbod in zijn buurt. Het aanbod moet territoriumdekkend zijn in heel Vlaanderen. Voor de buurtbewoners telt vooral dat zij zelf kunnen kiezen waar zij hun hulp en zorg zoeken. Liefst dichtbij in de eigen buurt, maar evengoed in een andere buurt als dat beter uitkomt (omwille van voorgeschiedenis, sociaal netwerk, bereikbaarheid, enzovoort). De administratieve grens van een woonzorgzone of een actief sociale buurt, mag de keuzevrijheid van de burger niet belemmeren.

Buurtgerichte Zorg is een nieuwe manier van werken

Iedereen in de buurt is betrokken partij

De stijgende vraag naar hulp en zorg kan enkel beantwoord worden als alle betrokkenen in een buurt actief samenwerken: gezinsleden, buren, vrijwilligers, mantelzorgers, lokale verenigingen, algemene zorg- en dienstverleners, gespecialiseerde hulp- en zorgverstrekkers, voorzieningen, welzijnsorganisaties, enzovoort. Dat kan alleen als

- alle organisaties, diensten en voorzieningen in de buurt een complementair aanbod ontwikkelen,
- het volledige aanbod voor iedereen toegankelijk is,
- wordt samengewerkt over de grenzen van organisaties, sectoren en zuilen heen.

Voor Buurtgerichte Zorg is lokale samenwerking met alle partners de eerste prioriteit. Dit uitgangspunt doorbreekt de gangbare organisatielogica van de zorgsector. Het is een fundamenteel nieuwe benadering en vergt een andere manier van kijken, een exploratie van nieuwe paden, extra expertise (bv. opbouwwerk, outreachend werken), een aangepast organisatiemodel, vernieuwde vormen van communicatie en een doorgedreven strategie voor verandering. Omdat geen twee buurten hetzelfde zijn, omdat vraag en aanbod overal verschillend zijn, en omdat een buurt en haar inwoners ook altijd evolueren, is de lokale invulling en organisatie van Buurtgerichte Zorg een permanent proces van verandering.

De cliënt staat centraal

Buurtgerichte Zorg stelt de cliënt centraal, met respect voor de autonomie en de zelfbeschikking van het individu. In principe kiest iemand altijd zelf aan wie hij hulp vraagt en door wie hij verzorgd wil worden. In België is er altijd die vrijheid van keuze.

- Deze stelregel is eenvoudig te handhaven voor zorgbehoevenden die zelfstandig en mondig zijn en kunnen terugvallen op een stevig sociaal netwerk. Zij overzien de mogelijkheden, maken hun keuzes, vinden hun weg in organisaties en administraties.
- Voor mensen die minder weerbaar zijn, hun nood aan zorg niet onderkennen, of een zwak sociaal netwerk hebben, ligt dat veel moeilijker. Mensen die geïsoleerd leven, die in de miserie of in armoede beland zijn, daklozen, zorgweigeraars, mensen die geen aansluiting vinden met de samenleving of dat zelfs niet willen … Ook zij hebben recht op zelfbeschikking en autonomie. Hulp en zorg kan wel worden aangeboden, maar nooit opgelegd. Vaak is dat een kwestie van vertrouwen winnen en van veel geduld.

Buurtgerichte Zorg wil extra aandacht geven aan kwetsbare mensen, zodat ook zij de hulp en zorg krijgen die ze nodig hebben. Detectie is daarbij een belangrijke opdracht. Hen helpen om een sociaal netwerk op te bouwen, is een zeer intensief proces.

De informele hulp- en zorgverleners

Buurtgerichte Zorg kent mantelzorgers en vrijwilligers een centrale plaats toe. Hun engagement is van grote waarde. Familieleden, buren, kennissen en vrijwilligers leveren niet alleen een 'onbetaalbare' bijdrage aan hun naasten, maar ook aan de samenleving. Voor de cliënt zijn zij even onmisbaar als professionele hulp- en zorgverleners. Voor Buurtgerichte Zorg zijn zij de eerste partners.

Buren helpen elkaar, doen iets voor hun naaste en vinden dat normaal.

- Zij doen boodschappen of koken voor elkaar, eten samen of gaan samen eten, helpen iemand even het rolluik op te trekken, brengen iets mee van de apotheker of de bakker, helpen onkruid wieden, zorgen voor vervoer naar de dokter of het ziekenhuis, gaan regelmatig even langs om te zien of alles in orde is, enzovoort.
- Iets zinvol doen voor elkaar is vaak een goede remedie tegen vereenzaming. Bij burenhulp is er veel wederkerigheid: ze geven iets, ze krijgen iets. Het is bij uitstek een informeel engagement dat meestal ontstaat vanuit een spontane dynamiek. Zeker iemand zonder familie rond zich, doet sneller een beroep op zijn buren. Dat engagement te sterk formaliseren, zou averechts werken.

Vrijwilligers engageren zich voor en met elkaar in de buurt.

- Ze helpen in het dienstencentrum, het sociaal restaurant, de parochie, de moskee, de buurtbibliotheek of het buurthuis, organiseren mee activiteiten, geven actief vorm aan het sociale leven in de buurt. Als zorg- en hulpverlener schakelen ze zich in als buurtschakel, houden iemand gezelschap, doen huisbezoeken of gaan op ziekenbezoek, bieden vervoer aan, enzovoort.
- Mensen engageren zich graag, maar op hun eigen voorwaarden en op het moment dat het hen past. Vaak is het een intens engagement, al is dat soms voor slechts een korte termijn. Er zit altijd een formele kant aan: afspraken maken, uurroosters invullen, verzekering voorzien, vorming volgen, enz. Vrijwilligers vragen waardering en duidelijkheid.

Mantelzorgers verlenen basiszorg aan een familielid of een buur. Dat kan voor een korte periode zijn, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, maar ook voor een lange periode, bijvoorbeeld iemand met een gehandicapt kind of een demente partner. Mantelzorgers zijn een onmisbare schakel in de 24/24 uur zorg en bij de uitvoering van individuele zorgplannen. Zonder hen zou een zorgbehoevende moeilijk thuis kunnen blijven wonen.

- Door hun betrokkenheid op de zorgbehoevende nemen mantelzorgers spontaan veel taken en verantwoordelijkheden op: het huishouden, de persoonlijke verzorging, maaltijden, vervoer, doktersbezoeken, medicatie, administratie, enzovoort.

- Mantelzorgers engageren zich met overgave en cijferen zichzelf soms helemaal weg, vaak vanuit het gevoel dat er geen andere keuze is. Ze vragen geen beloning, maar willen wel gezien en gehoord worden. Ze willen erkend worden als volwaardige gesprekspartner door huisarts, verpleging of thuiszorg die langs komen.
- De hulp die mantelzorgers kunnen bieden is begrensd door hun eigen draagvlak en door hun kennis, hun beschikbare tijd en nabijheid, hun financiële middelen, door de aard van de zorgen (bv. intieme verzorging, heffen en tillen…) en de hoeveelheid zorg die iemand nodig heeft. Wanneer ze het niet alleen kunnen, moeten ze altijd kunnen terugvallen op professionele hulp- en zorgverleners.
- Mantelzorgers hebben vaak nood aan informatie, ondersteuning en begeleiding, en soms ook aan een adempauze. Formele zorgverleners zijn ook een buffer om te vermijden dat de mantelzorger uitgeblust geraakt.

De vermaatschappelijking van de zorg

De overheid rekent steeds meer op de inzet van buren, vrijwilligers en mantelzorgers. Vaak zijn het ouderen die andere ouderen helpen. Hun rol is cruciaal in de hulp- en zorgverlening van de toekomst. Informele hulp- en zorgverleners hebben daarbij ook rechten. Enkele voorbeelden zijn het recht op vrijwilligheid, de vergoeding voor vrijwilligers en mantelzorgers, hun beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt, de kans om iets bij te verdienen, de relatie met de professionele zorgverstrekker, het overleg en de onderlinge communicatie, het respect voor hun draagkracht, hun nood aan ondersteuning, enzovoort.

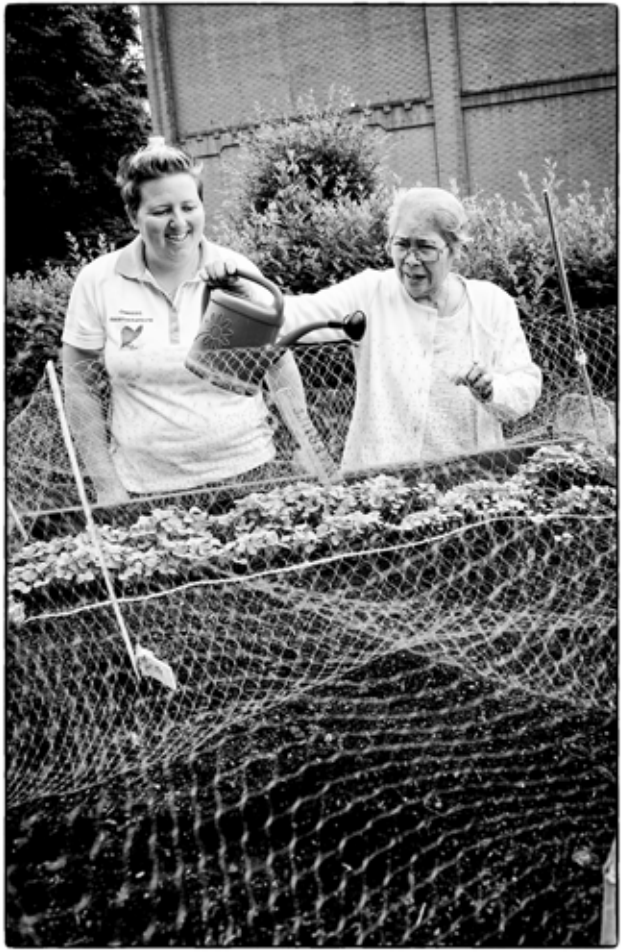
De stijgende nood aan hulp en zorg in onze samenleving mag nooit worden afgewenteld op de schouders van buren, vrijwilligers en mantelzorgers.

- Zij hebben recht op respect voor hun draagkracht en voor hun keuze om taken op te nemen of niet.
- Hen ondersteunen in hun taken is noodzakelijk.
- Het engagement van de informele hulp- en zorgverleners is gebaseerd op vrijwilligheid en persoonlijke betrokkenheid. Hun keuzevrijheid moet te allen tijde gevrijwaard worden.

De vermaatschappelijking van de zorg houdt een toenemend appel in op informele zorgverleners. Zij kunnen dit engagement enkel waarmaken, als de juiste context daartoe gecreëerd wordt.

De professionele dienst- en zorgverleners

De professional komt in beeld bij de preventieve opdrachten naar de cliënten en bij de ondersteuning van de informele zorgverstrekker en hun draagkrachtmeting. Buurtgerichte Zorg doet een beroep op professionele hulp- en zorgverleners wanneer mantelzorgers, vrijwilligers of buren dit wensen omdat ze niet over voldoende kennis,



kunde, beschikbare tijd of draagkracht beschikken, wanneer er geen informele hulp- en zorgverleners zijn, wanneer de zorg te zwaar of te complex wordt, of wanneer er specifieke expertise nodig is.

Een gevarieerd aanbod met een eigen dynamiek

Het ondersteunings-, hulp- en zorgverleningsaanbod is heel uitgebreid. Voor wie er zijn weg niet in kent, is het een onoverzichtelijk kluwen.

- Lokale voorzieningen zoals dienstencentra, buurthuizen, sociale restaurants en ontmoetingsplekken bieden activiteiten aan zoals ontspanning, uitstappen en ontmoeting, of diensten zoals vorming, informatie, maaltijden, kapper, pedicure …
- Basisdiensten in de thuiszorg zoals gezinszorg, poetshulp of warme maaltijden helpen in het huishouden, vervoer, persoonsverzorging, psychosociale ondersteuning, klusdienst, ergo-woonadvies, enzovoort.
- Huisartsen, apothekers, thuisverpleging, kinesisten, wijkgezondheidscentra, psychologen, enzovoort bieden eerstelijnsgezondheidzorg aan.
- Serviceflats, assistentiewoningen, centra voor kortverblijf, woonzorgcentra, voorzieningen voor personen met een handicap, enzovoort bieden woon- en zorgcomfort aan.
- Bovenlokale voorzieningen zoals ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, palliatieve zorg, enzovoort richten zich vooral op zwaar of langdurig zorgbehoevenden of op mensen die hun levenseinde naderen.

Deze professionele diensten en voorzieningen worden aangedreven door een geheel van regels, financieringsmodaliteiten, criteria, resultaatsverbinte-

nissen, infrastructuurvereisten en administratieve verplichtingen die hun eigen logica opdringen. Die financiering legt echter ook beperkingen op, vaak ten koste van wat in een concrete situatie nodig is, of van de samenwerking tussen hulp- en zorgverleners. Buurtgerichte Zorg wil die trend keren en schotten doorbreken.

Zonder samenwerking lukt het niet

Professionele hulp- en zorgverleners moeten in hun buurt leren samenwerken

- met informele hulp- en zorgverleners,
- in de eigen organisatie, bv. tussen serviceflats of assistentiewoningen, woonzorgcentrum, dagcentrum, kortverblijf …
- over de organisatie heen met thuiszorg, gezinszorg, dienstencentrum, huisarts …
- over sectoren heen: ouderenzorg, personen met een lichamelijke of mentale handicap, psychiatrische patiënten, buurtwerk, werkingen met kansarmen …
- over de concurrentie heen, bv. tussen de zuilen, tussen privé-initiatief en social-profit.

Die samenwerking is de ruggengraat van Buurtgerichte Zorg.

Een coachende basishouding

Buurtgerichte Zorg gaat om meer dan 'ieder zijn takenlijstje afwerken'. Professionele hulp- en zorgverleners moeten vanuit hun basishouding

- een luisterend oor bieden aan hun cliënten en goede afspraken met hen maken, zonder in hun plaats te gaan plannen, overnemen en organiseren.
- inspelen op de eigen mogelijkheden en moeilijkheden van informele hulp- en zorgverleners, hen stimuleren, hun competenties erkennen, hun aanpak respecteren, hun draagvlak ondersteunen.
- extra aandacht hebben voor kwetsbare gezinnen. Thuishulp is vaak hun laatste buffer tegen sociaal isolement, hun enige praatpaal tegen wie ze hun verhaal kwijt kunnen.
- meestappen in een integraal en geïntegreerd lokaal model, waar iedere partner een specifieke rol heeft.

Een open basishouding vraagt een aangescherpte feeling en competentie. Dat is nieuw. Structureel leren samenwerken over de grenzen van de eigen organisatie, is ook nieuw. Al het zorgpersoneel moet actief betrokken en begeleid worden in dit proces van verandering: leidinggevenden, maatschappelijke werkers, (sociaal) verpleegkundigen, polyvalent verzorgenden, poetshulp, zorgkundigen, logistieke medewerkers … Zij moeten daartoe opgeleid worden, gestimuleerd worden, en ook de ruimte krijgen om daar in te groeien. De ontwikkeling van een nieuwe aanpak gaat altijd gepaard met 'lukken en mislukken'. Die ruimte moet er zijn. Ook zorgopleidingen moeten op deze vernieuwende aanpak inspelen.

De regie

De juiste match van vraag en aanbod kan alleen lukken als
- het volledige ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod toegankelijk is voor iedereen in de buurt,
- alle welzijns- , hulp- en zorgpartners in de buurt betrokken worden,
- iedereen zich engageert vanuit een gemeenschappelijke visie,
- alle partners zich inzetten op basis van complementariteit en wederzijds respect.

Het is niet de bedoeling dat alle partners op termijn opgaan in een nieuwe lokale organisatie. Daardoor zouden immers monopolies ontstaan en een daling van kwaliteit. Gezonde concurrentie leidt tot betere kwaliteit. Het doel van Buurtgerichte Zorg is een structurele, permanente samenwerking uit te bouwen.

De buurtzorgregie

Buurtzorgregie beoogt om alle partners in de buurt zo goed mogelijk te laten samenwerken. De buurtzorgregisseur is hiervan de proces-begeleider. Onderling afdwingbare afspraken zijn noodzakelijk. Goede samenwerking verbetert de efficiëntie en de effectiviteit van de dienstverlening op het terrein.

Vorm een lokaal netwerk

- Breng duidelijk de grenzen van de buurt in kaart en omschrijf het territorium. De grootte moet beheersbaar zijn.
- Betrek alle relevante partners en engageer hen om samen te werken: lokale diensten, organisaties en verenigingen, hulp- en zorgverleners, OCMW, buurtbewoners, senioren, bestuurders, ...
- Organiseer een vertegenwoordiging van buren, vrijwilligers en mantelzorgers in het lokaal netwerk.

Maak een grondige analyse van de buurt

- Breng per buurt in kaart
  - hoeveel mensen er wonen, hoeveel ouderen, alleenwonenden, mensen met een vervangingsinkomen, werklozen, kansarmen ...
  - hoeveel hulp- zorgbehoevenden er wonen (aantal, contact-gegevens) en wat hun noden zijn,
  - welke hulp- en zorgvoorzieningen er zijn (bereik en aanbod) en welke er ontbreken,
  - hoeveel aangepaste woningen er zijn, en hoeveel er kunnen of zouden moeten aangepast worden,
  - welke andere sociale en welzijnsvoorzieningen, verenigingen en netwerken er zijn (sociale kaart).
- Maak een sterkte-zwakte analyse van de buurt. Wat is de capaciteit, wat kan efficiënter, waar moet bijgestuurd worden? Onderzoek hoe het hulp- en zorgaanbod in de buurt verbeterd kan worden: de zorg, de omkadering, toegankelijkheid, bereik, ontmoetings-mogelijkheden, info, enzovoort. Spoor hiaten op en ontwikkel ideeën om ze in te vullen.

- Geef beleidsadvies aan de bevoegde overheden en diensten over de oprichting van nieuwe (zorg)voorzieningen, de organisatie van de publieke ruimte, verkeerscirculatie, aangepaste woningen en nieuwe woonvormen, toegankelijke (openbare) diensten, aangepast vervoer, bevordering van het veiligheidsgevoel, lokale economie en diensten, enzovoort.

Maak werkafspraken

- Organiseer de onderlinge kennismaking en het overleg tussen professionele hulp- en zorgverleners. Als mensen elkaar kennen, werken ze vlotter samen.
- Organiseer samen de detectie van alle zorgbehoevenden, zeker als die zelf de weg niet vinden naar de hulp- zorgverlening.
- Organiseer in onderling overleg de dispatching van hulp- en zorgvragen, de toeleiding naar de professionele hulp en zorg, en de doorverwijzing naar elkaar, zodat elke individuele cliënt het best beschikbare aanbod krijgt, over de sectoren en zuilen heen.
- Maak afspraken tussen diensten om de efficiëntie van de hulp- en zorgverlening te verbeteren. Dit kan door overlap te verminderen, vervoerstijd uit te sparen, professionals een herkenbaar gezicht te geven in de buurt, communicatielijnen korter te maken, enzovoort.

Investeer in informele zorg

- Ontwikkel een afsprakennota om de samenwerking tussen informele en formele zorgverstrekkers te bevorderen.
- Stimuleer initiatieven voor ontmoeting en sociale cohesie. Ondersteun informele netwerken waar nodig, zonder ‘het van hen over te nemen’.
- Ondersteun de inzet, het engagement en de betrokkenheid van vrijwilligers.
- Organiseer een info- en meldpunt (maatschappelijk werker, multidisciplinair team …)
  - waar iedereen zich vlot kan informeren over het lokale zorglandschap (aanbod van lokale diensten, aanvragen, wachtlijsten, administratieve verplichtingen …)
  - waar buren, mantelzorgers en vrijwilligers altijd terecht kunnen voor ondersteuning en coaching, en om hun mening te laten horen,
  - om buren en vrijwilligers in te schakelen bij de detectie van verborgen hulp- en zorgnoden,
  - om erop toe te zien dat elke zorgbehoevende een ‘steun en toeverlaat’ heeft,
  - voor hulp bij vraagverduidelijking en onafhankelijk advies bij keuzeopties.

De organisatie van een info- en meldpunt kan met verschillende buurten samen gebeuren, bv. per gemeente of bovenlokaal.

Investeer in communicatie

- Niets wekt meer vertrouwen dan mond-tot-mondreclame. Bouw systematisch contacten uit met lokale gemeenschappen, buurtcomités, netwerken van organisaties, informele groepen, seniorenclubs, handelaars en horeca, parochies, moskeeën, scholen, vrijwilligersinitiatieven, straatprojecten, buurtinitiatieven, zelforganisaties van migranten … Houd voeling met verenigingen, en met sectoren zoals cultuur en sport.
- Maak een communicatieplan op maat van uw buurt. Organiseer aanspreekpunten, ontmoetingsplekken, ankerplaatsen, websites, internetfora, verspreid affiches en flyers, enzovoort.
- Biedt ICT-ondersteuning voor info en contact, en bevorder de lokale implementatie en het gebruik.

De buurtzorgregisseur

De buurtzorgregisseur stuurt de lokale samenwerking aan tussen alle partners, op het niveau van de organisaties. Hij is de spilfiguur in het lokale netwerk.

- Hij werkt op basis van het gemeenschappelijk plan van aanpak en krijgt daartoe een duidelijk mandaat, erkend door alle partners.
- Hij is procesbegeleider en facilitator van de samenwerking, en brengt daartoe telkens de juiste partners rond tafel.
- Hij ontwikkelt passende methodieken en werkafspraken, zoekt mee naar oplossingen voor knelpunten, initieert vernieuwing, enzovoort.
- Hij geeft leiding bij de organisatieontwikkeling en bij de operationele uitvoering.

Het profiel

De buurtzorgregisseur moet

- lokaal goed verankerd zijn, gemakkelijk aanspreekbaar, dicht bij de bevolking,
- zich onafhankelijk en niet-gebonden opstellen en alle partners op een gelijkwaardige manier betrekken,
- mensen kunnen samenbrengen en stimuleren tot samenwerking,
- een goede manager zijn om de samenwerking operationeel uit te werken,
- altijd vertrekken vanuit het belang van de hulp- en zorgbehoevenden.

De taak

De buurtzorgregisseur moet outreachend werken, heel aanwezig zijn op het terrein, aansturing geven, aansluiten op de dagelijkse praktijk. Hij heeft als opdracht

- om de sociale cohesie en het buurtgevoel mee te stimuleren, netwerken en ontmoetingsplekken mee te ondersteunen, enz.
- de samenwerking tussen de partners te bevorderen op vlak van duidelijke taakafspraken, inzet van personeel, doelmatig gebruik van infrastructuur, doorbreken van schotten tussen organisaties/zuilen, enzovoort.

- een buurt-communicatieplan op te stellen en uit te werken,
- een infopunt te organiseren (eventueel in samenwerking met andere buurten),
- leemtes in de hulp- en zorgverlening te detecteren en mee naar oplossingen te zoeken,
- woningaanpassingen en de bouw van aangepaste woningen te stimuleren.

De buurtzorgregisseur werkt niet op het cliëntniveau, maar staat wel in voor de bevordering van

- het overleg tussen de professionele en informele zorgverstrekkers,
- de samenwerking van formele en informele zorgverleners bij de detectie van hulp- en zorgvragers,
- de optimale toeleiding naar de professionele zorgverstrekkers en de onderlinge doorverwijzing,
- het overleg tussen de buurtzorgpartners over de vraagverduidelijking en het individuele zorgplan van elke cliënt, samen met diens steun en toeverlaat.

De opdrachtgever

- De lokale overheid is goed geplaatst om als werkgever op te treden voor de buurtzorgregisseur. Zij dient immers 'het algemeen belang' en is in principe 'politiek neutraal' ten aanzien van alle partners.
- Aanwerving kan gebeuren via de gemeente of OCMW, via een vzw

met vertegenwoordiging van andere partners, eventueel via detachering.
- Een conditio sine qua non is dat
  - de organisatie wordt gedragen door alle betrokken partijen,
  - de organisatie-onafhankelijkheid en organisatie-neutraliteit gewaarborgd is,
  - er op een transparante wijze aan toeleiding wordt gedaan.
- De standplaats wordt best geënt op iets wat al bestaat in de buurt, zoals een sociaal huis, een lokaal dienstencentrum, een zorgnetwerk samenlevingsopbouw, een buurthuis, een woonzorgcentrum, een OCMW, een inloopcentrum, enz.
- Het concrete takenpakket van de buurtzorgregisseur, de standplaats, de prioriteiten in de werking, de aanvraag tot financiering, enz. dienen te gebeuren in gemeenschappelijk overleg met alle partners.

Hoe vindt een cliënt de juiste hulp en zorg?

Detectie van hulp- en zorgvragen
- Veel zorgnoden worden 'spontaan' gedetecteerd. Dat kan door iedereen gebeuren: familie, buren, huisarts, wijkwerking, sociale vervoerdienst, postbode, wijkagent ...
- Niet alle zorgnoden worden spontaan gedetecteerd. 27 procent van alle ouderen vindt zelf de weg niet naar de hulpverlening.[2] Die mensen moeten actief opgezocht worden.

De buurtzorgregie moet erop toezien dat dit gebeurt. Dat kan met behulp van
- permanente contacten met ontmoetingsplekken, sociale restaurants, buurtnetwerken, buurtschakels, wijkagent, imam, postbode, onderpastoor, apotheek, huisarts, familie, buurtwerkers, straathoekwerkers ...
- systematische huisbezoeken door vrijwilligers, sociale diensten ...
- goede samenwerking met vrijwilligers en buren.

De eerste vereiste om contact te leggen met mensen die weinig aansluiting hebben met de samenleving, is vertrouwen opwekken.

Toeleiding is de zoektocht naar wie best geplaatst is om een gedetecteerde hulp- of zorgvraag te lenigen. De buurtzorgregie kan die zoektocht ondersteunen.
Een goede toeleiding en doorverwijzing vergt
- betrokkenheid van iemand 'die zich dat aantrekt' (familie, buren, huisarts, wijkwerking ...)
- een goede diagnose van de precieze vraag naar hulp of zorg,
- kennis van het netwerk van hulp- en zorgverlening,
- warme overdracht.

De steun en toeverlaat
Zorgbehoevenden die info en advies nodig hebben, vragen dat altijd aan iemand die ze vertrouwen - een familielid, een kennis, een buur,

een huisarts. Vaak hebben ze ook hulp nodig om alles georganiseerd te krijgen. Hun 'steun en toeverlaat' is hun 'individuele zorgcoach' en staat hen daar permanent in bij.

- Wie dat is, hangt af van cliënt tot cliënt. Vaak neemt een familielid, mantelzorger, buur, vrijwilliger deze taak spontaan op zich. Maar het kan ook een gezinshelper, maatschappelijk werkster, thuisverpleegster zijn, enzovoort.
- Is er niemand die deze taak spontaan op zich neemt? Dan moet het netwerk Buurtgerichte Zorg erop toezien om een mantelzorger, vrijwilliger of formele hulp- of zorgverlener te zoeken.

De steun en toeverlaat staat in voor de praktische organisatie van de hulp- en zorgverlening. Hij moet goed op de hoogte zijn van het lokale zorglandschap in de brede zin van het woord, of weten waar hij zich kan informeren over welzijn, hulp- en zorgdiensten, woonvoorzieningen, enz. Hij staat de individuele hulp- en zorgbehoevende bij om

- te kijken waar die nood aan heeft (bv. poetshulp, hond uitlaten, hulp in het huishouden, maaltijden, medische verzorging, vervoer nachtzorg, ...)
- mee naar passende hulp te zoeken (bv. buurvrouw, iemand van de kinderen, dienst gezinszorg, huisarts, ICT ...)
- het leven aangenaam te maken (bezoek, uitstappen, bezigheid, aangepast bed ...)
- afspraken te maken tussen de informele en formele zorg (wie doet wat, wie komt welke dag ...) en te overleggen met professionals (huisarts, thuisverpleging ...)
- na te gaan wie wanneer beschikbaar en bereikbaar is (overdag, 's nachts en in het weekend)
- er te zijn als het nodig is (wisselende nood aan hulp en zorg, luisterend oor ...)
- na te denken over een passende woonvorm (individueel of collectief)
- mee te beslissen over de verhuis naar een residentiële voorziening.

Welke rol kan ICT spelen?

ICT kan, indien individueel aangepast aan de persoon die thuis woont en met de nodige begeleidende maatregelen voor mensen die nog niet vertrouwd zijn met dergelijke vormen van technologie, een belangrijke rol spelen in Buurtgerichte Zorg. Enkele voorbeelden zijn

- communicatie, bv. een rechtstreekse verbinding met LDC / thuisverpleegkundige / woonzorgcentrum,
- versterken van sociale contacten, bv. via Skype het contact met (klein)kinderen onderhouden,
- veiligheid, bv. een snellere tussenkomst als iemand gevallen is,
- dagelijks leven, bv. het menu opvragen van het sociaal restaurant,
- matching van vraag en aanbod in de hulp- en zorgverlening.

Er bestaan reeds een aantal modellen en mobiele toepassingen. Sommige systemen ondersteunen ook diagnosestelling en medisch advies. Deze markt groeit en ook 'grote spelers' zijn er mee bezig.

De ontwikkeling van ICT-tools voor de ondersteuning van Buurtgerichte Zorg moet op regionaal niveau uitgevoerd en gecoördineerd worden. Een goede ontwikkeling

- vertrekt van de noden van de gebruikers, en vraagt hen wat ze nodig hebben,
- wordt gemaakt vanuit een co-creatieproces met gebruikers en andere betrokkenen,
- doet samen met de gebruikers testen op het terrein, niet in een labo,
- stuurt bij vanuit de dagelijkse praktijkervaring van gebruikers,
- brengt een ICT-product pas op de markt als het effectief werkt.

ICT-tools moeten

- een antwoord bieden op een reële behoefte (bv. veiligheid, matching vraag en aanbod …)
- aangepast zijn aan de context van zorg en dienstverlening,
- liefst mainstream zijn (zoals bv. sensoren, tv, thermostaat, elektrische fiets …), eventueel met extra toepassingen voor zorgbehoevenden,
- vlot aan te leren zijn (met dank aan de kleinkinderen)
- gemakkelijk te gebruiken (bv. tablet met aanraakscherm, gps-navigatie voor dementerenden die weglopen …).

De implementatie en ondersteuning op lokaal vlak is een taak van de buurtzorgregie. Het is immers niet omdat iets bestaat, dat het ook gebruikt wordt. En al geraken steeds meer mensen vertrouwd met ICT, het duurt nog enkele decennia voor iedereen 'digital native' is. Hoe introduceer je nieuwe hulpmiddelen? Hoe leer je, over de weerstand heen, nieuw gedrag aan? Hoever ga je met detectie? De buurtzorgregie heeft als taak de ICT-invoering te stimuleren en de ondersteuning te organiseren.

Wat als?

- de buurtzorgregisseur geen mandaat krijgt om beslissingen af te dwingen (bv. bij toeleiding, bij concurrentie om de klant, enz.)?
- één partner of zuil te dominant is?
- bepaalde partners niet willen meedoen (bv. privé-partners, zuil gebonden concurrenten)?

Buurtzorgregie wordt pas mogelijk mits financiële incentives voor alle betrokkenen. Via de financiering kan de samenwerking worden aangestuurd. Het lokaal netwerk moet hiervoor een gezamenlijke aanvraag bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kunnen indienen.

Financiering en regelgeving

Verschuiving van middelen

Het huidige model van zorgfinanciering is niet toereikend om de groeiende maatschappelijke nood aan hulp en zorg te lenigen. De budgettaire ruimte van de overheid en de sociale zekerheid laten dat niet toe, en de budgetten kunnen ook niet blijven groeien. De radicale keuze om lokale samenwerking te honoreren, kan het tij keren. Dat kan enkel mits ingrijpende aanpassingen aan bestaande regelgeving, herbestemming van de financiering, en reële ondersteuning van de vermaatschappelijking van de zorg.

Buurtgerichte Zorg is een toekomstgericht model. De investering om lokale netwerken op te bouwen, is op relatief korte termijn kostenbesparend, omdat ouderen en andere zorgbehoevenden minder vlug de overstap naar een residentiële voorziening zullen zetten. Als mensen langer thuis kunnen blijven wonen of verhuizen naar aangepastere woningen of woonvormen, zijn er minder plaatsen nodig in woonzorgcentra en collectieve voorzieningen.

Wie inzet op Buurtgerichte Zorg en preventief werkt, realiseert besparingen in de residentiële zorg.

- Kort op de bal spelen, preventief werken, tijdige detectie, individuele zorgbegeleiding, en een goed volgsysteem maken de hulp- en zorgverlening financieel gunstiger.
- Ouderen stellen hun verhuis naar een woonzorgcentrum graag uit. Veel ouderen wachten echter te lang (vaak tot na hun 65) om een passende woning te zoeken, en 42 procent van de woningen is niet aangepast.[3] Ouderen verhuizen vaak sneller dan nodig naar een residentiele zorgvoorziening. Investeren in woningaanpassingen en in passende woonvormen is cruciaal.
- Wie langer thuis blijft wonen, zal langer een beroep doen op thuiszorgdiensten. Het scharniermoment waarop collectieve voorzieningen (ziekenhuis of woonzorgcentrum) efficiënter zijn en ook financieel voordeliger dan thuis te blijven wonen, moet zorgvuldig worden afgewogen. Mits tele-monitoring kan het scharniermoment zeker worden opgeschoven.

Financiële instrumenten

De middelen moeten worden toegekend volgens de toegewezen taken en verantwoordelijkheden per niveau.

60 kleinstedelijke zorgregio's

Voor de programmatie en de financiering wordt de opdeling van Vlaanderen in 60 kleinstedelijke zorgregio's gevolgd. De zorgregio-afbakening is een programmatie-instrument, ze vraagt de nodige flexibiliteit aangaande de zorgorganisatie.

De toewijzing van middelen voor de buurtzorgregisseurs wordt per kleinstedelijke zorgregio gedifferentieerd op basis van volgende

indicatoren: aantal mensen in de regio, bevolkingsdichtheid, aantal of aandeel ouderen, aantal of aandeel alleenwonenden, aantal of aandeel mensen die leven van vervangingsinkomen, werkloosheidsgraad, kansarmoede-indicatoren, zorgzwaarte van mensen, bestaande (of ontbrekende) aanbod van voorzieningen, kwaliteit van huisvesting. Deze indicatoren moeten 'gewogen' worden en kunnen ook evolueren.

Deze differentiatie gebeurt zowel op het niveau van de kleinstedelijke zorgregio's als bij de verdere verdeling naar de actief zorgzame buurten. Afhankelijk van de weging van de indicatoren kunnen er grote onderlinge verschillen zijn tussen de verschillende actief zorgzame buurten. Zeker kansarme wijken of buurten met een beperkt hulp- en zorgaanbod, dienen extra ondersteund te worden.

Meer dan 600 actief zorgzame buurten

Voor de programmatie van de actief zorgzame buurten kunnen de programmatiecijfers van de lokale dienstcentra gehanteerd worden. Dit betekent dat Vlaanderen momenteel 608 actief zorgzame buurten zou kennen, één per begonnen schijf van 15.000 inwoners per gemeente. De actief zorgzame buurt heeft als taak

- lokale netwerkvorming, bevordering samenwerking en afspraken buurtregie,
- aanwerving lokale buurtzorgregisseurs,
- ondersteuning sociale cohesie,
- ondersteuning detectie en informele zorgverlening,
- organisatie infopunt en communicatie, ICT-implementatie, systeem vergoedingen.

Deze actief zorgzame buurten kunnen gefinancierd worden met een convenant voor gemiddeld 2VTE's (afhankelijk van de weging van de indicatoren).
Budget: 608*2*60.000 = 72.960.000 euro.

15 regionale zorgregio's

Ter ondersteuning van de actief zorgzame buurt wordt er op regionaal niveau een backoffice opgericht. Deze krijgt als taak om Buurtgerichte Zorg verder te ontwikkelen met

- onderzoek, gegevensuitwisseling en beleidsondersteuning,
- ondersteuning en ontwikkeling actief zorgzame buurten (territorium dekkend),
- kennisuitwisseling tussen projecten, ondersteuning praktijkverbetering, aanmaak van gezamenlijke competentietools …
- ICT-ontwikkeling en ondersteuning,
- ondersteuningsstructuur voor mantelzorg en informele hulp- en zorgverlening,
- ontwikkeling vergoedingssysteem vrijwilligers (ruilsystemen, zorguren sparen, financiële stimulans …),
- de tweedelijn en de specialistische zorg.

Deze regionale zorgregio's kunnen gefinancierd worden met een enveloppe voor 2VTE's.
Budget: 15*2*60.000 = 1.800.000 euro. Deze ondersteuningsstructuur zou kunnen ingepast worden in organisatiestructuren zoals de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL).

Cliënten kunnen gebruik maken van persoonsvolgende financiering voor
- individuele zorgnoden en keuzes,
- ondersteuning door informele hulp- en zorgverleners.

Budget

Hoeveel kost het?

- Er is een sokkelfinanciering nodig voor de lokale werkingen, en voor de ondersteuning ervan op het niveau van de regionale zorgregio's. Er wordt telkens uitgegaan van gemiddeld 2 VTE's.

15 regionale zorgregio's	15*2*60.000	1.800.000 euro
608 actief zorgzame buurten	608*2*60.000	72.960.000 euro
totaal	1.246 VTE	**74.760.000 euro**

  - Deze sokkelfinanciering is essentieel en kan deel uitmaken van de persoonsvolgende financiering.
  - Indien de buurten kleiner worden geprogrammeerd, verhoogt het budget in verhouding.

- Er is een supplementaire, variabele financiering nodig voor extra opdrachten zoals introductie van ICT en tele-monitoring, organisatie klusjesdienst, renovatieteam, verhuisdienst, enzovoort.
  Deze financiering kan op verschillende manieren gebeuren.

- Er kan een tussenkomst gevraagd worden aan de gebruiker (volgens inkomen).
- Andere maatschappelijke actoren of overheden kunnen hier hun rol in spelen.

- Vermaatschappelijking van de zorg houdt in dat de inzet van buren, vrijwilligers en mantelzorgers structureel geïntegreerd wordt.
  - Elkaar helpen moet zeker niet altijd financieel gehonoreerd worden. Maar informele zorgverleners verdienen wel betrokkenheid, waardering voor hun inzet, en ondersteuning.
  - Bestaande systemen van toelagen (bv. onkostenvergoedingen, financiële stimulans, verzekering …) dienen verder ontwikkeld te worden in de zorgcontext op buurtniveau.
  - Complementaire vergoedingssystemen zoals zorguren sparen, ruilsystemen, alternatieve munten, enzovoort dienen verder ontwikkeld te worden om de wisselwerking tussen vraag en aanbod structureel te ondersteunen.

Kosten – baten

De investering in Buurtgerichte Zorg kost gemiddeld 122.960 euro[4] per actief zorgzame buurt.
Een transitie naar Buurtgerichte Zorg vraagt een investering en mogelijk een verschuiving van de financiële aansturing door de overheid.

- De investering dient de kwaliteit van leven van de zorgbehoevende te verbeteren. Onderlinge samenwerking moet er bovendien op gericht zijn om de effectiviteit en de efficiëntie in de zorg- en dienstverlening te verhogen wat tot een terugverdieneffect moet leiden. Zo kan deze investering bijvoorbeeld de verhuis naar een woonzorgcentrum uitstellen.

- Door de verhoogde aandacht voor preventie in Buurtgerichte Zorg, kunnen een aantal kosten vermeden worden.
  - Uiteraard kan deze redenering niet rechtlijnig worden toegepast, want thuis blijven wonen heeft ook zijn prijs. Wat is de impact van woningaanpassingen? Wat is het effect van preventieve interventies? Hoeveel extra thuiszorg heeft iemand nodig? Wie betaalt welke kosten (de federale, Vlaamse of lokale overheid, het RIZIV, de gebruiker …)? Wat zouden de evoluties zijn bij ongewijzigd beleid? Enzovoort.
  - De grootste baat van Buurtgerichte Zorg is de verhoging van het collectieve welzijn en de kwaliteit van leven. Maar hoe meet je toegenomen tevredenheid, sociale cohesie, verbeterde woonkwaliteit, enzovoort? Een goede graadmeter is hier aangewezen.

Zodra bewoners hun vertrek naar een woonzorgcentrum uitstellen, leidt dit hoe dan ook tot een besparing in de residentiële zorg. De juiste impact vergt preciezer onderzoek: effectmeting op het terrein, kostprijs investering in aangepaste woningen, baten informele zorg, impact tijdige detectie, preventie en doorverwijzing, enzovoort.

Regelgeving

Elke regelgeving Buurtgerichte Zorg moet vertrekken vanuit het belang van de hulp- en zorgbehoevende en

- alle lokale partners aanzetten tot samenwerking op basis van complementariteit,
- regelluw zijn en voldoende ruimte laten voor lokale invulling en experiment,
- garanderen dat de buurtzorgregisseur op het terrein aanwezig is, samen met de lokale praktijkmensen,
- de gelijkwaardige rol van mantelzorgers, vrijwilligers en buren tegenover professionele hulp- en zorgverleners valoriseren,
- overdreven registratie vermijden van prestaties, activiteiten, enz. (planlast), te strikte normering (van infrastructuur) achterwege laten, en ruimte laten aan hulp- en zorgverleners om vooral met de mensen te kunnen bezig zijn en soepel in te spelen op veranderende noden,[5]
- voldoende flexibiliteit in de hulp- en zorgverlening garanderen, zodat die 24/24 uur en 7/7 dagen beschikbaar kan zijn.

De financiering van het welzijns- en zorgbeleid gebeurt op verschillende niveaus, zoals RIZIV, federaal, verschillende Vlaamse departementen, gemeenten, OCMW ’s, enz. Het is een grote uitdaging om bestaande financieringsstromen en regelgeving te heroriënteren tot

een gemeenschappelijke aanpak die Buurtgerichte Zorg faciliteert en ondersteunt.

- Buurtgerichte Zorg is een ***care***-model, geen ***cure***-model. De financiering moet daaraan worden aangepast (bv. aanpassing regelgeving RIZIV, faciliterende rol van de huisarts, honorering sociaal contact en preventie naast medische interventie, enzovoort.)
- Om de ontwikkeling van Buurtgerichte Zorg mogelijk te maken, moeten andere, bestaande regelgevingen mee evolueren. Enkele voorbeelden zijn de erkenningsvoorwaarden dienstencentra in het woonzorgdecreet, de integratie van OCMW's in stedelijke diensten, de valorisatie van competenties i.p.v. diploma's, enz. Dit gebeurt best in samenspraak met het betrokken werkveld.

Een permanente monitoring moet belemmeringen en tegenstrijdigheden in regelgeving en financiering opheffen.

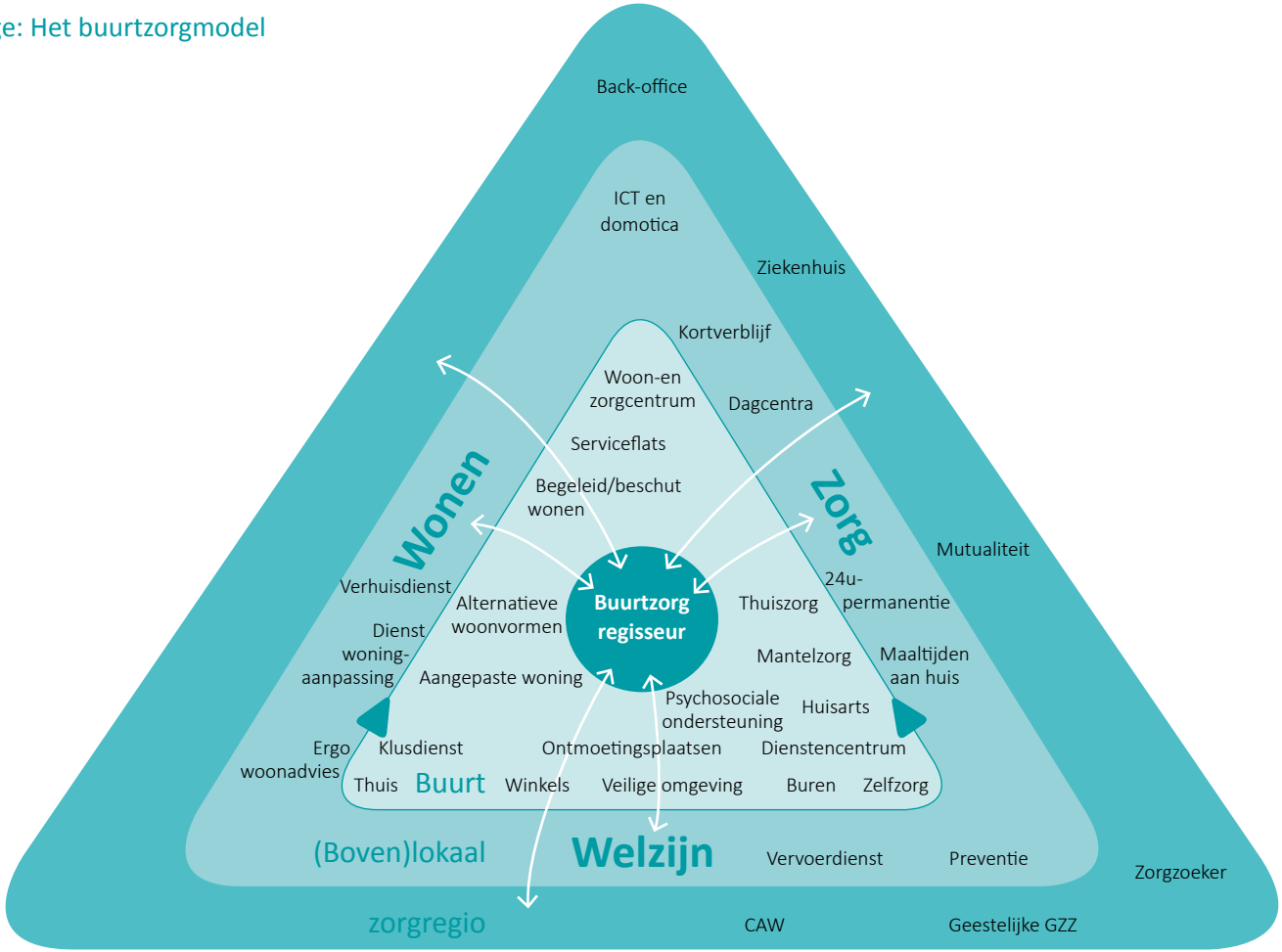
Voetnoten

[1] Europese Commissie, 'Immense differences: Expenditure in the base scenario, EU27, % of GDP'

[2] Verté D., De Witte N., De Donder L., in: 'Schaakmat of aan zet?' (2007)

[3] Verté D., in 'Een huis? Een thuis!, Over ouderen en wonen' (2012)

[4] 74.760.000 : 608 = 122.960 euro

[5] Wat moet wel en wat niet geregistreerd worden? Want 'meten is weten'.

Bijlage: Het buurtzorgmodel